

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН  
АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН  
АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН  
ФОНД СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»**

**МАТЕРИАЛЫ  
КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ  
СТРАН АЗИИ И СОДРУЖЕСТВА  
НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

**MATERIALS OF  
CONGRESS OF CARDIOLOGISTS  
AND INTERNISTS OF ASIA AND THE COMMONWEALTH  
OF INDEPENDENT STATES  
“CURRENT ISSUES OF CARDIOVASCULAR  
AND SOMATIC DISEASES”**

26-27 апреля 2019 г.  
г. Душанбе

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

<b>Председатель:</b>	Олимзода Н.Х. (Душанбе)
<b>Сопредседатели:</b>	Мамедов М.Н. (Москва) Одиназода А.А. (Душанбе) Гоибзода А.Дж. (Душанбе)
<b>Члены редакционного совета:</b>	Ашуриён Ш.С. (Душанбе) Бандаев И.С. (Душанбе) Бекмуродзода С.Б. (Душанбе) Гулзода М.К. (Душанбе) Гульмурадов Т.Г. (Душанбе) Драпкина О.М. (Москва) Косимова С.Дж. (Душанбе) Курбон У.А. (Душанбе) Мурадов А.М. (Душанбе) Мухиддинов Н.Д. (Душанбе) Подпалов В.П. (Витебск) Рахимов З.Я. (Душанбе) Рахмонов Д.А. (Душанбе) Салимзода Дж.М. (Душанбе) Сейсембеков Т.З. (Нур-Султан) Содикова Д.Н. (Душанбе) Сохач А.Я. (Ставрополь) Терещенко С.Н. (Москва) Хаётзода Н.Ш. (Душанбе) Шукурова С.М. (Душанбе)
<b>Научный комитет:</b>	
<b>Председатель:</b>	Аляви А.Л. (Ташкент)
<b>Члены научного комитета:</b>	Аверин Е.Е. (Москва) Алекперов Э.З. (Баку) Анварова Ш.С. (Душанбе) Аннаев Б. (Ашхабад) Барышникова Г.А. (Москва) Головизнин М.В. (Москва) Емец И.Н. (Киев) Камилова У.К. (Ташкент) Мещеряков В.Ю. (Бишкек) Мироджов Г.К. (Душанбе) Мовсесян Р.Р. (Санкт-Петербург) Неъматзода О. (Душанбе) Островский Ю.П. (Минск) Шепелькевич А.П. (Минск) Юлдошев Н.П. (Ташкент)
<b>Ответственный секретарь:</b>	Аминов О.Т. (Душанбе)

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Приветствие министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан</b>	33
<b>Рахимов З., Олимова Ш., Шарипов Ш.</b> Состояние и перспективы развития кардиологической службы в Республике Таджикистан	34
<b>Шукурова С.М.</b> Становление терапевтической службы Республики Таджикистан. Достижения и перспективы развития ревматологии.	37
<b>Гульмурадov Т.Г., Рахмонов Д.А.</b> Достижения, проблемы и стратегия развития кардиохирургии в Таджикистане	45
<b>Касымова С.Д., Тагоев Т.С.</b> Состояние и перспективы развития эндокринологической службы в Республике Таджикистан	48
<b>Олимзода Н.Х., Содикова Д. Н., Мирзоев С.М., Маннонов С.Т.</b> Достижения офтальмологической службы Республики Таджикистан в период независимости	49
<b>Abdumamadova F.M., Mahmadiyeva T.N., Ikromov S.A.</b> The dynamic of heart rate variability in patients with hypertensive disease with comorbid depression on combined administration	51
<b>Abdumamadova F.M., Saidkomilova I.Z., Boymatova N.I.</b> Quality of life of elderly patients with hypertensive disease	52
<b>Fraser-Hurt N., Chukwuma A., Gong E., Latypova M., Mandeville K., Wang H., Abdullaeva F.</b> Supporting improvements in continuity of care for hypertension in Tajikistan	53
<b>Kurbonbekov Z., Ruziev M.</b> Depression as a risk factor for atrial fibrillation	53
<b>Tuulsaikhan T., Zulgerel D., Davaa G.</b> Cardiovascular risk assessment and frequency of target organ damage among hypertensive outpatients in Ulaanbaatar	54
<b>Zulgerel D., Nandin-Erdene D., Tsogtsaikhan S.</b> Determination of anti-citrullinated protein antibodies	55
<b>Аббасов М.К.</b> Влияние изометрической нагрузки на показатели гемодинамики у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом	56
<b>Аббасов М.К.</b> Оценка сократительной способности левого предсердия у здоровых лиц при изометрической нагрузке	57
<b>Аббасов М.К.</b> Сравнительный анализ изменений внутрисердечной гемодинамики у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом передней и задней локализации при изометрической нагрузке	58
<b>Абдрахманов А.С., Нуралинов О.М., Смагулова А.К., Турсунбеков А.Б., Абильдинова Г.С., Бақытжанұлы А., Есилбаев Ж.Е., Багибаев С.М.</b> Сравнительный анализ эффективности и безопасности интервенционного лечения при рецидивах фибрилляции предсердий	59
<b>Абдувохидов Б.У., Ким А.И., Болтабаев И.И.</b> Хирургическая коррекция патологии митрального клапана у детей	60
<b>Абдужабборов А.А., Бурхонов Ш.Ш., Аликулов А.Г., Назаров Ш.Х.</b> Ближайшие послеоперационные осложнения после коррекции неполной формы ОАВК	61
<b>Абдужабборов А.А., Исматуллоева Н.Н., Шоев Ф.С., Гулов А.М.</b> Отдалённые результаты хирургической коррекции частичного аномального впадения легочных вен	61

<b>Абдуллоев З.Р., Хусейнзода Д., Хомидов Ф.М.</b> Диагностика нарушений кровообращения пальцев и кисти при последствиях травм	62
<b>Абдуллоев М.М., Ганиев Б.И., Одинаев Р.И., Аvezов С.А.</b> Острая на фоне хронической печеночная недостаточность: частота развития, провоцирующие факторы и клинико-биохимические особенности течения	63
<b>Абдуллоев Ш.А., Шукурова С.М.</b> Комплексная реабилитационная программа у больных хронической обструктивной болезнью легких в условиях санатория	63
<b>Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.</b> Диагностика синдрома взаимного отягощения у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья	64
<b>Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.</b> Неинвазивная диагностика поражения периферических артерий при осложненных формах синдрома диабетической стопы	65
<b>Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.</b> Особенности аутодермопластики в лечении длительно незаживающих ран у больных с синдромом диабетической стопы	66
<b>Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.</b> Тимоцин и тимогар в комплексном лечении гнойно-септических осложнений сахарного диабета	67
<b>Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.</b> Коррекция нарушений системы гемокоагуляции у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы	67
<b>Абдуллоев Х.Дж., Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С., Зокиров Х.Ш.</b> Компоненты метаболического синдрома при подагре	68
<b>Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Тураев Ф.Ф., Алимджанова Н.Ю., Мирходжаев И.И., Хужакулов И.К.</b> Хирургия сочетанного эхинококкоза сердца и органов-мишеней	69
<b>Абдумаджидов Х.А., Тураев Ф.Ф., Буранов Х.Ж., Хужакулов И.К., Мирходжаев И.И., Расяева М.Г.</b> Тактика в хирургии многоклапанных пороков сердца с инфекционным эндокардитом	69
<b>Абдурахимов А.А., Одинаева Н.В., Табаров И.Т., Галчабекова М.</b> Совершенствование медико-социальной реабилитации детей-инвалидов в стационарных условиях Республики Таджикистан	70
<b>Абдурахимов И.М., Сангов Д.С., Олими М., Фозилов П.Х.</b> Антипаразитарная эффективность ультразвуковой кавитации остаточной полости эхинококковой кисты печени	71
<b>Абдурахманов М.М.</b> Лечение венозных тромбэмболических осложнений у беременных	72
<b>Абдурахманов М.М., Ахмедов Л.А., Умаров Б.Я.</b> Динамика цитокинов на фоне комплексной терапии у больных неспецифическим аортоартериитом с синдромом артериальной гипертонии	73
<b>Абдурахманова З.Х., Самадова Г.А., Абиджанова Н.</b> Внедрение модуля по паллиативной помощи на все уровни образования среднего медперсонала Республики Таджикистан	74
<b>Абдурахманова Т.З., Бахроми М.Т.</b> Физическая активность и её значение в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний	74
<b>Абдусаматов К.А., Гаибов А.Д., Курбанов Н.Р., Камолов Р.С., Рахмонов Дж.К.</b> Тактика лечения больных с острой ишемией обеих нижних конечностей	75
<b>Абдухамидов М.Н., Кадырова Д.А.</b> Санитарно-просветительная работа семейного врача по снижению родственных браков среди населения	76

<b>Авгонов У.М., Гулов У.А., Сайфиддинов А.С.</b> Тактика лечения варикозной болезни у больных старческого возраста	77
<b>Авезов С.А., Мироджов Г.К., Азимзода С.М., Одинаев Р.И., Хужамуротов М.Х., Тухтаева Н.С.</b> Клинико-биохимические и морфологические особенности циррозов печени HBV- и HCV-этиологии	78
<b>Агабабян И.Р., Аралов Н.Р., Исмаилов Ж.А., Низомов Б.У., Ахророва З.В.</b> Особенности ранних изменений ЭКГ при хронической обструктивной болезни легких	78
<b>Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Адилов А.С., Кобилова Н.А.</b> Современные подходы к профилактике хронической сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью	79
<b>Адамханова З.А.</b> Некоторые особенности остеопенического синдрома у больных сахарным диабетом 1 типа	80
<b>Азиззода З.А., Джумаев М., Азизова Н.Н., Хамроева М.Г.</b> Вопросы диспансерного наблюдения больных после эхинококкэктомии из печени	81
<b>Азимзода С.М., Мироджов Г.К., Ганиев Б.И., Бахтибеков А.М., Шамсудинов Ш.Н., Одинаев Р.И.</b> Печёночная кома и микрофлора кишечника	83
<b>Азимзода С.М., Дустанов А., Хакимова З.</b> HBeAg-позитивный и HBeAg-негативный варианты хронического гепатита В и Дельта-инфекция в Таджикистане	83
<b>Азимзода С.М., Ишанкулова Д.М., Курбонов Б.А.</b> Капсульная эндоскопия – инновационный подход в диагностике заболеваний тонкого кишечника	84
<b>Азимзода С.М., Раджабова Н.И., Бахтибеков А.М.</b> Печеночная энцефалопатия при хронических заболеваниях печени: современные подходы к терапии	85
<b>Азимзода С.М., Раджабова Н.И., Мирзорахматов С., Одинаев Р.И.</b> Современные подходы к противовирусной терапии больных хроническим гепатитом В	85
<b>Азимзода С.М., Раджабзода А.С., Тиллоева З.Х., Шарипов Б.</b> Парентеральные вирусные гепатиты В и С среди больных легочным туберкулёзом	86
<b>Азимова М.С., Урунбаева Д.С.</b> Новые подходы к использованию ингибиторов I <sub>F</sub> -каналов синусового узла в комплексной терапии резистентной хронической сердечной недостаточности у больных с сахарным диабетом	87
<b>Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Алымова А.</b> Коррекция легочной гипертензии при бронхиальной астме	88
<b>Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Бечикова О.</b> Функциональное состояние легочной артерии, правого желудочка сердца у больных бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести	88
<b>Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Кадырова Б.</b> Нарушения ритма сердца у больных бронхиальной астмой в зависимости от систолического давления в легочной артерии	89
<b>Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Мяликова А.</b> Нарушения ритма и проводимости сердца при бронхиальной астме	90
<b>Аллабердиев А., Курбанов В.А., Бекнепесова М.Ч., Танрыбердиева Т.О., Агаханова О.Н.</b> Зверобой в лечении мужчин с хроническим гепатитом	90
<b>Аллабердиев А., Курбанов В.А., Танрыбердиева Т.О., Мезилова Дж.Г.</b> Значение модернизации медицинского образования для адаптации студентов в современном мире	91
<b>Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Раджабова Д.И., Юнусова Л.И.</b> Сопоставление маркеров воспаления у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от течения заболевания	92

<b>Аляви А.Л., Алиахунова М.Ю., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Раджабова Д.И.</b> Особенности динамики уровня провоспалительных цитокинов при лечении статинами больных ишемической болезнью сердца	92
<b>Аляви А.Л., Камилова У.К., Рахимова Д.А., Назирова М.Х.</b> Взаимосвязь структурно-функциональных показателей правого желудочка сердца и нарушений вегетативного статуса у больных легочной гипертензией	93
<b>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Иминова Д.А., Каримова Д.К.</b> Влияние антиагрегантов и статинов на течение ишемической болезни сердца после интервенционного вмешательства	94
<b>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А.</b> Гиполипидемическая терапия у больных ишемической болезнью сердца после стентирования коронарных артерий	95
<b>Аманова Д.Х., Акмаммедова А.А.</b> Эффективность лечения больных диабетической нефропатией	96
<b>Амиркулова М., Авезов С.А., Мироджов Г.К.</b> Холелитиаз и хронический панкреатит при ожирении	97
<b>Амонов Ш.Ш., Курбонов Д.Ф., Юлдошев Х.Ф.</b> Преимущества модифицированного межпредсердного доступа при рестенозе митрального клапана	98
<b>Амонов Ш.Ш., Гульмурадов Т.Г., Юлдошев Х.Ф.</b> Хирургическое лечение рестеноза митрального клапана сердца	99
<b>Анварова Ш.С.</b> Проблема остеопороза при некоторых эндокринных заболеваниях в Республике Таджикистан	100
<b>Анварова Ш.С.</b> Распространение сахарного диабета 2 типа в коморбидности с основным фактором метаболического синдрома в Таджикистане	100
<b>Атаджанова М.А., Мурадова И.Г.</b> Применение пирамида экстра в комплексной терапии артериальной гипертензии	101
<b>Ахмеджанова Г.А.</b> Эффективность инъекционного контрацептива импланон у женщин репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией	102
<b>Ахмедов А., Мирзоева З.А., Мир Око Хурами валади Мухаммад Хурам, Ахмедова М.А.</b> Состояние системы здравоохранения Исламского Государства Афганистан и пути её совершенствования на современном этапе	103
<b>Ахмедова М.А., Ахмедов А., Ахмедов Ф.А.</b> Современные подходы к первичной профилактике сахарного диабета	104
<b>Ахмедова Х.С.</b> Ситуация с бронхолегочными заболеваниями в Республике Таджикистан	105
<b>Ахунова Н.Т., Джамиллов Б.С., Боронов А.Б., Ахунов А.Т.</b> Диагностика раннего ревматоидного артрита у больных пожилого возраста	105
<b>Ахунова Н.Т., Джонназарова Д.Х., Холов С.С., Холиков Р.В.</b> Суставной синдром при системной склеродермии	106
<b>Ахунова Н.Т., Расулов У.Р., Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С.</b> Особенности течения системной красной волчанки на ранних стадиях	107
<b>Ахунова Н.Т., Холова З.У., Джамолова Р.Дж., Ахунов А.Т.</b> Кардиоваскулярные изменения при ревматоидном артрите	108
<b>Ашуриён Ш., Азизода З.А., Азизова Н.Н.</b> Вазъи оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ дар МДТ “Коллечи тиббии чумхуриявӣ”	109



<b>Бакоев Ф.С., Махмудова М.М., Алишеровна Н.А.</b> Состояние сердечно-сосудистой системы у новорожденных с внутриутробной инфекцией	112
<b>Бандаев И.С., Джонова Б.Ю.</b> Анализ внедрения бизнес-планирования в учреждения ПМСП	112
<b>Бандаев И.С., Раупов Ф.О., Джуракулова Ф.М., Ходжиматова З.Ф.</b> Оценка качества предоставления медицинских услуг по принципу семейной медицины на уровне учреждений ПМСП городов и районов республики	113
<b>Бандаев И.С., Холова С.Г., Худойдодова Ф.А., Раупов Ф.О.</b> Эффективность внедрения системы непрерывного медицинского образования специалистов по семейной медицине в Республике Таджикистан	114
<b>Бандаев И.С., Худойдодова Ф.А., Холова С.Г., Джонова Б.Ю.</b> Обучение специалистов по семейной медицине на базе учебно-клинических центров семейной медицины в стране	115
<b>Баратов А.К., Джураев Ш.М., Абдусаматов К.А., Рахимов Ф.Р., Мухаммадиева Х.С.</b> Ангиопластика и стентирование периферических артерий	116
<b>Бахроми М.Т., Асрори Х.М., Шоджонов М.М.</b> Сравнительный анализ клинико-гемодинамических особенностей комбинированной терапии артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа	117
<b>Бегмырадов Б.С., Мухаммедова Д.Г.</b> Особенности современного лечения хронического панкреатита	118
<b>Бекмуродзода С.Б., Шарифов К.О., Маджонова М.М., Саидов Ё.У., Каримова Г.Н., Умаров Б.А.</b> Оценка эффективности применения метотрексата в интенсивном режиме у больных ранним ревматоидным артритом	119
<b>Бекмуродзода С.Б., Шарифов К.О., Маджонова М.М., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Зубайдов Р.Н.</b> Оценка эффективности активной контролируемой терапии, основанной на принципах стратегии « <i>treat to target</i> » у больных ранним ревматоидным артритом	119
<b>Бекова Ш. Х., Файзалиева Г.С., Нозимов М.О.</b> К вопросу об эпидемиологии и лечении фибрилляции предсердий на фоне артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца	120
<b>Беркелешева М.М., Халмурадова М.Х.</b> Особенности лечения люпус-нефрита тяжелого течения у женщин старше 30 лет	121
<b>Беркелешева М.М., Халмурадова М.Х., Оразбердыев Я.Б.</b> Сравнительная эффективность Ривароксабана при остром коронарном синдроме	121
<b>Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Субхонова З.И.</b> Роль хронической болезни почек в развитии дисфункции левого желудочка	122
<b>Бобоашев С.М., Салимов Ч., Одинаев Ш.Ф.</b> Показатели гемореологии крови у пациентов с острым коронарным синдромом на фоне аспиринорезистентности	123
<b>Бобоев А.Р., Давлатов А.А., Джононов Дж.Д., Ибрагимов Э.К.</b> Устранение послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца кисти способом Mustard`e	124
<b>Бодыков Г.Ж., Токмурзиева Г.Ж., Бодыкова Б.С., Бахтиярова М.А., Абабкова М.А., Садыкова М.А.</b> Сестринский аудит: состояние и перспективы развития	125
<b>Бокиев Ф.Б., Рахмонов Д.А., Рашидов Ф.Ш., Амонов Ш.Ш., Туракулов Ф.А., Файзиев З.Ш.</b> Коррекция антиоксидантного статуса при остром калькулёзном холецистите у больных с метаболическим синдромом	126

<b>Болтабаев И.И., Абдувохидов Б.У., Давлатов Д.А., Юлдошев Х.Ф., Тошпулатов У.Т., Джобиров Ш.И.</b> Хирургическое лечение сложных врожденных пороков сердца у детей с унивентрикулярной формой кровообращения	126
<b>Болтабаев И.И., Абдувохидов Б.У., Давлатов Дж.А., Юлдошев Х.Ф., Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т.</b> Хирургическое лечение сложных врожденных пороков сердца модифицированным шунтом Блелока-Тауссига	127
<b>Болтабаев И.И., Комилов Д.К., Абдувохидов Б.У., Тошпулатов У.Т., Давлатов Д.А., Джобиров Ш.И., Юлдошев Х.Ф., Курбонова М.О.</b> Результаты хирургического лечения пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки, осложненным легочной гипертензией	128
<b>Булбулов К.Б., Асрори Мухтор, Мирзоев Д.М.</b> Современный подход к патогенетической терапии синдрома функциональной диспепсии	129
<b>Буриева Ш.М., Гаибов А.Д.</b> Оценка эффективности способов перевязки перфорантных вен при рецидиве варикозной болезни	129
<b>Бурхонов Ш.Ш., Гульмурадов Т.Г., Назаров Ш.Х.</b> Непосредственные результаты имплантации механических протезов «St. Jude Medical» в митральную позицию	130
<b>Бурхонов Ш.Ш., Гульмуродов Т.Г.</b> Тактика хирургического лечения больных с тетрадой Фалло	131
<b>Бурхонов Ш.Ш., Курбонов Д.Ф., Амонов Ш.Ш.</b> Результаты хирургической коррекции хронической фибрилляции предсердий у больных пороками митрального клапана (операция Сох-Maze II)	131
<b>Бурхонов Ш.Ш., Гульмурадов Т.Г., Сабурова А.М., Ёдалшева Х.Б.</b> Состояние перекисного окисления липидов и оксидантного статуса у больных с тетрадой Фалло	132
<b>Бухоризода Б.К., Файзуллоев Х.Т., Худойназаров Г.</b> Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка на почве артериальной гипертензии	133
<b>Вершинина Е.О., Репин А.Н.</b> Влияние исходной систолической дисфункции на течение ишемической болезни сердца в отдалённом периоде после плановых чрескожных коронарных вмешательств	134
<b>Вильдашин Д.К., Каримова Ф.А., Солиев Ф.Г.</b> Электромагнитные поля как фактор дестабилизации миокарда	135
<b>Вильдашин Д.К., Табаров А., Одинаев Ф.И.</b> Состояние гормонов щитовидной железы у больных с кардиомиопатиями	136
<b>Виноградова Л.Г., Федорец В.Н., Гридин А.Н., Пашаев Р.З., Андреев Д.А. Александров А.Н.</b> Новый способ измерения интраоперационных параметров желудочковых электродов у лиц старших возрастных групп	137
<b>Воронецкая К.Р., Хурсанов Н.М., Шарифова Н.Д.</b> Корреляционная взаимосвязь между тяжестью ВИЧ-инфекции и показателями экстракардиальной регуляции сердца	137
<b>Воронецкая К.Р., Хурсанов Н.М., Юлдашев У.Р.</b> Электрическая систола желудочков сердца у ВИЧ-инфицированных пациентов	138
<b>Гадоев С.Х., Бобиева Н.Х., Субхонова З.И.</b> Эффективность применения гемофильтрации у больных с ренокардиальным синдромом	139
<b>Гаибов А.Г., Гаибов М.А., Лукьянов Н.Б., Каримзода Х.К.</b> Сотовые телефоны и компьютеры как источники влияния электромагнитных полей на здоровье детей и взрослых	140



<b>Гаибов А.Г., Джабарова Т.С., Лукьянов Н.Б., Ашуриён Ш.С.</b> Некоторые аспекты здоровья и доступности медико-санитарных услуг детям и подросткам в Республике Таджикистан	141
<b>Гаибов А.Д., Нейматзода О., Анварова Ш.С.</b> Становление и перспективы хирургии надпочечников в Таджикистане	141
<b>Гаибов А.Д., Султанов Д.Д., Нейматзода О., Кобилбеков Б.И., Юнусов Х.А.</b> Тактика оперативного вмешательства на брахиоцефальных сосудах при неспецифическом аортоартериите	143
<b>Гаибова З.В., Зокиров Б.Н., Ахмадова Ш.У.</b> Особенности течения инфаркта миокарда у лиц молодого возраста	144
<b>Гаибова З.В., Урунбоева Д.С, Кассирзода С.К., Ходжиев С.Х.</b> Негативные социальные и психоэмоциональные факторы и ишемическая болезнь сердца	145
<b>Ганиева М.П., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.</b> Структурно-функциональное ремоделирование сердца при поражении почек у больных хроническими лейкозами	146
<b>Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б., Шарипов М.М., Хасанов Дж.М.</b> Кардиоваскулярные изменения у пациентов с хроническим гломерулонефритом	147
<b>Гиёсиев И.К., Джэураев Ш.М., Баратов А.К., Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З.</b> Наш опыт имплантации программируемых одно- и двухкамерных электрокардиостимуляторов при нарушениях сердечного ритма	148
<b>Губкин С.В.</b> GPS-кардио и имплантируемые кардио-мониторы	148
<b>Гуева З.А., Ситораи Акбар.</b> Результаты стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений при изолированной систолической артериальной гипертензии	149
<b>Гульмурадов Т.Г., Джаббаров А.А., Дадабаев Д.У.</b> Тактика хирургического лечения хронических экссудативных и слипчивых перикардитов	150
<b>Гульмурадов Т.Г., Юлдошев Х.Ф., Амонов Ш.Ш., Авгонов У.М.</b> Анализ осложнений раннего послеоперационного периода после аортокоронарного шунтирования у больных с сопутствующим сахарным диабетом	151
<b>Гумматова С.Р., Гаджиева Г.Г., Садыгов Р.В., Гаджиева Г.К., Гаджиев Э.Г.</b> Вариабельность сердечного ритма у больных артериальной гипертензией, проживающих в горных и равнинных условиях	152
<b>Давид Л.А., Гросу А.А., Кузор Т.С., Бойчук И.М., Кэлдаре Л.Д., Рэдукан А.М.</b> Фракция выброса левого желудочка у больных с постинфарктной желудочковой тахикардией	152
<b>Давлатов А.А., Курбанов У.А., Джанобилова С.М., Джононов Дж.Д.</b> Ангионеврома подногтевой локализации: особенности клинических проявлений и хирургического лечения	153
<b>Давлятова Д.Д., Мирзоева З.А., Шукуров Ф.А.</b> Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи	154
<b>Давыдчик Э.В., Снежницкий В.А., Степура Т.Л., Дорошенко Е.М., Смирнов В.Ю.</b> Полиморфизм гена MTHFR и уровень гомоцистеина у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа	155
<b>Дадабаев М.Х., Усупбаева Д.А., Бакеева М.Э., Богданова Е.Ю., Савченко Ж.В., Эшмамбетова А.А., Мирзаев И.Д., Абдурашидов С.А.</b> Транскатетерная коррекция перимембранозного дефекта межжелудочковой перегородки в зависимости от анатомического типа порока	156
<b>Дадабаев М.Х., Усупбаева Д.А., Бакеева М.Э., Богданова Е.Ю., Савченко Ж.В., Мирзаев И.Д., Абдурашидов С.А., Эшмамбетова А.А.</b> Эндоваскулярное лечение больных с хроническими окклюзиями коронарных артерий	157

<b>Демьянчук С.В., Лозовая Г.Ф., Лозовая К.В.</b> Кибернетические подходы к управлению службой скорой медицинской помощи при критических состояниях	158
<b>Дербак М.А., Данканич Е.Е., Лазур Я.В., Поляк-Товт В.М., Галамба А.А.</b> Синдром перегрузки железом, как предиктор нарушений метаболизма углеводов у больных хроническим гепатитом С	159
<b>Дербенева С.А.</b> Особенности кардиологического статуса больных ожирением	159
<b>Дербенева С.А., Богданов А.Р.</b> Особенности клинико-метаболического статуса больных ишемической болезнью сердца и ожирением, нуждающихся в оперативном лечении	160
<b>Дербенева С.А., Богданов А.Р., Найденова М.А.</b> Генетические маркеры ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных ожирением, как предикторы развития диастолической сердечной недостаточности	161
<b>Джабарова Т.С., Магзумова Ф.П., Нозиров А.Дж.</b> Медико-социальные аспекты детской инвалидности в Таджикистане	161
<b>Джабарова Т.С., Холов Ш.М., Джуракулова Ф.М., Раунов Ф.О.</b> К вопросу об отношении молодежи к своему здоровью и их медицинской активности	162
<b>Джабарова Т.С., Холов Ш.М., Джуракулова Ф.М., Раунов Ф.О.</b> Мониторинг удовлетворенности населения г. Душанбе оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях	163
<b>Джамолова Р.Д., Ахунова Н.Т., Мирзоев Х.Ш., Эшбоева Д.А.</b> Хроническая обструктивная болезнь легких и нарушения сердечного ритма	164
<b>Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т., Болтабаев И.И., Шарипов З.Р.</b> Ранняя активизация больных после радикальной коррекции тетрады Фалло в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоopleгии	165
<b>Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х., Лисняк А.В., Каримова М.Дж.</b> Оценка качества обучения семейных медицинских сестер	166
<b>Джонова Б.Ю., Холова С.Г., Газиева М.Х., Сафаров У.</b> Оценка эффективности использования руководства по здоровью матери и ребенка в Таджикистане	167
<b>Джононов Д.Д., Артыков К.П., Давлатов А.А., Маликов М.Х.</b> Нарушение кровообращения после реплантации пальцев кисти	168
<b>Джумаева М.Д.</b> Метаболическая цитопротекция препаратом тиворель в комплексной терапии больных с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда	168
<b>Джумаева М.Д., Бухоризода Б.К.</b> Сочетанная правожелудочковая и левожелудочковая недостаточность у больных с артериальной гипертензией без проявлений легочной гипертензии	169
<b>Джураев А.А., Абдувохидов А.А., Сайфуллаева М.А., Рахимова М.Г., Юсупов Ш., Бокиев А.</b> Особенности ангиографических изменений коронарных сосудов у женщин при ишемической болезни сердца	170
<b>Джураев Ш.М., Мухамадова М.А., Гиёсиев И.К.</b> Ургентная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдроме	171
<b>Джураева Н.С.</b> Глобализация здоровья – тенденции в Таджикистане	172
<b>Джураева Н.С., Комилов И.Ш.</b> Социальные детерминанты здоровья населения	173
<b>Доценко Э.А., Захарова А.Г.</b> Состояние клеточного иммунитета у пациентов с тяжелым течением внегоспитальной пневмонии	174

<b>Дустов А., Умаров С., Шарапова Н., Хакимова З.</b> Особенности клинического течения хронического вирусного гепатита «В» с Дельта-инфекцией в зависимости от их генотипов	174
<b>Дустов А.Д., Каримова Ф.Н.</b> Радионуклидная диагностика моторной функции пищевода и желудка при эрозивной и неэрозивной формах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	175
<b>Дыдышко Ю.В., Шепелькевич А.П., Вихновская В.О.</b> Особенности нарушений сердечного ритма у пациентов с сахарным диабетом 2 типа	176
<b>Ёдгорова М.Д., Мукаримова Д.А., Нуриддинова Н.Н., Шамсутдинова Г.А.</b> Особенности клиники и лечения муковисцедоза у детей	176
<b>Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Каримова Ш.Б.</b> Проблемы копростазы у детей в практике семейного врача на участке №13 Городского центра здоровья №15 города Душанбе	177
<b>Ёдгорова М.Дж., Асфияева Х.М., Мухамедова Л.Ш.</b> Анализ структуры заболеваемости детского населения по Городскому центру здоровья №15 города Душанбе за 2018 год	178
<b>Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Иномзода Д.И., Мирзокалонова М.Дж.</b> Мотивация студентов к семейной медицине	179
<b>Ёдгорова М.Дж., Хомидова З.Б., Носирова М.П.</b> Проблемы иммунизации детей первого года жизни в практике семейного врача на уровне первичного звена	180
<b>Закирова Г.А., Камилова У.К., Хамраев А.А.</b> Показатели нейрогуморальных факторов у больных хронической сердечной недостаточностью	181
<b>Заневский В.П., Рустамов М.Н.</b> Использование акупунктуры при лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника	181
<b>Захаревич А.Л., Мороз-Водолажская Н.Н., Доценко Э.А., Кузикевич А.С.</b> Комплексная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы футболистов высокой квалификации	182
<b>Зоидбоева Н.З., Садуллаева Н., Одинаев Ш.Ф.</b> Паразитологическая обусловленность бронхолегочной патологии	183
<b>Зоидбоева Н.З., Садуллаева Н., Одинаев Ш.Ф.</b> Микрофлора пациентов с хроническими заболеваниями лёгких	184
<b>Зоҳирова Мавзуна.</b> Нақши ҳамшираи тибби оилавӣ дар таъмини кӯмаки поллиативӣ ба беморони сил	184
<b>Зубайдов Р.Н., Негматзода Б.Р., Зубайдов Ф. Н., Фазылов А.А., Назаров Б.Ч.</b> Оценка диастолической функции левого желудочка у больных с ревматоидным артритом в зависимости от наличия артериальной гипертензии	186
<b>Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Носирова М.П.</b> Пациенты кардиологического профиля на уровне первичного звена здравоохранения в Республике Таджикистан	186
<b>Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Носирова М.П., Мирзокалонова М.Д.</b> Алгоритм оценки эффективности действий семейной медицины в Республике Таджикистан	187
<b>Иноятова Н.А., Анварова Ш.С.</b> Кардиоваскулярные изменения у больных с гипотиреозом в условиях йодной недостаточности	188
<b>Ирисов А.П., Жамилова Г.И., Мамасаидов А.Т.</b> Антигенспецифическая пролиферативная активность В-лимфоцитов при реактивных артритах урогенитальной формы	189
<b>Искандарова З.И., Газиева М.Х, Гоибова Т.Дж., Лисняк А.В.</b> Особенности генеративной функции женщин с тромбоцитопенической пурпурой	190

<b>Искандарова З.И., Ходжиева Дж.С., Газиева М.Х, Гоибова Т.Дж.</b> Изучение исходов беременностей и родов у женщин, страдающих тромбоцитопенической пурпурой	191
<b>Исламова Д.Н., Аляви Б.А.</b> Изучение особенностей течения заболевания и качества жизни у больных анкилозирующим спондилоартритом	192
<b>Исмаилова М.Н., Джаборова М.С.</b> Наш опыт ведения больных детей раннего возраста с диабетическим кетоацидозом	193
<b>Исмоилзода С.С., Гулианова С.Ф., Мавлонов Ф.Б., Каримов М.А.</b> Хирургическое лечение метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа	194
<b>Исмоилов М.М., Хусейнзода Дж., Шаймонов А.Х., Саидов М.С.</b> Переключающие операции на сосудах при варикоцеле: пятнадцатилетний опыт	195
<b>Исомадинов Х.Г., Бобоалиев С.М.</b> Выбор кардиохирургической помощи пациентам со стабильной стенокардией напряжения по данным результатов коронароангиографии	195
<b>Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф.А., Дустматов А.В.</b> Резистентность штаммов <i>H. pylori</i> к кларитромицину, используемому в терапии кислотозависимых заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта	196
<b>Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф.А., Саидова Ф.Б.</b> Ингибиторы протонной помпы в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов пожилого возраста	197
<b>Кабилова Б.Х., Махмудова М.М., Бакоев Ф.С.</b> Оценка адаптационного потенциала системы кровообращения новорожденных детей с малой массой тела	198
<b>Кабилова Б.Х., Умаров Х.У., Бакоев Ф.С.</b> Основные принципы ведения и лечения детей с тяжелой гипотрофией	199
<b>Кабиров К.М., Гуломова М.О., Максудов З.А.</b> Диагностика, лечение и профилактика БА и ХОЗЛ в практике семейного врача в РЦЗ Дж. Руми	200
<b>Кабиров М.Т., Тагоев Д.К., Бурхонзода Ю.Л., Джамолитдинов М.М.</b> Структура факторов риска ишемической болезни сердца по данным Хатлонской клинической областной больницы	200
<b>Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.</b> Нерешенные вопросы и перспективы органосохраняющих операций для лечения язвенной болезни в XXI веке	201
<b>Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Сафаров Дж.Б., Амонов У.М., Сайдалиев Ш.Ш., Косимов Х.Ш.</b> Принципы выбора дуоденопластики и дренирующих операций при органосохраняющем хирургическом лечении рубцово-язвенных дуоденостенозов	202
<b>Кадырова Д.А.</b> Додипломная подготовка семейных врачей - этапы развития и перспективы	203
<b>Кадырова Д.А.</b> Оптимизация взаимоотношений в работе медицинского персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи	203
<b>Кадырова Д.А., Абдухамедов Н.А., Шарифзода Х.С.</b> Просветительная работа семейного врача в профилактике ВИЧ-инфекции среди населения	204
<b>Кадырова Д.А., Абдухамидов М.Н.</b> Разработка некоторых аспектов реабилитации пациентов с болевым синдромом в амбулаторной практике	205
<b>Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С.</b> Ранняя диагностика и профилактика гипертонической энцефалопатии у женщин с артериальной гипертензией в практике семейного врача	205

<b>Калдаре Л.Д., Гратий К.Ф., Драган И.Ф.</b> Особенности электрокардиографического исследования пациентов с постинфарктными желудочковыми аритмиями в зависимости от типа перенесенного инфаркта миокарда	206
<b>Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Расулова З.Д.</b> Изучение ID полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (АСЕ) у больных хронической сердечной недостаточностью	207
<b>Камилова У.К., Расулова З.Д., Тагаева Д.Р.</b> Реабилитационные программы у больных хронической сердечной недостаточностью с дисфункцией почек	207
<b>Камолов А.Н., Рафиев Ф.Р., Собиров С.С., Холов С.К.</b> Оценка результатов комбинированных вмешательств при посттромботической болезни	208
<b>Камолов Р.С., Гаибов А.Д., Абдусаматов К.А., Буриева Ш.М., Зугуров А.Х.</b> Возможности тромбэмболизмомии из магистральных сосудов в хирургических стационарах общего профиля	209
<b>Камолова Н.Т., Мироджов Г.К., Рамазанова З.Д.</b> Репликация вирусов и активность процесса при циррозе печени смешанной HBV+HDV+HCV вирусной этиологии	210
<b>Каримов М.Б., Махмадов Ш.К., Хайдаров З.Б.</b> Возраст и диабетическая ретинопатия	210
<b>Каримов М.Б., Хайдаров З.Б., Карим-заде Х.Д.</b> Индекс массы тела и диабетическая ретинопатия	211
<b>Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К., Рустамова С.Т., Нишанов Д.А.</b> Морфологические особенности слизистой оболочки желудка по системе Olga при хроническом гастрите	212
<b>Каримов М.М., Собирова Г.Н., Далимова Д.А., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М.</b> Оценка распространенности Helicobacter pylori в Узбекистане	212
<b>Каримова Ф.А., Бобоашев С.М., Одинаев Ш.Ф.</b> Динамика изменения психологического статуса пациентов с ИБС после стентирования коронарных артерий	213
<b>Каримова Ф.А., Табаров А., Раджабзода М.Э.</b> Зависимость артериального давления от содержания холестерина в крови, толерантности к глюкозе и массы тела	214
<b>Кароматова Т.И., Мустафакулова Н.И., Абдуллаева С.Н., Мирзокаримова Н.С.</b> Кардионеврологические нарушения при миеломной болезни	215
<b>Коваль В.Ю.</b> Показатели содержания витамина Д при хроническом панкреатите	216
<b>Кодиров Ф.Д.</b> К патогенезу рубцово-язвенных дуоденостенозов	216
<b>Кодиров Ф.Д., Кадыров Д.М., Сафаров Дж.Б., Амонов У.М., Сайдалиев Ш.Ш.</b> Исследование качества жизни больных рубцово-язвенным дуоденостенозом в стадии декомпенсации до и после операции	218
<b>Козырина Н.В., Беляева В.В., Манукян Ю.А., Оганисян Э., Атаманчук А.А., Ватанова С., Маджитова Т., Джураева Р., Тойтукова М.М., Гостоков Э.Т., Бекметова М.Ю., Шомахмудова Ш.Ш.</b> Приверженность женщин приему препаратов для профилактики передачи ВИЧ ребенку во время беременности: результаты опроса женщин региона Восточной Европы и Центральной Азии	219
<b>Комилов И.Ш., Раджабзода С.Р.</b> Влияние микроклиматических условий на здоровья врачей хирургического профиля	220
<b>Комилов Д.К., Ходжаев И.А., Бобочонов Н.Н., Раупов А.В., Эшонкулов Ш.А., Ёров Ч.Э., Охунова Д.Х.</b> Активная реперфузионная терапия при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в условиях реанимационного отделения	221



<b>Комилов Д.К., Дехканов О.Х., Бобоев М.М., Пулатов М.С., Мелибоев К.Н.</b> Случай успешного хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты а-типа по классификации Стенфорда	222
<b>Комилов Д.К., Дехканов О.Х., Пулатов О.Н., Махмудов Х.Н., Пулатов М.С., Мелибоев К.Н.</b> Наш первый опыт реваскуляризации миокарда на работающем сердце параллельно с искусственным кровообращением	222
<b>Комилов И.Ш., Джураева Н.С.</b> Хронометраж рабочего времени медицинских работников хирургического профиля	223
<b>Комилов Т.Т., Раджабзода М.Э., Тошматова М.К.</b> Влияние антигипертензивных средств на агрегационную активность тромбоцитов при метаболическом синдроме	224
<b>Коробко И.Ю., Нечесова Т.А., Павлова О.С.</b> Ремоделирование сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией	225
<b>Косимов З.Х., Мурадов А.М.</b> Показатели системы гемостаза у больных с ишемическими инсультами после комплексной интенсивной терапии	225
<b>Косимов З.Х., Мурадов А.М., Бурханов Ш.А., Хайдаров С.Г., Юлдошев Ф.Р.</b> Показатели системы гемостаза у больных с геморрагическими инсультами после комплексной интенсивной терапии	226
<b>Косимов М., Вохидов А.В.</b> Необходимость контроля показателей гемодинамики при обезболивании у пациентов на приеме у стоматолога	227
<b>Кубикова Б.Т., Тошматова М.К., Зокиров Р.З.</b> Влияние эффективности антигипертензивной терапии и оценка психологического статуса больных под влиянием фармакотерапии	228
<b>Кудратбеков А., Рахимов З.</b> Результаты скрининга на артериальную гипертензию в приграничном районе Горного Бадахшана Таджикистана	229
<b>Кузибаева Н.К., Абдуллаева Н.А.</b> О предрасполагающих факторах тяжелого течения пневмоний у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца	230
<b>Кузиева Л.С., Джафаров Н.Д.</b> Место нарушений мозгового кровообращения в инвалидизации и пути реабилитации	230
<b>Кузор Т.С., Цуркану В.И., Чебану Н.В.</b> Возможности эхокардиографии в обследовании пациентов с высоким риском внезапной сердечной смерти после перенесенного инфаркта миокарда	231
<b>Кулчинова Г.А., Мамасаидов А.Т.</b> Спонтанная иммуноглобулинсинтезирующая активность В-лимфоцитов при анкилозирующем спондилите	232
<b>Курбанов В.Р., Носиров К.М., Бобохонова Б.Т.</b> Тенденции инвалидности детей до 18 лет в практике семейного врача на уровне учреждений ПМСП города Вахдат	233
<b>Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Абдусаматов К.А., Солиев О.Ф.</b> Анализ догоспитальных ошибок при травмах подколенной и берцовых артерий	233
<b>Курбанов Р.Д., Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р.</b> Наш опыт транскатетерного закрытия дефекта межпредсердной перегородки у больных с врожденным пороком сердца	234
<b>Курбанов Р.Д., Ярбеков Р.Р., Мурадов М.М., Жалилов А.К., Омонов С.Х., Шарипов И.М., Исматов А.А., Вахидов Т.З.</b> Первый опыт множественного коронарного шунтирования на работающем сердце из мини-доступа (MICSCAB) у пациентов с ИБС в Республике Узбекистан	235



<b>Курбанов Р.Д., Ярбеков Р.Р., Мурадов М.М., Жалилов А.К., Омонов С.Х., Исматов А.А., Вахидов Т.З., Бекметова Ф.М.</b> Первый опыт выполнения операции Ozaki (пластическая реконструкция аортального клапана из аутоперикарда) в Республике Узбекистан	236
<b>Курбанов С.Х.</b> Восстановительная терапия остеоартрозов крупных суставов	236
<b>Курбанов Д.Ф., Собиров П.М., Назаров Ш.Х.</b> Значение уровня общего кальция и риска по шкале Grace при остром коронарном синдроме	237
<b>Курбанов Д.Ф., Айтмуханов А.А., Бурхонов Ш.Ш., Амонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф., Назаров Ш.Х.</b> Хирургическое лечение ИБС на работающем сердце	238
<b>Курбанов Р.Б., Рахимов Р.С.</b> Оказание неотложной догоспитальной кардиологической помощи при гипертензивных кризах	239
<b>Курбанова Ф.У., Шукурова С.М., Рачабова Г., Эшонкулова М.</b> Возможности эхокардиографической диагностики при ревматических пороках сердца	239
<b>Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Аблакулова М.Х., Лапасова З.Х.</b> Оценка распространённости и качества лечения больных с ишемической болезнью сердца в первичном звене медико-санитарной помощи	240
<b>Леушина Е.А.</b> Модификация образа жизни у пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени	241
<b>Леушина Е.А., Шапкина О.С.</b> Оценка влияния лечебной физкультуры на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией и ожирением	242
<b>Лолаев А.Н., Хурсанов Н.М.</b> Коррекция когнитивных нарушений у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией	242
<b>Магзумова Ф.П., Тиллоева З.С., Олимова М.</b> Оценка динамики реабилитационных мероприятий в Государственном учреждении «Институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Республики Таджикистан	243
<b>Маликов М.Х., Давлатов А.А., Каримзаде Г.Д., Хайруллои Н., Махмадкулова Н.А.</b> Сосудистые осложнения после пересадки комплекса тканей на верхнюю конечность	244
<b>Маликов М.Х., Давлатов А.А., Хайруллои Н., Каримзаде Г.Д.</b> Анализ ошибок и осложнений при повреждении сосудов верхних конечностей на этапах оказания медицинской помощи	245
<b>Маликов М.Х., Давлатов А.А., Хайруллои Н., Каримзаде Г.Д., Махмадкулова Н.А.</b> Хирургическая тактика при посттравматических ложных аневризмах артерий верхних конечностей	245
<b>Мамаджанова Г.С., Аминов Х.Д., Сангинова Н.</b> Состояние качества жизни у часто болеющих детей	246
<b>Мамаджанова Г.С., Бадалова З.А., Кабилова Б.Х.</b> Цереброкардиальные нарушения у недоношенных новорожденных, перенесших острую или хроническую гипоксию	247
<b>Мамаджанова Г.С., Самиева Н.Ш., Махмудова М.М.</b> Поражение сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей с перинатальной энцефалопатией	248
<b>Мамасаидов А.Т., Кулчинова Г.А., Гонтарь И.П., Сакибаев К.Ш., Абдурашитова Д.И., Турсунов С.Ю., Мамасаидов Ф.А.</b> В-клеточная активация и анти-В-клеточная терапия при системной красной волчанке и ревматоидном артрите	249

<b>Мамедова Г.А., Тачмурадова М.Р., Абрамова Э.С., Караджаева О.А., Каримова Ф.Ш.</b> Сердечно-сосудистые осложнения при гипотиреозе	249
<b>Махмадов Ш.К., Халимова З.С., Кадырова Н.А.</b> Роль ретинальной камеры нового поколения в фотодокументации гипертонических изменений на глазном дне	250
<b>Махмудова К.Дж., Фараджева Н.А.</b> Возможности эластографии в диагностике ранних стадий цирроза печени	251
<b>Мацкевич С.А., Атрощенко Е.С., Бельская М.И.</b> Коморбидность возвратной стенокардии и психоэмоциональных нарушений	252
<b>Мехмонов П.Х., Одинаев Ш.Ф., Джалилзода С.С., Халидов И.А., Касымов А.М.</b> Особенности сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии у ликвидаторов Чернобыльской катастрофы в отдалённые сроки	252
<b>Мирахмедова М.А., Касымова С.В., Музаффаров Ф.Б., Касымова С.Д.</b> Распространённость йоддефицитных заболеваний среди населения Республики Таджикистан	253
<b>Мирзоев С.А., Гулов У.А., Неъматзода О., Авгонов У.М.</b> Повторные оперативные вмешательства при тромбозах оперированных сосудов	254
<b>Мирзокалонова М.Дж., Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П.</b> Анализ причин перинатальной смертности на уровне первичного звена	255
<b>Мирзокалонова М.Дж., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И.</b> Изучение влияния вакцинации на течение аллергического (атопического) дерматита у детей в практике семейного врача	256
<b>Мирзокаримова Н.С., Одинаев Ф.И.</b> Состояние кардиореспираторной системы у пациентов с лейкемией в условиях жаркого климата Республики Таджикистан	257
<b>Мироджов Г.К., Азимзода С.М., Алимова Н., Тухтаева Н.С., Мирзоев Д., Одинаев Р.И.</b> Значение ожирения и системного воспаления в патогенезе неалкогольной жировой болезни печени	258
<b>Мироджов Г.К., Ганиев Б.И., Шамсудинов Ш.Н., Бахтибеков А.М., Одинаев Р.И.</b> Сочетанное применение рифаксемина и лактулозы при печёночной коме	258
<b>Мироджов Г.К., Ишанкулова Д.М., Одинаев Р.И., Мухиулова Д.</b> Метаплазия и дисплазия слизистой желудка при кислотозависимых заболеваниях, ассоциированных с <i>H. pylori</i>	259
<b>Мироджов Г.К., Мирзоев Ч.М., Тухтаева Н.С.</b> Нарушения углеводного обмена у больных с ожирением	259
<b>Мироджов Г.К., Пулатова С.Д., Пулатов Д.И., Тухтаева Н.С., Одинаев Р.И.</b> Пентоксифиллин в терапии цирроза печени	260
<b>Москаль О. Н, Архий Э.И., Дербак М.А., Прилипко Л.Б.</b> Значение отдельных интерлейкинов в оценке воспалительно-деструктивных изменений в поджелудочной железе при прогрессировании хронического панкреатита	260
<b>Мурадов А.М., Косимов З., Сафарзода А.М., Мурадов А.А., Шумилина М.В.</b> Клиническое значение ремоделирования левого желудочка сердца у больных с острым нарушением мозгового кровообращения	261
<b>Мурадов А.М., Косимов З., Сафарзода А.М., Мурадов А.А., Шумилина М.В.</b> Оценка диастолической функции левого желудочка сердца у больных с острым нарушением мозгового кровообращения	262
<b>Мурадов А.М., Сафарзода А. М., Мурадов А.А., Шумилина О.В., Ризоев М., Хамрокулов К.А.</b> Особенности центральной гемодинамики у родильниц с острой печеночной недостаточностью и легочным повреждением	263

<b>Мурадова З.М., Мурадов А.А., Сафарзода А. М., Шумилина О.В.</b> Ремоделирование левого желудочка сердца у родильниц с сочетанным осложнением острой печеночной недостаточностью и легочным повреждением	264
<b>Мурадова И.Г., Атаджанова М.А.</b> Скрининговый метод определения антинуклеарных антител в диагностике системных заболеваний соединительной ткани	265
<b>Мураталиев Т.М., Звенцова В.К., Мухтаренко С.Ю., Раджапова З.Т., Жанышибекова Н.Ж., Ибраимова А.С., Султан У.Э.</b> Гендерные особенности клинико-фенотипических характеристик у больных гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией	265
<b>Муродов Н.М.</b> Диагностика заболеваний коленных суставов в амбулаторных условиях	266
<b>Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н., Абдуллаева С.Н.</b> Возможности прогнозирования течения кардио- и вторичных артропатий у пациентов с лейкемией на фоне синдрома лизиса опухоли	267
<b>Мустафакулова Н.И., Султанов А.И., Абдуллаева Д.Ю.</b> Трудности диагностики экзогенного аллергического альвеолита грибковой этиологии в Республике Таджикистан (случай из практики)	268
<b>Мухаммадиева С.М., Рустамова М.С., Курбанова М.Х., Негматова С.С., Бадалова М.Х., Бобоходжаева М.О.</b> Клинико-лабораторные изменения углеводного и липидного обменов у женщин с метапаузальным метаболическим синдромом	269
<b>Мухаммадиева Х.С., Негматзода О., Рахмонов Дж.К., Абдусаматов К.А.</b> Ангиопластика и стентирование артерий нижних конечностей при диабетической ангиопатии	270
<b>Мухаммедова Д.Г., Тангиева О.А.</b> Состояние диастолической функции левого желудочка	271
<b>Мухаммедова З.Р., Акмырадова М.Х.</b> Адаптогенное влияние сиропа солодки на ступенях формирования хронической обструктивной болезни легких	272
<b>Мухаммедова З.Р., Тайлакова А.Н., Акмырадова М.Х.</b> Влияние факторов риска на реакцию прямой гематглютинации крови и пути ее регуляции на донозологических ступенях развития хронической обструктивной болезни легких	272
<b>Мухторова П.Ш., Турсунов Р.А., Пирова Г.Д.</b> Актуальные вопросы укрепления здоровья населения на общинном уровне	273
<b>Набиев А.Д., Домладжонова Д.Р., Норматов Д.С., Тошматов К.К.</b> О применении инсулиновой помпы у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов в Согдийской области	274
<b>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</b> Отдаленные результаты хирургических вмешательств на стопе у больных сахарным диабетом	274
<b>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</b> Влияние актовегина на течение раневого процесса у больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы	275
<b>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</b> Состояние иммунной системы у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета	276
<b>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</b> Частота синдрома диабетической стопы в структуре эндокринных заболеваний населения Хатлонской области	277
<b>Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.</b> Антиоксидантное лечение осложнённых форм синдрома диабетической стопы	278

<b>Навджуанов Н.М.</b> Достижение основных целей терапии при применении тройной фиксированной комбинации периндоприла, амлодипина, индапамида (Ко-амлесса) у пациентов с артериальной гипертензией	279
<b>Навджуанов Н.М., Навджуанова Г.С., Асрори Х.М., Джаббарова Х.Р.</b> Сравнительная эффективность и безопасность монотерапии лозартаном и комбинации лозартана с амлодипином в терапии артериальной гипертензии	279
<b>Навджуванов И.М., Табаров А.И., Касирова Г.С.</b> Место ангиопластики в комплексном лечении больных острым инфарктом миокарда с множественным атеросклеротическим поражением коронарных артерий	280
<b>Назаров Ш.Х., Гульмурадов Т.Г., Курбонов Д.Ф.</b> Хирургическое лечение миксомы предсердий сердца	281
<b>Назарова М.К., Расулов У.Р.</b> Эффективность внутривенного лазерного облучения крови у больных хронической обструктивной болезнью лёгких с гипертонической болезнью	282
<b>Назарова М.М., Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Расулов Р.Н.</b> Анализ структуры заболеваемости детского населения Хатлонской области за 2018 год	282
<b>Нарзуллаева А.Р., Ситораи Акбар.</b> Новые взгляды на лечение артериальной гипертензии у беременных препаратами из группы блокаторов медленных кальциевых каналов	283
<b>Нармухамедова Н.А., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Цой Е.С., Хусинова Ш.А.</b> Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний по результатам исследования «STEPS»	284
<b>Насырова Б.С., Юлдошева М.У.</b> Наш опыт своевременной диагностики диабетической периферической нейропатии	285
<b>Неъматзода О., Гаибов А.Д.</b> Факторы риска развития острого илеофemorального венозного тромбоза	286
<b>Неъматзода О., Сайфиддинов А.С.</b> Цветное дуплексное сканирование в диагностике венозных тромбозов	287
<b>Ниязова Н.Ф.</b> Поражения костной ткани у больных тиреотоксикозом	288
<b>Ниязова Н.Ф., Джураева С.Д.</b> Результаты лечения больных сахарным диабетом 2 типа по программе пошаговой терапии в Республике Таджикистан	289
<b>Новикова Т.П., Доценко Э.А.</b> Особенности течения и терапии бронхиальной астмы у пациентов с разными вариантами грибковой сенсибилизации	290
<b>Нозимов Х.О., Раҷабзода М.Э., Ҳақназаров Х.Ш.</b> Абӯалӣ ибни Сино ва фаъолияти ӯ дар соҳаи тиб	290
<b>Нозиров Дж.Х., Нозиров А.Дж., Ходжиев С.Х.</b> Употребление алкоголя, как фактор риска кардиоваскулярной патологии, и его распространенность в Таджикистане	291
<b>Нозиров Дж.Х., Рахимов З.Я., Одинаев Х.</b> Гиподинамия и сердечно-сосудистый риск	292
<b>Норов Ф.Х., Сафаров Д.М., Гулахмадов А.Д., Шарипов У.А., Бочалолов Дж.Ф., Рузиев Ф.</b> Эндоваскулярное закрытие септальных дефектов сердца и открытого артериального протока с использованием окклюдеров Amplatzer	293
<b>Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И.</b> Некоторые медико-социальные вопросы детской инвалидности в практике семейных врачей	294
<b>Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Дж.</b> Лечение атопического дерматита низкочастотным лазерным излучением	295

<b>Носирова М.П., Мукармова Д.А., Мухамадиева С.И.</b> Основные проблемы детей с ограниченными возможностями в практике семейного врача	296
<b>Нурғалиева Н.К., Сейсембеков Т.З., Айнабекова Б.А., Айтқали Р.Н.</b> Влияние низкой температуры приземного воздуха на смертность от артериальной гипертензии	297
<b>Нурляминова З.А., Аббасова Д., Маджитова Т., Ефремова О.С., Юрин О.Г.</b> Антиретровирусная терапия: настоящее и будущее. Назначение антиретровирусной терапии и мониторинг ее эффективности в Таджикистане. Анализ с учетом гендерных особенностей	297
<b>Нурляминова З.А., Аббасова Д.М., Маджитова Т.П., Юрин О.Г.</b> Социальная характеристика пациентов, посещающих центры СПИД в Таджикистане	298
<b>Овезова Г.К., Аннамырадова Г.Г.</b> Особенности клинического течения язвенной болезни желудка у женщин	299
<b>Овезова Г.К., Тангиева О.А.</b> Изменения линейного кровотока во внутренних и наружных сонных артериях у больных эссенциальной артериальной гипертензией	300
<b>Овезова Г.К., Солтанмаммедов Т., Бегмырадова Ш.Д., Нурсахедова Б.Т., Чопанова М.А., Мамметязов М.С.</b> Преподавание темы «Особенности микроклимата района курорта "Аваза"» студентам-медикам	301
<b>Овезова С.О., Акмурадова М.Х., Худайбердыева Д.П.</b> Эффективность применения комбинированного препарата салметерол/флутиказон пропионат в лечении больных бронхиальной астмой	302
<b>Одинаев М.Ф., Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х., Шодиев Ш.Ш.</b> Тактика хирургического лечения больных с повреждением сосудисто-нервных пучков верхних конечностей	303
<b>Олими М., Амонов Ш.Ш., Бокиев Ф.Б., Исхаки Ф.Ю.</b> Поэтапная хирургическая тактика при клапанных пороках, ишемической болезни сердца и желчнокаменной болезни	303
<b>Орифшоева М.И., Ходжиев С.Х.</b> Оценка длительной терапии аторвастатином на динамику окисленных липопротеидов низкой плотности у больных с ишемической болезнью сердца	304
<b>Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Шодиев И.Н.</b> Некоторые медико-социальные аспекты гельминтных заболеваний среди членов семей в Республике Таджикистан	305
<b>Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Муратова Ч.А.</b> Особенности рисков развития сахарного диабета 2 типа у коренных жителей высокогорного Нарынского региона Кыргызстана	306
<b>Очилзода А.А., Начимов М.С., Имонгуев И.О., Камолова М.М., Джураева М.Р., Исмоилова Ш.Т., Саидолимова З.С.</b> Роль семейных врачей в раннем выявлении нарушений слуха у новорожденных из групп риска	307
<b>Очилзода А.А., Бободжанова Б.Н., Атаханова Ф.И., Очилова Б.А., Очилова З.А., Муродова М.М.</b> Результаты исследования слуха у больных сахарным диабетом	308
<b>Петях П.В., Коваль Г.Н., Карбованец Е.И., Дербак М.А.</b> Зависимость клинического течения лептоспироза от различных факторов	309
<b>Пирматова М.А.</b> О некоторых изменениях костной ткани и печени у больных с гиперпролактинемией	310
<b>Пирназарова М.М., Исмоилзода С.С., Достиев У.А.</b> Показатели качества жизни у больных ХБП в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа после аллотрансплантации почки	311



<b>Плескановская С.А.</b> Возможности иммунологических методов исследования в доклинической диагностике патологии	312
<b>Подпалов В.П., Журова О.Н., Сурунович Ю.Н., Устинович Т.Н., Маханькова А.А., Подпадова О.В.</b> Коморбидная патология и развитие новых случаев инфаркта миокарда, инсульта и смерти от болезней системы кровообращения	313
<b>Полякова Е.О., Доценко Э.А.</b> Качество жизни пациентов кардиологического профиля. Факторы, ассоциированные с приверженностью к антигипертензивной терапии.	313
<b>Полякова Е.О., Доценко Э.А.</b> Копинг-стратегии на примере студентов 2 курса лечебного факультета БГМУ	314
<b>Полякова Е.О., Доценко Э.А.</b> Состояние тревоги у кардиологических пациентов и пациентов, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания и заболевания нервной системы	315
<b>Полякова Е.О., Доценко Э.А.</b> Факторы риска и гендерные особенности, как маркеры, определяющие развитие и течение ИБС	315
<b>Раджабзода М.Э., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф., Табаров А.</b> Кинины как предикторы инфаркта миокарда	316
<b>Раджабзода М.Э., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф., Табаров А.</b> Реабилитация больных ишемической болезнью сердца на среднегорье	317
<b>Раджабзода М.Э., Одинаев Ш.Ф., Вильданишин Д.К., Солиев Ф.Г., Саидова О.К.</b> Калликреин-кининовая система крови у больных ишемической болезнью сердца жителей низкогорья Таджикистана	318
<b>Раджабзода М.Э., Файзуллоев Х.Т.</b> Использование торасемида (мидатор) у больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью	319
<b>Райхонов Ш.Н., Ходжиев С.Х.</b> Эффективность применения наружной контрпульсации у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии	319
<b>Расулов У.Р., Джамолова Р.Д., Рахмонова О.Д., Рахмонов Д.Т.</b> Нарушения в системе кровообращения при бронхиальной астме	320
<b>Расулов У.Р., Назарова М.К.</b> Взаимоотягивающее влияние хронической обструктивной болезни лёгких и гастроэзофагеальной рефлюксной и гипертонической болезней	321
<b>Раупова Ш.А., Усмонова Н.А., Косимов М.С.</b> Причины неадекватного лечения больных кардиальной патологией	322
<b>Рафиев Ф.Р., Рахмонов Д.А., Султанов Д.Д.</b> Обоснование показаний к хирургическому лечению синдрома рудиментарного шейного ребра	323
<b>Рафиев Ф.Р., Садуллозода Д.Н., Камолов А.Н., Кутбеддинов Х.С., Холов С.К.</b> Опыт выполнения комбинированной флебэктомии в условиях Центрального военного госпиталя МО РТ	323
<b>Рахимзода Х.Б., Рахмонов Х.Э.</b> Приверженность к медикаментозной терапии, как показатель профилактики осложнений у больных с ишемической болезнью сердца	324
<b>Рахимзода Х.Б., Шоев Ф.С., Аликулов А.Г., Шарипов З.Р.</b> Предоперационная подготовка и анестезиологическое обеспечение больных с феохромоцитомой	325
<b>Рахимов З., Кудратбеков А.</b> Цитопротекция и донаторы оксида азота в лечении патологии высокогорья	326



<b>Рахимов Н.Г., Олимзода Н.Х., Мурадов А.М.</b> Показатели спектрального анализа вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с тяжелой преэклампсией	326
<b>Рахимов Н.Г., Олимзода Н.Х., Мурадов А.М.</b> Показатели спектрального анализа вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с эклампсией	327
<b>Рахимов Н.Г., Олимзода Н.Х., Мурадов А.М.</b> Показатели фрактального анализа вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с тяжелой преэклампсией	328
<b>Рахимов Н.Г., Олимзода Н.Х., Мурадов А.М.</b> Показатели фрактального анализа вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с эклампсией	329
<b>Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Убайдуллаев А.М., Назирова М.Х.</b> Ассоциация легочной гипертензии с параметрами диастолической дисфункции правых отделов сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких и эффекты комплексной терапии	329
<b>Рахимова Д.А., Базарова С.А., Зуфаров М.А.</b> Состояние эндотелиальной функции периферических сосудов и эффекты комплексной терапии у больных легочной гипертензией	330
<b>Рахимова Х.К., Рамазанова З.Д., Камалова Н.Т.</b> Особенности течения вирусного гепатита С и ко-инфекции ВИЧ	331
<b>Рахимова Ш.А., Бандаев И.С., Худойдодова Ф.А., Раупов Ф.О.</b> Оценка уровня знаний и практических навыков по уходу за детьми раннего возраста на уровне семьи в районе Рудаки	332
<b>Рахматова З.А., Касымова С.Д., Мирахмедова М.А., Мавлододова М.</b> Особенности острого нарушения мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2 типа	332
<b>Рахматова Н.А., Грета Росс, Рахимова Ш.А., Раупов Ф.О.</b> Оценка мнений семейных врачей пилотных районов о процессе наставничества	333
<b>Рахматова Н.А., Холова С.Г., Холбеков К.И., Раупов Ф.О.</b> Результаты мониторинга пилотного внедрения НМО, основанного на кредит-часах, среди специалистов семейной медицины	334
<b>Рахматуллаева М.А., Рахимов З.Я.</b> Распространенность дефекта межжелудочковой перегородки в Республике Таджикистан	335
<b>Рахматуллоев Х.Ф., Каримова З., Боронов А.Б., Худойназарова Г.И.</b> Эффективность и безопасность фиксированной комбинации лозартана и амлодипина у больных с артериальной гипертензией в летнее время года	335
<b>Рахматуллоева З.Р., Умарова З.К., Хайдарова С.Ф.</b> Выраженность дыхательной недостаточности при бронхолегочной патологии у детей с цитомегаловирусной инфекцией в практике семейного врача	336
<b>Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Каримова М.Дж.</b> Цитомегаловирусная инфекция у детей в практике семейного врача	337
<b>Рахмонов Д.А., Гаибов А.Д., Султанов Д.Д., Неъматзода О.</b> Сосудистые осложнения синдрома верхней грудной апертуры	338
<b>Рахмонова О.Д., Шамсов А.Т., Камолова Г.Н., Хасанов Дж.М.</b> Об эффективности интратекального введения цитостатиков у больных с острым лимфобластным лейкозом	339
<b>Раҳимова М.Г., Содиқов А.Д.</b> Таъсири муҳлати мурочиат ва роҳҳои бистаришавии беморон ба ҳолатҳои ғавт	339
<b>Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Дж.А., Бокиев Ф.Б., Фозилов П.Х.</b> Эндовидеохирургия при сердечно-сосудистых заболеваниях	340

<b>Ризоева О.Р., Назаров Б.Д, Халилова Д.А., Саидов Ё.У., Расулов У.Р.</b> Оценка симптом- и структурно-модифицирующего эффектов алфлутопа у пациентов с первичным остеоартритом коленных суставов	341
<b>Ризоева О.Р., Расулов У.Р., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н., Алимова Н.А., Шарипов З.М.</b> Оценка эффективности применения современных хондропротективных препаратов у больных первичным остеоартритом коленных суставов	342
<b>Рофиева Х.Ш., Мурадов А.М., Олимзода Н.Х., Салимов Дж.М.</b> Результаты спектрального анализа вариации кардиоинтервала у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде	342
<b>Рузиев М.Х., Каримов О.О.</b> Результаты применения фозитона в лечении больных стенокардией напряжения II-III функциональных классов	343
<b>Рустамов М.Н.</b> Оптимизация диагностики Helicobacter pylori	344
<b>Рустамов М.Н.</b> Повышение эффективности эрадикации Helicobacter pylori у больных дуоденальной язвой	345
<b>Рустамов М.Н.</b> Применение пребиотического препарата стимбифид у больных с синдромом раздраженного кишечника	346
<b>Рустамов М.Н.</b> Сравнительная оценка функциональных методов исследований при изучении влияния минеральных вод на желудочную секрецию	347
<b>Рустамов М.Н., Азимзода С.М.</b> Лечение больных дивертикулярной болезнью толстого кишечника с кишечным дисбиозом	348
<b>Рустамов М.Н., Азимзода С.М.</b> Пробиотики в терапии нарушений кишечного микробиоценоза у больных с синдромом раздраженного кишечника	349
<b>Рустамов М.Н., Азимова С.М.</b> Кишечный микробиоценоз у больных с патологией толстого кишечника. Диагностическое и прогностическое значение.	349
<b>Рустамов М.Н., Барышникова Н.В., Сварваль А.В.</b> Использование различных пробиотических штаммов в монорежиме при эрадикации инфекции Helicobacter pylori: эффективность in vitro и in vivo	350
<b>Рустамова М.С., Раджабова С.А., Бадалова М.Х., Сироджева Л.Д., Пулатова А.П.</b> Репродуктивная функция у женщин с метаболическим синдромом	351
<b>Садикова Д.Н., Махмадов Ш.К., Мирзоев Х.С., Халимова З.С.</b> Полная тенотомия клапанным доступом к глазодвигательным мышцам при хирургии большого угла косоглазия	352
<b>Садикова С.И., Джалилова С.Х., Тагаева М.Х.</b> Влияние психосоматических расстройств на течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	353
<b>Садикова С.И., Хамраев А.А.</b> Современный подход к терапии лямблиоза кишечника в условиях семейной поликлиники	354
<b>Садыкова Г.А., Таджиходжаева Ю.Х.</b> Морфологическая характеристика тромбоцитов у больных хронической обструктивной болезнью лёгких в сочетании с ишемической болезнью сердца на этапе реабилитации	355
<b>Садыкова М.М., Абдуллаева М.А.</b> Опыт профилактической работы семейных врачей в Согдийской области	356
<b>Сайдалиев Ф.Д., Султанов Д.Д., Джаборов Х.А., Курбанов С.П.</b> Роль симпатэктомии в лечении болезни Рейно	357
<b>Саиджонов П.А., Шоев Ф.С., Шарипов З.Р., Аликулов А.Г.</b> Инфузионная поддержка спинальной анестезии	358

<b>Саидмуродова Ф.Л., Хурсанов Н.М.</b> Влияние мелатонина на функциональные показатели сердца у больных с изолированной систолической артериальной гипертонией пожилого возраста	359
<b>Саидов С.В., Нозимов Х.О., Ходжиев С.Х.</b> Качество жизни пациентов с артериальной гипертонией на фоне физической реабилитации	359
<b>Саидова М.М., Юсупалиев Б.К., Камилова У.К.</b> Раннее выявление кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом	360
<b>Саидова С.Ж., Рахимова Д.С., Муродов И.Х.</b> Симптоматические артериальные гипертонии у подростков	361
<b>Самадов Ш.Х., Рахмонов Дж.А., Элтаназаров М.Д., Джусраев Ш.М.</b> Применение гиполипидемического препарата роксера у пациентов ИБС и дислипидемией	361
<b>Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Дадабаева Б.С.</b> Роль кафедры сестринского дела в семейной медицине в непрерывном образовании	362
<b>Самиева Н.Ш., Бадалова З.А., Абдурахманова Х.Н.</b> Причины возникновения железодефицитной анемии у детей раннего возраста	363
<b>Сангинова Н.М., Намозов Д.Б., Алишеровна Н.А.</b> Частота и структура врожденных пороков развития у новорожденных	363
<b>Сангинова Н.М., Хотамова М.Н., Алишеровна Н.А.</b> Гипербилирубинемии у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении	364
<b>Сангов Д.С., Курбанова М.А., Гульмурадов У.Т.</b> Изменения центральной гемодинамики при видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени	365
<b>Сафохонов Д.Т., Кадырова Д.А., Саидова Ж.С.</b> Использование немедикаментозного лечения артериальной гипертонии у лиц пожилого возраста в амбулаторных условиях и в стационаре	366
<b>Сейсембеков Т.З., Долгих С.А., Жусупова Г.К., Загоруля Н.Л., Онгарбаева Ж.Е.</b> Заболееваемость и смертность при ишемической болезни сердца в Астане во взаимосвязи с температурой приземного воздуха	366
<b>Сеитмухамедов М.Д., Кадыров Б.А., Аннаев М.С., Шихназарова Б.А.</b> Реваскуляризация миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью	367
<b>Семененков И.И.</b> Показатели микроциркуляции у пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких, под влиянием нормобарической гипоксии и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот	368
<b>Семененков И.И., Пристром М.С.</b> Сочетанное применение нормобарической гипоксии и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в лечении и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких	369
<b>Семененков И.И., Пристром М.С., Штонда М.В.</b> Изменения жирнокислотного состава плазмы крови и показателей системного иммунного воспаления под влиянием комплексного лечения с применением нормобарической гипоксии и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот у пациентов с коморбидными кардиореспираторными заболеваниями	370
<b>Ситораи Акбар, Зокиров Б.Н.</b> Оценка качества рационального использования лекарственных средств при хронической ишемической болезни сердца на госпитальном уровне кардиологической службы Республики Таджикистан на примере РКЦК	370
<b>Ситораи Акбар, Нарзуллоева А.Р.</b> Оценка эффективности и безопасности применения оральных антикоагулянтов в различных дозировках у больных персистирующей и постоянной формами фибрилляции предсердий на фоне хронической ишемической болезни сердца	371

<b>Смагулова А.К., Абдрахманов А.С., Айнабекова Б.А., Нуралинов О.М., Турсунбеков А.Б., Абильдинова Г.С., Бақытжанұлы А., Есилбаев Ж.Е., Багибаев С.М.</b>	
Диагностика и тактика ведения беременных женщин с нарушениями ритма сердца	372
<b>Собирова О.М., Сафаралиева Г.И., Файзуллоев А.И.</b>	
Организация профилактической и лечебной помощи населению с учётом рисков по сердечно-сосудистым заболеваниям	373
<b>Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Курбанов Н.Р., Джаборов Х.А.</b>	
Изолированная минифлебэктомия расширенных притоков большой подкожной вены в лечении варикозной болезни	374
<b>Солиев Ф.Г., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф.</b>	
Состояние здоровья населения в регионе производства минеральных удобрений в жарких климатических условиях	374
<b>Солиев Ф.Г., Одинаев Ш.Ф., Одинаев Ф.И., Мехмонов П.Х.</b>	
Состояние здоровья рабочих производства минеральных удобрений в жарких климатических условиях	375
<b>Субханова З.И.</b>	
Оптимизация лечения острых пневмоний вирусно-бактериальной этиологии	376
<b>Субханова З.И., Бобиева Н.Х., Гадов С.Х.</b>	
Особенности течения септических пневмоний	377
<b>Сулейманова З.А.</b>	
Тавсифи клиникии гипертрофияи меъдачаи чап дар бемории музмини гурдави дошта	377
<b>Сулейманова З.А., Садуллоева Н.А.</b>	
Нарушение кровообращения сосудов головного мозга при хронической болезни почек	378
<b>Султанов А.И., Мустафакулова Н.И., Абдуллаева Д.Ю.</b>	
Особенности течения токсического фиброзирующего альвеолита (случай из практики)	379
<b>Султанов Д.Д., Гаиров А.Д., Нейматзода О., Юнусов Х.А.</b>	
Состояние и перспективы развития хирургии брахиоцефальных артерий в Республике Таджикистан	379
<b>Султанов Д.Д., Гаиров А.Д., Нейматзода О., Юнусов Х.А.</b>	
Хирургическое лечение каротидной хемодектомы	380
<b>Султанов Д.Д., Гульмурадов Т.Г., Гаиров А.Д., Юнусов Х.А., Нейматзода О.</b>	
Оптимизация хирургического лечения кинкинга позвоночных артерий	381
<b>Султанов Д.Д., Юнусов Х.А., Нейматзода О., Бобоев Д.У.</b>	
Возможности спиральной компьютерной томографии в диагностике патологической извитости позвоночных артерий	382
<b>Табаров А.И., Раджабзода М.Э., Файзуллоев Х.Т., Эмомов С.Р.</b>	
Сравнительная оценка эффективности применения норадреналина и допамина у больных инфарктом миокарда, осложненным кардиогенным шоком	382
<b>Табаров М.Р., Рахмонов Дж.К., Шахсаворбеков Ш.А.</b>	
Тактика лечения острого восходящего тромбоза у беременных на фоне варикозной болезни	383
<b>Табаров М.Р., Сайфуддинов А.С.</b>	
Комплексное лечение трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности	384
<b>Табаров М.С., Хурсанов Н.М., Таджиева З.А.</b>	
Влияние мелатонина на состояние эндотелия у больных артериальной гипертонией	385
<b>Таджиева З.А., Хурсанов Н.М.</b>	
Влияние гипотензивных препаратов на функцию почек у больных с артериальной гипертонией пожилого возраста	385
<b>Танрыбердиева Т.О.</b>	
Гемодинамические особенности гипертонических кризов у мужчин и женщин	386

<b>Танрыбердиева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Агаханова О.Н.</b> Антитромбоцитарное значение клопидогреля в лечении больных ишемической болезнью сердца	387
<b>Ташкенбаева Э.Н., Абдиева Г.А., Кадырова Ф.Ш., Алиева Н.К., Истамова С.С.</b> Прогрессирование ишемической болезни сердца у больных с метаболическим синдромом	387
<b>Ташкенбаева Э.Н., Абдиева Г.А., Кадырова Ф.Ш., Мунинова К.К., Фатуллаева Д.С.</b> Медикаментозная коррекция ишемической болезни сердца в сочетании с климактерической кардиопатией	388
<b>Тойлиев С., Какабаев Б., Плескановская С.</b> Особенности гемограммы больных инфекционным эндокардитом	389
<b>Токмурзиева Г.Ж., Бахтиярова М.А., Абабкова М.А., Агибаева Ф.А.</b> Расширение роли сестринского персонала в организации патронажной помощи	389
<b>Тохилов Ф.С., Элтаназаров М.Д., Мухамедова М.М., Каримов Ш.З.</b> Характер изменения депрессии сегмента ST у больных постинфарктным кардиосклерозом с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST	390
<b>Тошматова М.К., Авгонов Б.Ш., Курбонова Н.А.</b> Оценка эффективности применения препарата тиворель у больных с острым коронарным синдромом	391
<b>Трач О.В., Акимова Н.С., Зуев В.В., Ледванова Т.Ю., Шварц Ю.Г.</b> Связь коэффициентов диффузии молекул воды в гиппокампе с характеристиками тяжести хронической сердечной недостаточности ишемического генеза	392
<b>Туракулов Ф.А., Бокиев Ф.Б., Туракулов А.Х., Олими М.</b> Результаты хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза	393
<b>Турдиев М.Р., Камилова У.К., Исмаилов С.И.</b> Оценка кардиоваскулярного риска в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний	394
<b>Тусупбекова М.М., Сейсембеков Т.З., Мукатова И.Ю.</b> Морфологическая картина легких при экспериментальной артериальной гипертензии	394
<b>Укла А., Подпалов В.П.</b> Влияние оздоровительных мероприятий на развитие артериальной гипертензии в организованной популяции ОАО «Нафтан-Полимир» по данным 10-летнего проспективного исследования	395
<b>Умаров А.А., Умарова С.А.</b> Влияние бета-адреноблокатора на вариабельность ритма сердца у больных изолированной систолической артериальной гипертензией	396
<b>Умаров С.</b> Влияние прополиса на систему антиоксидантной защиты и биохимическую функцию печени при хронической алкогольной интоксикации	396
<b>Умаров Т.А., Бандаев И.С., Раупов Ф.О.</b> Анализ предоставления медицинских услуг подросткам на уровне сети учреждений ПМСП	397
<b>Умарова З.К., Мукаримова Д.А., Эргашев Х.Ю.</b> Оценка эффективности препарата Циклоферон в лечении острой респираторной вирусной инфекции у детей	398
<b>Умарова З.К., Рахимова У.Х., Ходжаева З.Г.</b> Клинические проявления атопического дерматита в жаркое и холодное время года	399
<b>Умарова З.К., Хайдарова С.Ф., Рахматуллоева З.Р.</b> Эффективность ротавирусной вакцинации детей в практике семейного врача	399
<b>Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П., Хасанов Дж.М.</b> ЭКГ-изменения у больных с хроническими лейкозами	400
<b>Урунбоева Д.С., Гоибова З.В., Азимова М.С., Ходжиев С.Х.</b> Исходы инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом	401



<b>Урунбоева Д.С., Нозимов М.О., Гулматова М.Н.</b> Современные проблемы реабилитации больных с кардиоваскулярной патологией в Таджикистане и пути их решения	402
<b>Усманов Д.Н., Хван И.Н., Исхаки Ф.Ю.</b> Лечение гнойных ран различного генеза при помощи лазерной фотодинамической терапии	403
<b>Файзалыева Г.С., Бекова Ш.Х., Нозимов М.О.</b> Показатели суточного мониторирования артериального давления у больных артериальной гипертензией в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта	403
<b>Файзиев З.Ш., Бокиев Ф.Б., Туракулов Ф.А., Олими М.</b> Лечебная фибробронхоскопия в комплексном послеоперационном ведении больных, перенесших кардиохирургические операции	404
<b>Файзуллоев Х.Т., Раджабзода М.Э., Сафаралиева Г.И.</b> Сравнительная оценка применения метопролола и небиволола у больных с острым инфарктом миокарда	405
<b>Файзуллоев Х.Т., Раджабзода М.Э., Табаров А.И.</b> Эффективность применения тирофибана при феномене coronary no-reflow	406
<b>Файзуллоев Х.Т., Раджабзода М.Э., Табаров А.И.</b> Применение омега-3 в сочетании со стандартной терапией у больных ишемической болезнью сердца	407
<b>Фараджева Н.А., Имамалиева У.Х.</b> Эффективность сочетания моксонидина и амлодипина при лечении системной и легочной гипертензии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких	407
<b>Фараджева Н.А., Мусаева А.К.</b> Влияние избыточной массы тела на показатели внутрисердечной гемодинамики у больных с хронической обструктивной болезнью легких	408
<b>Фрейзер-Херт Н., Чуквума А., Гонг Э., Латыпова М., Мандевиль К., Вонг Х., Абдуллаева Ф.</b> Улучшение непрерывности ухода за больными с артериальной гипертензией в Таджикистане	409
<b>Хабирова С.З., Зубайдова Т.М., Шамсудинов Ш.Н., Мамадёрва Г.М.</b> Экспериментальный калькулёзный холецистит у хомяков, леченных эфирным маслом «Гепатол»	410
<b>Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Халимова З.С., Карабаев Д.И.</b> Глазное дно при тяжёлой преэклампсии беременных	411
<b>Хайдарова С.Ф., Умарова З.К., Рахматуллоева З. Р.</b> Течение хронического холецистита у больных с хламидийной инфекцией	411
<b>Хайруллаева С.С., Ливерко И.В., Рустамова М.Т.</b> Частота, характер формирования поражений эзофагогастродуоденальной зоны у больных бронхиальной астмой	412
<b>Хакимова М.Б.</b> Социально-гигиенические аспекты сердечно-сосудистой заболеваемости	413
<b>Хакназаров С.Ш., Махмудова Д.Ш., Комилова Г.</b> Совершенствование стоматологической помощи в системе комплексной реабилитации организованного контингента инвалидов в Республике Таджикистан	414
<b>Халилов А.А., Назаров Д.</b> Современные подходы к оказанию неотложной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения	415
<b>Халилова Д.А., Назаров Б.Дж., Шукурова Р.А.</b> Оценка эффективности ангиосаптана у больных, перенесших инфаркт миокарда	416
<b>Халилова Д.А., Назаров Б.Дж., Шукурова Р.А.</b> Типы ремоделирования миокарда у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией	417



<b>Халилова Д.А., Шукурова Р.А.</b> Оценка возрастных различий развития хронической сердечной недостаточности после инфаркта миокарда с низкой фракцией выброса	417
<b>Халмурадова М.Х., Беркелиева М.М.</b> Особенности развития инфаркта миокарда у лиц молодого возраста	418
<b>Хамидов А.В., Абдусалымова Л.И.</b> Коррекции недостаточности митрального клапана у больных с полной формой атрио-вентрикулярного канала	419
<b>Хамидов А.В., Абдусалымова Л.И.</b> Хирургическая анатомия проводящей системы сердца при общем атриовентрикулярном канале	420
<b>Хамидов А.В., Абдусалымова Л.И., Хамидов Д.Х.</b> Магнитно-резонансная томография в диагностике миксом сердца	421
<b>Хамидов А.В., Абдусалымова Л.И., Хамидулина Г.А.</b> Наш опыт хирургического лечения инфекционного эндокардита митрального клапана	421
<b>Хамидов А.В., Гурьянов А.А., Лаптев С.Е., Абдусалымова Л.И.</b> Аннулопластика трикуспидального клапана по Де-Вега при сочетанных клапанных поражениях сердца	422
<b>Хамидов А.В., Хамидулина Г.А., Абдусалымова Л.И.</b> Хирургическая анатомия “парашютообразного” и двойного митрального клапана при открытом атриовентрикулярном канале	423
<b>Хамидов А.В., Хамидулина Г.А., Абдусалымова Л.И.</b> Эхокардиографическая оценка анатомии и непосредственных результатов коррекции неполной формы открытого атриовентрикулярного канала	424
<b>Хамидов Н.Х., Умарова С.А., Умаров А.А.</b> Некоторые аспекты вегетативной регуляции ритма сердца у больных изолированной систолической артериальной гипертонией	424
<b>Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н.</b> Аффективные расстройства у больных артериальной гипертонией старших возрастов	425
<b>Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н.</b> Когнитивные нарушения у больных артериальной гипертонией	426
<b>Хамидова З.Д.</b> Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы у детей и подростков	426
<b>Хамидова М.А., Азизова Н.Н.</b> Восприятие образовательной среды студентами государственных образовательных учреждений «Республиканский медицинский колледж города Душанбе» и «Медицинский колледж города Куляб»	427
<b>Хан Т.А., Алиахунова М.Ю.</b> Особенности клинико-иммунологического статуса больных реактивным артритом	428
<b>Хасанзода С.М., Шарифов К.О., Саидов Ё.У., Абдулатиф А., Мизонов А.</b> Оценка характера трансмитрального диастолического потока крови у больных ревматоидным артритом в зависимости от наличия ишемической болезни сердца	429
<b>Хасанов Дж.М., Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П.</b> Особенности течения острого лейкоза в дебюте (клинический случай)	429
<b>Химмат Мухаммад Ёсин, Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Шамсов А.Т.</b> Циркадные колебания артериального давления у больных артериальной гипертонией на фоне амлодипина	430
<b>Ходжаев Ф.М., Гуломова М.О.</b> Роль первичной медико-санитарной помощи в профилактике неинфекционных заболеваний	431
<b>Ходжакулиев Б.Г., Гурбанова Г.М., Аннаев Б.Х.</b> Изменение концентрации интерлейкина-6 у больных ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью	431

<b>Ходжакулиев Б.Г., Кулыева Э.С., Аннаев Б.Х.</b> Морфофункциональные изменения левых отделов сердца у пациентов ишемической болезнью сердца с персистирующей формой фибрилляции предсердий	432
<b>Ходжакулиев Б.Г., Назарова Дж.Н., Эльясов М.Б.</b> Активность цитокинов у больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа на фоне лечения статинами	433
<b>Ходжамурадов Г.М., Сатторов Х.И., Давлатов А.А., Джононов Дж.Д.</b> Результаты микрохирургического восстановления травматически повреждённых артерий верхней конечности	434
<b>Ходжиев Т.А., Ходжибаев А.А., Носиров Н.З., Ёров Ч.Э.</b> Сравнительная эффективность разных лекарственных схем в постинфарктном периоде	435
<b>Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Ганиева М.П., Шарифов М.М.</b> ЭКГ-контроль после проведения полихимиотерапии у больных с острыми лейкозами	436
<b>Ходжиева Г.Б., Химмат Мухаммад Ёсин, Ураков К.З.</b> Влияние бисопролола на вариабельность ритма сердца у больных артериальной гипертонией пожилого возраста	437
<b>Холикова И., Авезов С.А., Шамсуддинов Ш.Н.</b> Частота и патогенетические факторы развития желчнокаменной болезни при хронических диффузных поражениях печени	437
<b>Холов З.Х., Бурташев А.Ю.</b> О проблеме эндемического зоба в Хатлонской области Республики Таджикистан	438
<b>Холов С.К., Рафиев Ф.Р., Камолов А.Н., Собиров С.С., Гульмурадов У.Т.</b> Комплексное лечение острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей	439
<b>Холова З.У., Абдуллоев Х.Дж., Сунъатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш.</b> Рецидивирующий синовит у больных с ревматическими заболеваниями	439
<b>Холова З.У., Ахунова Н.Т., Сунатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш.</b> Лечение НПВП-гастропатий, сочетающихся с диспептическим синдромом, у больных с ревматическими заболеваниями	440
<b>Хотамова М.Н., Самиева Н.Ш., Махмудова М.М., Шарипова Н.</b> Критерии оценки тяжести дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений у часто болеющих детей, страдающих бронхолегочной патологией, в практике детского врача	441
<b>Худоиев Х.У., Зубайдова Т.М., Самандаров Н.Ю.</b> Изучение действия фитосбора «Юнигепт» на антитоксическую и экскреторную функции печени у белых крыс, получавших холелитогенно-гиперлипидемическую диету	441
<b>Хужамуротов М.Н., Авезов С.А., Одинаев Р.И., Давлатова Г.</b> Неинвазивные показатели фиброза в ранней диагностике цирроза печени	442
<b>Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н., Саидмуродова Ф.Л.</b> Влияние мелатонина на показатели диастолической функции левого желудочка у пожилых больных артериальной гипертонией	443
<b>Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н., Саидмуродова Ф.Л.</b> Функционально-приспособительные реакции у больных изолированной систолической артериальной гипертонией на фоне мелатонина	444
<b>Хурсанов Н.М., Табаров М.С., Таджиева З.А.</b> Функциональное состояние эндотелия у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертонией	444
<b>Хусинова Ш.А., Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Лапасова М.Ш.</b> Результаты обучения интегрированному ведению артериальной гипертонии и сахарного диабета с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек	445
<b>Чапау А., Дерьяева Г.Г., Гайыпов С. Г., Акыев А.А.</b> Информированность пациентов о наличии сердечно-сосудистых заболеваний	446
<b>Чапау А.Х., Акыев А.А., Гайыпов С. Г., Бекдурдыева Г.</b> Дисфункции левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза	446

<b>Чапау А.Х., Мухаммедова Н.А., Акмамедова Г.А., Гайытов С. Г., Акыев А.А.</b> Обучение больных хронической сердечной недостаточностью методам самоконтроля и улучшения качества жизни	447
<b>Чарышкин А.Л., Хамидов А.В., Гурьянов А. А.</b> Использование вакуум-терапии при лечении инфицированных постстернотомных ран	448
<b>Чумаева М. Ч., Худойназаров Г.И.</b> Имкониатҳои нави баргарафсозии экстрасистолияҳои меъдачавии хавфнок дар беморони пас аз сактаи дил	449
<b>Чураев А.А., Хочаев И.А., Раҳимова М.Г., Гаффарова М.А.</b> Тактикаи бурдани зоиш дар ҳомиладорон бо нуқсонҳои модарзодии дил	450
<b>Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Шамсов Н.Х.</b> Состояние сосудисто-нервного пучка нёба при различных методиках стафиловейлопластики	450
<b>Шаймонов А.Х., Шамсов Н.Х., Бободжонов Д.Н., Шодиёв Ш.Ш.</b> Оценка кровоснабжения несвободного пахового лоскута на нижеэпигастральной артерии в клинических условиях	451
<b>Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б., Уроков К.З., Хасанов Д.М.</b> Лечение интоксикационного синдрома у больных с острым миелобластным лейкозом, получавших химиотерапию	452
<b>Шамсуддинов Ш.Н., Авезов С.А.</b> Влияние сухого экстракта эстрагона на функциональное состояние печени при экспериментальном диабете	452
<b>Шамсуддинов Ш.Н., Авезов С.А., Давлатова Г., Самандаров Н.</b> Содержание цинка, кальция и фосфора в сыворотке крови больных циррозом печени	453
<b>Шарапова Н., Азимзода С.М., Дустов А.</b> Значение инсулинорезистентности у больных хроническим гепатитом HCV с метаболическим синдромом	454
<b>Шарапова Н.Х., Азимова С.М., Дустов А.</b> Метаболический синдром и инсулинорезистентность у больных хроническим гепатитом С	454
<b>Шарапова Ю.Ш., Ташкенбаева Э.Н., Маджидова Г.Т., Рахимов С.К., Ражабова Ю.Ж.</b> Клиническая характеристика и частота встречаемости желудочковых нарушений ритма сердца при остром инфаркте миокарда	456
<b>Шарипов З.Р., Шоев Ф.С., Рахимзода Х.Б., Дадабаев Д.У.</b> Применение β-блокатора эсмолола при операциях на сердце	456
<b>Шарипов Ш., Олимова Ш., Рахимов З.</b> Пути совершенствования качества клинических протоколов диагностики, лечения и профилактики неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан	457
<b>Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Сохибов Р.Г., Нуруллоев О.С.</b> Эффекты ишемического прекондиционирования при разной эффективности антигипертензивной терапии	458
<b>Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Якубов Д.М., Сохибов Р.Г.</b> Возрастные особенности распространённости дисциркуляторной энцефалопатии	458
<b>Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Якубов Д.М., Шербадалов А.А.</b> Нарушения мозгового кровообращения и риск развития резистентности к лечению у пациентов артериальной гипертонией	459
<b>Шарипова Х.Ё., Негматова Г.М., Турсункулов З.Д., Пирова Г.Д.</b> Значимость гендерных стереотипов личности у пациентов резистентной артериальной гипертонией	460
<b>Шарипова Х.Ё., Султонов Х.С., Негматова Г.М., Нуруллоев О.С.</b> Эффективность терапии хронической сердечной недостаточности у мужчин среднего возраста без депрессии	460

<b>Шарипова Х.Ё., Султонов Х.С., Турсункулов З.Д., Аминов У.Х.</b> Частота хронической сердечной недостаточности у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией	461
<b>Шарипова Ш.Т., Самадова Г.А., Дадабаева Б.С.</b> Скрининг по выявлению факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы	461
<b>Шарифзода Х.С., Кадырова Д.А., Абдухамидов М.Н.</b> Оценка качества консультирования пациентов с ишемической болезнью сердца по вопросам изменения образа жизни в практике семейного врача	462
<b>Шепелькевич А.П., Дыдышко Ю.В., Салко О.Б.</b> Оценка микрососудистых осложнений у молодых взрослых с сахарным диабетом 1-го типа в Республике Беларусь	463
<b>Шепелькевич А.П., Лобашиова В.Л.</b> Оценка риска развития расстройств пищевого поведения у пациентов с сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию	464
<b>Шоалимова З.М., Абдалимова У.К.</b> Маркеры эндотелиальной дисфункции у больных с хронической сердечной недостаточностью	464
<b>Шоалимова З.М., Кимсанов М.Ш.</b> Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда в молодом возрасте	465
<b>Шодиев Б.Р., Хакимова Ф.М., Ходжиев А.И., Рачабова Г.</b> Коморбидные состояния при ревматических заболеваниях	466
<b>Шодиев Б.Р., Шукурова С.М.</b> Клиническая эффективность применения перорального хондропротектора «Ибра» при остеоартрозе	467
<b>Шодикулова Г.З., Бабамурадова З.Б., Туробов Б.Г.</b> Основные маркеры диагностики и прогноза течения недифференцированной дисплазии соединительной ткани	468
<b>Шодикулова Г.З., Исмоилов С., Атоев Т.Т.</b> Влияние L-аргинина на клинико-лабораторные показатели крови у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с первичным пролапсом митрального клапана	468
<b>Шодикулова Г.З., Исмоилов С.М., Атоев Т.Т.</b> Нарушения ритма сердца у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани	469
<b>Шоев Ф.С., Аликулов А.Г., Дадабаев Дж.У., Гулов А.М., Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т.</b> Трансфузионная терапия при коронарном шунтировании в условиях искусственного кровообращения	470
<b>Шоев Ф.С., Тошпулатов У.Т., Аликулов А.Г., Джобиров Ш.И., Дадабаев Дж.У., Шарипов З.Р.</b> Послеоперационные бронхолегочные осложнения у кардиохирургических больных	470
<b>Шокиров Ҷ.Ғ., Рачабов Ҷ.В., Холова С.Ғ., Ҷонова Б.Ю.</b> Нақши табибони оилавӣ нисбати дарёфти бемориҳо ва назорати онҳо	471
<b>Шолкова М.В., Доценко Э.А., Бураков И.И.</b> Шкалы SCORE и BODE: оценка кардиореспираторных рисков у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких	472
<b>Шукуров Б.М., Кравцов В.И., Уфимцев В.С., Алейникова Е.С., Семилетова Г.В.</b> Математическая система визуализации Clear Stent как метод улучшения результатов коронарного стентирования	472
<b>Шукуров Б.М., Кравцов В.И., Уфимцев В.С., Дробкова Е.М., Шагина Е.С.,</b> Опыт использования стентов с нелекарственным покрытием у больных с острым коронарным синдромом	473

<b>Шукуров С.Г., Бандаев И.С., Раупов Ф.О., Карахонова Г.Т.</b> Просветительная работа семейного врача по профилактике туберкуллёза среди трудовых мигрантов	474
<b>Шукурова С.М., Ахунова М.Ф., Ходжиев А.И.</b> Характеристика ревматических жалоб в популяции Республики Таджикистан	475
<b>Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Холов С.С., Холиков Р.В.</b> Структура и течение ревматических заболеваний по данным госпитальной заболеваемости	475
<b>Шукурова С.М., Раджабова Г.М., Файзалиев Р.Х.</b> Коморбидные состояния у больных с ишемической болезнью сердца	476
<b>Шукурова С.М., Хамроева З.Д.</b> Эффективность структурно-модифицирующей терапии остеоартроза	477
<b>Элта назаров М.Д., Джураев Ш.М., Гийсиев И.К., Кабилов Р.Х.</b> Вариабельность сердечного ритма и состояние сердечно-сосудистой системы у больных острым инфарктом миокарда	477
<b>Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Мухамадова М.А., Тохиров Ф.С.</b> Суточное мониторирование ЭКГ в диагностике и лечении больных острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST	478
<b>Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Саиджонов П.А., Давлатов Б.М.</b> Оценка эффективности метаболической терапии у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST	479
<b>Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З.</b> Жизнеопасные аритмии у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST	480
<b>Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З.</b> Предикторы развития внезапной смерти у больных острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST	481
<b>Эмомов С.Р., Авгонов Б.Ш.</b> Выбор лекарственных средств при лечении хронической сердечной недостаточности у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях первичной медико-санитарной помощи	482
<b>Юлдашев Б.А., Юлдашев Н.П., Атамуратов Б.Р., Холикулов С.Ш.</b> Динамика агрегационной способности тромбоцитов у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от типа установленных имплантов	483
<b>Юлдашев Б.А., Юлдашев Н.П., Холикулов С.Ш., Мадрахимов Н.К.</b> Оценка динамики качества жизни у больных ишемической болезнью сердца с биорасстворимыми каркасами «Absorb» и стентами с лекарственным покрытием Des	484
<b>Юлдашев Н.П., Атамуратов Б.Р., Сабирова Ш.А., Юлдашев Б.А., Мадрахимов Н.К.</b> Наш опыт по стентированию левой внутренней сонной артерии при патологической извитости устья левой общей сонной артерии	484
<b>Юлдашев Н.П., Каримов Б.Х., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р., Мадрахимов Н.К.</b> Применение баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей в профилактике и лечении критической ишемии у больных с синдромом диабетической стопы	485
<b>Юлдашев Н.П., Холикулов С.Ш., Атамуратов Б.Р., Каримов Б.Х.</b> Клинический случай эндоваскулярного лечения коронаро-легочной фистулы	486
<b>Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р., Собирова Ш.А.</b> Наш опыт транскатетерного закрытия дефекта межпредсердной перегородки у больных с врожденным пороком сердца	487
<b>Юлдашев Э.Ч., Юсупова М.Б.</b> Опыт применения карвидила в лечении больных хронической сердечной недостаточностью	487



***Юлдошев Х.Ф., Гульмурадов Т.Г., Одил Саидолим, Шоев Ф.С.***

Наш опыт прямой реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом с сопутствующим сахарным диабетом

488

***Юсупов Д.М., Камилова У.К.***

Показатели эндотелиальной функции у больных инфарктом миокарда

489

**Приветствие министра здравоохранения  
и социальной защиты населения  
Республики Таджикистан**



**Глубокоуважаемые делегаты и участники конгресса!**

От имени Правительства Республики Таджикистан имею честь поздравить Вас с открытием Конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств.

Открывая настоящий конгресс, посвященный самым актуальным вопросам современной медицины, в ходе которого запланированы к обсуждению наиболее значимые на современном этапе вопросы по основным специальностям – кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии,

эфферентной медицины, гастроэнтерологии и гепатологии, аллергологии и пульмонологии, нефрологии, эндокринологии, ревматологии, семейной медицине, лабораторной диагностике, организации здравоохранения, мы получаем новые возможности для обмена информацией о системах здравоохранения с различными условиями и уровнем развития экономики стран, для взаимодействия и обмена опытом между специалистами. Эти возможности дают мощный стимул для совершенствования и разработки новых медицинских технологий, способствуют улучшению качества и доступности оказания медицинской помощи населению нашей страны. Важность каждого из этих направлений обусловлена масштабами распространения заболеваний, необходимостью внедрения инновационных технологий диагностики и лечения, а также планирования дальнейших действий по их менеджменту.

Последние годы ознаменовались принципиальными реформами в системе здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, которые существенно отразились на кардиологической и терапевтической службах. За последние десять лет успешно и активно реализуются национальные стратегии и программы развития здравоохранения Республики Таджикистан в рамках «Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года», утвержденной Президентом Республики Таджикистан, в которой определены основные меры, направленные на развитие доступной, качественной, социально-ориентированной и экономически эффективной системы здравоохранения в Республике Таджикистан.

Считаю, что наш форум, собравший участников из разных стран Азии, Европейского региона и СНГ, является большим общественно значимым событием, особенно для нас, таджикстанцев. Многообразие религий, культур, традиций по праву является одним из главных богатств нашей республики. Правительство Республики Таджикистан придаёт приоритетное значение вопросам охраны здоровья населения нашей страны. Важно, что успеху этой масштабной и в высшей степени востребованной работы служат такие серьёзные международные организации и общественные объединения, как Всемирная Организация Здравоохранения, программы развития ООН, Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс» и другие важные инициативы. Усилия, направленные на развитие системы здравоохранения во всех странах, представители которых принимают участие в работе Конгресса, являются прекрасной основой для международного сотрудничества и в этом ракурсе заслуживают самого глубокого уважения.

Уверен, что Конгресс кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ пройдёт в творческом, конструктивном формате, будет содействовать налаживанию деловых связей и личных контактов, а насыщенная программа конгресса внесёт несомненный вклад в дальнейшее совершенствование профилактических технологий на благо здоровья народа нашей Республики!

В этом аспекте на наш конгресс возлагаются большие надежды в плане поиска путей решения многих научных и прикладных проблем терапевтической медицины. Желаем Вам плодотворной работы, новых открытий, отличного настроения, нашим гостям прекрасного пребывания в солнечном Таджикистане!

Министр



Н. Олимзода

<sup>1</sup>Рахимов З., <sup>2</sup>Олимова Ш., <sup>2</sup>Шарипов Ш.

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

<sup>2</sup>Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан г. Душанбе, Таджикистан

---

**Введение.** После продолжительного застоя и кризисных явлений кардиологическая служба Республики Таджикистан (РТ) в большом ряду Содружества Независимых Государств (СНГ) за последние десятилетия имеет тенденцию к бурному развитию. Этому способствуют многовекторная политическая ориентация нашего государства, открытость и демократизация общества, увеличение финансирования отрасли, постоянное техническое совершенствование и наращивание научного потенциала, интенсивное развитие кадровых ресурсов, внедрение новейших технологий и курс на профилактическое направление отечественного здравоохранения. Однако, несмотря на эти и другие прогрессивные тенденции, еще имеются препятствия к эффективной реализации целевых задач, намеченных в директивных документах ВОЗ и правительства РТ: «Здоровье 2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия» [1]; «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 - 2020 годов» [6]; «Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы» [7].

Ежегодные Послания Лидера нации, Президента РТ уважаемого Эмомали Рахмона Парламенту РТ с конкретными его рекомендациями по дальнейшему совершенствованию здравоохранения дают дополнительное ускорение в развитии РТ [5].

В Таджикистане, как и в большинстве стран мира, приоритетными направлениями деятельности в деле охраны здоровья являются профилактика и организация эффективной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), сахарным диабетом, онкологическими и бронхолегочными болезнями. Указанные 4 группы наиболее грозных заболеваний (по причинам высокой распространенности, преждевременной смерти и высокой инвалидизации) экспертами ВОЗ объединены в группу основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) [4, 7].

Бремя, которое несет сегодня общество от этих заболеваний в результате преждевременной смерти, а также высокого уровня временной и стойкой потери трудоспособности, продолжает оставаться высоким. При этом существенным образом снижается качество жизни. Все это создает новые экономические проблемы для государства в целом и сдерживает меры по укреплению благосостояния народа. Проблема обостряется в первую очередь от нарастающего вклада ССЗ в показатель общей смертности [2, 9]. Исходя из этого, сегодня ООН поставила перед всем человечеством новые цели: Цели в области устойчивого развития – это 17 целей и 169 задач, которые все государства-члены ООН, в том числе и Таджикистан, (193) согласились достичь к 2030 году. Здоровье в этом согласованном документе занимает центральное место и представлено в ЦУР-3 "Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте" [8].

**Цель исследования.** Определить необходимые действия в рамках дальнейшего совершенствования кардиологической службы РТ, снижения первичной заболеваемости, инвалидности и преждевременной смерти от ССЗ во исполнении принятых планов ЦУР-3 и существенного повышения качества профилактических вмешательств.

**Материал и методы.** Нами проанализированы данные по демографической ситуации в республике, основные статистические данные Центра медицинской статистики и информации МЗиСЗН РТ [2], база ВОЗ по основным НИЗ с акцентом на её главную составляющую – сердечно-сосудистую патологию, как в мировом, так и в масштабе РТ. Также анализу подвергались данные скрининговых исследований (включая STEPS-исследование в Таджикистане), мониторинг факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Результаты и их обсуждение.** Особенности демографической ситуации в республике обусловлены глобальными политическими и социально-экономическими переменами после пережитой гражданской войны, ухудшением условий жизни населения, «шоковым» наступлением рыночных отношений, частичным нарушением поло-возрастной структуры населения, ослаблением социальной защиты семей, изменением

национальной структуры населения и уменьшением доли той ее части, которая была ориентирована на малодетность. Численность постоянного населения республики на 1.01.2019 года составила 9.127.700 человек. При этом мужчины составляют 50,4%, женщины – 49,6%. Доля трудоспособного населения в республике к концу 2015 года была около 60%. По данным рейтинговых исследований United Nations Development Programme: Life Expectancy Index 2018, Таджикистан по индексу человеческого развития в рейтинге занимает 127 место из 190 стран [9]. При этом общая демографическая ситуация характеризуется высоким уровнем рождаемости - 25,4 на 1000 населения (2017) и относительно низкой смертностью населения (3,6 на 1000 населения), при наличии пока еще высоких детской (21,0 на 1000 живорожденных) и материнской смертности (24,1 на 100 тыс. живорожденных), низким уровнем урбанизации, высоким уровнем внешней трудовой миграции. Естественный прирост населения в 2017 году составил 21,8 на 1000 населения и снизился, по сравнению с 1990 годом (32,2 на 1000 нас.), на 47,8%. [2].

Как свидетельствует современная статистика, показатель общей смертности населения Таджикистана за последние десятилетия остаётся относительно высоким. Она выше, чем смертность в развитых странах Европы и мира. Однако, она остаётся на несколько более низком уровне, чем в целом по СНГ. Так, в соответствии с последними мировыми статистическими данными, опубликованными ПРООН-2010, стандартизированный показатель смертности населения от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Таджикистане составляет 884 в расчете на 100 тысяч населения. Это несколько ниже, чем аналогичный показатель в России (904) или Казахстане (1145) и значительно ниже, чем в соседнем с нами Афганистане (1309). Однако этот же показатель смертности населения остаётся почти в 2 раза выше, чем в Западной Европе и США (450), в 1,4 раза выше, чем в Китае (627) и в 1,3 раза выше, чем в Иране (687). В структуре общей смертности населения Таджикистана лидирующее место занимает ишемическая болезнь сердца, которая, по данным ПРООН-2010, среди мужчин в возрасте 25-64 лет составляет 194,4 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста. Этот показатель в 2,8 раза выше, чем в Великобритании; в 3,5 раза выше, чем в Германии и в 6,8 раза выше, чем во Франции. Однако, он в 2 раза ниже соответствующего показателя по России (406,3), более чем в 1,5 раза ниже соответствующего показателя по Казахстану (305,5) и несколько ниже, чем у наших непосредственных соседей по СНГ - Узбекистану (203) и Кыргызстану (243,1).

При рассмотрении структуры первичной заболеваемости в Таджикистане лидирующее место занимают (2017) болезни органов дыхания (5188,8 на 100 тыс. населения), заболевания органов пищеварения (3186,9), болезни органов кровообращения (875,1). Онкологические заболевания и болезни эндокринной системы составляют соответственно 37,8 и 1214,7 на 100 тыс. населения. По причинам смертельных исходов населения на первом месте находятся сердечно-сосудистые заболевания с показателем 206,0 на 100 тыс. населения (2010). На втором месте – онкологические заболевания (33,7) и на третьем месте – заболевания органов дыхания с показателем 29,0. Травмы и отравления, как причина смерти населения, составляют 20,0 на 100 тыс. населения.

Известно, что многие показатели здоровья и качества жизни населения зависят от множества объективных и субъективных факторов, среди которых особо можно выделить генетические, географические, социально-политические и экономические факторы, оказывающие значительное влияние на показатели здоровья популяции.

Таджикистан до приобретения независимости представлял собой отсталую аграрную окраину СССР. После развала СССР Таджикистан оказался в труднейшем экономическом положении, связанным с неожиданно возникшими проблемами энергетической, коммуникационной и информационной изоляции. Все это не могло не отразиться на основных показателях здоровья всего таджикского народа. Тяжелое экономическое положение страны ещё более усугубилось в период гражданской войны. В результате этого в послевоенные годы правительство Таджикистана не могло выделить достаточного количества средств на здравоохранение. При этом с 2001 года отчисления на нужды здравоохранения выросли с 0,9% от внутреннего валового продукта (ВВП) до уровня 1,6% к 2011 году и до 7% к 2016 году. Таким образом, этот показатель за 15 лет вырос в 7,7 раза. С этого периода начинается устойчивый рост инвестиций на нужды здравоохранения как с бюджетных средств, так и по линии международных грантов. В этих условиях Правительство Республики Таджикистан (РТ) предприняло решительные и грандиозного характера шаги по реформированию национального здравоохранения и медицинского образования, которые в последующем оказались логически вполне оправданными и своевременными. Так, в практикующую медицину были внедрены «Доказательная медицина», позволившая приблизить национальные протоколы диагностики и лечения к мировым стандартам, повысить качество руководства клинической практики и облегчить работу практикующих врачей. Мы четко осознаем, что духовное и физическое здоровье народа является национальным богатством, тем жизненным потенциалом, который обуславливает дальнейший прогресс общества по пути его экономического и социально-культурного развития. Результаты последних исследований и анализ по ним обнаружили, что сердечно-сосудистые



заболевания во всех регионах Таджикистана в структуре как общей заболеваемости, так и ее распространенности среди других патологий занимают лидирующее место. В то же время в структуре общей смертности населения сердечно-сосудистые заболевания в Таджикистане уже с 1986 год устойчиво находятся на первом месте. Это обусловлено высоким уровнем распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эпидемиологические исследования, осуществленные в Таджикистане по программе CINDI/ВОЗ в 2005 году среди взрослой части населения, по скринингу ведущих факторов риска ишемической болезни сердца обнаружили высокую распространенность табакокурения, включая употребление бездымного табака – насвая, среди мужчин до 72%. Также была обнаружена высокая распространенность артериальной гипертензии как среди мужчин ( $16,2 \pm 0,4\%$ ), так и среди женщин ( $18,8 \pm 0,6\%$ ). В целом в популяции артериальная гипертензия была выявлена более чем у 17% взрослой части населения. В меньшей степени оказались уровни распространения таких факторов риска, как избыточная масса тела и ожирение – 32% и избыточное содержание общего холестерина – около 15% взрослой популяции. Среди эндокринных заболеваний самыми широко распространенными, оказывающими тяжелое экономическое бремя на государство, в РТ являются сахарный диабет (СД) и йоддефицитные заболевания (ЙДЗ).

Таджикистан имеет приверженность в плане помощи больным сахарным диабетом. В 2006 году была принята «Программа борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006 – 2015 годы». В мае 2009 года также был принят закон РТ «О медико-социальной защите граждан, больных сахарным диабетом» (Постановление Правительства №647 от 08.05.2009 г.). В этих нормативных документах отражена важность государственной системы обеспечения лекарственными средствами больных диабетом, обеспечение социальной защиты граждан, больных с диабетом, вопросы ранней диагностики сахарного диабета, профилактика тяжелых осложнений диабета, подготовка специалистов для этой отрасли и создание государственного регистра больных сахарным диабетом.

Проект обеспечения больных диабетом инсулином и сахароснижающими препаратами был реализован по линии гуманитарной помощи при поддержке проекта «НОРЕ», который ежегодно поставляет в республику от 20 до 38 тысяч флаконов инсулина (годовая потребность 36-38 тысяч флаконов) на сумму 5-7 млн. долларов США. Согласно Программе, во всех эндокринологических центрах созданы «Школы для больных диабетом», в которых обучено за 5 лет около 10 тысяч больных.

С учетом остроты проблемы сердечно-сосудистых заболеваний и значительной распространенности факторов риска в Таджикистане в 2007 году была принята «Национальная программа диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца в Таджикистане на период 2007 – 2015 гг.» [3]. С 2007 года по настоящее время реализация основных задач данной программы позволила не только привлечь дополнительные инвестиции в службу кардиологической помощи республики, но и реально снизить темпы прироста кардиоваскулярной заболеваемости и смертности. Так, смертность по республике от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась с уровня 215,2 в 2005 году до 206,0 к 2010 году, то есть на 4,3%. Одновременно снизились темпы прироста заболеваемости по острым формам ишемической болезни сердца (нестабильная стенокардия, острый коронарный синдром, инфаркт миокарда). Например, с 2005 года заболеваемость по ишемической болезни сердца в расчете на 100 тыс. населения снизилась с уровня 400,0 до 185,5 (2010) и 100,6 в 2017 году, то есть почти в четыре раза.

Принимая во внимание высокую распространенность в Таджикистане табакокурения, был принят Закон «Об ограничении использования табачных изделий» (Постановление Правительства РТ от 29 декабря 2010 года, №649), который уже сегодня дает свои положительные результаты, так как он совершенствуется и повсеместно внедряется. Также в целях предотвращения гиподинамии (малоподвижного образа жизни), распространенности избыточной массы тела и ожирения, как одних из распространенных факторов риска ишемической болезни сердца, дополнительные усилия прикладываются к пропаганде здорового образа жизни. Правительство Республики Таджикистан приняло Указ Президента РТ от 26 апреля 2006 года №1740 «О национальном дне бега», который всенародно проводится по инициативе Правительства и личном участии Президента РТ ежегодно 20 мая. В настоящее время во многих городах и районах РТ резко активизировалось строительство стадионов и спортивных площадок. Во всех микрорайонах имеются детские игровые комплексы, оборудованные спортивными тренажерами.

В Республике существует центр формирования здорового образа жизни, созданный в 2000 году. Этот центр координирует все связанные со здоровьем общественные образовательные кампании. Региональные кардиологические, пульмонологические, онкологические, эндокринологические и другие центры самостоятельно, а также в сотрудничестве с Республиканским центром формирования здорового образа жизни работают эффективно и на постоянной основе. Здесь осуществляются образовательные семинары для врачей и населения по предотвращению факторов риска наиболее



проблемных заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и злокачественные новообразования. Начиная с 2006 г., в Республике отмечается «Всемирный день борьбы с сахарным диабетом», который был поддержан фармакологическими компаниями, Международными и неправительственными организациями. В рамках профилактики и эффективного контроля НИЗ в РТ были внедрены профилактические программы ВОЗ PEN 1-4 и в настоящее время в пилотных районах успешно внедряется профилактическая программа HARTS – WHO/CDC USA. Повсеместно внедряется фитотерапия местными лекарственными растениями. На уровне госпитальной базы расширяются возможности клеточной терапии, ангиопластики и высокотехнологических кардиореконструктивных вмешательств.

**Заключение.** В РТ доминирует профилактическое направление по контролю за ССЗ и их факторами риска, расширяются диагностические и лечебные возможности кардиологических подразделений как уровня ПМСП, так и госпитальной базы. Совершенствуется законодательная база. Успешно реализуются международные проекты по предупреждению ССЗ, реально снижается как первичная заболеваемость, так и преждевременная смертность населения РТ от основных НИЗ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. ВОЗ. Европейский региональный комитет, шестьдесят вторая сессия, Мальта, 2012.- EUR/RC62/9 + EUR/RC62/Conf.Doc./8
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2017 году.- Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, ГУ Республиканский центр статистики и медицинской информации. Душанбе, 2018.
3. Национальная программа диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца в Таджикистане на период 2007 – 2015 гг. Постановление Правительства РТ №334 от 30 июня 2007г.
4. Позиция CINDI в решении задач профилактики неинфекционных заболеваний.- ВОЗ/ЕРБ.- Копенгаген, 1992.- 54 с.
5. Послание Президента Республики Таджикистан Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 26.12.2018.- Душанбе, 2018.
6. Постановление Правительства Республики Таджикистан: «Об утверждении Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы» от 2 августа 2010 года №368
7. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 годы. Постановлением Правительства РТ от 3 декабря 2012 года, №676
8. Цели устойчивого развития // Семидесятая сессия Генеральной Ассамблеи ООН, 15 сентября 2015 года, ООН, Нью-Йорк, 2015.
9. UNDP. Human Development Indices and indicators. 2018 Statistical Update.

*Шукурова С.М.*

## **СТАНОВЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОЛОГИИ.**

Главный терапевт Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

*«Мы, терапевты, являемся основной  
армией врачей, которые принимают  
на себя фронтальные атаки больных»  
Иосиф Кассирский*

**Основные демографические показатели.** Население Республики Таджикистан составляет 9 млн. 180 тыс. 900 человек, 73,6% которых живут в сельской местности. По данным переписи населения 2018 г., численность жителей в трудоспособном возрасте составила 61%. Средний возраст насе-

ния - 23,5 лет, что позволяет причислить Таджикистан к государствам с «молодым» населением, по классификации ООН (более 70% жителей до 30 лет).

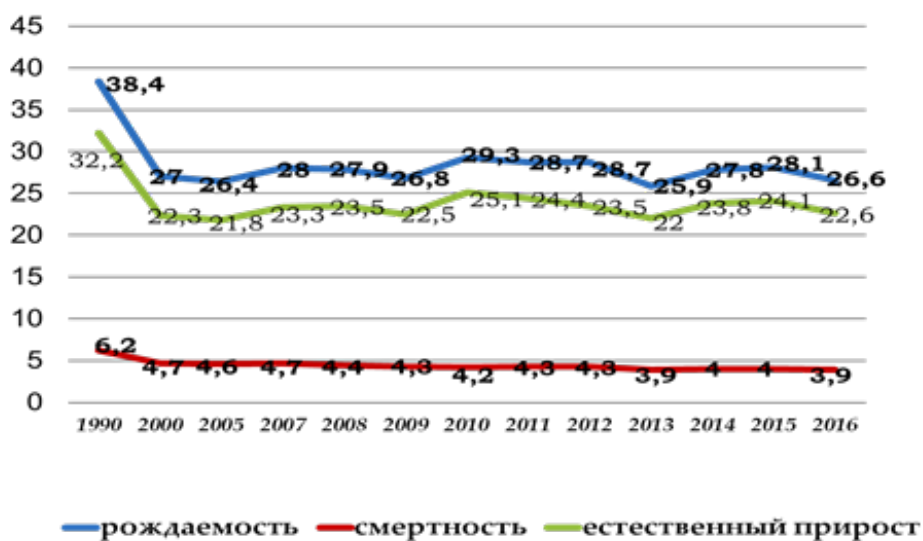


Рис. 1. Демографические показатели в РТ (1990-2016 гг.) на 1000 нас.

Таджикистан является горной страной, граничит с Афганистаном, Китаем, Кыргызстаном и Узбекистаном. Население за последние 10 лет увеличилось почти на 25%. ВВП на душу населения в 2017г. составлял 6925 сомони. Таджикистан в административно-территориальном отношении делится на 3 области. Большую часть РТ по площади занимает Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО) - 45%, затем районы республиканского подчинения (РРП) - 20%, Согдийская - 18% и Хатлонская области - 17%. Столица Таджикистана - город Душанбе.

В 2017 году ожидаемая продолжительность жизни в Таджикистане составила 76 лет и, по сравнению с 2009 годом, увеличилась на 4 года, и ближе к середине века (2040) средняя продолжительность жизни в Таджикистане достигнет 80 лет (The Lancet).

**Терапевтическая служба.** Началом основания терапевтической службы Республики Таджикистан (РТ) следует считать 1942 г., когда была создана кафедра госпитальной терапии, которую возглавлял профессор В.Ю. Иоффе, чуть позже – профессор П.Н. Степанов (он же первый председатель правления, созданного в 1943 г.). В таджикской терапевтической школе навсегда остались имена профессоров С.Л. Баркагана, В.И. Зайцевой, И.Б. Лихциера, А.Я. Арипова, М.Х. Бобоходжаева, К.А. Хасановой. Благодаря таланту, организаторским способностям и проникновенному уму профессора А.Я. Арипова на базе терапевтической клиники был создан Республиканский кардиологический центр, который положил начало организации и развитию специализированной кардиологической службы в республике. В настоящее время последователи и ученики А.Я. Арипова в рамках национальных программ республики проводят научно-исследовательскую работу по ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и порокам сердца.

Изучение проблем печени, гомеостаза, ревматизма, артериальной гипертензии связано с именами замечательных учёных Таджикистана: Х.Х. Мансурова, Г.К. Мироджева, Н.Х. Хамидова, У.Р. Расулова, Ф.И. Одинаева, С.М. Шукуровой и др.

Высока заслуга академика Х.Х. Мансурова в области терапевтической службы здравоохранения Республики Таджикистан. Благодаря ему, в 1959 году при Академии наук был открыт Институт краевой медицины, который широко известен своими достижениями, как НИИ гастроэнтерологии.

Первым главным терапевтом республики был профессор М.Х. Бобоходжаев, по инициативе которого были проведены I (1965) и II (1980) съезды терапевтов Таджикистана.

В 2018 г. суверенному таджикскому государству исполнилось 27 лет, в быстро меняющемся мире – это целая эпоха. Республика за столь малый срок претерпела огромное количество изменений, оценку которым смогут дать только последующие поколения. Система здравоохранения республики не является исключением. Нарботанные за десятилетия советского периода связи в одночасье разрушились, и возникшие проблемы заставили искать пути их решения. Социальная обстановка начала 90-х гг. прошлого столетия осложнила ситуацию в области здравоохранения и медицинской науки. Несмотря на самые тяжёлые годы и сложную социально-экономическую и политическую ситуацию

страны, правительство Республики Таджикистан проявляло заботу и уделяло внимание здоровью населения, о чём свидетельствуют принятые постановления и указы, способствующие усилению мероприятий по охране их здоровья.

В Республике Таджикистан функционирует плановая система здравоохранения – система общественных и государственных мероприятий, целью которых является сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности и продление жизни людей. Достижение указанных целей обеспечивается системой социально-экономических мер, проведённых в государственном масштабе, развитием медицинской науки, проведением комплекса профилактических мероприятий, предупреждающих возникновение заболеваний и способствующих оздоровлению условий труда и быта людей, организацией лечебной помощи населению.

Ведущее место в структуре системы здравоохранения занимает терапевтическая служба. Именно она в значительной степени формирует показатели здоровья населения. Работа терапевтической службы направлена на сохранение и укрепление здоровья населения района обслуживания поликлиники, формирование здорового образа жизни, достижение оптимального уровня потребностей населения в лечебно-профилактической службе. В стране оказание терапевтической помощи осуществляется по участковому принципу как на поликлиническом приёме, так и с оказанием помощи на дому.

Участковый врач-терапевт - основная фигура в здравоохранении, стержень терапевтической службы. Терапевтическая служба одна из самых востребованных в системе здравоохранения республики Таджикистан. Обеспеченность врачами-терапевтами по РТ на 2018 г. составляет 2,9 на 10 тыс. населения. Высокий процент обеспеченности наблюдается по г. Душанбе (10,7 на 10 тыс.), в отдалённых местностях этот показатель варьирует в пределах 0,5-1,0 на 10 тыс. населения. Категорийность врачей-терапевтов по республике составляет 53,5% в 2018 г. (общая категорийность врачей 58,2%). Для определения уровня квалификации специалистов существует система аттестации, в соответствии с которой в зависимости от стажа работы и результатов сдачи экзаменов слушателю присваивается одна из трёх квалификационных категорий. Занятость ставок терапевтов 71,5%.

Обучение врачей, являющееся непрерывным процессом в связи с быстрым развитием медицинской науки и практики, осуществляется в основном в Институте последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Кроме того, под руководством главных специалистов проводятся заседания обществ терапевтов, семинары и тренинги с участием ведущих специалистов республики, стран ближнего зарубежья и России. Для стандартизации диагностических и лечебных подходов в учреждениях республики, областей и городов с учётом особенностей практического здравоохранения ведущими специалистами Министерства здравоохранения разрабатываются клинические протоколы по лечению важнейших заболеваний внутренних органов. Состояние здоровья населения и эффективность работы системы здравоохранения оцениваются в первую очередь по показателям смертности и заболеваемости населения. Вместе с тем, показатели здоровья населения определяются не только системой здравоохранения, но и факторами окружающей среды, экономическим состоянием, уровнем доходов и демографической ситуацией.

### **Достижения в ревматологии и перспективы развития**

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС), объединённые в XIII классе Международной классификации болезней (МКБ), рассматриваются во всем мире как одна из наиболее распространённых патологий современного общества. Значение ревматических заболеваний (РЗ) для теории и практики медицины определяются их высокой распространённостью в популяции, быстрым развитием инвалидности и неблагоприятным жизненным прогнозом, трудностью их ранней диагностики [1].

Сегодня специальность «ревматология» охватывает более 120 различных по происхождению воспалительных и дегенеративно-метаболических (не воспалительных) болезней, одни из которых характеризуется преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, а другие - генерализованным воспалением многих органов и систем организма [2, 3, 4].

Большинство РЗ имеют тенденцию к прогрессированию и быстро приводят к нарушению функции суставов и снижению трудоспособности, поражению лиц молодого и зрелого возраста определяют социальную значимость для больных и общество в целом [5]. Известно, что сведения об истинной распространённости РЗ можно получить только на основании специально организованных эпидемиологических исследований, в которых применяется либо поголовный осмотр, либо анкетирование репрезентативных групп с последующим обследованием выделенных контингентов населения. Таких многоцентровых исследований в республике Таджикистан не проводилось, и лишь по данным эпи-

демиологических исследований, проводимых в бывшем СССР, есть сведения о распространенности подагры в г. Душанбе (12 случаев на 10000 населения) [6, 8].

В Таджикистане особенности распространения РВ, основные факторы риска, их клинические особенности изучены недостаточно. Данные официальной статистики республики свидетельствуют о росте БКМС: в 2000 году БКМС на 100 тыс. населения составляет 688, 18, а в 2017 году 945, 15. Ревматические болезни в 2000 году составили 774, 78 и в 2017 году этот показатель равен 1137,4 [6,8]. На наш взгляд, эти цифры не отражают истинной картины, так как первичная заболеваемость регистрируется по обращаемости населения. Реальные цифры намного выше, т.к. не всё население ввиду различных причин обращается за медицинской помощью: это высокая стоимость медицинских услуг и лекарственных средств, большое расстояние от населенных пунктов до лечебных учреждений, недостаточная квалификация врачей на местах и др.

В последние годы определение качества жизни (КЖ) стало одним из важнейших объективных способов оценки статуса больного, основанных на измерении субъективно определяемого благополучия. РЗ входят в группу хронических и длительно текущих болезней, именно улучшение КЖ, изучаемого в процессе наблюдения и лечения больного, является важнейшим критерием благоприятного течения заболевания и/или эффективности проводимой терапии [2, 7]. Немаловажной характеристикой социальной значимости РЗ является их негативное влияние на продолжительность жизни больного человека, определяемую показателями летальности. Несмотря на бытующее представление о РЗ как о не представляющих угрозу для жизни, 5-летняя выживаемость больных системной красной волчанкой к концу XX в. в развитых странах составляла 82-90%, 20 летняя – 63-70%, т.е., весьма значительный процент молодых людей погибают либо от неэффективной терапии, либо от тяжелой почечной и церебральной патологии, либо от присоединившейся инфекции [3, 4]. Во всем мире РЗ относятся к разряду наиболее дорогостоящих. В 2012 году опубликованы результаты крупномасштабного клинико-экономического исследования, которое было проведено во Франции: стоимость ВЛС составила 259 млн. евро, а в 2008 году госпитальная стоимость составила 7000 млн. евро [1]. Так, прямые затраты (медицинские и немедицинские) складываются из расходов на диагностику, подчас требующую применения сложных лабораторных и инструментальных методов исследования, лечение (длительное, комплексное, с использованием весьма дорогих методов, например пульстерапия, плазмаферез, биологические агенты), операции, реабилитацию больных и т.д. [1].

Не надо сбрасывать со счетов и косвенные расходы, которые измеряются экономическим ущербом общества от потери трудоспособности ревматологическим больным или от его преждевременной смерти. Как правило, в стоимостном выражении косвенные расходы в несколько раз превышают прямые затраты на РЗ [2, 4]. Существуют так называемые нематериальные, «неосознаваемые» затраты, связанные с потерями, которые несет больной РЗ человек как личность, член семьи и общества [3, 5]. В 2012 году в развитых странах Европы средняя стоимость лечения одного больного с РА равнялась 15 тыс. евро/год [1].

Таким образом, высокая социальная значимость РЗ обусловлена широкой и постоянно увеличивающейся распространенностью, хроническим прогрессирующим течением, негативным влиянием на трудовой потенциал, резким снижением качества жизни больного, высокой «ценой» РЗ для человека, его семьи и общества в целом и заметным сокращением продолжительности жизни ревматологических больных.

Благодаря провозглашению государственной независимости республики и предводительству Основателя мира, Национального согласия, Лидера нации, Президента уважаемого Эмомали Рахмона, ревматологическая служба, как и другие направления здравоохранения сегодня вышли на международный уровень. Это позволило ревматологам республики проводить совместные научные исследования с ведущими научно-исследовательскими центрами стран Европы, Азии и России. В частности в течение последних 5 лет проводятся работы с Маастрихтским Университетом (Голландия) по изучению факторов риска инвалидности по ревматоидному артриту. Результаты исследования обобщены и нашли свое отражение в ведущих журналах Европы.

Ревматологическое сообщество Республики Таджикистан является активным членом Азиатско-Тихоокеанской лиги против ревматизма (АПЛАР). Благодаря тесному научному сотрудничеству со странами Азиатско-Тихоокеанского региона молодые ревматологи Таджикистана неоднократно получали грантовую поддержку для проведения исследовательских работ. Результаты исследований были доложены в виде докладов на научных симпозиумах, проводимых в Токио, Шанхае, Индонезии, Сеуле, Дели, Москве и др.

Отрадно отметить, что при поддержке МЗиСЗН республики и частичной финансовой поддержке АПЛАР 28-29 июня 2018 года в г. Душанбе прошел научно-обучающий семинар с участием международных спикеров из Австралии, Японии, Индии, Бангладеш, Киргизии, России. В работе



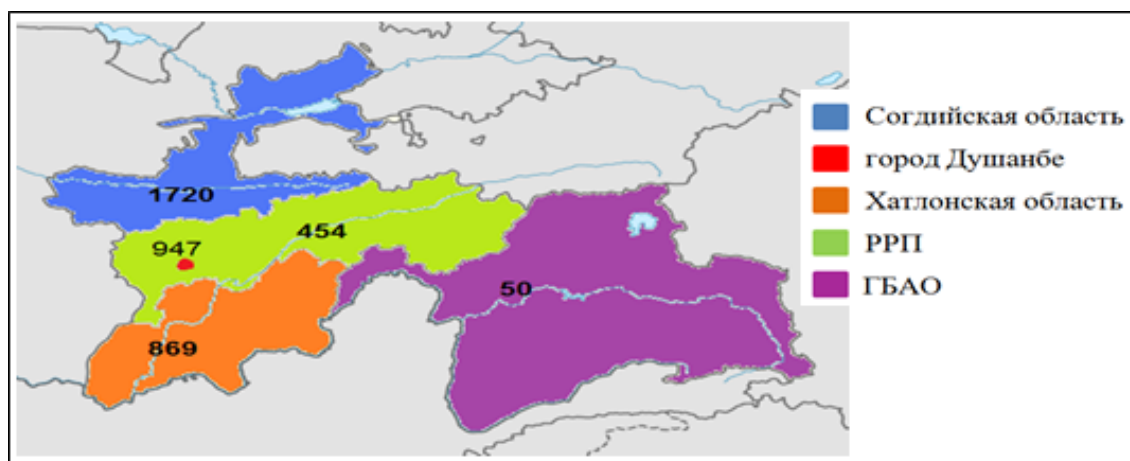
форума приняли участие практикующие врачи с различных регионов страны, а тематика форума была посвящена междисциплинарному подходу наиболее часто встречающихся ревматических болезней.



*28-29 июня, Душанбе «Современные подходы к терапии и диагностике ревматических заболеваний» с участием международных лекторов при поддержке Азиатско-тихоокеанской лиги против ревматизма (APLAR)*

Представляем некоторые данные по результатам научно-исследовательских работ по РЗ за последние годы.

Отсутствие достоверных данных по распространенности ревматических заболеваний с суставным синдромом на территории Республики Таджикистан, расхождение в статистических цифрах и ощутимый рост запущенных форм этих болезней явились основанием для проведения скринингового исследования взрослого населения на предмет выявления суставного синдрома. На основе специально разработанного опросника при участии студентов Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино был проведен опрос 10 694 взрослого населения различных регионов республики (рис.2).



*Рис. 2. Частота суставных жалоб по регионам и областям Республики*

Было выявлено, что более трети (37,5%) из общего числа опрошенного населения предъявляли суставные жалобы различного характера. Анализ результатов позволил выявить наиболее частую регистрацию жалоб у жителей северных регионов республики n-1720 (42,6%). Было установлено, что артралгии в коленных и/или тазобедренных суставах наблюдались у 48,3% городского и 61,5% населения сельской местности. При этом наблюдалась полная корреляционная связь артралгий и возраста. Представлена половозрастная характеристика: из общего количества больных женщины составляют большинство, при этом для каждой отдельной нозологии свойственна половая избирательность.



Скрининг взрослого населения продемонстрировал масштабы проблемы, выявил характерные ревматические жалобы - боли в суставах (артралгии) и припухание, что в большинстве случаев позволяют заподозрить ревматическое заболевание. Суставной синдром является клинически значимым проявлением ревматических заболеваний и имеет свои особенности в половом и возрастном аспектах.

Анализ госпитальной заболеваемости по РБ в стране особенно востребован, поскольку, как показывают наши наблюдения, резко возросли случаи запоздалой диагностики и число смертных случаев, изменилась клиническая картина, недостаточно проводится базисная терапия РБ. При анализе госпитальной заболеваемости было выявлено, что в структуре РЗ воспалительного генеза на первый план выступают РА и РеА, которые наиболее часто поражают население молодого и среднего возраста, в то время как среди невоспалительных артропатий доминирующие позиции занимает ОА, который встречается у лиц старшей возрастной категории. При этом в динамическом наблюдении по годам отмечается рост ревматических заболеваний.

Установлено, что из общего количества пролеченных больных с РЗ преобладают женщины - 66% против 34% мужчин. Средний возраст больных с РЗ составил 42,7 лет, и каждая нозология имела свои возрастные особенности. Преобладали жители села. Установлено, что среди провоцирующих факторов РЗ наиболее значимыми являются переохлаждение и ОРВИ: 28,6% и 22,2% соответственно. В 29,6% случаев начало заболевания больные связывали с родами, операциями и обострением сопутствующей патологии. В 9,6% случаев причину не удалось установить. Частыми спутниками метаболических артропатий были артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и метаболический синдром. В подгруппе больных с воспалительными артритом достаточно часто (46,7%) наблюдались гастропатии, при этом в 15,6% случаев имелись эрозивно-язвенные дефекты слизистой желудка.

Установлено, что характер, локализация и количество пораженных суставов находятся в прямой зависимости от вида РЗ. Множественное поражение суставов (полиартрит) наиболее часто наблюдается у больных РА (76,7%), системной склеродермией (89,4%); вовлечение в процесс одного сустава (моноартрит) в дебюте чаще наблюдался при подагре и системной красной волчанке - 59% и 35,7% соответственно. Количество пораженных суставов у больных подагрой имело прямую корреляционную связь с длительностью.

Выявлены особенности внесуставных проявлений. В целом, системные проявления наблюдались у 69% больных РА: аутоиммунная анемия (у 58,2%), миокардит (у 51,5%), лихорадка (у 18,8%), лимфоаденопатия (у 25,5%), снижение массы тела (у 24,9%), дигитальные капилляриты (у 21,2%). У обследованных пациентов довольно редко наблюдались полисерозиты (у 10,9%), гепатоспленомегалия (7,8), нефрит (у 5,4%). В единичных случаях наблюдались синдромы Шегрена и Стилла.

Анализ терапевтической тактики ревматоидного артрита показал бесконтрольный прием НПВП и чаще ульцерогенного индометацина и ортофена. В то же время БПВП пациентам назначалось очень редко (11,4%). Из них метотрексат - 58%; сульфосалазин - 28,5%; далагил - 13,5%. Лишь ¼ больных подагрой получают регулярную комплексную терапию. Индекс тяжести и его компоненты наиболее выражены в подгруппе больных подагрой с нерегулярной терапией (n-109), по сравнению с больными, принимающие регулярную терапию. Оценка реальной практики назначения лекарственных средств при остеоартрите (ОА) врачами Республики Таджикистан основана на результатах опроса 274 врачей различных специальностей (терапевтов, ревматологов, травматологов, хирургов, невропатологов, специалистов семейной медицины) путем анкетирования. Анализ опроса врачей показал, что в реальной клинической практике большинство (97,8%) считают необходимым применять при ОА нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Выявлено, что врачи широко используют диклофенак (64% в 2013 г. и 48,6% в 2015 г.), ибупрофен (38,2% и 37,3%), нимесулид (33,7% и 36,2%) и индометацин (14,6% и 18,9%). Реже назначали лорноксикам или мелоксикам (15,7% в 2013 г. и 18,4% в 2015 г.) и коксибы (14,6% и 8,6%). Препараты структурно-модифицирующего ряда в 2013 г. назначались лишь в 7,8% случаев, а в 2015 г. этот показатель составил 50,3%. Результаты анализа локальной (внутрисуставной) терапии показали, что в 31% случаев использовали глюкокортикоиды (гидрокортизон - 6%, триамцинолон - 11%, бетаметазон - 14%). Лишь 7% опрошенных применяли в практике внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты.

Установлено, что препаратами выбора врачей для лечения больных ОА являлись НПВП, при этом чаще назначались неселективные НПВП в связи с их доступностью, тогда как хондропротекторы использовались реже, хотя и наблюдается увеличение частоты их применения после внедрения национальных протоколов лечения ревматических заболеваний.

Углубленному исследованию подверглись метаболические артропатии - подагра и остеоартроз (ОА). В последнее время появляются убедительные данные, позволяющие рассматривать ОА как нозологическую форму, в патогенезе которой важная, а, возможно, и определяющая роль принадлежит

воспалению в тканях сустава. Воспаление способствует прогрессированию морфологических изменений, в том числе структурных изменений гиалинового хряща с его дегенерацией и уменьшением объема. Учитывая патогенетические взаимосвязи ОА и кардиоваскулярной патологии нами детально изучена эта взаимосвязь.

В результате комплексного анализа клинико-лабораторной и рентгенологической картины при остеоартрозе нами установлена прямая корреляционная зависимость между тяжестью суставных проявлений, длительностью заболеваний, возрастом и рентгенологической стадией. В дебюте заболевания в большинстве случаев поражаются коленные суставы как у мужчин 10 (45,4%), так и у женщин 27 (46,6%). Артериальная гипертония (58,75%) и ишемическая болезнь сердца (37,5%) являются частыми сопутствующими остеоартрозу заболеваниями. Характер и степень тяжести сопутствующих заболеваний находятся в прямой зависимости от длительности заболевания. Тяжелое течение суставного синдрома в виде большего количества пораженных суставов преобладает у больных остеоартрозом в сочетании с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. У большинства больных остеоартрозом (62,5%) обнаружено сочетание двух и более компонентов метаболического синдрома. Достоверный метаболический синдром по критериям NCEP-АТР III диагностирован у половины пациентов. Выраженность метаболических нарушений была выше при сочетании остеоартроза с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

У больных остеоартрозом наиболее часто встречающимися основными факторами риска кардиоваскулярных заболеваний являются артериальная гипертония (58,75%), снижение уровня ХС-ЛПВП (76,6%), повышение уровня общего ХС (75%), а дополнительными факторами – увеличение индекса массы тела (61,6%) и гипертриглицеридемия (68,7%). При остеоартрозе значение суммарного коронарного риска коррелирует с числом и уровнями основных факторов риска ( $p < 0,01$ ). Корреляция параметров кардиогемодинамики, отражающих ГЛЖ, с клинико-лабораторными показателями продемонстрировала значимую связь с ожирением, высоким уровнем ДАД, СРБ и количеством пораженных суставов. У больных ОА в 31,5% случаев регистрируется ДДЛЖ, а частота формирования различных моделей ЛЖ изменяется в зависимости от наличия, длительности ОА и наличия АГ.

Следующим этапом исследования явилась комплексная характеристика клинического течения ОА у лиц пожилого и старческого возраста и совершенствование алгоритма лечения с учетом коморбидности. Результаты выявили ряд особенностей клинического течения ОА у пожилого контингента врачей. Так, у лиц пожилого и старческого возрастов выявлен ряд особенностей суставных поражений ОА, характеризующихся ростом регистрации генерализованных форм, которыми чаще страдают женщины: до 59 лет соотношение мужчин и женщин составляет 1 к 2, а в возрастной категории  $\geq 75$  лет этот показатель равен 1 к 5 при обратной регрессии синовита коленных суставов. Характерной особенностью течения ОА у лиц пожилого и старческого возрастов является полиморбидность. Так, в возрастной категории до 59 лет число сопутствующих заболеваний составляет  $2,9 \pm 1,5$ , а у лиц старше 75 лет этот показатель равен  $4,7 \pm 2,5$ . При этом прогноз 10-летней выживаемости коррелирует с числом сопутствующих заболеваний.

Тактика ведения стационарных больных ОА с сопутствующей патологией выявила, что всего лишь 29,1% лекарственных средств являются противоартрозными, а 71% назначаются для сопутствующих заболеваний. В среднем, на каждого больного с ОА старше 75 лет приходится 6,4 ЛС, а в возрасте моложе 60 лет этот показатель равен 5,1.

Анализ опроса врачей показал, что наиболее часто больные с ОА обращаются к терапевтам (82%), травматологам (65%) и реже - к семейным врачам (38%). Оценка практики назначения ЛС больным ОА выявила, что препаратами первого ряда выбора врачей являются НПВП, назначаемые короткими курсами. Наряду с этим, назначение структурно-модифицирующей терапии ОА врачами различных специальностей возросло от 7,8% в 2013 г. до 50,3% в 2015 г. Столь высокий процент приверженности врачей к патогенетической терапии связан как с обязательным введением данной группы препаратов в клинические протоколы лечения больных ОА, так и с информированием из различных источников (семинары, школы, ассоциация терапевтов).

Проблема метаболических нарушений при подагре постоянно привлекает пристальное внимание исследователей. В современных публикациях подробно рассматриваются вопросы различных метаболических расстройств, таких как ожирение, дислипидемия, сахарный диабет 2 типа, а также повышение артериального давления (АД). Перечисленные выше патологические состояния способствуют развитию обусловленных атеросклерозом сердечно-сосудистых заболеваний, и при сочетании нескольких из них риск развития значительно возрастает.

В проведенных нами исследованиях прослеживается факт сочетания гиперлипидемии с ГУ, который описан и другими исследователями, причем последние, как правило, связывают его с ожирением, свойственным больным подагрой. Однако впервые нам удалось показать, что нарастал не только уровень моче-

вой кислоты в сыворотке, но и активность ксантинооксидазы, что позволяет обсуждать ещё один возможный генез гиперлипидемии у больных подагрой, а именно на уровне ассоциации её с нарушенным в целом биосинтезом пуринов. Сочетание таких метаболических нарушений, как СД 2 и подагра, представляет большой интерес в силу того, что указанные сочетания являются моделью уникальных взаимоотношений основных патогенетических факторов: гипергликемия ГИ и ГУ. При подагре ГУ является отличительным признаком как гипергликемии, так и ГИ при СД 2. Самое главное заключается, видимо, в том, что сочетанное влияние гипергликемии и ГИ на уратный обмен зависит от превалирующего компонента.

Исследования, касающиеся клинико-лабораторной и инструментальной характеристики состояния почек у больных подагрой, выявили, что клинически значимыми проявлениями нефропатии являются нефролитиаз и ХПН. Наиболее частыми клиническими признаками обследованных больных были: почечная колика, дизурические расстройства, боли в поясничной области, макрогематурия, артериальная гипертензия. Из лабораторных признаков, детально проанализированных у 80 больных подагрой, следует подчеркнуть, что примерно у ¼ больных отмечена протеинурия, гипостенурия и реже лейкоцитурия. Характер, размеры и локализация конкрементов коррелирует с длительностью подагрического процесса. Тяжесть суставного синдрома находится в прямой зависимости от функционального состояния почек. Показатели азотовыделительной функции почек ухудшаются при присоединении ХПН, что соответствует ранее известному положению.

Поиск исследований новых подходов диагностики и лечения РЗ на сегодняшний день продолжается. Это касается таких заболеваний, как ревматические пороки сердца, системные васкулиты, проблемы коморбидности и др.

Однако, существует ряд проблем, которые требуют принятия безотлагательных мер. К ним относятся:

- низкий уровень квалификации медицинских кадров, низкая информированность врачей, которые приводят к существенному снижению качества и эффективности терапии, запоздалой диагностике, летальным исходам;
- система мониторинга основных показателей здоровья населения и факторов риска недостаточно оперативна и требует совершенства;
- данные официальной статистики не в полной мере отображают истинную картину заболеваемости, смертности и инвалидности;
- недостаточное обеспечение медицинских учреждений современным медицинским оборудованием и техникой.

В рамках Национальной стратегии развития Республики Таджикистан, Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг. определены долгосрочные приоритеты из числа:

- реформирование системы здравоохранения, предусматривающее, в том числе, развитие частного сектора и привлечение инвестиций;
- внедрение новых методов диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний;
- улучшение доступности и качества медицинских услуг посредством реабилитации, оснащения медицинским инвентарем, оборудованием, транспортом, лекарственными средствами лечебно-профилактических учреждений.

В заключение отметим, что в фундаменте понимания пациента, его здоровья и болезни, достижения высоких результатов врачебных вмешательств, безусловно, лежит терапия. К сожалению, сегодня большинство врачей хотят быть узкими специалистами. Так проще и престижнее. Тех же, кто может лечить больного в целом, становится все меньше, хотя потребность в таких врачах растет. А такими врачами являются врачи-терапевты. Поэтому терапия, оставаясь царицей наук, не может исчезнуть. Она будет существовать и развиваться, а терапевты, обладающие широким кругозором и обширными медицинскими знаниями, всегда будут востребованы населением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Имамединова Г.Р., Иголкина Е.В. Хронические заболевания суставов.- М., 2013.
2. Насонов Е.Л. Перспективы развития ревматологии XXI века.- 2011
3. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней населения России // Научно-практическая ревматология.- 2001.- №1.- С.7
4. Лиля А.М., Карпов О.И. Остеоартроз: социально-экономическое значение и фармакоэкономические аспекты патогенетической терапии // РМЖ. – 2003. – Т.11, №28. – С. 1558-1563.

5. Мазуров В.И. Болезни суставов: Руководство для врачей. Специальная литература / под ред. В.И. Мазурова. – СПб., 2008. – 408 с.
6. Солимии ахоли ва фаъолияти муассисаҳои тандурусти дар соли 2016.- МД Маркази Чумхуриявии омор ва иттилооти тибби.- Душанбе, 2017
7. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №4. – С. 4-10
8. Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Гончарова О.Ю. Распространенность и структура ревматических болезней в республике Таджикистан: сб. научн. тр. // Актуальные проблемы современной ревматологии.- Волгоград, 2014.- С. 129-130.

*Гульмуратов Т.Г., Рахмонов Д.А.*

## ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ КАРДИОХИРУРГИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

**Актуальность.** В XXI веке сердечно-сосудистые заболевания остаются самыми распространенными среди населения и занимают первое место среди причин смертности, доходя в разных странах до 45-56% [1]. Они являются социально значимыми болезнями века, так как охватывают наиболее трудоспособный возраст. Применение современных инновационных способов хирургического лечения и эндоваскулярных вмешательств способствует не только продлению жизни больных, но и возвращению их к активной трудовой деятельности, что свидетельствует о приоритетности борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации, первичная заболеваемость патологией органов кровообращения в Республике Таджикистан снизилась с 1094,1 на 100 тыс. населения (2010 г.) до 875,1 на 100 тыс. населения (2017 г.), т.е. на 20%. При этом первичная заболеваемость ИБС уменьшилась с 185,5 до 100,6 на 100 тыс. населения, т.е. на 45,8%, а частота острого инфаркта миокарда - с 18,9 до 12,1 на 100 тыс. населения. В свою очередь, смертность от патологии органов кровообращения снизилась с 208,0 (2010) до 174,2 на 100 тыс. населения (2017), т.е. на 16,3%. Такая тенденция к снижению заболеваемости и смертности от патологии органов кровообращения, прежде всего, обусловлена успешной реализацией принятых Правительством страны национальных программ по профилактике, диагностике и лечению ИБС, врожденных и ревматических пороков сердца и целевым финансированием отрасли [2, 3].

Расчеты, проведенные по рекомендациям Американской ассоциации кардиологов и Американской ассоциации сердца (АСС/АНА) по коронарному шунтированию (КШ) и стентированию (КС) показывают, что в нашей республике ежегодная потребность в операциях КШ составляет 2500 в год, а КС - 4000 в год [4]. По данным Hoffman J. и Kaplan S. [6], распространенность врожденных пороков сердца (ВПС) в различных странах колеблется от 4/1000 до 10 /1000 живорожденных младенцев. В нашей стране ежегодно рождаются более 1700 детей с ВПС, нуждающихся в хирургическом лечении [3].

Признавая важность борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Правительство страны и Министерство здравоохранения и социальной защиты населения уделяют большое внимание и постоянно поддерживают развитие кардиологической и кардиохирургической службы.

**Цель.** Оценить состояние, проблемы и стратегию развития кардиохирургии в Таджикистане..

**Материал и методы.** Настоящее сообщение основано на результатах ретроспективного анализа данных годовых отчетов кардиохирургических центров республики в период с 2014 по 2018 гг. Оказание специализированной кардиохирургической помощи населению Республики Таджикистан проводилось в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦС-СХ), Согдийском областном центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (СОЦКССХ), частном кардиохирургическом центре «Бемористони Сино», Медицинском комплексе «Истиклол» и ангиографических центрах «Шараен Варид», «Некдил», «Дили солим-2», Республиканской клинической больнице (г. Дангара), оснащенных ангиографическими установками и современным медицинским оборудованием. В указанных центрах налажены современные методы лучевой



диагностики (Допплер-ЭхоКГ, ангиография, коронарография, ангиокардиография и др.), а также эндоваскулярные вмешательства на сердце и сосудах.

РНЦССХ является головным научным и клиническим центром в области сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и реконструктивно-пластической хирургии. В Центре функционируют отделения детской и взрослой кардиохирургии, эндоваскулярной и сосудистой хирургии, где налажены сложные реконструктивные операции на сердце в условиях ИК детям первого года жизни, эндоваскулярные вмешательства при врожденных пороках, ишемической болезни сердца и заболеваниях периферических сосудов.

Таблица 1

*Деятельность кардиохирургических центров за период с 2014 по 2018 гг.*

Операции	Годы					
	2014	2015	2016	2017	2018	Всего
Операции на «открытом сердце» + ИК	247	243	174	312	366	1342
Закрытые операции на сердце без ИК	81	113	103	168	136	601
Коронарное шунтирование	83	86	102	146	170	605
Всего	411	442	397	625	672	2548
Послеоперационная летальность	19 (4,6%)	14 (3,2%)	17 (4,3%)	18 (2,9%)	26 (3,9%)	94 (3,7%)

**Результаты.** Показатели хирургической деятельности кардиохирургических центров Республики за 2014-2018 годы представлены в таблице 1. Как видно из таблицы, в целом по республике за указанный период были выполнены 1342 открытых операции на сердце в условиях ИК (протезирование клапанов сердца, радикальная коррекция тетрады Фалло, пластика ДМПП и ДМЖП и др.), а также 605 операций коронарного шунтирования, из них 65,3% - на работающем сердце. Послеоперационная летальность составила 3,7%. В целом, за последние 5 лет из 2548 больных 1228 (49,2%) пациентов оперированы в РНЦССХ, 779 (30,6%) - в СОЦК и ССХ, 317 (12,4%) - в клинике «Сино», 198 (7,8%) - в медицинском комплексе «Истиклол».

В указанных кардиохирургических центрах и отделениях (центрах) эндоваскулярной хирургии за отчетный период 6032 пациентам с ИБС выполнена коронароангиография, у 1675 (27,8%) из них - коронарное стентирование. Относительно низкий удельный вес коронарного стентирования в нашей стране обусловлен тем, что у большинства пациентов имело место многососудистое поражение коронарных артерий вследствие продолжительного консервативного лечения. Имплантация ЭКС выполнена в 225 случаях, эндоваскулярное закрытие септальных дефектов и ОАП - у 263 пациентов. Всего эндоваскулярные вмешательства выполнены 2163 пациентам, у подавляющего большинства из которых (99,4%) достигнуты положительные результаты. Летальные исходы имели место всего в 12 (0,6%) наблюдениях.

За период с 2014 по 2018 гг. в РНЦССХ выполнены 1228 операций на сердце, в т.ч. открытые коррекции ВПС и ППС в условиях ИК - 717; закрытые операции на сердце - 329; коронарное шунтирование - 182. Коронароангиография выполнена 2408 пациентам с ИБС, коронарное стентирование - 739 (30,7%); имплантация ЭКС - 140; эндоваскулярное закрытие септальных дефектов и ОАП - 103. Послеоперационная летальность составила 4,7%

В Центре налажена ургентная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдроме (ОКС). Накоплен опыт экстренного стентирования 106 пациентам с ОКС. Всем им были имплантированы стенты с лекарственным покрытием. У подавляющего большинства (96,3%) пациентов достигнут положительный клинический эффект с повышением фракции выброса левого желудочка в среднем на  $4,3 \pm 0,9\%$ . Летальный исход развился в 4 (3,7%) случаях. В Центре функционирует отделение детской кардиохирургии, где накоплен опыт хирургического лечения более 600 детей раннего возраста с ВПС.

В СОЦК и ССХ за указанный период выполнены 779 операций на сердце, в т.ч. открытые коррекции ВПС и ППС в условиях ИК - 383, закрытые операции на сердце - 151; коронарное шунтирование - 245. Коронароангиография выполнена 1018 пациентам с ИБС, коронарное стентирование - 219. Послеоперационная летальность составила 2,6%.

Весомую лепту в оказании кардиохирургической помощи населению внесла частная клиника «Бемористони Сино». За последние 5 лет в клинике выполнены 749 операций на сердце, в т.ч. открытые операции в условиях ИК - 118; закрытые операции - 20; коронарное шунтирование - 179. Коронароангиография выполнена 1367 пациентам с ИБС, коронарное стентирование - 432. Послеоперационная летальность составила 4,4%.



В медицинском комплексе «Истиклол» за период с 2017 по 2018 гг. накоплен первый опыт 198 операций на сердце, в т.ч. открытые операции в условиях ИК - 123, закрытые операции - 68, коронарное шунтирование - 8. Коронароангиография выполнена 463 пациентам с ИБС, коронарное стентирование - 153, эндоваскулярное закрытие септальных дефектов и ОАП - 129. Послеоперационная летальность составила 2,0%.

В Республике Таджикистан в последние годы достигнут определенный успех в профилактике и лечении больных ИБС (табл. 2). Как видно из таблицы, первичная заболеваемость ИБС в 2017 году, по сравнению с 2010 годом, снизилась на 37,1%, общая заболеваемость ИБС по обращаемости - на 38,9%. Количество острого инфаркта миокарда (ОИМ) на 100 тыс. населения снизилось с 18,9 до 12,1, т.е. на 35,9%, что способствовало снижению смертности от патологии органов кровообращения с 208,0 до 174,2 на 100 тыс. населения, т.е. на 16,3%. Бесспорно, это заслуга отечественных кардиологов. Свою определенную лепту внесли также интервенционные кардиологи и кардиохирурги. За последние 5 лет 2280 больным с ИБС выполнена прямая реваскуляризация миокарда, в т.ч. у 1675 - коронарное стентирование, у 605 - коронарное шунтирование, что не обеспечивает необходимую потребность населения. Следует отметить положительные сдвиги в этом направлении. Если в 2017 году из 22832 больных ИБС только у 1429 (6,2%) выполнена коронароангиография, у 393 - коронарное стентирование, у 146 - коронарное шунтирование, то в 2018 году по стране 1950 пациентам с ИБС выполнена коронароангиография, у 565 - коронарное стентирование, у 170 - коронарное шунтирование. В целом, имеется настоятельная необходимость повышения активности кардиохирургических центров, а также обеспечение эффективной деятельности центров эндоваскулярной хирургии.

Таблица 2

*Динамика первичной и общей заболеваемости ИБС и острым инфарктом миокарда в период с 2010 по 2017 гг. \**

Показатели по обращаемости	2010	2017	Разница
Первичная заболеваемость патологией органов кровообращения (на 100 тыс. населения)	1094,1	875,1	- 219 (20%)
Первичная заболеваемость ИБС (общее количество) на 100 тыс. населения	14082	8869	- 5213 (37,1%)
Общая заболеваемость ИБС (общее количество) на 100 тыс. населения	185,5	100,4	- 85,1
Общая заболеваемость ИБС (общее количество) на 100 тыс. населения	37412	22832	-14580 (38,9%)
Острый инфаркт миокарда (общее количество) на 100 тыс. населения	492,2	258,4	-234,5
Острый инфаркт миокарда (общее количество) на 100 тыс. населения	1674	1072	-602 (35,9%)
Острый инфаркт миокарда (общее количество) на 100 тыс. населения	18,9	12,1	- 6,8
Смертность от патологии органов кровообращения, на 100 тыс. населения	208,0	174,2	-33,8 (16,3%)

**Примечание:** \* – данные Республиканского центра медицинской статистики и информации (2018 г.)

Несмотря на хорошие непосредственные результаты операций на сердце, из-за неадекватности диспансерного наблюдения и реабилитации, у пациентов в отдаленные сроки нередко развиваются осложнения (бакэндокардит, тромбоз протеза, инфаркт миокарда и др.), требующие повторного хирургического и эндоваскулярного лечения, что обусловлено несоблюдением преемственности в деятельности кардиологов, кардиохирургов, интервенционных кардиологов и врачей ПСМП.

Проблемами оказания кардиохирургической помощи в Таджикистане являются: недостаточная информированность населения о мерах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и возможностях отечественной кардиологии и кардиохирургии; низкий уровень знаний врачей общей практики по диагностике, тактике хирургического лечения и реабилитации больных с ВПС и ИБС; не организованы оказание кардиохирургической помощи новорожденным с ВПС; ЭФИ, хирургическая коррекция аритмий сердца, неотложная хирургическая помощь при ОКС и ИМ; отсутствие центров реабилитации больных кардиохирургического профиля. Наблюдается неэффективное использование ангиографических установок (1,2-3,5 исследований за один рабочий день) из-за недостаточного потока больных и дороговизны расходных материалов (контрастное

вещество, стенты). Высокотехнологичная кардиохирургическая помощь остается недоступной для 29% малообеспеченного населения.

Основными направлениями дальнейшего развития кардиохирургии в Таджикистане являются широкое внедрение операций экстренного коронарного стентирования при остром коронарном синдроме и инфаркте миокарда, реконструктивных и пластических операций при сложных врожденных и приобретенных пороках сердца, организация хирургической помощи новорожденным с ВПС, ЭФИ и хирургических способов коррекции аритмий сердца, малоинвазивной и эндоваскулярной хирургической технологии, диспансеризации и реабилитации пациентов, перенесших операцию на сердце. Реализация данной стратегии, целевое финансирование отрасли позволят увеличить количество операций на сердце, улучшить результаты хирургического лечения, продолжительность и качество жизни пациентов

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические протоколы диагностики и хирургического лечения ишемической болезни, врожденных и приобретенных пороков сердца.- Душанбе, 2014.- 81с.
2. Национальная программа профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007-1015 гг.- Душанбе, 2007.- 29 с.
3. Национальная программа профилактики, диагностики и лечения больных с врожденными и ревматическими пороками сердца в Республике Таджикистан на 2011-2011 годы.- Душанбе, 2011.- 24 с.
4. Рахимов З.Я. Evidence-Based Medicine перспективы повышения качества кардиохирургической помощи в Таджикистане.//Материалы 1У съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2005.- С.182-183.
5. Солимии аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тандурустӣ дар соли 2017.- Душанбе, 2018.- 362 с.
6. Hoffman J., Kaplan S. The incidence of congenital heart disease // JACC.- 2002.- N.39.- P.1890-1900.

*Касимова С.Д, Тагоев Т.С.*

## **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра эндокринологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии» г. Душанбе, Таджикистан

---

Эндокринология – сложная и быстро развивающаяся отрасль медицины. Этим объясняется не ослабляемое внимание Правительства республики к проблемам эндокринологии. В стране функционируют областные эндокринологические центры с коечным фондом во всех административных областях – Горно-Бадахшанской, Согдийской и Хатлонской. В самой большой, густонаселённой Хатлонской области имеется также межрегиональный Кулябский эндокринологический центр. В районах республиканского подчинения в Районных центрах здоровья работают районные эндокринологи. В г. Душанбе функционируют Республиканский клинический центр эндокринологии, Городской эндокринологический центр, Городской медицинский центр с развёрнутыми в нём эндокринологическими отделениями для взрослых, детей и отделением эндокринной хирургии, а также диабетологическое взрослое и эндокринологическое детское отделения в новом, хорошо оборудованном медицинском комплексе «Истиклол». Вышеуказанные центры являются хорошей клинической базой для кафедр эндокринологии Таджикского государственного медуниверситета и Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Большое внимание правительство уделяет сахарному диабету (СД), как медико-социальной проблеме. Число больных СД в республике, как и в других странах, неуклонно растёт. Согласно официальной статистике, за период 2007-2017 гг. количество больных СД возросло в 2,5 раза и

составило 16540 человек в 2007 г., а в 2017 году - 41690 больных. Показатель общей заболеваемости СД возрос в два раза за эти годы: с 231,6 до 482,1 на 100 тыс. населения соответственно. С целью улучшения качества медицинских услуг больным СД были приняты и успешно реализованы «Национальная программа борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006-2010 годы» и «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017годы».

В рамках реализации вышеуказанных программ существенно укрепился кадровый потенциал эндокринологов республики, улучшилось материально-техническое оснащение эндокринологических центров (открыты гормональные лаборатории, проводится исследование гликированного гемоглобина для оценки уровня компенсации диабета, исследование микроальбуминурии для диагностики ранних стадий нефропатии, доплерография сосудов нижних конечностей), функционируют «Школы для больных СД», была налажена образовательная программа в СМИ, разработаны клинические протоколы по ведению больных СД 1 и 2 типа. Внедрение стандартов лечения СД имеет большое медицинское и экономическое значение. В тесном сотрудничестве с семейными врачами проводятся профилактические мероприятия по выявлению СД и профилактике его осложнений. Отрадно отметить, что вместо гуманитарного инсулина больные СД обеспечиваются инсулином за счёт госбюджета. В перспективе ведется работа по созданию «Регистра больных СД», создание которого позволит оперативно получать достоверную информацию о больных СД, эпидемиологической ситуации, качестве и эффективности лечебно-профилактической помощи больным СД. Дальнейшее внедрение в лечении СД инновационных эндоваскулярных технологий позволит также существенно улучшить качество жизни больных с осложнениями формами СД.

В Таджикистане уделяется большое внимание и проблеме йододефицитных заболеваний (ЙДЗ), как краевой патологии. В 1994 году, по заключению экспертов ЮНИСЕФ, страна была отнесена к очагам тяжелого и средней тяжести йододефицита. За последующие годы достигнуты положительные сдвиги в программе «Универсального йодирования соли», как наиболее эффективной меры профилактики ЙДЗ. Из материалов Национального исследования «Микроэлементы (микронутриенты) в питании населения Таджикистана» (2016 г.) следует, что всего 74% населения в республике потребляют йодированную соль (наибольший показатель в Согдийской области – 88,9%, наименьший - в Бохтарской - 64,3%. В то же время, в 2009 году 82% населения республики потребляло йодированную соль. Проводимые ежегодно профилактические осмотры населения подтверждают важность постоянного не ослабевающего внимания к проблеме ЙДЗ совместными усилиями санитарно-эпидемиологической, эндокринологической служб и работников первичного медицинского звена. Так, в 2012 году эндемический зоб среди детей до 14 лет выявлен у 8,75%, а среди подростков - у 11,2% осмотренных. Эти же показатели в 2017 году увеличились и составили 17% и 16,9% соответственно. Следовательно, довольно значительному контингенту молодого поколения республики с ЙДЗ необходимо наладить квалифицированное лечение и наблюдение как эндокринологов, так и семейных врачей.

Таким образом, перспективы развития эндокринологической службы в Республике зависят от межсекторального подхода к устранению нерешённых проблем.

*Олимзода Н.Х., Содикова Д. Н., Мирзоев С.М., Маннонов С.Т.*

## **ДОСТИЖЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ПЕРИОД НЕЗАВИСИМОСТИ**

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

---

Состояние здоровья населения зависит от уровня экономического развития страны и является интегральным показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.

Сегодня Таджикистан находится на очень важном этапе преобразовательного процесса своего развития. Экономика страны, пережившей гражданскую войну в 1992-1997 гг., проходит путь роста благосостояния народа и прогресса. Особое значение и приоритетность в отрасли здравоохранения Таджикистана приобретает совершенствование системы раннего выявления, диагностики и лечения различных заболеваний. За последние годы Правительством Республики Таджикистан уделяется много внимания улучшению специализированной помощи, в том числе оказанию помощи офтальмологическим больным. Активизация процесса улучшения предоставления медицинских услуг, особенно после внедрения высоких технологий в диагностику и лечение больных, развитие малых и средних предприятий, наряду с реформированием услуг общественного здравоохранения и увеличением объема инвестиций в государственную инфраструктуру, являются основными элементами «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 годы».

За годы независимости республики под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан была проведена работа по обновлению нормативной правовой базы офтальмологической службы страны, обусловленной процессами реструктуризации всей системы здравоохранения Таджикистана. Создание новых типов медицинских учреждений и связанные с этим изменения функций специализированных служб предопределило изменения и в структуре предоставления услуг больным с заболеваниями глаза. Только в области офтальмологии почти за 25 лет были приняты более 20 новых отраслевых нормативных правовых актов республиканского, областного и районного уровней, пересмотрены и утверждены положения центров и госпитальных, лечебно–диагностических и образовательных учреждений, служб и организаций системы социальной защиты населения, включающих учреждения по оказанию помощи слепым и слабовидящим пациентам. В нынешних учреждениях офтальмологической службы страны оказываются услуги, начиная с первичной медико–санитарной помощи, как на уровне сельского центра здоровья, так и охвата высокотехнологичной медицинской помощью на уровне учреждений третичного звена.

В настоящее время современные методы диагностики и лечения оказываются на базе глазных отделений и центров Национального медицинского центра Республики Таджикистан и Республиканского клинического центра офтальмологии, а также в Областном центре микрохирургии глаза Согдийской области, офтальмологических областных больницах Хатлонской области и ГБАО. Существенный вклад в оказание специализированной лечебно–диагностической и микрохирургической помощи населению вносят глазные отделения частных медицинских учреждений («Шифо», «Солим Мед», «Дармонгохи Ибни Сино», «Балх» в г. Душанбе, «Центр микрохирургии глаза» в г. Худжанде).

В плане внедрения высокотехнологичной специализированной помощи офтальмологическая служба республики занимает одно из ведущих мест в национальной системе здравоохранения. Именно внедрение новых методов диагностики, лечения и оперативных вмешательств, особенно в области ультразвуковой и лазерной хирургии, позволило значительно сократить количество пациентов, выезжающих на лечение за пределы республики. Внедрение в практику малоинвазивной хирургии свело к минимуму количество осложнений во время операций, поистине поворотным этапом в развитии отечественной офтальмологии является внедрение лечения катаракты путём факоэмульсификации, лазерное лечение аномалий рефракции, патологии сетчатки при диабете и гипертонии. Немаловажное значение в снижении заболеваемости глазной патологией имеет применение новых офтальмологических препаратов, их комбинированное использование с терапевтическими и хирургическими методами лечения.

Следует отметить, что с учётом экономической эффективности и процесса реструктуризации коечного фонда наряду с общим сокращением коечного фонда, было сокращено и количество офтальмологических коек, но, с другой стороны, была предоставлена возможность для развёртывания служб с применением высоких технологий. Так, начиная с 2011 года, в Таджикистане широко применяется факоэмульсификация катаракты с внедрением всех моделей интраокулярных линз, внедрены методы лазерной хирургии глаукомы и диабета. С ростом числа поставщиков частных медицинских услуг и достижений в области технологии, в частности, малоинвазивной хирургии, многие процедуры, ранее осуществляемые на третичном уровне предоставления медицинских услуг, в настоящее время осуществляются в областных, районных и частных врачебных клиниках.

На нынешнем этапе ведущими офтальмологическими учреждениями республики ежегодно предоставляется специализированная неотложная и плановая медицинская помощь более чем 85000 пациентам стационарно и амбулаторно, каждый год глазными службами осуществляются



более 10000 операций, в том числе около 5000 экстренных и плановых операций на органах зрения с применением высоких технологий. Занятость офтальмологических коек в республиканских учреждениях за последние 5 лет составила примерно 91% от общего числа, а приблизительная средняя продолжительность пребывания - около 5–9 койко-дней.

Особое внимание уделяется подготовке кадров. Офтальмологическая помощь населению республики обеспечивается 302 офтальмологами, в том числе 94 детскими. Обеспеченность офтальмологами в республике на 10 000 населения составляет 0,92. Укомплектованность врачами-офтальмологами в республике составляет 91,5%, вакантных должностей в республике 12, что составляет 8,5 %. Уровень квалификации офтальмологических кадров в области с каждым годом увеличивается, но в настоящее время предъявляются более высокие требования к курсам повышения квалификации и уровню подготовки специалистов. Только за последние 10 лет 48 офтальмологов прошли курсы специализации и усовершенствования в офтальмологических учреждениях Российской Федерации, США, Германии, Индии, Ирана, Украины, Казахстана, Кыргызстана.

Вместе с тем, следует отметить, что современные условия рыночной экономики, глобальные вызовы и различные техногенные факторы риска требуют более рационального подхода в освоении имеющихся финансовых бюджетных средств, привлечения альтернативных источников финансирования. На сегодняшний день государственный бюджет здравоохранения Республики Таджикистан покрывает приблизительно 80% от всех затрат, предусмотренных для лечения больных с патологией органа зрения. Всё ещё ощущается нехватка современных медицинских средств, в том числе анестезиологического, экстренного хирургического профилей, которые, к сожалению, в настоящее время не могут быть обеспечены только из бюджетных средств. Лекарственное обеспечение офтальмологических учреждений для лечения пациентов с заболеваниями глаз в значительной мере покрывается за счёт гуманитарной помощи, включающей современные медикаментозные средства из нового поколения препаратов (это антибиотики широкого спектра действия, офтальмологические препараты для лечения глаукомы, нестероидные противовоспалительные и гормональные средства и др.), объём которой в последние годы резко сократился.

Таким образом, установление научно обоснованных приоритетов является лучшим способом рационального использования всех видов ресурсов. Надо учесть, что это - динамичный процесс, так как со временем приоритеты могут меняться, что зависит также от целей - долгосрочных, среднесрочных и краткосрочных – для страны, регионов и самой системы здравоохранения.

<sup>1</sup>Abdumamadova F.M., <sup>2</sup>Mahmadaliyeva T.N., <sup>2</sup>Ikromov S.A.

## THE DYNAMIC OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTSWITH HYPERTENSIVE DISEASE WITH COMORBID DEPRESSION ON COMBINED ADMINISTRATION

<sup>1</sup>Department of Internal Diseases № 2, Avicenna Tajik State Medical University Dushanbe, Tajikistan

<sup>2</sup>State Institution, City Health Center № 14 Dushanbe, Tajikistan

**Objective.** The aim of this study was to investigate the impact of concomitant use of liprazid and Cipralel (Escitalopramum) on heart rate variability in patients with hypertensive disease with comorbid affective disorders.

**Methods.** The subjects were 18 patients with hypertensive disease of the II stage, who has mild and moderately elevation in blood pressure (BP) (World Health Organization / International society of hypertension' classification 1999). The observation population aged 52 to 70 years, (average 63.1 ± 1.8).



Liprazide 10 (lisinopril 10 mg + hydrochlorothiazide 12.5mg) was initially prescribed 1 tab. per day. But the dose was doubled in non-achievement of target BP level. The average daily dose of cypralex was 15 mg. The heart rate variability research (HRV) was conducted prior and after 8 weeks treatment course. The ECG recording was evaluated within 5 minutes under eupnoea in the prone position. Time researches: the standard intervals deviation R-R (SDNN); Root Mean Square of the Successive Differences R-R (RMSSD); percent of neighbor interval R-R that differs from each other more than 50 mc (pNN50) and spectral index: the power of spectrum of very low frequency (VLF); the power of spectrum of low frequency (LF); the power of spectrum of high frequency (HF); indicates of sympatic and parasympathetic balance (LF/HF) HRV. The spectral indexes were received by fast Fourier transform method. The affective disorders were revealed and valuated by use of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and State Trait Anxiety Inventory (STAI).

**Results.** The combined administration with foresaid preparations promoted to a substantial improvement of patients psychological status. The composite score according to subscale of anxiety and depression has decreased on average by 28% and 39%, accordingly, in relation to the initial, by the end of the treatment course. There was a significant, sustained decrease in systolic (by 21%) and diastolic (by 14%) blood pressure. The patients, at group's average, were noted initial hypersthenia of sympathetic nervous system (low time response characteristic SDNN, RMSSD, pNN50) prior to the treatment. The predominance of the sympathetic nervous system was also confirmed when analyzing the spectral index of HRV - a decrease in the high frequency spectrum (HF) with the increased LF and LF / HF. Upon the repeated monitoring was noted a significant increase in SDNN by a mean of 26, 5%, pNN50 - by 72, 2%, HF - by 20, 8% against a decrease of LF by 17, 6% and LF / HF by a mean of 30, 1 %.

**Conclusions.** The combined administration of limprazide 10 and Cipralax at patients with hypertensive disease with affective disorders promotes to reduce the activity of the sympathetic and increase the parasympathetic nervous system. Such dynamics of HRV indicate that the effect of drugs on the autonomic imbalance of cardiac activity regulation is favourable.

<sup>1</sup>Abdumamadova F.M., <sup>2</sup>Saidkomilova I.Z., <sup>2</sup>Boymatova N.I.

## QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE

<sup>1</sup>Department of Internal Diseases № 2, Avicenna Tajik State Medical University  
Dushanbe, Tajikistan

<sup>2</sup>SI «City Health Center № 14»  
Dushanbe, Tajikistan

---

**Objective.** To study the life quality of elderly patients with hypertonic disease.

**Methods.** 28 patients diagnosed with hypertonic disease at the age of 60 to 74 were checked, among which 12 (42,8%) men and 16 (57,2%) women. Control group consisted of 20 healthy people of the same age. According to AG degree patients were as follows: I-st degree AG 23%, II-nd degree AG 44%, III-rd degree AG 33% patients. For the life quality assessment the questionnaire MOS-SF 36 was used. Questionnaire consists of 8 scales: PF - physical functioning (the limitation level of physical activities), RP - role playing, EF - energy/fatigue, EW- emotional well-being, BP - body pain during daily activities, SF -social functioning, GH-general health perception, HC - health comparison with previous year.

**Results.** While analyzing the obtained data, it was revealed that life quality indicators of elderly patients with hypertonic disease are lower in comparison with control group. Patients have basically complained on heartbeat, frailty and fatigue during daily activities (64%), fatigue during mental activities and increased irritability (25%), down mood and well-being in comparison with previous year (41%). Elderly patients with hypertonic diseases had lower Life quality physical indicators (33,5 points), than control group (47,8 points). Psychological components of life quality also were decreased as compare to control group in 18,7 points.

**Conclusions.** The results of obtained data indicate that elderly patients with hypertonic disease have the reduction of life quality indicators, which negatively effect on the course and prognosis of the disease.

*Fraser-Hurt N., Chukwuma A., Gong E., Latypova M.,  
Mandeville K., Wang H., Abdullaeva F.*

## SUPPORTING IMPROVEMENTS IN CONTINUITY OF CARE FOR HYPERTENSION IN TAJIKISTAN

The World Bank, Washington D.C., USA

---

**Objective.** Cardiovascular diseases account for 50 percent of mortality in Tajikistan and hypertension is the leading risk factor. Maintaining continuity in the care received over multiple contacts between providers and users is essential to controlling blood pressure and improving health. With World Bank Support, Tajikistan has implemented results-based financing and continuous quality improvement to improve hypertension care in 400 primary health care centres in Khatlon and Sogd oblasts. This analysis aims to identify interventions to increase retention in care for hypertension in Tajikistan, complementing existing programs.

**Research Methods.** We used the ‘care cascade’ approach to quantify retention during screening, diagnosis, treatment initiation, treatment monitoring and disease control, drawing on administrative and survey data. We examined the determinants of retention through focus group discussions with administrators, patients and providers. A literature review and expert consultations identified feasible and effective interventions.

**Outcomes.** In the catchment areas of selected facilities in Sogd and Khatlon oblasts, 92 to 97 percent of the hypertensive population have not registered with a PHC provider to receive hypertension care. Among patients registered as patients, 87 percent do not achieve blood pressure control in Khatlon oblast, compared to 50 percent in Sogd oblast. Non-retention in care is driven by patients’ lack of understanding of hypertension and its treatment, costs of transportation to facilities and purchasing medication, as well as service delivery gaps including health worker shortages and difficulty in understanding clinical protocols. These challenges can be addressed through targeted screening, awareness campaigns with religious leaders, patient navigators for linkage to care, decentralisation of medication refill, peer adherence support, and decision support for physicians.

**Conclusions.** This study identified critical gaps in care for hypertension in primary care and solutions that should be considered for Tajikistan’s non-communicable disease strategy.

*Kurbonbekov Z., Ruziev M.*

## DEPRESSION AS A RISK FACTOR FOR ATRIAL FIBRILLATION

State Department Republic Clinical Cardiologic Center  
Dushanbe, Tajikistan

---

**Aim.** To assess role of depression for development of atrial fibrillation (AF) among patients with cardiac disorders.

**Method of investigation.** Our study investigated whether depression is also linked with atrial fibrillation. “Atrial fibrillation causes 20% to 30% of all strokes and increases the risk of dying prematurely.

One in 4 middle-aged adults in Europe and the United States will develop atrial fibrillation. It is estimated that by 2030 there will be 14–17 million patients with atrial fibrillation in the European Union, with 120,000–215,000 new diagnoses each year. Previous studies have found associations between depression and both more severe symptoms and higher mortality in patients with atrial fibrillation. Antidepressants have been linked with some serious, but rare, heart rhythm disturbances, prompting the question of whether they might also raise the risk of atrial fibrillation. From December 2018 to middle of January 2019 year we have admitted 15 patients with paroxysm of Atrial Fibrillation. From this number 10 patients have developed the paroxysm of Atrial Fibrillation first time and 5 had recurrence of Atrial Fibrillation. The cause of atrial fibrillation in 10 patients was Ischemic Heart Diseases. 3 patient Hypertension from different stage (mild, moderate and severe by last international standard or classification) and 2 patients idiopathic form of cardiac arrhythmia. The middle age of patient who will be involved in our study was 57 years of old. From this amount men - 8 (53.3%), women - 7 (46.7%). Atrial fibrillation have been treated by medical and electrical cardio version with good result I mean the atrial fibrillation have been transferred to sinus rhythm

**Outcome.** AF is the cause of 20-30 % of all stroke and increases the risk of sudden death. One of 4 people of middle age of the Europe and America population have developed AF. Patients with depression have an increased risk of atrial fibrillation, according to a study published in the European Journal of Preventive Cardiology. Medication was not responsible for the high frequency of atrial fibrillation in people with depression. The findings are also reported during Global Atrial Fibrillation Aware Week. Study author Morten Fenger-Grøn, Research Unit for General Practice, Aarhus University, Denmark, said: “It is common knowledge that there is a connection between the mind and the heart. Depression predicts the development of coronary artery disease and worsens its prognosis. All the patients have been checked by neurologist and depression syndrome have been confirmed. From this number 11 patients has depression syndrome and it is 73.3 %, among them 5 men and 6 women. A treatment with antidepressant has been given to all patients and no side effect have been registered. All the patients will be followed for the future in order to see the outcome of treatment and the result of used antidepressant drugs.

**Conclusion.** Even in this small group of study there is a direct relationship between depression syndrome and development of atrial fibrillation. Depression is the factor risk of development of atrial fibrillation. To find out the depression syndrome among the patients with cardiac disorders and early treatment with antidepressant will improve the prognoses and the outcome of the disease. So all patients with atrial fibrillation should be checked in term of mental status and be treated by depressant drugs in time in order to improve the status of patients.

<sup>1</sup>Tuulsaikhan T., <sup>2</sup>Zulgerel D., <sup>2</sup>Davaa G.

## CARDIOVASCULAR RISK ASSESSMENT AND FREQUENCY OF TARGET ORGAN DAMAGE AMONG HYPERTENSIVE OUTPATIENTS IN ULAANBAATAR

<sup>1</sup>Sukhbaatar District Hospital

<sup>2</sup>MNUMS

Ulaanbaatar, Mongolia

---

**Introduction.** Poor controlled hypertension is associated with development of target organ damage and the assessment of target organ damage is important in the evaluation and guide management of all hypertensive patients.

**Goal.** To determine frequency of target organ damage and assess cardiovascular risk among hypertensive outpatients at district hospitals in Ulaanbaatar.

**Material and Methods.** This was a cross-sectional hospital based study. Total 150 hypertensive outpatients aged 40-70 years were consecutively recruited into the study at district hospital in Ulaanbaatar. Standardized questionnaires were used to collect cardiovascular risk factors and history of disease. BMI index estimated and blood pressure was measured, serum total cholesterol was tested by

using the Accutrend Plus test. Hypertensive target organ damage was defined as the detection of any of the following: left ventricular hypertrophy diagnosed by ECG, presence excess protein in urine, the presence of hypertensive retinopathy or a history of a stroke.

**Results.** Total 150 study sample consisted of 64 (42.7%) male, and 86 (57.3%) female. All of the study participants 135 (90.0%) had high (30-40%) and very high ( $\geq 40\%$ ), 2 (1.3%) had low and moderate (20-30%), 13 (8.7%) had  $< 10$  cardiovascular risk levels were found. Among study participants, 130 (86.7%) patients had at least one of the four hypertensive target organ damage (kidney, heart, retina, brain) studied. The most affected organ was the eye presenting as retinopathy observed in 109 (72.7%), followed by heart damage 107 (71.3%), stroke 20 (13.3%), and proteinuria in 17 (11.3%) patients. Of total heart damage 29 (19.3%) left ventricular hypertrophy, 97 (64.7%) angina, 9 (6%) myocardial infarction, 1 (0.7%) hypertensive cardiomyopathy, 1 (0.7%) atrial fibrillation were found respectively.

**Conclusion.** This study showed a high frequency of target organ damage and 135 (90%) of survey patients had more than high cardiovascular risk level among hypertensive patients attending medical outpatient clinic. These findings illustrate the burden of uncontrolled hypertension in our setting.

<sup>1</sup>Zulgerel D., <sup>1</sup>Nandin-Erdene D., <sup>2</sup>Tsogtsaikhan S.

## DETERMINATION OF ANTI-CITRULLINATED PROTEIN ANTIBODIES

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, School of Medicine, MNUMS

<sup>2</sup>Department of Microbiology and Immunology, School of Bio-Medicine, MNUMS  
Ulaanbaatar, Mongolia

---

**Introduction.** The connective tissue disorders comprise a number of related conditions that include rheumatoid arthritis (RA), systemic lupus erythematosus (SLE) and systemic sclerosis (SS), Sjögren's syndrome. They are characterized by autoantibody production and other immune-mediated dysfunction. There are common clinical and serological features with some patients having multiple overlapping connective tissue disorders.

**Methods.** Study was performed using patient-based descriptive study design. The participants are selected from the Rheumatology outpatients cabinet registered patients of the Shastin Central Hospital (Ulanbator, Mongolia). Total 86 patients aged 19-60 years, including 51 patients with rheumatoid arthritis (RA), 10 patients with systemic sclerosis (SS), 10 patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and 15 with other autoimmune disease were observed. Clinical data of patients was collected using special research card. Disease activity of RA was calculated by DAS-28 scoring. Serum CRP, RF-IgM, anti-CCP and anti-MCV levels was determined by ELISA.

**Result.** Elevated RF-IgM titer was found in 84.3% of RA patients, in 80% of SS and SLE patients and in 53.3% of patients with other autoimmune diseases. Elevated anti-MCV titer was found in 96.1% of RA patients, and in 10% of SS patients. Elevated anti-CCP titer was found in 88.3% of RA patients, in 10% of SS and in 13.3% of patients with other autoimmune diseases.

Mean anti-MCV and anti-CCP titer was greater in RA patients comparing with other groups ( $p < 0.05$ ). Titer of RF-IgM, anti-MCV and anti-CCP was not correlated with diseases activity score in patients with RA ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion.** Titer of serum RF-IgM, anti-CCP, anti-MCV antibodies was elevated in 84.3-96.1% of rheumatoid arthritis patients and portion of rheumatoid arthritis patients with elevated titer of these antibodies was greater than in group of patients with other autoimmune diseases. Titer RF-IgM, anti-CCP and anti-MCV antibodies is not correlated with disease activity scores in rheumatoid arthritis patients.



Аббасов М.К.

## ВЛИЯНИЕ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Нефтечалинская центральная городская клиническая больница  
Нефтечала, Азербайджанская Республика

---

**Цель.** Одновременно изучить функционального состояния левого предсердия и левого желудочка в динамике под влиянием ножной изометрической нагрузки у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 123 пациента мужского пола в возрасте от 33 до 60 лет. Пациенты в зависимости от функциональных классов были рандомизированы на три группы: а) со II функциональным классом – 49 человек; б) с III функциональным классом – 48 человек; в) с IV функциональным классом – 26 человек. В контрольную группу вошли 50 практически здоровых, которые были сопоставимы с основными группами по полу и возрасту. Ножная изометрическая проба проводилась по способу, разработанному в НИИ кардиологии МЗ Азербайджанской Республики. Функции левого предсердия и левого желудочка одновременно изучались методом ЭхоКГ в В-режиме, а показатели сократительной способности левого предсердия и левого желудочка оценивались по результатам определения АД, ЧСС, конечно-систолического (КСОлп), конечно-диастолического объемов левого предсердия (КДОлп), объема изгнания левого предсердия (ОИлп), фракции изгнания объема левого предсердия (ФИОлп), степени укорочения передне-заднего размера левого предсердия в систолу (% $\Delta$  Слп), фракции объема активного наполнения желудочков (ФОАНЖ), минутного объема левого предсердия (МОлп), конечно-систолического (КСОлж), конечно-диастолического объема левого желудочка (КДОлж), ударного объема левого желудочка (УОлж), фракции выброса левого желудочка (ФВлж), степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка в систолу (% $\Delta$  Слж), индекса циркулярного укорочения волокон миокарда ( $V_{cf}$ ), минутного объема левого желудочка (МОлж) и «двойного произведения» (ДП).

**Результаты.** Для анализа состояния гемодинамики у пациентов постинфарктным кардиосклерозом под влиянием изометрической нагрузки рассматривались показатели всей группы в целом, а также больных с II-III-IV функциональными классами в сравнении с показателями контрольной группы. При анализе данных изменений функционального состояния левого предсердия у пациентов постинфарктным кардиосклерозом нами выявлена отчетливая тенденция к увеличению показателя КДОлп с первой по третью минуты нагрузки, однако, эти данные были статистически недостоверными. КСОлп достоверно увеличивался, в то время как ФИОлп статистически достоверно снизилась. На четвертой и пятой минутах пробы КДОлп и КСОлп снизились, приближаясь к исходным величинам, показатель ФИОлп, наоборот, несколько повысилась. Фракция выброса левого желудочка с первой по пятую минуты достоверно снизилась, по сравнению с исходной величиной. Сопоставляя результаты анализа внутрисердечной гемодинамики левых отделов сердца у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, можно предположить, что в ответ на постнагрузку снижение функции миокарда левого желудочка компенсируется вначале усилением резервуарной функции левого предсердия (тенденция к увеличению КДОлп при снижении ФИОлп), а затем транспортной и насосной функциями (тенденции к снижению КДОлп и увеличению ФИОлп, по сравнению с третьей минутой). При анализе данных изменений гемодинамики левого предсердия в зависимости от функциональных классов нами установлено сохранение тенденций гемодинамических сдвигов, описанных в общей группе, однако степень их выраженности пропорциональна тяжести заболевания и наиболее отчетливо проявляется у пациентов IV функционального класса.

**Выводы.** При изометрической нагрузке у пациентов постинфарктным кардиосклерозом левое предсердие обеспечивает адекватное кровенаполнение левого желудочка, функция которого в динамике нагрузки снижается пропорционально тяжести заболевания. Информативными признаками начальной стадии сердечной недостаточности у пациентов постинфарктным кардиосклерозом следует считать в динамике ножной изометрической нагрузки снижение или

сохранение на исходном донагрузочном уровне показателей фракции выброса, индекса сократимости левого желудочка и фракции изгнания объема левого предсердия.

Аббасов М.К.

## ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Нефтечалинская центральная городская клиническая больница  
Нефтечала, Азербайджанская Республика

**Цель.** Изучить функциональное состояние левого предсердия в динамике с помощью ножной изометрической нагрузки у здоровых лиц.

**Материал и методы.** Нами обследовано 50 практически здоровых пациентов мужского пола в возрасте от 29 до 49 лет. Для изучения ответной реакции организма на физическую нагрузку проводилась ножная изометрическая проба, разработанная в НИИ кардиологии МЗ Азербайджанской Республики. Функции левого предсердия и левого желудочка одновременно изучались методом ЭхоКГ в В-режиме; показатели сократительной способности левого предсердия и левого желудочка оценивались по результатам определения АД, ЧСС, конечно-систолического (КСОлп), конечно-диастолического объема левого предсердия (КДОлп), объема изгнания левого предсердия (ОИлп), фракции изгнания объема левого предсердия (ФИОлп), степени укорочения передне-заднего размера левого предсердия в систолу (% $\Delta$  Слп), фракции объема активного наполнения желудочков (ФОАНЖ), минутного объема левого предсердия (МОлп), конечно-систолического (КСОлж), конечно-диастолического объемов левого желудочка (КДОлж), ударного объема левого желудочка (УОлж), фракции выброса левого желудочка (ФВлж), степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка в систолу (% $\Delta$  Слж) и минутного объема левого желудочка (МОлж).

**Результаты.** У практически здоровых людей при нагрузке отмечается значительное повышение систолического и диастолического артериального давления. Прирост АДдиаст, также как АДсисст был очень значительным к последней минуте пробы, по отношению к исходной величине. Начиная с первых минут нагрузки, отмечалось достоверное увеличение ЧСС, по сравнению с исходной величиной, которое продолжало расти ко второй минуте нагрузки. Но к пятой минуте произошло некоторое снижение этого показателя, по сравнению с первыми минутами нагрузки.

В динамике изометрической нагрузки КДОлп у здоровых лиц имел тенденцию к недостоверному повышению. Лишь на четвертой и пятой минутах значение КДОлп достигло статистически достоверного значения, по сравнению с исходными данными. КСОлп во время пробы с нагрузкой практически не изменялся. Статистически достоверное повышение ОИлп отмечалось с третьей по пятую минуты нагрузки, сопровождаясь, соответственно, увеличением УОлж. Показатели сократительной способности левого предсердия – ФИОлп и % $\Delta$  Слп - на высоте нагрузки достоверно возрастали, а показатели левого желудочка - ФВлж и % $\Delta$  Слж - имели недостоверную тенденцию к увеличению. В нашем исследовании в процессе нагрузки показатель ФОАНЖ имел тенденцию к недостоверному снижению. У здоровых лиц при изометрической нагрузке для обеспечения выраженной прессорной реакции происходит усиление контрактильности левого желудочка и, как следует из этого, увеличение ударного и минутного объемов.

При максимальной нагрузке, для поддержания необходимого увеличения ударного объема происходит включение дополнительного механизма компенсации (по типу Франка-Старлинга), реализация которого, по нашему мнению, осуществляется в результате диастолического расслабления миокарда, увеличения венозного притока, за счет присасывающего действия сердца и повышения сократительной способности левого предсердия, которое подтверждается тем,

что достоверное повышение УОлж с третьей по пятую минуты пробы сопровождается, соответственно, увеличением ОИлп. Кроме того, показатели ФИОлп и % $\Delta$  Слп, характеризующие сократительную способность левого предсердия, на высоте нагрузки возрастали. При этом показатель ФОАНЖ у здоровых лиц, имеющий в процессе нагрузки тенденцию к снижению, свидетельствует о повышении функциональных возможностей левого желудочка.

**Выводы.** Наши исследования подтверждают, что в механизмах компенсации гемодинамики при росте постнагрузки, наблюдаемом при значительных статических усилиях, левое предсердие принимает активное участие. Ультразвуковое исследование, проведенное в период ножной изометрической нагрузки, позволило, в известной степени, определить характер участия левого предсердия в обеспечении гемодинамического «ответа» у практически здоровых лиц.

*Аббасов М.К.*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ**

Нефтечалинская центральная городская клиническая больница  
Нефтечала, Азербайджанская Республика

---

**Цель.** Изучить изменения внутрисердечной гемодинамики у больных постинфарктным кардиосклерозом передней и задней локализации при изометрической нагрузке.

**Материал и методы.** В исследование вошел 61 пациент мужского пола в возрасте 33-60 лет, которые в зависимости от локализации пораженного участка были разделены на две группы. В первую группу включены 35 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, у которых пораженный участок локализовался на передней стенке левого желудочка. Во вторую группу вошли 26 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда на задней стенке. Ножная изометрическая проба проводилась по способу, разработанному в НИИ кардиологии МЗ Азербайджанской Республики. Функции левого предсердия и левого желудочка одновременно изучались методом ЭхоКГ в В-режиме, показатели сократительной способности левого предсердия и левого желудочка оценивались по результатам определения АД, ЧСС, конечно-систолического (КСОлп), конечно-диастолического объемов левого предсердия (КДОлп), объема изгнания левого предсердия (ОИлп), фракции изгнания объема левого предсердия (ФИОлп), степени укорочения передне-заднего размера левого предсердия в систолу (% $\Delta$  Слп), фракции объема активного наполнения желудочков (ФОАНЖ), минутного объема левого предсердия (МОлп), конечно-систолического (КСОлж), конечно-диастолического объема левого желудочка (КДОлж), ударного объема левого желудочка (УОлж), фракции выброса левого желудочка (ФВлж), степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка в систолу (% $\Delta$  Слж), индекса циркулярного укорочения волокон миокарда ( $V_{cf}$ ), минутного объема левого желудочка (МОлж) и “двойного произведения” (ДП)

**Результаты.** При определении КДОлп исходные данные пациентов I гр. были несколько больше, чем у пациентов во II группе. Во время пробы с нагрузкой КДОлп у пациентов I гр. нарастал до третьей минуты, в то время как у пациентов II гр. увеличение этого показателя происходило лишь до второй минуты нагрузки. В дальнейшем наблюдалось умеренное снижение КДОлп в обеих группах, и к концу нагрузки его величина приближалась к исходным данным. Исходные данные КСОлп в I группе тоже были больше, чем во II группе. В процессе нагрузки прослеживается динамика, аналогичная с изменением КДОлп. Исходные данные КДОлж у пациентов в I гр. чуть больше, чем у пациентов во II группе, а КСОлж, наоборот, во II гр. больше чем в I. На пике пробы по отношению к исходному уровню в I гр. КДОлж, а

также КСОлж увеличены, в сравнении со II группой. В покое величина ФВлж у пациентов I гр. больше, чем у пациентов во II группе. При нагрузке в обеих группах происходит достоверное снижение показателя со второй минуты до конца пробы. Средние данные ФОАНЖ гемодинамики у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, передней и задней локализацией инфаркта миокарда в нашем исследовании фактически не различаются между собой. При анализе данных изменений внутрисердечной гемодинамики у пациентов постинфарктным кардиосклерозом передней и задней локализации при изометрической нагрузке происходит снижение сократительной способности левого желудочка. В процессе нагрузки левое предсердие в первую минуту отвечает включением своей резервуарной функции, в дальнейшем происходит активизация насосной и транспортной функций. Данные, полученные при изучении влияния изометрической нагрузки на сократительную способность левого предсердия и левого желудочка, у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом с передней локализацией инфаркта миокарда оказались аналогичными по направленности с таковыми, полученными при исследовании у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом с задней локализацией инфаркта миокарда. Сравнительный анализ результатов изменений функции левого предсердия и левого желудочка, проведенный между обеими группами, не выявил достоверных различий. Однако под влиянием изометрической нагрузки у пациентов постинфарктным кардиосклерозом с передней локализацией инфаркта миокарда отмечается большее снижение показателей сократимости левого желудочка, нежели у пациентов с задней локализацией.

**Выводы.** Динамика изменений некоторых показателей внутрисердечной гемодинамики, отражающих функциональное состояние левых отделов сердца, под влиянием изометрической нагрузки у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в большей степени выражена при передней локализации процесса.

<sup>1</sup>Абдрахманов А.С., <sup>1</sup>Нуралинов О.М., <sup>2</sup>Смагулова А.К., <sup>1</sup>Турсунбеков А.Б.,  
<sup>1</sup>Абильдинова Г.С., <sup>2</sup>Бақытжанұлы А., <sup>1</sup>Есилбаев Ж.Е., <sup>1</sup>Багибаев С.М.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

<sup>1</sup>АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

<sup>2</sup>НАО «Медицинский университет Астана»

г. Астана, Казахстан

**Цель.** Проведение сравнительного анализа эффективности и безопасности интервенционного лечения пациентов с рецидивами фибрилляции предсердий (ФП) методами радиочастотной (РЧА) и криобаллонной аблации (КБА).

**Материал и методы.** В исследование были включены 88 больных с установленным рецидивом ФП. Первую группу составили пациенты с первичным лечением аритмии методом КБА – 46 пациентов (63% мужчин и 37% женщин, средний возраст 58,1±10,01 лет). Пациенты с проведенной ранее РЧА (42 пациента) составили вторую группу (60% мужчин и 40% женщин, средний возраст 51,1±15,0 лет). Повторное интервенционное лечение ФП в 1 группе проводили методом РЧА, во 2 группе – методом КБА.

**Результаты.** По результатам эхокардиографии передне-задний размер левого предсердия составил 4,11±0,42 см (1 группа) и 3,74±0,48 см – (2 группа),  $p<0,05$ . Обе клинические группы пациентов были сопоставимы по показателям фракции выброса: 58,1±6,89% и 59,9±6,69% в 1 и 2 группах соответственно ( $p=0,2$ ). Длительность операции реизоляции легочных вен методом РЧА составила 106,3±25,7 мин и 117,9±19,1 мин при проведении КБА ( $p=0,01$ ). Длительность применения флюороскопии также была менее продолжительной при реизоляции методом РЧА: 16,6±10,2 мин, в то время как при КБА составила 26,3±8,5 мин ( $p<0,05$ ). Доза



рентгенологического облучения составили  $422 \pm 554$  сГу см и  $1104 \pm 702$  сГу см в 1 и 2 группах соответственно ( $p < 0,05$ ). Осложнения: при реизоляции методом РЧА в 4,3% случаях наблюдалось острое нарушение мозгового кровообращения и 1 случай (2,1%) тампонады сердца. При реизоляции методом КБА в 1 случае (2,3%) наблюдалась транзиторная ишемическая атака, 1 тампонада (2,3%), 5 случаев (11,9%) паралича диафрагмального нерва. При анализе наличия статистически значимой связи между видом метода реизоляции и развившимся осложнением было установлено, что КБА сопряжена с развитием пареза диафрагмального нерва ( $\chi^2=3,686$ ,  $df=1$ , точный критерий Фишера=0,02319, критерий  $\phi=0,252$ ). Исход в обеих группах был благоприятным, летальных случаев не было.

**Выводы.** При интервенционном лечении рецидивов ФП лучший профиль безопасности наблюдается при проведении реизоляции легочных вен методом РЧА (снижение продолжительности флюороскопии в 1,5 раза и дозы облучения в 2,6 раз,  $p < 0,05$ ).

*Абдувохидов Б.У., Ким А.И., Болтабаев И.И.*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

г. Душанбе, Таджикистан

Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.

Бакулева МЗ РФ

г. Москва, Россия

---

**Цель.** Оценить результаты хирургической коррекции врожденной патологии митрального клапана (МК) у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии Республики Таджикистан и в Национальном медицинском исследовательском центре сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева МЗ РФ города Москвы прооперированы 62 пациента с врожденной недостаточностью МК. Возраст больных колебался от 42 дней до 3 лет: до 1 года - 48 (77,4%) больных, от 1 до 3 лет - 14 (22,6%) больных. Масса тела пациентов колебалась от 3,8 кг до 11 кг (в среднем  $7,4 \pm 2,4$  кг). Пациентов мужского пола было 32 (51,6%), женского - 30 (48,4%). Состояние больных при поступлении в клинику расценивалось как тяжелое и крайне тяжелое.

У больных с недостаточностью МК основной причиной нарушения его функции явилась врожденная патология, при этом у 21 (33,9%) пациента имела место врожденная органическая недостаточность МК с регургитацией 4+, у 34 (54,8%) пациентов недостаточность МК развилась после ранее выполненной неудачной коррекции общего открытого атриовентрикулярного канала (ООАВК) и у 7 (11,3%) детей - после ранее выполненной неудачной коррекции частично открытого атриовентрикулярного канала.

У 20 (32,3%) больных после ранее выполненной неудачной коррекции ООАВК удалось произвести повторную многокомпонентную пластику МК с дозированной аннулопластикой фиброзного кольца МК полоской из РТФЕ.

Показанием к протезированию митрального клапана явились: наличие регургитации на МК 4+, кардиомегалия 2-3 степени, дилатация фиброзного кольца МК в 1,5-2 раза превышающая физиологическую норму для конкретного больного, наличие грубых морфологических изменений клапана и подклапанных структур по данным эхокардиографии, увеличение конечно-диастолического объема левого желудочка более чем в два раза по отношению к возрастной группе, неэффективность ранее проведенной реконструктивной операции на клапане.

МК протезирован в 2 (4,8%) случаях механическим протезом МИКС, в 2 (4,8%) случаях - Мединж, в 10 (23,8%) - механическим протезом Carbomedics, в 8 (19%) случаях - протезом ATS, а в остальных 20 (47,6%) случаях - механическим протезом St. Jude Medical.

Из 62 оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде умерли 7 (11,3%), исходное состояние этих пациентов было оценено как крайне тяжелое. Несмотря на адекватно проведенное оперативное вмешательство, в послеоперационном периоде у них отмечено развитие сердечной недостаточности. У остальных больных течение послеоперационного периода было относительно гладким.

**Выводы.** Протезирование митрального клапана сердца у детей раннего возраста следует рассматривать как операцию выбора при грубой органической патологии и после ранее неудачно выполненных пластических операций на клапане при различных врожденных пороках сердца, сопровождающихся регургитацией 4+. Исходная тяжесть состояния больных может негативно влиять на результаты операции, несмотря на адекватно проведенное оперативное лечение.

*Абдужабборов А.А., Бурхонов Ш.Ш., Аликулов А.Г., Назаров Ш.Х.*

## БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ НЕПОЛНОЙ ФОРМЫ ОАВК

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить частоту послеоперационных осложнений после хирургической коррекции неполной формы атриовентрикулярного канала (АВ).

**Материал и методы.** С 2009 по 2018 гг. в РНЦССХ оперировано 18 больных с частичной формой открытого АВ канала. Лиц мужского пола было 12, женского – 6. Возраст пациентов колебался от 2 до 26 лет. Диагноз был установлен по данным ЭхоКГ. Хирургическая коррекция порока производилась в условиях искусственного кровообращения ( $68 \pm 12,2$  мин.), фармакоолодовой кардиоплегии ( $500 \pm 200$  мл) и заключалась в пластике первичного ДМПП аутоперикардиальной заплатой с ликвидацией недостаточности атриовентрикулярных клапанов.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения отмечались у 4 больных. Ведущим осложнением явилась А-В блокада, развившаяся как следствие манипуляций в непосредственной близости от проводящей системы сердца: А-В блокада 1 степени отмечалась у 3 больных; АВ блокада 2 степени - у 1; АВ блокада 3 степени – у 2 больных. В большинстве случаев А-В блокада носила временный характер, с последующим восстановлением синусового ритма. Левожелудочковая сердечная недостаточность наблюдалась у 2 больных и в обоих случаях явилась причиной летального исхода в раннем послеоперационном периоде. Правожелудочковая СН отмечалась в одном случае и требовала умеренной кардиотонической поддержки. Общая послеоперационная летальность составила 11,1% (2 больных).

**Выводы.** Наиболее частыми осложнениями после коррекции неполной формы ОАВК явилась АВ блокада различной степени, сердечная недостаточность по лево- и правожелудочковому типам.

*Абдужабборов А.А., Исмагуллоева Н.Н., Шоев Ф.С., Гулов А.М.*

## ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЧАСТИЧНОГО АНОМАЛЬНОГО ВПАДЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить отдалённые результаты внутрисердечных пластических методик с применением заплат в хирургической коррекции частичного аномального впадения легочных вен (ЧАВЛВ).

**Материал и методы.** За период с 2009 по 2018 гг. хирургическая коррекция аномального впадения легочных вен была выполнена 22 больным. Среди них было 10 мужчин и 12 лиц женского пола от 1 до 25 лет (средний возраст  $9 \pm 2,3$  лет). В 5 случаях имел место супракардиальный тип впадения легочных вен. В 12 случаях – кардиальный, в 7 случаях – смешанный тип порока. Диагноз ЧАВЛВ выставлялся на основании клинического картины, анамнеза, ЭКГ, эхокардиографии и ангиографии. При коррекции супракардиальной формы порока использовалась методика с перемещением одной заплатой легочных вен в левое предсердие и вшиванием второй заплаты в верхнюю полую вену. Коррекция кардиального типа порока производилась с использованием одной внутрисердечной заплаты. Для закрытия ДМПП во всех случаях использовался аутоперикард. В раннем послеоперационном периоде от сердечной недостаточности умер 1 больной.

**Результаты.** Отдаленные результаты изучены у 18 больных в сроках от 1 до 3 лет. По данным электрокардиографического исследования, гипертрофия правого предсердия выявлена у 9 больных, гипертрофия правого желудочка - у 12%, у 6% больных – АВ блокада 1 степени. При рентгенологическом исследовании отмечается усиление легочного рисунка у 2 больных. У остальных пациентов наблюдалась отчетливая положительная динамика. Анализы результатов эхокардиографического исследования указывают на статистически значимое уменьшение конечного систолического и диастолического размеров правого желудочка. Показатели внутрисердечной гемодинамики следующие: давление в ПП –  $14 \pm 1,2$  мм рт.ст.; в ПЖ –  $30,2 \pm 2,8$  мм рт.ст.; в главном стволе ЛА –  $10,3 \pm 2,4$  мм рт.ст.

**Выводы.** Отчетливая положительная динамика в клинической симптоматике, данных объективных и инструментальных методов обследования в отдаленные сроки после операции свидетельствуют о высокой эффективности применяемых методик хирургической коррекции ЧАВЛВ.

*Абдуллоев З.Р., Хусейнзода Д., Хомидов Ф.М.*

## ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПАЛЬЦЕВИ КИСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Улучшение результатов диагностики у больных с последствиями травм.

**Материал и методы.** Материал исследования составили 62 больных с последствиями травм и рубцовыми контрактурами пальцев и кисти в отделении восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период 2008-2018 годы.

Больные были распределены на 2 группы: первая группа - больные с последствиями механических травм пальцев и кисти, вторую группу составили больные с последствиями ожогов пальцев и кисти.

**Результаты.** Диагностика нарушений кровообращения пальцев и кисти при последствиях травм на основании клинических признаков является субъективной, при этом невозможно судить о ее степени. При клиническом обследовании не все пациенты предъявляли жалобы на нарушения кровообращения пальцев и кисти. Так, жалобы были у 46 из 62 пациентов, которые проявлялись одним или сочетанием нескольких симптомов. Применение доплерографических методик показало эффективность использования данной диагностической методики с целью обнаружения местного нарушения кровоснабжения, в то время как другие параметры оценить с помощью данной методики было невозможно либо затруднительно. Применение тетраполярной реографии помогло установить не только уровень непроходимости, но и показатели гемодинамики за определённый момент времени, объём жидкости в тканях, а также другие важные показатели.

**Выводы.** Тетраполярная реография является методом выбора при диагностике нарушений кровообращения у больных с последствиями травм верхних конечностей. Неинвазивность и многофункциональность делают её превалирующей над другими методиками, имеющимися в арсенале современного диагноста.

Абдуллоев М.М., Ганиев Б.И., Одинаев Р.И., Авезов С.А.

## ОСТРАЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Актуальность.** У больных с острым эпизодом декомпенсации цирроза печени (ЦП) с недостаточностью, по меньшей мере, одного органа и высокой частотой краткосрочной смертности применяется термин «острая на фоне хронической печеночная недостаточность» (ОХПН). Важные особенности этого синдрома, такие как распространенность, провоцирующие факторы, естественное течение, патогенетические механизмы, остаются мало известными.

**Цель.** Изучение частоты, особенностей течения и уточнение провоцирующих факторов развития ОХПН у больных ЦП.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 310 больных ЦП, госпитализированных в клинику Института гастроэнтерологии в 2016-2017 годах. Для диагностики органной недостаточности была использована шкала CLIF-SOFA. Статистическую обработку проводили стандартными методами вариационной статистики с помощью статистических пакетов программы STATISTICA v 13.0 (StatSoft, США).

**Результаты.** Из 310 больных ЦП у 48 были зарегистрированы клинические признаки ОХПН. У 16 больных ЦП был в стадии компенсации (КЦП), у 146 – в стадии декомпенсации (ДЦП). Во всех трех группах преобладали мужчины. Больные с ОХПН были моложе, чем больные с ДЦП. Основными причинами развития ЦП во всех группах были вирусные гепатиты В и С. При ОХПН чаще наблюдался алкогольный цирроз (10,4% против 6,1% при ДЦП). Предшествующая декомпенсация отмечалась у 34,9% больных с ДЦП и у 37,5% с ОХПН. Асцит при поступлении в клинику выявлен у 76,7% больных с ДЦП и лишь у 33,3% с ОХПН. Провоцирующими факторами развития ОХПН у 13 больных была бактериальная инфекция, у 7 – злоупотребление алкоголем, у 4 – острый вирусный гепатит, у 2 – оперативное вмешательство, у 5 – варикозное кровотечение, у 2 – парцентез без внутривенного введения альбумина и у 6 больных – печеночная энцефалопатия. У 9-х (18,7%) больных провоцирующий фактор не выяснен. Показатели счета Чайлд-Пью (СЧП) и модели терминальной стадии болезни печени (MELD) у больных ЦП с ОХПН были статистически значимо повышены, по сравнению не только с компенсированным ЦП, но и с показателями больных декомпенсированным ЦП.

**Заключение.** ОХПН является часто встречаемым синдромом у больных ЦП. ОХПН развивается на фоне стабильного компенсированного ЦП. Провоцирующий фактор вызывает острую декомпенсацию с развитием полиорганной недостаточности и высокой частотой краткосрочной смертности. Наиболее распространенным провоцирующим фактором развития ОХПН является бактериальная инфекция.

Абдуллоев Ш.А., Шукурова С.М.

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан  
Санаторий «Шифо»  
г. Кайраккум, Таджикистан



**Актуальность.** Лечение больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), как правило, является комплексным и постоянным. Тем не менее, ни одно из лекарственных средств в долгосрочной перспективе не позволяет предупредить прогрессирующее снижение функции легких.

Учитывая вышесказанное, представляется важным использование комплексных подходов к медицинской реабилитации, включающих не только базисную лекарственную терапию, но и лечебные физические факторы. Роль и место физических факторов в лечении и реабилитации больных ХОБЛ окончательно не определены. Целесообразно практическое внедрение патогенетически ориентированных методов реабилитации.

**Цель.** Обосновать целесообразность включения в комплекс лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) немедикаментозных методов физической реабилитации, определить их эффективность в зависимости от фазы и степени тяжести.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 65 больных ХОБЛ: мужчин 45 (69,2%), женщин 20 (30,8%). Средний возраст  $53,0 \pm 2,3$  года. Дыхательная недостаточность I степени имела у 43 (66,1%), I-II степеней – у 22 (33,9%) пациентов.

В исследование не включались лица с тяжелым течением заболевания и выраженной дыхательной недостаточностью. 1-я группа (n = 24) принимала комплексное реабилитационное лечение, 2-я группа (n = 41) к основному лечению получала небулайзерную терапию (Юлайзер, Home, pro, First Aid, Украина «Юрия-Фарм»).

**Результаты.** Реабилитационная программа в 1-й группе оказала положительное влияние на общее состояние и самочувствие больных. Однако у большинства больных сохранялись кашель, одышка при повышении физических нагрузок, повышенная утомляемость. В общем клиническом анализе крови отмечалась положительная динамика всех показателей, однако достоверных изменений большинства из них не получено.

Во 2-й группе изменения произошли к 4-5 процедуре: у 91,2% больных уменьшилась слабость, исчезла потливость. Все пациенты отмечали снижение частоты кашля, уменьшение одышки, улучшение отхождения мокроты.

В общем анализе крови отмечалось статистически достоверное снижение количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов и СОЭ ( $p < 0,01$ ), увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов.

**Выводы.** Применение в комплексных программах медицинской реабилитации больных ХОБЛ небулайзерной терапии в условиях санатория «Шифо» позволяет обеспечить прирост эффективности лечения за счёт противовоспалительного действия, улучшение функционального состояния дыхательной системы и психологического комфорта пациентов.

*Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.*

## ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Улучшение диагностики и лечения синдрома взаимного отягощения у больных гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья.

**Материал и методы.** В основу исследования положены результаты лечения 110 больных с ГСО СД. Из них 50 больных (основная группа), поступивших на лечение в областную больницу г. Хорога, ГБАО (2200 м над уровнем моря), мужчин 24 (48%), женщин 26 (52%). Контрольную группу составили 60 больных, госпитализированных в отделение гнойно-септической хирургии ГКБ №3 г. Душанбе (высота 810 м над уровнем моря), мужчин 28 (46,6%), женщин 32 (53,3%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 74 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом в обеих группах составила от 2 до 25 лет. У большинства больных – 98 чел. (89 %) – отмечен сахарный диабет II типа, I тип – у 12 (10%). У 3 пациентов (3,2%) СД выявлен впервые. В анамнезе у 58 (52,7

%) больных отмечалось лабильное течение СД. Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял 14,6 ммоль/л с глюкозурией до 4%.

При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пиллопериоксидации: малоновый диальдегид (МДА) и диеновый конюгат (ДК) по методике С.Г. Конюковой. Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровней фибрина, фибриногена, фибриногена В, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени.

**Результаты.** Исследования показали, что в условиях высокогорья наблюдается повышенное содержание продуктов ПОЛ в плазме крови у больных с ГСО СД, при этом МДА повышается до  $6,3 \pm 1,25$ , ДК - до  $0,92 \pm 0,14$ , а при распространенных гнойно-септических процессах у этих больных МДА достигает критического уровня  $7,82 \pm 0,92$ , ДК -  $1,24 \pm 0,05$ . В условиях долины содержание МДА в плазме крови составило  $5,9 \pm 1,23$  мкм/мл, ДК -  $0,90 \pm 0,32$  мкм/мл. Таким образом, показатели содержания продуктов ПОЛ были значительно выше у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии экстремальных факторов высокогорья, служащих одной из причин бурного развития и распространения гнойно-септического процесса под воздействием продуктов ПОЛ. Причиной распространения гнойно-септических осложнений сахарного диабета во всех наблюдениях явилась гиперкоагуляция, вызванная перенасыщением крови больных продуктами ПОЛ и повреждением эндотелия.

**Выводы.** Таким образом, у больных, страдающих ГСО СД, купирование инфекционного процесса необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена, критической ишемии, антиоксидантным и антикоагулянтным лечением. Только в совокупности применения этих лечебных мероприятий возможно обеспечение нормализации гемокоагуляционных показателей и снижение риска сосудистых и тромботических осложнений.

*Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.*

## НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов диагностики СДС путем применения ультразвуковой доплерографии в зависимости от клинической формы и степени распространения гнойно-некротического процесса.

**Материал и методы.** В основу исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 183 больных с осложненными формами СДС (диабетическая стопа II-IV степеней), госпитализированных в Республиканский центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутый на базе хирургического отделения ГКБ №3. Среди них мужчин было 95 (51,9%), женщин - 88 (48,1%) в возрасте от 30 до 74 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 12 (6,5%), СД 2-го типа - у 171 (93,5%) пациента. У 7 (3,8%) больных СД был диагностирован впервые. СД в стадии субкомпенсации выявлен у 74 (40,4%), в стадии декомпенсации - у 109 (59,6%) больных. У 96% имелись интеркуррентные заболевания, среди которых преобладали гипертоническая болезнь - 72,6%, атеросклероз, ИБС - 73,5% и анемия разной степени тяжести - 77,9%.

Прогнозируя возможности сохранения опорной функции конечности, мы основывались на комплексной оценке состояния артериального русла по данным УЗДГ нижних конечностей. Допплерографию выполняли при помощи ультразвукового аппарата Vinsmed (Japan).

**Результаты.** У 82 (42%) пациентов отмечено снижение скорости кровотока, в 33 (18,2%) случаях (22 случая - окклюзия одной из артерий голени, 11 случаев - окклюзия обеих артерий голени) - окклюзия артерий голени, у 68 (39,8%) кровотоков был неизменным.

С целью дистализации уровня ампутации и сохранения опорной функции стопы при сохраненном магистральном кровотоке применяли двухэтапную оперативную тактику. На первом этапе производили вскрытие гнойника и малые хирургические вмешательства: экзартикуляция пальцев с резекцией головок плюсневых костей и иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей, трансметатарзальные ампутации стопы, ампутация на уровне нижней трети голени, затем – поэтапная некрэктомия.

При появлении магистрального кровотока на повторной УЗДГ, у 32 больных после появления здоровой грануляции производили второй этап операции – пластическое замещение дефектов тканей. Пластика местными тканями выполнена у 11, свободная аутодермопластика – у 17 и у 12 больных формировали культю на нижней трети голени с последующей ортопедической коррекцией.

**Выводы.** Таким образом, для улучшения результатов хирургического лечения осложненных форм СДС необходимы органосохраняющие и функционально щадящие оперативные вмешательства, а для определения скорости кровотока и проходимости сосудов на нижних конечностях – УЗДГ, как высокоинформативный и неинвазивный метод.

*Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.*

## ОСОБЕННОСТИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе Таджикистан

---

**Цель.** Изучение эффективности аутодермопластики длительно незаживающих ран после трансметатарзальной ампутации у больных с синдромом диабетической стопы (СДС).

**Материал и методы.** В исследование включены результаты аутодермопластики длительно незаживающих ран после трансметатарзальной ампутации стопы у 42 больных сахарным диабетом, леченных в Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии и Республиканского ожогового центра на базе ГКБ № 3 г. Душанбе. Возрастной спектр 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 смешанной формы имели 18 (64,5%), нейропатически-инфицированную – 10 (35,5%) пациентов.

Критериями оценки готовности ран к аутодермопластике являлись данные динамики цитогрaмм раневых отпечатков на 1, 3, 7 и 14 сутки, клинические признаки и бактериологическое исследование.

**Результаты.** Всем больным, 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 культю 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 и лишь у 5 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.** Трансмeтатарзальная ампутация с последующей свободной аутодермопластикой является операцией выбора для предотвращения развития «порочной» культи.

Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.

## ТИМОЦИН И ТИМОГАР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета с применением отечественных иммуномодуляторов - тимоцина и тимогара.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 110 больных с осложнённой формой СДС за период 2013-2014 г., леченных в хирургическом отделении ГКБ №3 г. Душанбе, мужчин было 42 (42,5%), женщин – 68 (57,5%) в возрасте от 38 до 84 лет. Наибольшее число больных приходилось на возраст от 42 до 73 лет. Длительность заболевания от момента его выявления составляла до 21 года. С целью оценки эффективности методов лечения больных разделены на III группы. В 1-ю группу вошли 38 больных, которые получили традиционно принятую в клинике терапию с учётом осложнений сахарного диабета и наличия сопутствующих заболеваний: антибактериальная терапия, диета, инсулинотерапия, витаминотерапия, антиагреганты, с целью стимуляции неспецифического иммунитета тималин. Во 2-й группе были 44 больных, которые наряду с традиционной терапией получали инъекции тимоцина 1 раз ежедневно в течение 10 дней. В 3-ю группу вошли 32 больных, которым на фоне традиционной терапии применяли тимогар.

**Результаты.** При поступлении у больных во всех группах отмечалось повышение показателей иммунограмм в два раза относительно нормальной величины. После ежедневных инъекций 10 мг тималина к 8-10 суткам в 52,4% показатели Ig M и IgG были повышены. При поступлении у всех больных в ране имелись участки некротизированных и частично лизированных тканей. Сроки очищения ран от некротических тканей в первой группе составили 14-16 суток. Появление грануляций наблюдалось через 14 суток. Во второй группе показатели очищения раны наблюдалось на 10-12 сутки в виде уменьшения отёков, гиперемии, признаки грануляции появлялись на 12-14 сутки. У больных третьей группы сроки очищения ран от гнойно-некротических масс составили 8-10 суток. Отёк, гиперемия вокруг раны купировались на 4-6 суток. Грануляционная ткань появилась через 9 суток. На фоне нормального содержания в крови CD3 снижалось содержание CD3, CD16, CD4, CD32, отмечается Т-иммунодефицит, угнетение функции Т-лимфоцитов, а также гиперактивация фагоцитарной функции.

**Выводы.** Таким образом, использование в комплексном лечении больных с ГСО СД тимоцина и тимогара способствует нормализации гуморального и клеточного иммунитета, что сокращает процессы репарации ран и длительность госпитализации в стационаре.

Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х.

## КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе Таджикистан

**Цель.** Изучение и коррекция коагулологических нарушений при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

**Материал и методы.** В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 183 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в хирургическое отделение ГМЦ №3. Среди них мужчин было 95 (51,9%), женщин – 88 (48,1%). Возраст больных колебался



от 30 до 74 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 12 (6,5%), СД 2-го типа - у 171 (93,5%).

Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровней фибрина и фибриногена, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени.

**Результаты.** При поступлении у больных наблюдалось развитие тяжелой гиперкоагуляции, обусловленной гиперфибриногенемией, снижением активности фибринолиза. Максимальная гиперфибриногенемия приходилась на 3-5 сутки после операции. Только к 10-12 суткам отмечалась тенденция к снижению количества фибриногена, хотя этот показатель коагулограммы оставался повышенным. У наиболее тяжелых больных нарушения системы гемостаза можно расценивать как неполную или переходную форму ДВС-синдрома. Это проявляется в виде микроциркуляторных нарушений как на уровне паренхиматозных органов (почечно-печеночная недостаточность), так на уровне раны (прогрессирующие некрозы). Оценка клинической эффективности антикоагулянтов проведена у больных, получавших нефракционированный гепарин (n-146) и сулодексид (n-23). Наиболее эффективно применение гепарина в профилактической дозе 2500 ЕД 4 раза в день подкожно и по показаниям лечебной дозы до 20000 ЕД внутривенно, сулодексида - по 1200 LSU 1 раз в сутки внутривенно. Общая летальность у больных, получавших нефракционированный гепарин, - 6,5% (12 пациентов). Основной причиной смерти больных был инфаркт миокарда - в 5 (2,7%) наблюдениях, в 2 случаях (1,1%) - тромбоз легочной артерии, в остальных 5 случаях причиной смерти были явления продолжающегося эндотоксикоза. При использовании сулодексида таких осложнений не было. Проведение антикоагулянтной терапии необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена, купированием инфекционного процесса и критической ишемии. Только совокупность этих лечебных мероприятий способна обеспечить нормализацию гемокоагуляционных показателей и снизить риск сосудистых и тромботических осложнений.

**Выводы.** Таким образом, применение сулодексида в ходе лечения обеспечивало наиболее эффективную коррекцию коагуляционных нарушений и профилактику тромботических осложнений.

*Абдулов Х.Дж., Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С., Зокиров Х.Ш.*

## КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДАГРЕ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определение взаимоотношений между подагрой с компонентами метаболического синдрома.

**Материал и методы.** В исследование включено 80 больных (78 мужчин, 2 женщины), страдающих подагрой. Средний возраст  $42,1 \pm 8,4$  лет, длительность подагрического анамнеза 7,0.

У всех больных были определены показатели липидного обмена. Индекс атерогенности вычислялся по формуле Климова:

$$\frac{(Хс-Хс-ЛПВП)}{Хс-ЛПВП}$$

Липидный спектр крови, уровень общего холестерина оценивался ферментативным фотометрическим тестом «Chod-PAP. Мочевая кислота (МК) в сыворотке крови определялась с помощью фотометрического ферментативного теста с этилтолуиндином и натоцак определялся уровень глюкозы с глюкооксидазным методом. Диагностика и оценка выраженности ожирения осуществлялась на основании индекса массы тела (ИМТ).

Всем больным проводилась регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях на кардиографе «Jocage» (Япония), ЭХО-КГ исследование проводилось больным, которым определили вазорегулирующую активность эндотелия.

**Результаты.** Среди основных компонентов метаболического синдрома чаще выявлялись: повышение уровня общего ХС (89,3%), снижение уровня ХС-ЛПВП (60,7%) и повышение индекса атерогенности (53,6%), гипергликемия (18,7%), САД (57,1%). Висцеральный тип ожирения, с которым связывают увеличение риска развития КВЗ, установлен у 90% больных подагрой с ожирением. Артериальная гипертензия (АГ) имела место у 57,1% больных. ИБС была выявлена у 32,1% пациентов, из них у 11,1% больных имелся инфаркт миокарда в анамнезе.

**Выводы.** Таким образом, гиперурикемия (подагра) обладает способностью индуцировать механизмы возникновения и прогрессирования компонентов метаболического синдрома. Настоящее исследование расширяет наши возможности для дифференцированного подхода к лечению данной категории больных.

*Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Тураев Ф.Ф., Алимджанова Н.Ю.,  
Мирходжаев И.И., Хужакулов И.К.*

## **ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА И ОРГАНОВ–МИШЕНЕЙ**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Анализ и оценка результатов симультанного хирургического лечения сочетанного гепатокардиального, кардиопульмонального и перикардиопульмонального эхинококкоза.

**Материал и методы.** В РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова в 22 наблюдениях отмечено сочетанное поражение сердца и органов–мишеней. Средний возраст больных составил 22,1±2,3 года.

Оперативное вмешательство у 13 случаях проводилось в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодной кардиopleгии. Среднее время искусственного кровообращения составило 61,4±10,9 мин., окклюзии аорты – 44,5±5,2 мин.

При перикардиопульмональном эхинококкозе операция проводилась без использования ИК.

При сочетанном эхинококкозе сердца и печени у шести больных выполнено симультанное вмешательство; двоим пациентам - поэтапная коррекция, т.е., сначала эхинококкэктомия из сердца, после стабилизации общего статуса пациента, не выписывая из клиники, произведен второй этап операции – эхинококкэктомия из печени.

В 7 случаях сочетания эхинококкоза сердца и легких выполнена одномоментная симультанная коррекция. Первым этапом выполнялась эхинококкэктомия из сердца, вторым – из легких; в третьем случае произведена поэтапная ЭЭ.

В послеоперационном периоде антигельминтную терапию с применением альбендазола или мебендазола (10-15 мг/кг/сутки) проводили по методике, предложенной Rein R. et al. (1996).

**Результаты.** Среди осложнений ведущее место занимали нарушения ритма, которые проявлялись в виде желудочковой экстрасистолии. Второе место среди осложнений занимала сердечная недостаточность, которая проявлялась снижением производительности сердца и требовала кардиотонической поддержки. Осложнений со стороны брюшной и плевральной полостей не было. Госпитальной летальности не наблюдалось. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** При сочетанном эхинококкозе сердца и органов–мишеней возможны одномоментные симультанные операции

*Абдумаджидов Х.А., Тураев Ф.Ф., Буранов Х.Ж., Хужакулов И.К.,  
Мирходжаев И.И., Расяева М.Г.*

## **ТАКТИКА В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Проанализировать клиническое течение инфекционного эндокардита и определить оптимальное время для проведения хирургического лечения.

**Материал и методы.** С 2010 по 2018 г. в отделении реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца РСЦХ им. акад. В. Вахидова выполнено 108 (100%) операций с многоклапанными пороками по поводу инфекционного эндокардита, из которых у 42 пациентов выявлен трехклапанный порок сердца. 56,3% больных оперировано по поводу первичного и 43,7% – вторичного КИЭ. Средний возраст  $41 \pm 1,7$  года (от 22 до 64 лет). Сердечная недостаточность IV функционального класса (ФК) по NYHA имела места у 46% пациентов, ФК III – у 54%. В активной фазе инфекционного эндокардита оперированы 14,5% больных, в стадии ремиссии – 85,5%.

**Результаты.** Эмболические осложнения отмечались у 29% больных. В 1-й группе эмболии встречались у 13,2%, из них почечные эмболии – у 6,2%, в селезенку – у 4,8%. Во 2-й группе эмболические осложнения имели место у 78% больных: мозговые эмболии – у 23,6%, в легкие – у 21%, в сосуды ног – у 15,6%. Течение послеоперационного периода у больных 2-й группы характеризовалось склонностью к повторным массивным эмболиям, что ещё более усугубляло течение основного заболевания. Госпитальная летальность в 1-й группе составила 1,3%, во 2-й – 8,2%.

**Выводы.** В 29% наблюдениях ИЭ осложняется эмболическим синдромом, своевременно поставленные показания к оперативному лечению позволяют избежать эмболических осложнений и летальных исходов. Эмболический синдром является абсолютным показанием к неотложному хирургическому лечению.

*Абдурахимов А.А., Одинаева Н.В., Табаров И.Т., Галчабекова М.*

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести структурный анализ и оценить эффективность новых методов интеграции детей-инвалидов в общество.

**Материал и методы.** Истории болезней больных с 2000 по 2017 годы. Проводились вычисления и анализ структуры госпитализированных больных по различным классам болезней, полу, возрасту, месту жительства, длительности лечения и использованию материальных ресурсов (коежного фонда).

**Результаты.** В стационар НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов за период 2000-2017г.г. было госпитализировано 2145 детей-инвалидов в возрасте от 1 до 18 лет, из них мальчиков было 1168 человек (54,4%), девочек - 977 (45,5%). Возрастная структура характеризовалась следующим образом: дети 1-4 лет составили 763 (40,4%), 5-9 лет - 915 (36,2%), 10-14 лет - 467 человек. Детей-инвалидов, пролеченных в стационаре, в возрасте до 14 лет было: 2010 - 44, 2011 – 52, 2012 – 234, 2013 – 305, 2014 – 375, 2015 – 426, 2016 – 381, 2017 – 524.

С 2012 года в стационаре введены такие методы реабилитации, как рефлексотерапия, фитотерапия, лечебная физкультура по 8 направлениям, прогревание полынными моксами активных точек на руке и водные процедуры в чесночно-солевой ванне.

Анализ показал, что в связи с улучшением реабилитационного процесса, внедрением новых реабилитационных методов лечения, созданием комфортных условий для детей и их родителей количество пациентов увеличивается из года в год. Исследования показали, что каждым годом увеличивается количество повторных госпитализаций. Анализ работы показал, что обращаемость из отдаленных регионов республики, таких как с ГБАО (Ванч, Харог, Рушан), районов республиканского подчинения (Таджикабад, Рашт, Сангвор), Хатлонской области (Хамадони, Восеъ, Куляб, Темурмалик, Ш.Шохин, Пяндж, Шаартуз, Кабадиён, А.Джами), а также Согдийской области (г. Пенджикент, р-н Айни) увеличивается с каждым годом.

В структуре заболеваний первое место среди детей-инвалидов в возрасте до 18 лет отводится детскому церебральному параличу - 840 (39,2%), второе - последствиям родовой спинальной травмы - 422 (19,7%), на третьем - родовой черепно-мозговой травме - 201 (15,0%). В раздел «прочих» входят случаи микроцефалии, прогрессирующей мышечной дистрофии, наследственной атаксии Фридрайха, болезни Дауна, эмбриофетопатии.

По эффективности реабилитации хорошие результаты наблюдаются у детей с последствиями родовой спинальной и черепно-мозговой травмы, затем ДЦП. Слабо поддавались проводимым реабилитационным мероприятиям дети с последствие полиомиелита и смешанной формы ДЦП. Эта группа больных требует длительной и непрерывной реабилитации.

**Выводы.** Дети-инвалиды с патологией нервной системы различной степени тяжести, с различной давностью заболевания обладают высоким реабилитационным потенциалом, эффективность реализации которого наиболее высока у детей раннего возраста. Своевременная, комплексная, непрерывно проводимая реабилитация детей в возрасте до 1 года дает положительный эффект в 90% случаев, способствуя предупреждению формирования инвалидности. Ранняя диагностика перинатального поражения центральной нервной системы и своевременная грамотно организованная реабилитация детей с этой патологией - путь к повышению возможности снижения уровня инвалидности в стране.

*Абдурахимов И.М., Сангов Д.С., Олими М., Фозилов П.Х.*

## АНТИПАЗИТАРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
ТГМУ имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить безопасность и эффективность действия ультразвука низкой частоты (УЗНЧ) на протосколексы эхинококковой кисты и бактериальную флору при лапароскопической эхинококкэктомии.

**Материал и методы.** Нами у 26 больных изучено влияние акустической кавитации УЗНЧ на функциональное состояние печени, микрофлору и зародышевые элементы эхинококка в пределах остаточной полости паразита после пункции и удаления хитиновой оболочки эхинококковой кисты печени лапароскопическим методом эхинококкэктомии.

С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений и обсеменения сколексов за пределы фиброзной капсулы производили ультразвуковую обработку остаточной полости эхинококковой кисты. После эвакуации его содержимого и санации 96% спиртом полость кисты заполняется 0,02% раствором Декасана. Далее в раствор погружается специальный ультразвуковой инструмент – волновод, соединенный с акустическим генератором аппарата УЗНЧ «Альвеола». После включения генератора излучающая поверхность инструмента, погруженного в раствор, начинает вибрировать с частотой 44 кГц и амплитудой до 45 мкм. Постепенно и ритмично перемешивая инструментом на расстоянии 4-5 мм от поверхности фиброзной капсулы, производят ультразвуковую кавитацию. Длительность обработки составляет около 5-7 минут при работе ультразвукового инструмента в режиме высокой интенсивности (80%), что губительно действует не только на микрофлору, но и на зародышевые элементы эхинококка, оказывая сколексоцидный эффект.

Для оценки функционального состояния печени до и после исследования определяли уровни общего билирубина, АлАт и АсАт. Сколексоцидный эффект от акустической кавитации УЗНЧ определяли морфологическим путем.

**Результаты.** Биохимические исследования крови показали, что УЗ-кавитация остаточной полости эхинококковой кисты не оказывает повреждающего эффекта на гепатоциты, на что указывают нормальные параметры маркеров функционального состояния печени (АлАт, АсАт) до и после операции.

Как показали морфологические исследования, через 5 - 7 минут УЗ-озвучивания по предложенной нами методике наступает гибель лавроцист эхинококка с необратимыми ультраструктурными измене-



ниями и деструкцией клеточных компонентов паразита. Это свидетельствует о том, что УЗНЧ обладает выраженным сколексоцидным эффектом и может быть применен для обеззараживания остаточных полостей после эхинококкэктомии.

Результаты бактериологических исследований пациентов до и после УЗ-кавитации остаточной полости эхинококковой кисты печени свидетельствует о выраженном бактериоцидном эффекте. Бактериологические исследования материала из стенок и содержимого остаточной полости показали, что до озвучивания УЗНЧ 13 посевов из 26 (50%) были стерильными, а в 6 (23%) случаях был высеян эпидермальный стафилококк, у 5 (19,3%) - энтерококк и у 2 (7,7%) - протей.

После УЗ-кавитации 25 (96,2%) посевов из 26 оказались стерильными, лишь в одном случае (3,8%) был высеян эпидермальный стафилококк.

**Выводы.** Наши исследования свидетельствуют об эффективности воздействия УЗНЧ на протосколексы эхинококковой кисты и бактериальную флору, и безопасности для тканей печени. УЗНЧ позволяет эффективно обеззараживать остаточную полость кисты и предотвратить рецидив болезни.

*Абдурахманов М.М.*

## ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Бухарский государственный медицинский институт  
г. Бухара, Узбекистан

---

**Цель.** Определить эффективное лечение тромбэмболических осложнений у беременных.

**Материал и методы.** Первую группу составили 44 беременные женщины с различными формами ВТЭО, получавшие ранее лечение в хирургических отделениях. Вторую группу составили 115 беременных с ХЗВ, находившихся под совместным наблюдением акушеров-гинекологов и врача-флеболога.

Всем беременным, включенным в исследование, проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с помощью широкополосного датчика 5,5-7 МГц (SSI 5000 Sono Scape.). Выявляли наличие и протяженность тромботического поражения венозной системы, состояние клапанного аппарата вен, протяженность патологического тока крови, степень и локализацию варикозной трансформации поверхностных венозных сосудов.

Всем беременным в первой группе назначали постоянное ношение лечебного компрессионного трикотажа и НМГ эноксапарина натрия (клексан) из расчета 1,5 мг на 1 кг массы тела 1 раз в сутки. Все беременные с ВТЭО принимали диосмин (флебодиа 600), по 2 таблетки 1 раз в день в течение 10 дней, далее по 1 таблетке 1 раз в день. Назначение этого лекарственного средства обусловлено необходимостью купирования симптомов венозной недостаточности у пациенток с венозным тромбозом (ощущение тяжести и боли в пораженной конечности, отека). Препарат отменяли за 2 недели до предполагаемого срока родов. Во второй группе для коррекции явлений ХЗВ, кроме индивидуально подобранного лечебного компрессионного трикотажа, со II триместра беременности назначали диосмин. Препарат разрешен к применению у беременных женщин, а опыт его использования для профилактики фетопланцитарной недостаточности показал его безопасность как для беременной женщины, так и для плода.

**Результаты.** Анализ наблюдений за беременными первой группы показал, что более чем у 50% (25) женщин выявлен осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Две и более беременности, закончившихся родами, в анамнезе были у 14 пациенток. Аборт в анамнезе отмечен у 19 (43%) женщин. У всех женщин выявлены те или иные сопутствующие заболевания. ИМТ более 25 кг/см<sup>2</sup> обнаружен у 20 (45,5%) больных. Во всех случаях тромбоз глубоких вен носил окклюзивный характер, признаков флотации не обнаруживали. У 6 беременных выявлено сочетанное поражение глубокой и поверхностной венозной систем. 5 беременных женщин оперированы по поводу восходящего тромбофлебита в бассейне большой подкожной вены. Естественное родоразрешение произошло у 18 (40,9%) женщин, оперативное родоразрешение было произведено в 26 (59,1%) наблюдениях. Эпизодов тромбэмболии легочной артерии не было ни в одном случае. У 115 беременных второй группы с ХЗВ первая беременность была у 28 женщин, вторая – у 32. Две беременности и более в анамнезе имелись у 55 женщин. У 6 беременных

при ультразвуковом исследовании выявлена посттромботическая болезнь, у 111 беременных обнаружены признаки варикозной болезни нижних конечностей. Прогрессирование варикозной трансформации поверхностных вен выявлено у 19 (17,1%) беременных. У 4 (3,5%) женщин было отмечено появление вульварных вариксов и варикозной трансформации вен наружных половых органов.

**Выводы.** Назначение компрессионного трикотажа и флеботоников позволяет устранить явления венозного застоя при ХЗВ и предотвращать ВТЭО во время беременности. Назначаемый со II триместра беременности диосмин (флебодиа 600) показал прекрасную переносимость и безопасность при приеме беременными.

*Абдурахманов М.М., Ахмедов Л.А., Умаров Б.Я.*

## ДИНАМИКА ЦИТОКИНОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бухарский государственный медицинский институт  
г. Бухара, Узбекистан

**Цель.** Изучение динамики показателей иммунного статуса на фоне комбинированной терапии экватором и плавиксом у больных неспецифическим аортоартериитом (НАА) с синдромом артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Были исследованы 74 больных НАА, 25 мужчин и 49 женщин, в возрасте от 24 до 39 лет. Средний возраст  $28,3 \pm 4,1$ . Группа контроля включала 30 здоровых доноров: 12 мужчин и 18 женщин в возрасте от 22 до 38 лет, средний возраст составил  $24,2 \pm 6,3$  года. Все пациенты методом случайной выборки были рандомизированы на две группы: первую группу составили 35 больных НАА, терапия которых включала прием экватора в дозе: лизиноприл 10 мг/сутки + амлодипин 5 мг/сутки; во вторую группу вошли пациенты (39 чел.), принимавших экватор в дозе лизиноприл 10 мг/сутки + амлодипин 5 мг/сутки и плавикс (клопидогрель) 75 мг/сутки. Продолжительность терапии составила 10 месяцев. Все обследованные больные с НАА получали патогенетическую терапию преднизолоном в дозе 40 мг/сутки.

**Результаты.** Через 10 месяцев терапии с включением экватора у больных НАА со II ст. ДЭ отмечено достоверное снижение провоспалительной цитокинемии: уровень ФНО $\alpha$  составил  $83,1 \pm 8,2$  пг/мл; ИЛ-1 $\beta$  -  $81,4 \pm 9,2$  пг/мл, ИЛ-6 -  $74,8 \pm 4,1$  пг/мл. ИЛ-8-84,  $1 \pm 3,6$  пг/мл; ИНФ- $\gamma$   $24,1 \pm 3,6$  пг/мл. Использование комбинации экватора+плавикса сопровождалось потенцированием противовоспалительной активности, что проявлялось уменьшением сывороточной концентрации изучаемых цитокинов. У больных НАА с III-IV степенью ДЭ применение только экватора на фоне базисной терапии преднизолоном существенно уменьшало гиперпродукцию цитокинов провоспалительного действия, содержание ФНО $\alpha$  снизилось на 38,7%, ИЛ-1 $\beta$  - на 36,4%, ИЛ-6 - на 39,1%, ИЛ-8 - на 36,8%, ИНФ- $\gamma$  - на 41,2%. Более значимые изменения уровня провоспалительной цитокинемии были достигнуты в группе больных, получавших терапию экватор + плавикс: содержание ФНО $\alpha$  уменьшилось на 61,1%, ИЛ-1 $\beta$  - на 60,4%, ИЛ-6 - на 61,7%, ИЛ-8 - на 56,8%, ИНФ- $\gamma$  - на 44,2%, в сравнении с показателями до лечения. Отмечено достоверное корригирующее влияние экватора и базисной терапии на гиперпродукцию цитокинов противовоспалительного действия у больных НАА со II степенью ЭД, характеризовавшееся достоверным уменьшением концентрации ИЛ-4, ИЛ-10 и ТФР $\beta$ 1 (до  $48,1 \pm 4,8$  пг/мл;  $26,5 \pm 1,8$  пг/мл и  $68,6 \pm 4,2$  пг/мл соответственно). Применение экватор+плавикс сопровождалось достоверным увеличением терапевтической активности, достижением более низкой концентрации цитокинов противовоспалительного действия (ИЛ-4- $36,2 \pm 3,1$  пг/мл, ИЛ-10- $17,1 \pm 2,3$  пг/мл, ТФР- $\beta$ 1- $58,6 \pm 4,1$  пг/мл.). У больных с III-IV степенью тяжести ЭД назначение как экватора, так и комбинации экватор+плавикс сопровождалось менее существенной динамикой данных показателей. Так, после 10 месяцев комбинированной терапии (экватор+плавикс +преднизолон) содержание ИЛ-4, ИЛ-10 и ТФР- $\beta$ 1 соответственно составляло:  $61,2 \pm 3,8$  пг/мл ( $p < 0,05$ ),  $26,2 \pm 3,1$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) и  $74,9 \pm 4,8$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). При этом лечение только экватором на фоне приема преднизолона обладало достоверно меньшим корригирующим действием на уровень исследуемых цитокинов.

**Выводы.** Назначение экватора с плавиксом больным НАА на фоне базисной глюкокортикостероидной терапии сопровождается большей результативностью корригирующего влияния на показатели иммунного статуса, в сравнении с применением только экватора, при этом эффективность лечения зависит от тяжести ДЭ. Комбинированная терапия антагонистами кальция, иАПФ и антиагрегантами позволяет сразу воздействовать на большое количество самых различных звеньев патогенеза НАА - активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, симпато-адреналовой системы, нарушение функции эндотелия, активность иммунного воспаления, поэтому данная комплексная консервативная терапия решает проблему НАА с синдромом АГ.

*Абдурахманова З.Х., Самадова Г.А., Абиджанова Н.*

## **ВНЕДРЕНИЕ МОДУЛЯ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ВСЕ УРОВНИ ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить вопрос необходимости внедрения модуля по паллиативной помощи в образование среднего медперсонала.

**Материал и методы.** Изучение тематических планов, программ на до- и последипломном уровнях образования. Оценка подготовленности преподавателей. Изучение эффективности внедрения модуля по паллиативной помощи в учебный процесс.

**Результаты.** Анализ учебного материала колледжей/училищ показал отсутствие ключевых вопросов паллиативной помощи, разбросанность имеющихся вопросов по курсам, годам. В программах непрерывного образования отсутствовали вопросы о паллиативной помощи, кроме программ кафедры онкологии. Знания преподавателей последних курсов обучения базового образования были низкими (средний балл 75 преподавателей, 36%). Низкий уровень знаний отмечен у студентов последнего года обучения, возможно, из-за отсутствия опыта и способности применить полученные знания (в среднем балл 250 студентов равнялся 60%). Средний балл специалистов ПМСП равнялся 56%, онкологической службы - 68%.

Перед внедрением модуля «Паллиативная помощь» в учебный процесс были проведены семинары для преподавателей выпускных курсов колледжей/училищ (уровень знаний вырос до 85% в среднем). Знания и навыки студентов выпускных курсов, прошедших модуль, значительно выросли (средний балл - 75%), также как у семейной медсестры (3000 медсестёр прошли обучение со средним баллом 75%).

**Выводы.** Таким образом, включив паллиативную медицину в систему здравоохранения, с обязательной разработкой и внедрением программ в образование среднего медперсонала, страна сможет удовлетворить качество жизни пациента и его семьи.

*Абдурахманова Т.З., Бахроми М.Т.*

## **ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ГОУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** В современном мире из-за прогрессирования индустриализации и урбанизации все больше преобладает рост и развитие неинфекционных заболеваний, при которых более 40% бремени приходится на долю заболеваний сердечно-сосудистой системы. Несмотря на столь значительные масштабы распространения данной проблемы, у специалистов сферы здравоохранения нет сомнений в том, что большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем борьбы с факторами риска. Физическая активность является научно обоснованным средством предупреждения заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС).

**Цель.** Изучить роль и влияние различных видов физической активности (ФА) в первичной и вторичной профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** Проанализированы основные аспекты физических нагрузок (ФН) и упражнений, зависимость и связь между интенсивностью и их эффективностью, а также их значение в первичной и вторичной профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Результаты.** Интенсивность ФА является ключевым фактором при определении дозы ФН. Методика и дозировка физической нагрузки подбираются в соответствии с медицинской группой, к которой отнесены занимающиеся, с учетом возраста, пола и уровня физической подготовленности. ФА умеренной интенсивности не менее 30 минут 5 раз в неделю (быстрая ходьба с заметным увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС, 3-6 МЕТ)) или по 20 минут 3 раза в неделю является ФА высокой интенсивности. Её следует считать активным образом жизни. ФА с энергозатратами более 3 МЕТ считается ФА умеренной интенсивности, однако этот показатель для больных ССЗ является относительным. Поэтому относительные величины резерва ЧСС и резерва потребления кислорода ( $VO_2$ ) для оценки интенсивности ФН рассчитывают по специальным формулам. В группе больных с ССЗ, занимавшихся физическими тренировками, выполняемая нагрузка по ВЭМ-пробе и показателям Тредмил-теста значительно возрастает, что свидетельствует об эффективности ФА. При заболеваниях ССС не рекомендуются занятия на блочных тренажерах.

**Выводы.** Таким образом, рациональная ФА представляет собой неперенную составную часть как первичной, так и вторичной профилактики ССЗ, так как является основным фактором в борьбе с гиподинамией. Физические упражнения улучшают трофические процессы в миокарде и активизируют обмен веществ. В результате этого постепенно укрепляется сердечная мышца и повышается ее сократительная способность. Предпочтительной ФА являются аэробные занятия, при которых увеличивается частота сердечных сокращений – бег, ходьба, гимнастические упражнения, скандинавская ходьба, плавание, езда на велосипеде.

<sup>1</sup>Абдусаматов К.А., <sup>1,2</sup>Гаиров А.Д., <sup>1,2</sup>Курбанов Н.Р.,

<sup>1</sup>Камолов Р.С., <sup>2</sup>Рахмонов Дж.К.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ ОБЕИХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

<sup>2</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Разработка хирургической тактики при острой двухсторонней ишемии нижних конечностей.

**Материал и методы.** Анализированы результаты диагностики и лечения 38 больных с острой ишемией обеих нижних конечностей, находившихся на лечении в период 2007-2017 гг. в отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии. Данная группа больных составляет 15,6% от общего количества пациентов с острой артериальной непроходимостью нижних конечностей. Женщин было 17 (44,7%), мужчин – 21 (55,3%). Причиной острой ишемии конечностей у 17 (44,7%) пациентов явился острый тромбоз, у 21 (55,3%) - эмболия. В 2 (5,4%) случаях эмболия артерий обеих нижних конечностей сочеталась с последствиями перенесенного инсульта, что значительно затрудняло распознавание ишемии конечности. В 2 (5,4%) случаях острая артериальная непроходимость



смешанного (диабетического и атеросклеротического) характера сочеталась с нарушением коронарного кровообращения, которое еще больше усугубляло общее состояние больных.

Основными задачами диагностических мероприятий явились: установление причины острой артериальной непроходимости, оценка степени ишемических повреждений и жизнеспособности тканей конечности.

Для решения тактических задач особое внимание уделяли началу развития острой ишемии, наличию в анамнезе "перебегающей хромоты", ранее выполненных обследований на предмет заболеваний сосудов, наличию сопутствующих и эмбологенных заболеваний, а также хронических сосудистых заболеваний.

В более 90% случаях источниками эмболии явились заболевания сердца, в большинстве случаев причинами острого тромбоза были атеросклеротические поражения сосудов.

В зависимости от уровня острой проксимальной окклюзии артерий конечностей тромбогенного происхождения все поражения артерий были распределены на следующие сегменты: аорто-подвздошный сегмент – 16 (из них в одном случае тромбоз аорто-подвздошного шунта); подвздошно-бедренный – 3; бедренно-подколенный – 3; поверхностно-бедренно-подколенный – 9; подколено-берцовый – 3.

Ишемия ПА степени имела у 16 (21,1%) пациентов, у 35 (46,1%) - ишемия ПБ степени, ПА - у 11 (11,5%), ПБ - у 6 (7,9%), ПВ - у 8 (10,5%) больных.

При одновременном поражении обеих нижних конечностей оперативное лечение начинали со стороны доминирующей ишемии.

При эмболиях в 15 случаях выполнена только тромбэмболектомия, у 12 больных тромбэмболектомия сочеталась с фасциотомией мышц голени, в 2 случаях - с селективной некрэктомией мышц голени, а в 5 случаях - с другими реконструктивными операциями на артериях.

При остром тромбозе тромбэктомия выполнена у 5 больных; тромбэктомия сочеталась с реконструктивными операциями у 8 (местные реконструктивные операции - 6, аорто-бифеморальное шунтирование – 1); поясничная симпатэктомия выполнена в 3-х наблюдениях при невозможности восстановительных операций на артериях.

При дистальных формах тромбоза больше проводили консервативное лечение, а в 3 случаях его дополняли поясничной симпатэктомией.

Такая же тактика применялась при операции на второй конечности. Все одномоментные операции на двух нижних конечностях выполняли у 11 больных, остальные пациенты получали консервативное лечение, направленное на улучшение кровообращения на второй нижней конечности. Из них у 7 в последующем понадобились операции на второй нижней конечности.

**Результаты.** Первичная ампутация выполнена у 11 больных с декомпенсацией кровообращения. В 4 случаях ампутация производилась из-за рецидива ишемии нижних конечностей, а в 2 случаях - после неоднократной тромб- и/или эмболектомии с последующей ампутацией выполнена реампутация. В 5 наблюдениях отмечался летальный исход.

**Выводы.** Таким образом, при острой окклюзии артерий обеих нижних конечностей целесообразно проведение консервативной терапии с параллельным выполнением оперативного лечения со стороны, где больше выражена ишемия, а вторую конечность рекомендуется оперировать в отсроченном или в плановом порядке. При эмболии необходимо выполнение двухсторонней тромбэмболектомии по экстренным показаниям.

*Абдухамидов М.Н., Кадырова Д.А.*

## САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ПО СНИЖЕНИЮ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение уровня знаний молодых лиц о нежелательных последствиях родственных браков и эффективности санитарно-просветительных (образовательных) мероприятий в работе семейного врача, направленных на снижение частоты родственных браков и, соответственно, уменьшение заболеваемости наследственной патологией.

**Материал и методы.** Изучение уровня знаний молодых лиц о нежелательных последствиях родственных браков проводилось среди населения Городского центра здоровья №2 г. Душанбе. Проводилось анкетирование 350 человек в возрасте от 18 до 35 лет. Молодым людям (респонденты) были предложены специально разработанные анкеты.

Санитарно-просветительные (образовательные) мероприятия включали: разъяснительно-образовательную беседу с молодыми людьми, с их родителями в амбулаторных условиях (в офисе семейного врача) и на дому, об опасности родственных браков и повышении вероятности частоты наследственных заболеваний. Распространение среди населения информационного материала - брошюр о негативных последствиях родственных браков.

**Результаты.** Большинство опрошенных (65%) не имеют представления о наследственных заболеваниях, одной из основных причин которых являются родственные браки. После проведения с респондентами тематических бесед с использованием соответствующих информационных материалов количество информированных о негативных последствиях родственных браков, о наследственных заболеваниях увеличилось до 67-96%.

После систематического проведения санитарно-просветительных мероприятий среди населения в течение шести месяцев (разъяснительные беседы и распространение брошюр о негативных последствиях родственных браков) заметно уменьшилась частота родственных браков среди вновь образованных семей – от 54,8% до 30,2%. Семейным врачам следует широко использовать просветительную работу для уменьшения количества родственных браков.

**Выводы.** Санитарно-просветительная работа семейного врача среди населения по вопросам негативных последствий родственных браков является эффективной. После проведения разъяснительных бесед и распространения информации о негативных последствиях родственных браков частота последних уменьшилась среди населения почти в два раза.

*Авгонов У.М., Гулов У.А., Сайфиддинов А.С.*

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Анализировать результаты хирургического лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей (ВРПВНК) у гериартрических больных.

**Материал и методы.** Анализированы результаты хирургического лечения 23 пациентов пожилого возраста, оперированных по поводу ВРПВНК, в период 2013-2018 гг. в отделении хирургии сосудов РНЦССХ. Средний возраст больных составил  $71,2 \pm 5,1$  лет. Женщин было 14 (60,9%), мужчин – 9 (39,1%). Среди них II степень ВРПВНК отмечалась у 21 (91,3%) пациента, III степень - у 2 (8,7%) больных.

Комплекс диагностических мероприятий включил в себя электро- и эхокардиографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, дуплексное сканирование всех артерий и вен, осмотр и консультацию кардиолога и анестезиолога, изучение показателей общей, биохимической и свертывающей систем крови.

При наличии сопутствующих заболеваний первоначально проводилась их коррекция. У всех пациентов оперативные вмешательства проводились под спинномозговой анестезией. Объем оперативных вмешательств выбирался в зависимости от клинических проявлений ВРПВНК, данных УЗДС и тяжести общего состояния пациентов.

При II степени ВРПВНК больным была выполнена комбинированная флебэктомия, включающая в себе кросс-эктомию, стриппинг ствола большой или малой подкожной вен, иссечение варикозных узлов по методике Нарата и перевязка перфорантных вен голени по методике Коккэста (n=4) или Линтона (n=2). У 2 больных с трофическими язвами проводилась комбинированная флебэктомия, диссекция перфорантных вен по Линтону, иссечение притекающих вен под язвой и резекция заднетибиальных вен.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде тромбоэмболических осложнений, инсультов и инфарктов не наблюдали. Со стороны операционной раны в 6 (13,9%) наблюдениях отмечался нагноительный процесс, который во всех случаях был успешно ликвидирован консервативным путем. Возможными

причинами раневых нагноительных процессов явились сопутствующий сахарный диабет и сниженный иммунитет в старческом возрасте. Средние сроки госпитализации больных составили  $6,4 \pm 0,7$  суток.

В отдаленные сроки у 3 (6,9%) пациентов отмечался рецидив варикоза вследствие неадекватно проведенной операции. У большинства (93,1%) пациентов улучшилось качество жизни. Тромбоэмболических осложнений, острых нарушений мозгового и сердечного кровообращения в средне-отдаленном периодах не отмечено.

**Выводы.** Пожилой возраст пациентов не является абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению ВРПВНК. Хирургическая коррекция варикозной болезни под спинномозговым обезболиванием позволяет минимизировать риск кардиоваскулярных осложнений и достичь хороших результатов у 93,1% больных. Перед оперативным лечением необходимо во всех случаях провести коррекцию сопутствующих заболеваний кардиоваскулярной и экспираторной системы.

*Авезов С.А., Мироджов Г.К., Азимзода С.М., Одинаев Р.И.,  
Хужамуротов М.Х., Тухтаева Н.С.*

## КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ HBV- И HCV-ЭТИОЛОГИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучить клиничко-биохимические, сонографические и морфологические признаки цирроза печени (ЦП) в зависимости от этиологии (HBV или HCV).

**Материал и методы.** Обследованы 289 больных ЦП, из них 148 – ЦП HBV и 141 – ЦП HCV-этиологии. Проводились клинические, вирусологические, сонографические, эндоскопические и морфологические методы исследования.

**Результаты.** ЦП HBV-этиологии чаще встречался у лиц молодого возраста (до 40 лет – 72%), в то же время HCV-этиологии – у лиц старше 50 лет (68%). Средний возраст больных ЦП HBV-этиологии составил  $32,3 \pm 2,5$  лет, больных ЦП HCV –  $54,5 \pm 4,6$ . Предположительный срок развития ЦП при HBV этиологии составил  $9,5 \pm 2,1$ , при HCV –  $25,2 \pm 4,3$  лет. Соотношение мужчин к женщинам при ЦП HBV-этиологии составило 2,4:1, при HCV – 0,9:1. ЦП HCV-этиологии в отличие от HBV-инфекцией часто протекал с минимальной активностью. У больных ЦП HBV-этиологии преимущественно преобладали признаки портальной гипертензии – у 55%, печеночно-клеточной недостаточности – у 24% и синдром холестаза – у 20%. При ЦП HCV-этиологии у 60% больных преобладали признаки печеночно-клеточной недостаточности, а явления портальной гипертензии и холестаза наблюдались соответственно у 32% и 9%. Варикозное расширение вен пищевода обнаружено у 96% больных ЦП HBV и лишь у 68% больных HCV-этиологии. Портально-гипертензионная гастропатия и сосудистая эктазия антрального отдела желудка также встречались чаще у больных циррозом, обусловленным HBV-инфекцией. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода в 5 раз чаще наблюдалось у больных ЦП HBV-этиологии, чем у больных ЦП HCV-этиологии. ЦП HBV-этиологии чаще имел макронодулярный, а ЦП HCV – смешанный тип.

**Выводы.** ЦП в зависимости от этиологии вируса имеют различную степень тяжести клиничко-биохимического и характера морфологического течения.

*Агабабян И.Р., Аралов Н.Р., Исмаилов Ж.А., Низомов Б.У., Ахророва З.В.*

## ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра терапии педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО «Самаркандский государственный медицинский институт»  
г. Самарканд, Узбекистан

---

**Актуальность.** ХОБЛ – самостоятельная нозологическая форма, представляющая заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, связанным с патологическим воспалительным процессом в легких. При ХОБЛ этот процесс необратимый, постоянно прогрессирующий и приводящий к очень сложным и тяжелым осложнениям.

**Цель.** Изучить клинические особенности течения кардиологических осложнений со стороны сердца при хронической обструктивной болезни легких.

**Материал и методы.** Обследования были проведены у 100 больных и у 20 здоровых лиц. Для установления клинического диагноза все больные были охвачены общепринятыми методами исследования: общий анализ крови, мокроты, ЭКГ, оценка функции внешнего дыхания. Для определения уровня и характера обструктивных нарушений проведена бронходилатационная проба (сальбутамол в дозе 400 мкг). Определение соотношения ОФВ1/ЖЕЛ, ЖЕЛ и ФЖЕЛ. Оценка функции внешнего дыхания до и после проведения фармакологических проб проводилась согласно рекомендациям «Стандартизация тестов исследования легочной функции» Определения SpO<sub>2</sub> и CO<sub>2</sub> в периферической крови.

**Результаты.** У 65,8% больных ХОБЛ диагностировано нарушение функции внешнего дыхания, у 55,6% – изменения газового состава артериализованной крови. У больных с вентиляционными расстройствами внешнего дыхания чаще (у 32,9% больных) определялся обструктивный тип нарушения, несколько реже (у 20,3% больных) – смешанный (рестриктивно-обструктивный) тип и в два раза реже (у 12,6% больных) – рестриктивный тип. Нарушения газового состава крови проявлялись гипоксемией и реже – гиперкапнией. Снижение PaO<sub>2</sub> наблюдалось у 55,6% больных, снижение Pa CO<sub>2</sub> – у 19,0% больных. При изучении ЭКГ-изменений у пациентов установлено, что нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС) наблюдалось у 3 больных (мужчины 55, 56 и 62 года; 9% от общего количества больных) с незначительными либо умеренными нарушениями функции внешнего дыхания (ФВД). Однако, и у этой группы больных наблюдались незначительные изменения в миокарде боковых отделов левого желудочка дизэлектролитного либо ишемического характера. В группу больных с изолированными изменениями миокарда правого желудочка вошли 36 пациентов, что составило 36% от всего количества обследованных, из них 5 женщин (средний возраст 66,8 лет) и 21 мужчина (средний возраст 63,1 года). Резкие нарушения ФВД выявлены у 2-х больных (мужчины 70 и 73 лет) этой группы. Как наиболее тяжелые, в отдельную группу выделены 5 больных с патологическими изменениями в миокарде обоих желудочков, что составило 15% от всех больных. Среди них было 2 женщины (средний возраст 72 года) и 3-е мужчин (в среднем 64 года). У них наблюдались нарушения ФВД II-IV степеней с выраженной дыхательной недостаточностью I-III степеней в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы: тяжелая ИБС, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия 2-3 степеней, риск 2-4, гидроторакс, недостаточность кровообращения.

**Выводы.** При ХОБЛ более часто (95,0%) наблюдаются тяжелые рестриктивные и обструктивные нарушения. Изменения в различных отделах сердца (правых, а затем и левых) происходят на всех стадиях ХОБЛ, усугубляясь по мере прогрессирования нарушений функции внешнего дыхания при этой патологии. Изменения в правых отделах сердца (гипертрофия правого желудочка) начинают выявляться при незначительных и умеренных нарушениях ФВД при ХОБЛ на ранних стадиях заболевания (1-2 стадия), усугубляясь по мере его прогрессирования.

*Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Адилов А.С., Кобилова Н.А.*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра терапии педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО «Самаркандский государственный медицинский институт»  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель.** Оценить влияние современных антигипертензивных препаратов на возможность профилактики хронической сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью.



**Материал и методы.** Были обследованы 89 больных АГ в возрасте от 18 до 60 лет (42 женщины и 47 мужчины). Больных распределили на группы в зависимости от наличия (1-я группа 46 человека) или отсутствия ГЛЖ (2-я группа 43 человек). В 1 группу включали больных с ИММ ЛЖ более 125 г/м у мужчин и более 110 г/м<sup>2</sup> у женщин. Средний возраст в группах был соответственно 49,12 и 46,52 лет.

Назначали базисную антигипертензивную терапию на основе ИАПФ и диуретика: Лизиноприл 5-10-20 мг и Индапамид 1,5-2,5 мг. Если в течение 1-2 недель не удавалось достичь целевого уровня АД  $\leq 140/90$  мм рт.ст., то присоединяли к терапии амлодипин в дозе 5-10 мг.

Наблюдение за больными начинали в стационаре и продолжали на амбулаторных приемах с обязательными визитами через 6-12 месяцев. В эти сроки больным проводили: оценку клинического состояния, измерение АД, ЭКГ, ЭхоКГ.

**Результаты.** При визите через 6-12 месяцев целевой уровень АД был достигнут у 82 больных обеих групп (82,83%) и не достигнут у 7 больных 1 группы. У 7 человек целевой уровень АД достигнут не был. Все они имели 3 степень АГ, выраженную ГЛЖ и принимали комбинацию из 3 препаратов (Лизиноприл, Индапамид, Амлодипин).

Оценка массы миокарда, ФВ и объемов ЛЖ по данным ЭхоКГ: до лечения у всех больных 1 группы ММ и ИММЛЖ превышали выбранный порог для ГЛЖ в среднем на 4,15%. Через 6 и 12 месяцев лечения в 1 группе после антигипертензивной терапии средние показатели ИММЛЖ стали меньше на 3,45%, по сравнению с исходными ( $p < 0,001$ ). Также показатели массы ЛЖ стали в пределах нормы у 30 больных (58,83%,  $p < 0,01$ ) и остались повышенными у 21 больного с ГЛЖ (41,17%,  $p < 0,05$ ).

Во 2 группе (без ГЛЖ) на фоне антигипертензивной терапии также произошло достоверное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ (5,5% через 12 мес.,  $p < 0,001$ ).

ТМЖП и ТЗСЛЖ у больных 1 группы под влиянием антигипертензивной терапии достоверно уменьшилась уже через 6 месяцев (78,1%,  $p < 0,05$ ).

КДО и КСО на всех этапах наблюдения были больше в 1 группе, чем во 2 группе. Под влиянием антигипертензивной терапии через 12 месяцев в 1 группе произошло достоверное изменение этих показателей: КДО увеличился, а КСО уменьшился. Во 2 группе за этот период достоверно увеличился КДО.

На всех этапах наблюдения ФВ в группе 2 было немного больше, чем в 1 группе ( $p < 0,001$ ).

Размеры ЛП в начале и в период всего наблюдения оставались в пределах нормальных величин, но были больше у больных 1 группы, по сравнению с больными 2 группы, что соответствует представлениям о гиперфункции ЛП у больных АГ с ГЛЖ. Через 12 месяцев антигипертензивной терапии произошло уменьшение размеров ЛП, более выраженное в группе 1 ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, адекватная антигипертензивная терапия приводит к нормализации ММЛЖ более чем у половины больных (68%) с незначительной и умеренно выраженной ГЛЖ. Под влиянием адекватной антигипертензивной терапии происходят изменения объемов ЛЖ, ЛП и ФВ, которые можно трактовать как свидетельство улучшения систоло-диастолической функции миокарда ЛЖ.

*Адамханова З.А.*

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали иби Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности остеопенического синдрома у пациентов сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа).

**Материал и методы.** Проведено клиническое обследование больных с СД 1 типа, проживающих в различных регионах Таджикистана, с определением показателей кальциево-фосфорного обмена, витамина Д, оценкой состояния костного метаболизма, проведением двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии для определения минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Было обследовано 120 больных СД 1 типа – 45 женщин и 75 мужчин в возрасте от 18 до 51 года, средний возраст которых составил  $30,1 \pm 0,7$  лет. Контрольную группу составили 60 здоровых лиц (30 мужчин и 30 женщин) указанного возрастного диапазона, коренных жителей республики.

Для оценки состояния углеводного обмена определялись уровни гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, а также содержание гликированного гемоглобина (HbA1c) в эритроцитах. Для определения дефицита витамина Д был использован набор реактивов IDS 25 – Hydroxy Vitamin D, с целью наиболее точного определения нарушений МПКТ, была использована двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA) – измеряли поясничный отдел позвоночника (L1-L4), проксимальный отдел бедренной кости и дистальный отдел предплечья. Для оценки костного обмена были использованы маркёры костной резорбции (С-терминальный телопептид) и маркёры костеобразования (остеокальцин). Статистический анализ проводили с помощью программы «Statistica 6,0».

**Результаты.** В процессе обследования больных, оценивая жалобы, наблюдаемые со стороны опорно-двигательного аппарата, установлено, что у 9% отмечались боли в костях и суставах различной интенсивности и локализации – стопах, голеностопных и тазобедренных суставах, позвоночнике, усиливающиеся при длительном пребывании в одном положении. Указание в анамнезе на перенесенные переломы имели 13,3% пациентов. Основными факторами риска остеопенического синдрома у больных СД 1 типа в республике являются: возраст манифестации диабета, его длительность, осложненные формы заболевания, характер питания с дефицитом белкового рациона, кальция и витамина Д, вредные привычки (курение сигарет, применение его формы в виде поджаренного «насытая», употребление крепкого зеленого чая в значительных количествах), склонность к низкой физической активности. В процессе денситометрического исследования больных, страдающих СД 1 типа, выявлено, что минеральная плотность костной ткани у них достоверно ниже, а частота остеопении и остеопороза выше (53,3%), по сравнению с популяционными показателями (18,7%) лиц соответствующего возраста. Снижение минеральной плотности костной ткани у больных СД 1 типа наиболее выражено у женщин. Установлено, что состояние минеральной плотности костной ткани у пациентов СД 1 типа достоверно зависит от таких факторов, как компенсация, определяемая по уровню гликированного гемоглобина, длительность заболевания с манифестацией в раннем подростковом периоде и наличия хронических осложнений диабета. В ходе анализа данных маркёров костного метаболизма у пациентов с СД 1 типа, проживающих в республике, выявлено достоверное снижение уровня маркёров костеобразования остеокальцина и повышение содержания показателей костной резорбции С-терминальный телопептида, а также достоверное снижение 25ОН – витамина Д, в сравнении с контрольной группой.

**Выводы.** Полученные данные об особенностях остеопенического синдрома у больных СД 1 типа, особенно с манифестацией болезни в раннем подростковом возрасте, позволят совершенствовать диагностику и профилактику остеопороза с учётом региональных особенностей республики.

*Азизода З.А., Джумаев М., Азизова Н.Н., Хамроева М.Г.*

## ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
Городской центр здоровья №10  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости эхинококкозом и расширение географических границ болезни. Сложившаяся тенденция обусловлена рядом факторов, к которым, прежде всего, следует отнести увеличившуюся миграцию населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, в первую очередь, в регионах, эндемичных по эхинококкозу, проблемы с диспансеризацией населения, в том числе в группах риска.

Республика Таджикистан относится к регионам, эндемичным в отношении эхинококкоза. Распространенность эхинококкоза в республике, выявляемая по обращаемости за медицинской помощью, составляет 5,6 на 100 тыс. населения и имеет устойчивую тенденцию к росту. За год в хирургических отделениях республике по поводу эхинококковых кист оперируются около 650 – 700 больных.

**Цель.** Диспансеризация, разработка путей комплексной профилактики, ранней диагностики рецидивных форм и лечения эхинококковой болезни.

**Материал и методы.** В работе приведен анализ отдаленных результатов лечения ЭП и ее осложнений у 215 больных с эхинококкозом печени, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе и Комплексе здоровья «Истиклол» за период 2008-2018 годы. Основную группу составили 110, контрольную - 105 больных. Диспансеризация пациентов включала контрольное обследование каждые 6 месяцев. В комплекс обследования входило ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и брюшной полости, забор проб крови для проведения серологической диагностики иммуноферментным методом (ИФА), биохимическое исследование, а также обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки. Для обработки полученных данных использован метод вариационной статистики.

**Результаты.** Длительность диспансерного наблюдения составила до 5 лет. Послеоперационную химиопрофилактику проводили альбендазолом из расчета по 10 мг/кг массы тела в течение 28 дней с перерывами в 2 недели, от 1 до 3 курсов.

Критериями отсутствия риска рецидива, излеченности и снятия с диспансерного учета считали отрицательные результаты инструментальных методов исследования на наличие эхинококковой кисты при сочетании с устойчиво отрицательными результатами ИФА.

Отдаленные результаты лечения ЭП и ее осложнений были изучены у 215 больных, основной группы (n=110) и контрольной (n=105) групп в сроки от 1 года до 5 лет.

78 (36,2%) больных были обследованы на наличие специфических антител к *Echinococcus granulosus* методом иммуноферментного анализа (ИФА). Позитивные результаты получены у 30 (38,4%) больных, позитивные у 48 (61,5%) пациентов. Эозино-филия в пределах 10-25% выявлена только у трети больных.

Пациентам контрольной группы (n=82) был назначен курс терапии альбендазолом операции в течение 1 месяца (1 курс противорецидивной терапии). Пациентам основной группы (n=120) химиотерапия альбендазолом была проведена до выполнения миниинвазивного вмешательства в течение 2-4 недель и после операции в течение 2-х месяцев. Среди исследуемых больных в 21% наблюдений отмечены побочные эффекты, в связи с чем приём препарата был отменен. Это, очевидно, и являлось одной из причин развития рецидивов заболевания.

Рецидивы эхинококкоза печени были диагностированы у 38 больных: 12 (5,5%) пациентов основной группы, 26 (12,1%) - контрольной. Всего проанализировано 38 случаев рецидива заболевания. При этом в сроки до 3 лет после операции было выявлено 7 больных основной группы и 17 – контрольной группы. Проведенный анализ данных 38 пациентов показал, что рецидивы после первой операции через 3-4 года (поздние) были диагностированы у 5 больных основной и у 9 – контрольной группы, а ранние до 3-х лет - у 25 больных, основной группы (n=7) и контрольной группы (n=17) после хирургического лечения.

Для верификации рецидива болезни оказалось достаточным ультразвуковое исследование у 24 (63,1%) больных, обзорной рентгенограммы легких - у 4, компьютерной томографии - у 10. Из 38 больных оперированы 22 (57,8%), поскольку преимущественно рецидив диагностирован в первые несколько лет. При рецидивных ЭП в 19 случаях выполняли традиционные открытые оперативные вмешательства. В 11 наблюдениях производили тотальную перицистэктомию, в 8 - резекцию печени и еще в 3 наблюдениях - лапароскопическую резекцию печени.

Консервативное лечение альбендазолом, как окончательный метод лечения РЭП, применено всем 22 пациентам. Послеоперационные осложнения были у 4 больных, летальных исходов не отмечали.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что диспансерное наблюдение больных, проведение консервативной терапии альбендазолом в пред- и послеоперационном периодах является высокоэффективным и снижает частоту рецидивов эхинококкоза после операции.

Азимзода С.М., Мироджов Г.К., Ганиев Б.И., Бахтибеков А.М.,  
Шамсудинов Ш.Н., Одинаев Р.И.

## ПЕЧЁНОЧНАЯ КОМА И МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Цель.** Изучение роли микрофлоры кишечника в развитии печеночной комы.

**Материал и методы.** Обследовано 24 больных циррозом печени с наличием печеночной комы в возрасте 30-60 лет и 10 здоровых людей (контроль).

**Результаты.** В кишечнике здоровых людей преобладают в основном бифидо- и лактобактерии, количество которых составляет в среднем  $9,5 \pm 0,15$  и  $11,0 \pm 0,20$ . Одновременно были обнаружены эубактерии  $10,0 \pm 0,20$ , фузобактерии 22 клостриды  $5,0 \pm 0,10$ , E. colly  $7,5 \pm 0,20$ , стафилококки  $2,0 \pm 0,10$  и другие условно патогенные бактерии  $1,0 \pm 0,10$ , дрожжеподобные грибы рода Кандида  $1,6 \pm 0,10$ , количество которых в одном мл составляло  $\times 10^{10}$ . У больных циррозом печени с развитием печеночной комы, по нашим данным, в 90% случаев наблюдалось нарушение кишечной микрофлоры различной степени тяжести. Прежде всего, резко снижается количество бифидобактерий до  $3,5 \pm 0,10$ , лактобактерий до  $4,6 \pm 0,10$ , эубактерий до  $4,4 \pm 0,11$ , клостридий до  $2,5 \pm 0,09$ . Одновременно с этим увеличивается количество патогенных бактерий типа стафилококк до  $7,0 \pm 0,11$ , гемолитическая микрофлора до  $0,40 \pm 0,06$  и дрожжеподобные грибы рода Кандида до  $2,5 \pm 0,11$ , в одном мл  $\times 10^{10}$ . Отмечена достоверная корреляционная связь между уменьшением нормальной микрофлоры и увеличением патогенной флоры.

Одновременно с нарушением микрофлоры наблюдалось резкое повышение уровней мочевины до  $24,0 \pm 0,40$  ммоль/л и креатинина до  $190 \pm 7,0$  мкмоль/л. Всем больным через назогастральный зонд постоянно вводили лактулозу в течение 12 часов, в/в гепамерц по 40 мг в сутки, рифоксимин по 1,0 и пробиотики в условиях парентерального питания с полным исключением белковых продуктов. Одновременно проводили водно-лактуллозную очистительные клизмы. На следующие сутки из 24 больных 20 вышли из состояния печеночной комы.

**Выводы.** Таким образом, восстановление микрофлоры кишечника со снижением эндотоксикемии является важным этапом в лечении печеночной комы.

Азимзода С.М., Дустов А., Хакимова З.

## НВеАГ-ПОЗИТИВНЫЙ И НВеАГ-НЕГАТИВНЫЙ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В И ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Актуальность.** Хронические гепатиты занимают важное место в структуре болезней печени. Изучение этиологических факторов заболевания, патогенетических механизмов процесса, выбор эффективных средств лекарственной коррекции являются важнейшими проблемами современной гепатологии.

**Материал и методы.** Обследовано 240 больных с верифицированным хроническим гепатитом В. Все они были разделены на 2 группы: I группа НВеАг-позитивный ХВГ (82 больных), II группа - НВеАг-негативный (158 больных).

**Результаты.** При исследовании функционального состояния печени установлена более высокая степень активности ферментов АлАТ и АсАТ ( $p < 0,05$ ) у НВеАг-негативных пациентов, чем в группе больных НВеАг-позитивным гепатитом. В группе НВеАг-позитивных пациентов анализ показал слабую обратную корреляцию между концентрацией ДНК – НВV. Примечательно,



что уровень ДНК HBV ПЦР  $\geq 105$  копий/мл у 83 (51%) пациентов с HBeAg положительным было выше, по сравнению с больными HBeAg–отрицательным гепатитом (величина  $p < 0,001$ ). Anti-HDV выявлены у 14 из 82 больных (22,0%) HBeAg–положительным гепатитом, у 47 из 158 (29,7%) больных HBeAg–негативным гепатитом выявлены anti-HDV в сыворотке крови. Сравнение результатов вирусологических данных у обследованных больных выявило, что в большинство случаев HBeAg был негативным. Выраженная активность патологического процесса в печени прежде всего обусловлена репликацией обоих вирусов, так как частота выявления anti-HDV при диком и мутантном вариантах ХГВ составляла 17% и 29% соответственно.

**Выводы.** Таким образом, выявлено, что выраженная активность патологического процесса в печени чаще отмечается при присоединении вируса гепатита D к мутантному варианту гепатита B.

*Азимзода С.М., Ишанкулова Д.М., Курбонов Б.А.*

## КАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ – ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Капсульная эндоскопия – современный, доступный, высокоинформативный метод диагностики, позволяющий получить видеоизображение слизистой оболочки двенадцатиперстной, тощей, повздошной кишок и идентифицировать различные патологические изменения.

**Цель.** Изучить роль капсульной эндоскопии в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Материал и методы.** Обследованы 14 пациентов (мужчин – 9, женщин – 5), в возрасте от 22 до 68 лет (средний возраст –  $33,3 \pm 13,8$  лет). Использован метод капсульной эндоскопии с применением системы OMOM (Jinshan Science&Technology Group, КНР), которая включает: капсулу, прибор для записи изображений – ресивер с набором датчиков, прикрепленных на туловище пациента в определенном порядке, и рабочую станцию с программным обеспечением для просмотра и интерпретации полученных данных. Принцип работы заключается в передаче высококачественных цифровых снимков на ресивер, который находится на теле пациента весь период исследования (8-9 часов). Перед исследованием тщательно изучали показания и противопоказания к применению видеокapsульной эндоскопии для ограничения риска осложнений, особенно задержки капсулы в тонкой кишке вследствие ранее не выявленной стриктуры.

**Результаты.** При анализе продолжительности исследования установлено, что в пищеводе капсула находилась от 3-х до 20 секунд, в желудке – от 8 до 90 мин., в тонкой кишке – от 2-х до 9 часов. У одного пациента пассаж капсулы сопровождался маятникообразными движениями с ретроградным возвращением ее из двенадцатиперстной кишки в желудок, в результате чего зафиксирован дуоденогастральный рефлюкс. У трех пациентов (21,4%) время пребывания капсулы в тонком кишечнике составило от 6 часов 10 минут до 9 часов, что трактовалось как гипомоторика тонкой кишки. Макроскопические изменения слизистой оболочки желудка обнаружены у 7 больных (50,0%) – очаговая гиперемия и очаговая атрофия слизистой антрального отдела желудка, у 4 (28,6%) из них имелись острые геморрагические и у 2 (14,3%) – «полные» эрозии антрального отдела желудка. У 3 (21,4%) больных в тощей кишке выявлены лимфангиоэктазии различной степени выраженности и у одного (7,1%) – множественные геморрагии на фоне выраженной атрофии слизистой оболочки тощей кишки. У одного больного в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружена выраженная нодулярная лимфоидная гиперплазия слизистой и множественные полиповидные образования размерами от 1,0 до 2,0 см, что может быть проявлением болезни Крона в стадии ремиссии. Диффузная атрофия тощего кишечника наблюдалась у одной больной, где был поставлен диагноз «энтеропатия». У одного пациента ближе к баугиниевой заслонке выявлено опухолевидное образование, которое явилось причиной активного кровотечения.

**Выводы.** Таким образом, капсульная эндоскопия является информативным методом в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно тонкого кишечника. Достаточно определена ее роль в диагностике скрытых интестинальных кровотечений как ведущего метода в алгоритме обследования этих пациентов.

Азимзода С.М., Раджабова Н.И., Бахтибеков А.М.

## ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Печеночная энцефалопатия (ПЭ) является частым осложнением цирроза печени и других тяжело протекающих заболеваний печени. Она серьезно сказывается на качестве жизни пациентов и их окружения, требуя большего объема медицинской помощи и ухода за больными.

При отсутствии адекватной терапии основного заболевания ПЭ сопряжена с высокой смертностью и значительным риском рецидива. Даже в легкой форме ПЭ ухудшает качество жизни пациента и является фактором риска развития тяжелой ПЭ, которая часто приводит к смертельным исходам.

Печеночная энцефалопатия является следствием нарушения функции мозга, вызванного печеночной недостаточностью и/или портосистемным шунтом. Клиническая картина ПЭ представлена широким спектром неврологических или психических нарушений с различной степенью выраженности – от субклинических до комы. Распространенность ПЭ связана с тяжестью сопутствующей печеночной недостаточности. Индикатором стадии декомпенсации у пациентов с циррозом печени является печеночная энцефалопатия, равно как и кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода или рефрактерный асцит.

**Цель.** Изучение современных методов терапии при лечении различных стадий ПЭ.

**Материал и методы.** В отделении реанимации ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» под наблюдением находилось 49 больных с циррозом печени вирусной этиологии, в стадии декомпенсации, с различными стадиями ПЭ. У 39 больных выявлен тип С, с явными проявлениями дезориентации и порхающего тремора. У 12 больных диагностирована 2 стадия ПЭ, у 39 – 3-я стадия и у 4 – больных определялась 4-я стадия ПЭ – кома.

Оценка тяжести ПЭ проводилось комплексно, по шкале Глазко (ШКГ), критерии West-Haven, тест Струпа, ЭЭГ и др.

Проведена активная терапия ПЭ, направленная на первичную и вторичную профилактику эпизода ПЭ. У всех больных форма ПЭ характеризовалась как явная рецидивирующая.

**Результаты.** Всем больным была назначена стандартная терапия, включающая лактулозу, рифаксимин с пробиотиками, а также препарат LOLA с неомицином, метронидазолом и глицерилфенилбутират (ГФБ). Терапия сочеталась с диетой, направленной на коррекцию азотистого метаболизма, что имеет решающее значение в лечении всех стадий ПЭ. В группе больных, получавших на фоне стандартной терапии препараты ГФБ, отмечалось уменьшение эпизодов ПЭ, увеличение срока рецидива. На фоне терапии отмечалось улучшение состояния всех наблюдаемых больных.

**Выводы.** Комбинации рифаксимины, лактулозы, препарата LOLA (L-орнитин-L-аспартат), а также пробиотиков при лечении и профилактике повторных эпизодов ПЭ являются ключевыми препаратами качественного подхода к терапии и могут быть широко использованы в клинической практике.

Азимзода С.М., Раджабова Н.И., Мирзорахматов С., Одинаев Р.И.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Лечение больных хроническим гепатитом В (ХВГ) остаётся сложной клинической задачей. В рекомендациях EASL при показаниях к противовирусной терапии для пациентов с HBeAg-положительным и HBeAg-негативным ХВГ учитывают три фактора – вирусную нагрузку,

активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), гистологическую активность и/или степень фиброза печени (инвазивным и неинвазивным методом).

Целью лечения хронического гепатита является предотвращение прогрессирования в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному со снижением летальности.

В клинической практике полная эрадикация HBV - задача трудновыполнимая. За 2015-2016 гг. нами проведена противовирусная терапия 110 больным хроническим вирусным гепатитом аналогами нуклеозидов - препаратом первой линии (энтекавир).

**Цель.** Изучение эффективности противовирусной терапии больным хроническим вирусным гепатитом энтекавиром.

**Результаты.** Всем больным проводилось определение HBV DNA каждые 12 недель. Исследования показали, что у 22 больных (20,0%) наблюдалось отсутствие быстрого вирусологического ответа через 12 недель от начала терапии, что проявилось снижением вирусной нагрузки менее чем на 1lg ME/мл (10 ME/мл или  $\approx$ 50 копий/мл), по сравнению с исходным значением. У 60 больных (54,5%) на 12-ой неделе выявлен ранний полный вирусологический ответ. У остальных 18 больных (25,5%) на 48-ой неделе отмечен ранний частичный вирусологический ответ (снижение HBV DNA более чем на 1 lg ME/мл). Терапия аналогами нуклеозидов проводилось длительно в течение 24-48 недель. Исследование HBV DNA рекомендуется проводить каждые 12 недель с целью оценки вирусологического ответа и затем - каждые 24 и 48 недель.

**Выводы.** Таким образом, аналоги нуклеозидов обладают высокой эффективностью, хорошей переносимостью и профилем безопасности при длительном использовании. Адекватное применение противовирусных препаратов позволяет улучшить выживаемость пациентов, уменьшить летальность, риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

*Азимзода С.М., Раджабзода А.С., Тиллоева З.Х., Шарипов Б.*

## ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Парентеральные вирусные гепатиты являются одной из основных причин появления печеночных осложнений при лечении туберкулёза, в частности её мультirezистентных форм. Эпидемиология вирусных гепатитов, туберкулёза в Республике Таджикистан имеет свои особенности. Республика Таджикистан входит в список 27 стран с высоким бременем лекарственной устойчивости к туберкулёзу, где оценочная заболеваемость MDR/RR ТБ (туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью) в 2017 году составила 20% среди новых случаев. Учитывая высокий уровень лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам, в Таджикистане целью настоящего исследования явилось определение распространенности парентеральных вирусных гепатитов В и С среди больных туберкулёзом легких.

**Цель.** Определение распространенности парентеральных вирусных гепатитов В и С среди больных туберкулёзом легких

**Материал и методы.** Место исследования было определено с учетом относительной доступности тестирования на вирусные гепатиты В и С. Для определения уровня вирусных гепатитов В и С использован кросс-секционный дизайн исследования. Описание результатов проведено на основании данных учетной формы «Извещение о больном туберкулёзом» (форма 089/у). Данная форма составлена в виде анкеты-вопросника и позволяет получить необходимые данные о состоянии больного при регистрации для лечения.

**Результаты.** Нами было выявлено 413 больных легочными формами туберкулёза, из них мужчин было 235, женщин – 178, в возрасте от 15 лет и старше. Среди 26 из них (6,3%) обнаружены серологические маркеры вирусных гепатитов. Половое разделение случаев показало, что 80,8% больных с сочетанным туберкулёзом и вирусным гепатитом составляют мужчины, а 19,2% - женщины. Повозрастная структура определила, что 76,9% больных выпадает на возрастные группы 35-45 лет.

Вирусный гепатит В выявлен у 8 больных (7 мужчин и 1 женщина), а вирусный гепатит С - у 20 больных (16 мужчин и 4 женщин). Сочетанное поражение вирусами гепатита В и С выявлено у 2 мужчин, больных туберкулёзом.

Необходимо отметить, что вирусные гепатиты В и С зарегистрированы пассивным методом, при обращении самих больных либо при появлении клинических показаний. Тестирования хронических вирусных гепатитов для больных туберкулезом в протоколах ведения больных в Республике Таджикистан не предусмотрено, и при терапии данной категории пациентов необходимо учитывать то, что противотуберкулезные препараты первого и второго ряда обладают гепатотоксичностью, поэтому необходим контроль за уровнем трансаминаз.

**Выводы.** Таким образом, данные, полученные в ходе исследования указывают, на то, что больные туберкулезом входят в группу риска, которая в обязательном порядке должна быть обследована на вирусные гепатиты В и С.

*Азимова М.С., Урунбаева Д.С.*

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ИНГИБИТОРОВ IF-КАНАЛОВ СИНУСОВОГО УЗЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, РТ

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – распространенное осложнение заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризующееся высокой частотой развития инвалидности и смертности. В «золотой стандарт» лечения ХСН входят  $\beta$ -блокаторы, однако даже селективные  $\beta$ -блокаторы влияют на гликемический профиль больных, страдающих сахарным диабетом (СД). В нашей работе мы провели сравнительный анализ применения при лечении больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ивабрадином вместо  $\beta$ -блокаторов. В качестве препарата мы использовали кораксан (Франция).

**Цель.** Сравнить клиническую эффективность ивабрадина в составе базисной терапии ХСН у пациентов с СД, не получавших  $\beta$ -блокаторы.

**Материал и методы.** Обследовано 84 пациента в возрасте от 35 до 75 лет с резистентной ХСН III-IV функциональных классов (ФК) и СД 2 типа. Критерием включения было наличие у больных фракции выброса левого желудочка менее 42% и клинических признаков сердечной недостаточности. Группа состояла из 43 мужчин и 41 женщины, средний возраст –  $49,8 \pm 6,7$  года. В качестве основного заболевания гипертоническая болезнь II–III ст. отмечалась у 18, ИБС с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) – у 25, миокардит – у 19, дилатационная кардиомиопатия – у 16, ревматизм с пороком сердца – у 6 человек. Одна группа больных ( $n=41$ ) получала комплексное лечение по выработанному протоколу, другая группа ( $n=43$ ) вместо  $\beta$ -блокаторов – кораксан в дозе от 10 до 40 мг в сутки. Всем больным проводили коррекцию гипергликемии. Период наблюдения составил 6 месяцев. Исходно и в конце лечения проводилось клиническое обследование, определялись дистанция 6-минутной ходьбы и ФК ХСН, выполнялись ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и доплер-эхокардиография, оценивали данные углеводного и липидного обменов, электролитов крови.

**Результаты.** В группе больных, принимавших кораксан, отмечено статистически значимое улучшение клинического и функционального состояния, оцениваемого с помощью ФК (NYHA) и 6-минутного теста, признаки недостаточности кровообращения в виде гидроторакса, асцита, отеков на ногах и сердечной астмы быстрее нивелировались, чем у пациентов, не принимавших кораксан. На фоне использования ивабрадина, по сравнению с группой, принимавших  $\beta$ -блокаторы, отмечена тенденция к улучшению диастолической функции, концентрация глюкозы в крови снижалась в более короткий период, чем у больных, принимавших  $\beta$ -блокаторы, а также быстрее уменьшался индекс атерогенности.

**Выводы.** Применение ивабрадина при лечении ХСН у больных с СД благоприятно влияет на клинико-гемодинамические показатели, сравнительно улучшает показатели фракции сердечного выброса, а также углеводного и липидного обмена.



*Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Алымова А.*

## **КОРРЕКЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

Кафедра факультетской терапии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
Кафедра патологической физиологии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»,  
г. Ашхабат, Туркменистан

---

**Цель.** Изучить значение антагонистов кальция – амлодипина и блокаторов АТ II рецепторов – лозартана в коррекции функционального состояния легочной гипертензии у больных бронхиальной астмой.

**Материал и методы.** Обследовано 20 больных бронхиальной астмой, средний возраст которых составил  $35,8 \pm 1,32$  лет. Из них женщин – 14, мужчин – 6. Длительность заболевания –  $9,52 \pm 1,18$ . Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст –  $37,4 \pm 1,17$  лет.

Методом ЭХОКГ на аппарате «ALT Ultramark – 9» исследовали: диаметр (дЛА, мм) и систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). ЭХОКГ была проведена больным со средним и тяжелым течением в период затихающего обострения. Больным была проведена стандартная терапия и лечение антагонистами кальция – амлодипином и блокатором АТ II рецепторов – лозартаном. Суточная дозировка подбиралась индивидуально методом титрования. Повторное обследование было проведено через 8 недель.

**Результаты.** При исследовании дЛА у больных бронхиальной астмой при сравнении с контролем ( $30,83 \pm 1,49$ ;  $28,61 \pm 0,22$ ;  $p > 0,05$ ) имелась тенденция к увеличению, СДЛА достоверно повышалось ( $31 \pm 1,59$ ;  $24,51 \pm 0,51$ ;  $p < 0,05$ ). После проведения стандартного лечения дЛА и СДЛА у больных бронхиальной астмой, по сравнению с контролем, существенно не изменились, достоверных отличий не было выявлено. При проведении лечения с лозартаном и амлодипином дЛА имел тенденцию к уменьшению ( $30,16 \pm 0,79$ ), СДЛА достоверно снижалось ( $28,6 \pm 1,12$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, у больных бронхиальной астмой отмечалась тенденция к увеличению диаметра легочной артерии, систолическое давление в легочной артерии достоверно повышалось, по сравнению с контролем. При проведении стандартного лечения показатели диаметра легочной артерии и систолического давления существенно не изменялись. При лечении лозартаном и амлодипином систолическое давление в легочной артерии снижалось, диаметр легочной артерии имел тенденцию к уменьшению.

*Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Бечикова О.*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Кафедра факультетской терапии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
Кафедра патологической физиологии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»,  
г. Ашхабат, Туркменистан

---

**Цель.** Изучить функциональное состояние легочной артерии, правого желудочка сердца и их зависимость у больных бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести.

**Материал и методы.** Обследовано 75 больных, средний возраст которых составил  $38,88 \pm 1,62$  лет. Из них женщин – 47, мужчин – 28. Длительность заболевания –  $9,52 \pm 1,18$ . Больные были разделены на 3 группы согласно 10 Международной классификации болезней (Женева, 1992), а также с учетом рекомендаций «Глобальной стратегии по диагностике и лечению БА» (GINA, 2007). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст –  $37,4 \pm 1,17$  лет.

Методом ЭХОКГ «ALT Ultramark-9» исследовали: систолическое давление в легочной артерии (СДЛА мм рт.ст.) и функциональное состояние правого желудочка сердца.

**Результаты.** При изучении систолического давления в легочной артерии отмечалось его повышение в зависимости от степени тяжести. Показатели насосной функции правого желудочка и размеры полости правого предсердия сердца увеличивались. Фракция выброса правого желудочка имела тенденцию к снижению, но меньше 45% не было выявлено. Толщина передней стенки правого желудочка увеличивалась.

Для изучения влияния СДЛА на функциональное состояние правого желудочка был проведен корреляционный анализ. У больных I группы СДЛА коррелировало с конечно-систолическим объемом ( $r=0,43$ ), конечно-диастолическим объемом ( $r=0,57$ ), правым предсердием ( $r=0,49$ ). У больных II группы имелась положительная связь СДЛА с конечно-систолическим объемом ( $r=0,50$ ). У больных III группы отмечалась зависимость с конечно-диастолическим объемом ( $r=0,39$ ) и толщиной передней стенки правого желудочка ( $r=0,31$ ).

**Выводы.** Таким образом, показатели насосной функции правого желудочка в зависимости от степени тяжести увеличиваются, при этом отмечается зависимость с СДЛА. ФВ уменьшается, но снижения менее 45% не было выявлено. Толщина передней стенки правого желудочка увеличивается в зависимости от степени тяжести, однако, влияние СДЛА было выявлено только у больных III группы. Имеется зависимость между функциональным состоянием насосной функции правого желудочка и систолическим давлением в легочной артерии.

*Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Кадырова Б.*

## НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра факультетской терапии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
Кафедра патологической физиологии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»,  
г. Ашхабат, Туркменистан

**Цель.** Изучить характер нарушений ритма сердца у больных бронхиальной астмой в зависимости от систолического давления в легочной артерии.

**Материалы и методы.** Обследовано 64 больных, средний возраст -  $38,6 \pm 1,53$  лет. Длительность заболевания -  $9,52 \pm 1,18$ . Больные были разделены на 3 группы согласно 10 Международной классификации болезней (Женева, 1992), а также с учетом рекомендаций «Глобальной стратегии по диагностике и лечению БА» (GINA, 2007). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст -  $37,4 \pm 1,17$  лет.

Всем больным проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру ("Acuson" USA). Методом ЭХОКГ «ALT Ultramark - 9» исследовали: систолическое давление в легочной артерии (СДЛА мм рт.ст.).

**Результаты.** Для определения влияния СДЛА на нарушение ритма сердца все больные были поделены на 2 группы: группа с систолическим давлением в легочной артерии  $<30$  мм рт. ст., группа с систолическим давлением  $>30$  мм рт. ст. Так, у больных I группы СДЛА  $<30$  мм рт. ст. отмечалось у 80%, из них нарушения ритма сердца были выявлены у 45% больных. СДЛА  $>30$  мм рт. ст. в I группе отмечалось у 20% больных, и у всех имелись нарушения ритма сердца. Во II группе СДЛА  $<30$  мм рт. ст. было выявлено у 35% больных, из них у 25% наблюдались нарушения сердечного ритма. СДЛА  $>30$  мм рт. ст. и нарушения ритма сердца встречались у 65% больных. СДЛА  $<30$  мм рт. ст. и нарушения ритма сердца отмечались у 12,5% больных III группы, у 87,5% больных СДЛА было  $>30$  мм рт. ст., из них у 83,3% выявлены нарушения ритма сердца.

**Выводы.** Таким образом, нарушения ритма сердца в большем количестве регистрировались у больных с систолическим давлением в легочной артерии более 30 мм рт. ст.

*Акмурадова М.Х., Дерьяева Г.Г., Мухаммедова З.Р., Мяликова А.*

## НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Кафедра факультетской терапии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
Кафедра патологической физиологии ГУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»,  
г. Ашхабат, Туркменистан

---

**Цель.** Изучить частоту и структуру нарушений ритма у больных бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести.

**Материал и методы.** Обследовано 64 больных бронхиальной астмой, средний возраст –  $38,6 \pm 1,53$  лет. Длительность заболевания –  $9,52 \pm 1,18$ . Больные были разделены на 3 группы согласно 10 Международной классификации болезней (Женева, 1992); а также с учетом рекомендаций «Глобальной стратегии по диагностике и лечению БА» (GINA, 2007).

Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру ("Acuson" USA).

**Результаты.** У больных на ХМЭКГ отмечалось возрастание частоты регистрации нарушений ритма в виде синусовой тахикардии и различного рода экстрасистолий, которые не были зарегистрированы методом ЭКГ. При 24-часовой записи ЭКГ у больных трех групп была зарегистрирована наджелудочковая экстрасистолия: у 12 больных I группы (60%), у 14 больных – II группы (70%), у 20 больных – III группы (83,3%). Суммарное количество таких преждевременных комплексов составило у больных I группы 47, у больных II группы – 613, у больных III группы – 2288. Следует отметить, что у больных I группы отмечались редкие суправентрикулярные экстрасистолы. Отмечалось превалирование суправентрикулярных экстрасистол дневного типа над ночным у больных I группы 52%, II группы – 55%, III группы – 50%.

Желудочковые нарушения ритма при суточной записи ЭКГ отмечались у 6 больных I группы (30%) – суммарное количество 32, у 9 больных II группы (45%) – суммарное количество 474, у 15 больных III группы (62,5%) – суммарное количество 1163. Желудочковые экстрасистолы у больных I группы были единичными, мономорфными (I класса по Лауну), у больных II и III групп – II-IV классов по Лауну. Нарушения ритма в виде синусовой тахикардии (короткие эпизоды) отмечались у 9 больных (45%) I группы, у 10 больных (45%) II группы и у 14 больных (58,3%) III группы. Нарушения проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса у больных I группы отмечались у 7 больных (35%), у 4 больных II группы (20%), у 5 больных III группы (20,8%).

**Выводы.** Таким образом, частота встречаемости и характер нарушений ритма (синусовая тахикардия, наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы) возрастает у больных БА в зависимости от степени тяжести. У больных БА нарушения проводимости было в основном по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

*Аллабердиев А., Курбанов В.А., Бекнепесова М.Ч.,  
Танрыбердиева Т.О., Агаханова О.Н.*

## ЗВЕРОБОЙ В ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Туркменского государственного медицинского университета  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Цель.** Проведение медикаментозной коррекции изменений функции печени и взаимосвязанных с ними нарушений нейроэндокринной системы у мужчин с хроническим гепатитом.

**Материал и методы.** В отделении гастроэнтерологии лечебно-консультативного центра имени С.А. Ниязова было обследовано 50 мужчин, больных хроническими гепатитами, в возрасте 20-55 лет с выявленными нарушениями половых функций. 30 больным амбулаторно было проведено лечение гепатопротекторами, с настоем травы зверобоя. 20 оставшихся больных составили контрольную группу, получавшие только гепатопротекторы. Настой травы зверобоя принимали по 1/3 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды, курс лечения 4 недели. До и после лечения больным в сыворотке крови определяли уровни тестостерона и эстрадиола иммуноферментным методом. Проводили анкетированное сексологическое обследование по методике Г.С. Васильченко.

**Результаты.** После проведенного лечения у больных основной группы отмечалось улучшение функции печени, повышение уровня тестостерона, снижение концентрации эстрадиола в сыворотке крови, а также улучшение состояния половых функций, что выражалось в повышении либидо, нормализации и увеличении числа копуляций. Возвращение большинства больных к нормальной или почти нормальной половой жизни приводило к падению психологического дискомфорта.

**Выводы.** Применение настоя травы зверобоя значительно улучшает функции печени, способствует восстановлению гормонального дисбаланса, улучшению половых функций у мужчин с хроническим гепатитом и может быть рекомендовано в качестве дополнительной медикаментозной терапии у этих больных.

*Аллабердиев А., Курбанов В.А., Танрыбердиева Т.О., Мезилова Дж.Г.*

## ЗНАЧЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Туркменского государственного медицинского университета  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Актуальность.** Модернизация медицинского образования призвана обеспечить студентам полный комплекс теоретических и клинических знаний, умений и навыков, помочь освоить новейшие медицинские технологии.

**Цель.** Изучить значение модернизации медицинского образования для адаптации студентов в современном мире.

**Материал и методы.** Работа проводилась преподавателями кафедры госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Туркменского государственного медицинского университета.

**Результаты.** В своей работе преподаватели кафедры ориентируются на то, что сегодня медицинские вузы готовят врачей для работы в условиях изменения системы финансирования здравоохранения, совершенствования его структуры и задач. Соответственно, повышается ответственность каждого преподавателя за результаты своего труда. Реализации этих задач на кафедре способствует образовательный процесс, направленный на глубокую специализацию, раскрытие интеллектуальных возможностей каждого студента. Проводится ориентированное на студентов проектирование медицинских ситуаций для развития критического мышления, личностного и профессионального роста будущего врача. Семинары по актуальным медицинским проблемам и разборы конкретных больных, регулярно проводимые на кафедре самими студентами, помогают оценить качество обучения и соответствие его уровня государственным образовательным стандартам.

**Выводы.** Комплексный подход в образовании студентов-медиков позволяет обеспечить успешную их адаптацию в современном высокотехнологическом мире.



*Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Нурутдинова С.К., Раджабова Д.И., Юнусова Л.И.*

## СОПОСТАВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ маркеров воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) стабильного и нестабильного течения.

**Материал и методы.** Всего обследовано 78 больных в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст  $58,2 \pm 12,6$  лет), из них 50 (64,1%) мужчин и 28 (35,8%) женщин. Из них у 48 человек диагностирована стабильная стенокардия, у 30 пациентов - нестабильная стенокардия. Диагноз ИБС устанавливали на основании клинических, инструментальных, лабораторных данных.

Определение ИЛ-6, ФНО- $\alpha$  в плазме крови проводилось методом иммуноферментного анализа на твердофазном анализаторе «Humareader Single» (Германия). Концентрацию СРБ в сыворотке крови определяли высокочувствительным методом на анализаторе «Humareader Single» (Германия).

Результаты обработаны при помощи программ Microsoft Excel 2002 и Statistica 6.0 под Windows XP.

**Результаты.** У больных с нестабильной стенокардией (НС) частота повышенных уровней СРБ, ФНО- $\alpha$  и лейкоцитов была статистически значимо выше, чем в группе со стабильной ИБС, а средние уровни этих маркеров были статистически значимо выше у больных с НС, по сравнению с больными со стабильной формой ИБС: СРБ ( $4,3 \pm 2,4$  и  $2,9 \pm 2,3$  мг/л,  $p < 0,05$ , соответственно), ФНО- $\alpha$  ( $10,5 \pm 2,5$  и  $7,7 \pm 3,4$  пг/мл,  $p < 0,05$ , соответственно) и лейкоцитов ( $9,2 \pm 2,5$  и  $6,9 \pm 2,3 \times 10^9$ /л,  $p < 0,05$ , соответственно). Уровень интерлейкина-6 у больных с НС был выше, по сравнению с больными со СС ( $3,4 \pm 1,7$  и  $2,9 \pm 0,5$  пг/мл соответственно), но различие оказалось статистически недостоверным ( $p > 0,05$ ). Не обнаружено достоверных различий в уровне фибриногена и СОЭ между больными с НС и СС. При сравнении уровней маркеров воспаления в группе больных с НС было обнаружено, что больные с ранней постинфарктной стенокардией имеют достоверно более высокие уровни лейкоцитов ( $9,3 \pm 5,3$  и  $7,7 \pm 2,1 \times 10^9$ /л,  $p < 0,05$ , соответственно) и (на грани статистической достоверности) ФНО- $\alpha$  ( $11,0 \pm 2,8$  и  $9,0 \pm 1,1$  пг/мл,  $p < 0,05$ , соответственно), по сравнению с больными с прогрессирующей стенокардией напряжения.

**Выводы.** Полученные данные могут свидетельствовать в пользу того, что в сосудистой стенке возможно развитие воспалительного процесса, несмотря на клинически стабильное состояние больных, а при обострении течения ИБС происходит активизация воспаления. Отмечено, что признаки воспаления выявляются как у больных с нестабильными формами, так и у больных со стабильной формой ИБС, однако степень выраженности воспалительного процесса у больных с НС (уровни ФНО- $\alpha$ , СРБ и лейкоцитов) выше, чем у больных со стабильной ИБС.

*Аляви А.Л., Алиахунова М.Ю., Туляганова Д.К., Нурутдинова С.К., Раджабова Д.И.*

## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ УРОВНЯ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАТИНАМИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Изучение динамики содержания провоспалительных цитокинов на фоне лечения аторвастатином и розувастатином.

**Материал и методы.** Обследовано 34 больных ИБС, стенокардией напряжения II и III ФК. Диагноз подтверждался клиническими, лабораторными и инструментальными данными. Больные разделены на две группы: 1-я группа на фоне стандартной терапии получала аторвастатин (Аторвакор «Фармак», Украина) 20 мг по 1 табл. в сутки, 2-я группа на фоне аналогичной базисной терапии - розувастатин (Роксера «KRKA», Словения) 10 мг 1 раз в сутки. Выделена также контрольная группа, в которую вошли 10 условно здоровых.

**Результаты.** При поступлении в стационар у пациентов 1 группы отмечено статистически значимое ( $p \leq 0,01$ ) повышение содержания ИЛ-1 $\beta$  до  $2,14 \pm 0,87$  пг/мл (при норме  $0,3 \pm 0,02$  пг/мл), т.е. в 7,1 раза. На 8 сутки уровень ИЛ-1 $\beta$  у пациентов этой группы составлял  $2,19 \pm 0,68$  пг/мл. Таким образом, за период лечения у пациентов 1 группы, получавших аторвастатин, статистически значимых изменений уровня ИЛ-1 $\beta$  в крови не происходило.

Во 2 группе пациентов при поступлении в стационар уровень ИЛ-1 $\beta$  составлял  $2,36 \pm 1,05$  пг/мл, что статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) в 7,9 раза выше, по отношению к условно здоровым, и было сопоставимо с их содержанием у пациентов 1 группы. На 8 сутки наблюдения их содержание статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) снизилось до  $1,05 \pm 0,07$  пг/мл, т.е. в 2,3 раза. Однако оставалось в 3,4 раза выше контрольной величины. Таким образом, применение розувастатина способствовало статистически значимому ( $p \leq 0,01$ ) снижению уровня ИЛ-1 $\beta$  в 2,3 раза по отношению к 1 суткам у пациентов этой группы.

Содержание ИЛ-6 в плазме крови у пациентов 1 группы при поступлении в стационар составило  $10,51 \pm 1,88$  пг/мл (при норме  $1,4 \pm 0,28$  пг/мл). Это статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) выше нормы в 7,5 раз. На 8 сутки наблюдения за пациентами 1 группы уровень ИЛ-6 в крови статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) снизился в 1,6 раза и составил  $6,62 \pm 2,64$  пг/мл. Однако он статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) оставался в 4,7 раза выше нормы. Во 2 группе пациентов при поступлении в стационар уровень ИЛ-6 составил  $10,68 \pm 6,83$  пг/мл, что было статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) выше в 7,6 раза, по отношению к условно здоровым. К 8 суткам наблюдения за пациентами этой группы содержание ИЛ-6 статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) снижалось в 2,2 раза, по отношению к 1 суткам, и составляло  $4,75 \pm 1,87$  пг/мл. Однако оставалось статистически значимо выше в 3,4 раза, по отношению к контролю ( $1,4 \pm 0,28$  пг/мл). При сравнении между 1 и 2 группами снижение этого цитокина на 8 сутки у пациентов 2 группы было статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** При лечении аторвастатином пациентов 1 группы с ССН II–III ФК не отмечено нормализации уровня провоспалительного цитокина ИЛ-1 $\beta$  и имело место невыраженное снижение уровня ИЛ-6. Поэтому включение розувастатина в лечение пациентов с ССН II–III ФК целесообразнее, так как этот препарат позволяет снизить степень активности системного воспалительного ответа.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что розувастатин позволяет уменьшить степень активности системного воспалительного ответа при стенокардии более значительно, чем аторвастатин, снижая дальнейшее повреждающее воздействие провоспалительных цитокинов.

*Аляви А.Л., Камилова У.К., Рахимова Д.А., Назирова М.Х.*

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Исследование состояния вегетативной нервной системы и адаптационного потенциала периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем, в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

**Материал и методы.** Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1 - 16 больных БА с легочной гипертензией, 2 - 12 больных ХОБЛ с дилатацией правого желудочка сердца.

Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2011) и озонотерапию. Функциональное состояние периферической вегетативной нервной системы изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма - индекс напряжения.

Эндотелий-зависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу, с помощью метода L. Laurent.

**Результаты.** При проведении кардиоинтервалографического исследования выявлены изменения в виде уменьшения показателей моды  $0,70 \pm 0,02$ , увеличения показателей амплитуда моды  $36,1 \pm 0,03$ , свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Проведенное КИГ исследование у больных БА, осложненной легочным сердцем, в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы. При анализе индекса напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скорости кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов. При повторном исследовании состояния периферической вегетативной нервной системы установили уменьшение симпатикотонии ( $p < 0,05$ ). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелий-зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп: максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 5,9 и 5,2%, индекс циркуляторного сопротивления сосудов уменьшился на 6,2 и 5,9% ( $p < 0,05$ ), соответственно.

**Выводы.** В основе возникновения и развития БА, осложненной легочным сердцем, лежат дезадаптивные состояния в сфере вегетативной нервной системы, что проявляется в виде симпатикотонии, как результата снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения больных БА, осложненной легочным сердцем, приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

*Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р.,  
Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Иминова Д.А., Каримова Д.К.*

## **ВЛИЯНИЕ АНТИАГРЕГАНТОВ И СТАТИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»

Ташкентский педиатрический медицинский институт

г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Изучение влияния антиагрегантной и гиполипидемической терапии на течение ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).

**Материал и методы.** Наблюдали больных с ИБС в узбекской популяции (40, средний возраст  $59,1 \pm 8,4$  лет). После коронарографии, по показаниям проводили ЧКВ (стентирование венечных артерий). До и через 6 месяцев после процедуры изучали агрегацию тромбоцитов,

липидный спектр, активности ферментов, общий билирубин, проводили генотипирование (ApoE и CYP2C19\*2), электрокардиографию, эхокардиографию (ЭХОКГ).

Больные получали лечение (двойную антиагрегантную терапию – аспирин и клопидогрель (АСК+К), аторвастатин или розувастатин, ингибиторы АПФ, по показаниям нитраты, диуретики.

**Результаты.** Пациенты хорошо переносили двойную антиагрегантную терапию (АСК+К). Не было зарегистрировано каких-либо геморрагических осложнений. Наиболее уязвимым периодом после стентирования является 1 месяц, в связи со специфичной динамикой тромбоцитарного ответа. Полностью стабилизация показателя агрегации тромбоцитов с 5 мкмоль/л АДФ у пациентов со стабильной ИБС происходит, на наш взгляд, позже, поэтому этот период является важным для профилактики осложнений. Липидснижающая эффективность статинов и антиагрегантное действие АСК с К сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. Не выявлены нарушения в печени, что подтверждали показатели АЛТ, АСТ и ОБ. Проведена оптимизация параметров постановки аллель-специфичной real-time PCR для детекции генотипов по генам. Мутации делают соответствующие аллели "недействительными", при этом аллели 2 класса нарушают транспорт на поверхность клетки любых синтезируемых рецепторов и аллели 3 класса вызывают образование функционально дефектных рецепторов, не способных связывать ЛПНП. Выявлены безопасные дозы испытанных препаратов. У больных, принимавших аторвастатин, содержание ОХС уменьшилось на 25%; ХСЛПНП – на 26%; ТГ – на 30%, а ХСЛПВП увеличилось на 5%. Под влиянием розувастатина содержание ОХС уменьшилось на 30%; ХСЛПНП – на 36%; ТГ – на 38%, а ХСЛПВП увеличилось на 7%. Активность АЛТ у больных, принимавших аторвастатин, была в среднем 32 Ед/л, АСТ – 23,1 Ед/л, а содержание ОБ равнялось 14,8 мкмоль/л. Такие же показатели у больных, принимавших розувастатин, составили, соответственно, 28,4; 26,3 и 16,3. Под влиянием лечения значительно улучшились показатели ЭХОКГ: фракция выброса ЛЖ (55,5% и 61,5%); масса миокарда ЛЖ (210 г и 181,5 г); толщина межжелудочковой перегородки (1,1 см и 1,05 см); толщина задней стенки ЛЖ (1,0 см и 1,05 см); конечный систолический размер ЛЖ (3,3 см и 3,15 см); конечный диастолический размер ЛЖ (5,3 см и 4,9 см); конечный диастолический объём (124 мл и 119 мл); конечный систолический объём (57,5 мл и 49,5 мл); ударный объём (82,5 мл и 77,5 мл). Безболевого ишемия миокарда у пациентов с гипертрофией ЛЖ была более выраженной, чем у больных без измененной геометрии ЛЖ. Полученные результаты могут указывать на неблагоприятный прогноз относительно риска кардиальных осложнений. Ранним проявлением этих возможных осложнений является безболевого ишемия миокарда. Появление безболевого ишемии миокарда при гипертрофии миокарда ЛЖ является, скорее всего, следствием увеличения потребности гипертрофированного миокарда в кислороде и снижения коронарного кровотока.

**Выводы.** Изученные антиагреганты и статины оказали благоприятное влияние на течение ИБС после ЧКВ, а проведенные генетические исследования позволили подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы препаратов.

*Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Раимкулова Н.Р.,  
Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Иминова Д.А.*

## ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
Ташкентский педиатрический медицинский институт  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить влияние аторвастатина и розувастатина на показатели липидного обмена и некоторые факторы воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и дислипидемией, подвергшихся стентированию коронарных артерий (КА).



**Методы.** В исследование включили больных ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) III-IV функциональных классов (ФК) (3 женщины и 27 мужчин) в возрасте до 60 лет, которым после коронароангиографии проведено стентирование КА. Критериями включения были больные ИБС (повышение уровня общего холестерина (ОХС) выше 5,5 ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) выше 3,0 ммоль/л и/или уровня триглицеридов (ТГ) выше 2 ммоль/л).

Больные принимали антиагреганты (аспирин и клопидогрель), розувастатин (10-20 мг/сут) или аторвастатин (20-40 мг/сут), бета-блокаторы. Исходно и через 3 месяца определяли содержание ОХС, ХСЛПНП, ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), ТГ, С-реактивного белка (СРБ), фибриногена и активность ферментов аспартат- и аланинаминотрансфераз (АЛТ и АСТ), а также проводили инструментальные исследования.

**Результаты.** У большинства обследованных наблюдали изменения в липидном спектре (увеличение содержания ОХС, ХСЛПНП и уменьшение концентрации ХСЛПВП), характерные для атерогенной дислипидемии (АДЛ). При этом у 22% обследованных с АДЛ наблюдались изменения в изученных показателях функционального состояния печени, сходные с таковыми при неалкогольной жировой болезни печени. Более высокий индекс массы тела также чаще определялся у пациентов с ИБС СС III ФК. У больных выявлены высокие показатели ОХС- $6,5\pm 0,55$ ; ТГ- $2,4\pm 0,21$ ; ХСЛПНП –  $3,0\pm 0,36$  ммоль/л. При сочетанных поражениях венечных артерий (2-3) чаще выявляли более низкий уровень ХСЛПВП. Гиполипидемическая терапия позволила уменьшить содержание ОХС до 5,5 ммоль/л у 29 (72,5%) больных, ХСЛПНП до 3,0 ммоль/л и ниже у 25 (62,5%) пациентов. Целевые уровни ОХС (4,5 ммоль/л и ниже) и ХСЛПНП (2,5 ммоль/л и ниже) для больных с ИБС к концу исследования были достигнуты у 13 (43,3%) пациентов. Под влиянием статинов снижался показатель ТГ и в процессе терапии отмечено повышение показателя ХСЛПВП, прирост которого составил в среднем около 6%. Применение статинов приводило к улучшению липидного профиля (нормализация ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Розувастатин несколько сильнее снижал уровень общего холестерина и ХСЛПНП. При этом оба препарата оказали приблизительно одинаковое влияние на содержание ТГ. Плейотропные свойства изученных статинов отмечены уже в первый месяц лечения (снижение СРБ и фибриногена), что, на наш взгляд, усиливает и объясняет быстрое наступление клинического эффекта при применении этих препаратов на фоне антиагрегантов и бета-адреноблокаторов.

**Выводы.** Таким образом, аторвастатин и розувастатин продемонстрировали высокую гиполипидемическую активность при ИБС с дислипидемией после стентирования КА, своевременная коррекция которой позволяет предотвратить опасные осложнения, в том числе рестеноз стента.

*Аманова Д.Х., Акмамедова А.А.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Государственный медицинский университет Туркменистана,  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Актуальность.** Диабетическая нефропатия – самая распространенная причина развития терминальной почечной недостаточности. Несмотря на определенные достижения в современной нефрологии, лечение диабетической нефропатии представляет сложную проблему. Основная стратегия нефрологов во всём мире - использование эффективных подходов к лечению заболеваний почек.

**Цель.** Изучить факторы, способствующие улучшению функционального состояния почек больных диабетической нефропатией. Своевременная диагностика диабетической нефропатии, раннее выявление симптомов заболевания почек, составление и правильное использование соответствующего плана лечения.

**Материал и методы.** Были обследованы 28 больных диабетической нефропатией. Среди них 15 мужчин, 13 женщин. Средний возраст обследованных - 26-50 лет.

У всех больных выявляли клинические симптомы диабетической нефропатии, измеряли артериальное давление, определяли общий анализ крови и мочи, анализ глюкозы крови, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, определение клубочковой фильтрации с использованием формулы Кокрофт-Голта, биохимические показатели крови (креатинин, мочеви́на, общий белок, билирубин, холестерин, натрий, калий). Всем больным проведены ультразвуковое исследование почек и электрокардиография.

**Результаты.** Было выявлено 16 больных, у которых отмечалась протеинурия в пределах  $1,16 \pm 0,21$  г/л, микрогематурия ( $12 \pm 5$  эритроцитов), цилиндрурия.

Периодически у больных отмечалась пастозность век, артериальное давление в пределах нормы. Функциональное состояние почек нормальное. У 7 больных определялись распространённые отёки почечного характера, выраженная протеинурия  $3,12 \pm 1,26$  г/л. В общем анализе крови скорость оседания эритроцитов ускорена до  $26,12 \pm 12,04$  мм/час, в анализе мочи кроме белка обнаружены в большом количестве гиалиновые цилиндры. У 5 больных определялись распространённые отёки почечного характера, выраженная протеинурия ( $3,48 \pm 1,47$  г/л). Систолическое артериальное давление составило  $160 \pm 20$  мм рт.ст., диастолическое -  $105 \pm 10$  мм рт.ст.

**Выводы.** Среди факторов, способствующих нарушению функционального состояния почек, можно выделить системную и внутрисклубочковую гипертензию, гиперлипидемию, протеинурию. Первым этапом борьбы с диабетической нефропатией является организация компаний по предупреждению развития сахарного диабета 2 типа, требующих значительных изменений образа жизни населения. Комплекс терапии включает низкобелковую диету, ограничение соли, приема сладкой пищи, копчёностей, исключение курения, достаточная физическая активность, нормализация массы тела, контроль гидробаланса, исключение нефротоксических веществ (суррогаты алкоголя и др.). Выявление ранних стадий диабетической нефропатии с помощью скрининга больных, обнаружения альбуминурии и снижения скорости клубочковой фильтрации - второй этап в противодействии диабетической нефропатии. Третий этап в борьбе с диабетической нефропатией - обучение больных. Комплекс медикаментозной терапии больных является четвертым этапом для приостановления развития диабетической нефропатии. Наибольшей нефропротективной активностью является назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл, рамиприл, лизиноприл). Для достижения целевого уровня АД предпочтительно комбинированное антигипертензивное лечение. Комплекс медикаментозной терапии включает назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антиагрегантов.

*Амиркулова М., Авезов С.А., Мироджов Г.К.*

## ХОЛЕЛИТИАЗ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ОЖИРЕНИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Актуальность.** Метаболические нарушения, возникающие вследствие ожирения, являются этиологическим фактором заболеваний гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Инфильтрация жира в паренхиматозных органах, а также накопление провоспалительных медиаторов при ожирении способствуют дисфункцию органа. Механизмы связи ожирения с заболеваниями гепатобилиарной системы и поджелудочной железы остаются до конца неясными и требуют дальнейшего изучения.

**Цель.** Изучение частоты и риска развития желчнокаменной болезни и хронического панкреатита (ХП) у больных с ожирением.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 345 больных (138 мужчин и 207 женщин в возрасте 21-77 лет) ожирением. Статистический анализ произведен с помощью STATISTICA 7.

**Результаты.** Частота развития хронического панкреатита у больных с избыточной массой тела составила 26,8%, у больных ожирением I степени – 43,2%, ожирением II степени – 39,1% и ожирением III степени - 38,9%. Холелитиаз визуализирован у 6,5% пациентов с избыточной

массой, у 13,5% больных - с ожирением I степени, у 25% больных - ожирением II степени и 44,4% больных ожирением III степени. Если частота развития холелиаза зависела от степени ожирения, т.е. с нарастанием степени ожирения увеличивался процент больных с желчными камнями, то кривая частоты развития хронического панкреатита пропорционально не изменялась в зависимости от степени ожирения. У больных с ожирением наиболее высокий относительный риск развития имел стеатоз печени: 12,174 (95% ДИ 6,221-23,824). Относительный риск развития желчнокаменной болезни и хронического панкреатита также был статистически достоверно высоким: 3,617 (95% ДИ 1,480-8,843) и 3,180 (95% ДИ 1,907-5,302) соответственно. Одновременно стеатоз печени и хронический панкреатит диагностирован у 121 больного, холелитиаз и хронический панкреатит - у 35 больных. Данные факты свидетельствуют о том, что в патогенезе развития хронического панкреатита у больных с ожирением, наряду с билиарным, участвуют и другие важные факторы. Многомерный корреляционный анализ показал зависимость возникновения данных заболеваний друг от друга.

**Выводы.** Холелитиаз и хронический панкреатит у больных ожирением диагностируются чаще и протекают более тяжело. Преимущественный этиологический фактор развития панкреатита у больных ожирением - билиарный. Наличие положительной корреляционной связи между показателями указывает также на участие нарушений липидного и углеводного обмена в патогенезе ХП у больных ожирением.

*Амонов Ш.Ш., Курбонов Д.Ф., Юлдошев Х.Ф.*

## ПРЕИМУЩЕСТВА МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕЖПРЕДСЕРДНОГО ДОСТУПА ПРИ РЕСТЕНОЗЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определение преимущества модифицированного межпредсердного доступа и снижение факторов риска, связанных с повторными операциями, у больных с рестенозом митрального клапана.

**Материал и методы.** Обследовано 89 больных со стенозом митрального клапана в отделении хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период 2009 по 2018 гг. Все больные разделены на две группы: в первую группу включены 46 пациентов, поступивших с клиникой митрального стеноза, после тщательного обследования им было выполнено протезирование митрального клапана стандартным доступом; во вторую группу вошли 43 больных, которым была произведена повторная операция по поводу рестеноза митрального клапана модифицированным доступом по Дюбуа. Диагноз был верифицирован по данным электрокардиографии, исследования функции внешнего дыхания, рентгенографии, эхокардиографии.

Средний возраст больных в первой группе составил 51,2 лет. Мужчин было 19, женщин - 27. Во второй группе средний возраст составил 49,9 лет, женщин было 23, мужчин - 20.

**Результаты.** Клиника рестеноза митрального клапана у большинства больных (31) проявлялась в сроки 10-20 лет после закрытой митральной комиссуротомии. Нами модифицирован существующий метод трансептального доступа по Дюбуа, применяемый при повторных хирургических вмешательствах на митральном клапане сердца (Патент РТ ТЧ № 720 от 20.05.2015 года). В условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиopleгии выполняется разрез в поперечном направлении от стенки правой верхней легочной вены с переходом на правое предсердие и межпредсердной перегородки с пересечением верхней петли Вьессена до овальной ямки. На овальной ямке разрез продолжается «клюшкообразно» под углом 45 градусов, до уровня 4-5 мм выше фиброзного кольца трехстворчатого клапана. Края межпредсердной перегородки раздвигаются двумя анкерными швами, и доступ обеспечивается без дополнительной тракции.

В результате этого достигается хорошая визуализация митрального клапана, что способствует сокращению времени операции и искусственного кровообращения.

**Выводы.** Ключкообразный разрез на правом предсердии и межпредсердной перегородке дает широкую визуализацию при выполнении повторных операций на митральном клапане и предотвращает перетягивание камер сердца.

*Амонов Ш.Ш., Гульмурадов Т.Г., Юлдошев Х.Ф.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРДЦА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения рестеноза митрального клапана сердца.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах комплексного клиничко-лабораторного, инструментального методов исследования и оперативного лечения 43 больных с рестенозом митрального клапана в отделении хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2009 по 2018гг. Среди них мужчин было 20, женщин – 23, возраст больных колебался от 31 до 64 лет (в среднем 49,9 лет).

Больным с клиникой митрального рестеноза после предоперационной подготовки было выполнено протезирование митрального клапана в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоплегии.

Оценка эффективности хирургического лечения проводилась на основании данных динамического исследования функции внешнего дыхания (ФВД) и эхокардиографии (ЭхоКГ).

**Результат.** Проведенные исследования ФВД у больных с рестенозом митрального клапана показали значительные изменения в объемных и скоростных показателях дыхания. Так, при поступлении объем выдоха, форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха были на 47%; 39,4% и 25,8% ниже нормальных показателей.

Большинство больных, по данным спирометрии, имели дыхательную недостаточность III степени, что было обусловлено высокой венозной легочной гипертензией и выраженной гиперволемией малого круга кровообращения.

После оперативного вмешательства объемные и скоростные показатели достоверно повысились, что свидетельствует об улучшении функции внешнего дыхания благодаря уменьшению венозного застоя в легких и снижения легочной гипертензии.

При ЭхоКГ четко выявлялись степень рестеноза, фиброза и кальциноза митрального клапана, оценивалось состояние аортального, трикуспидального клапанов и внутрисердечной гемодинамики.

По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия составила в среднем  $1,22 \pm 0,31$  см<sup>2</sup>, фракция выброса –  $51,4 \pm 6,92$ %. Размеры правого желудочка и легочной артерии были увеличены и равнялись  $29,5 \pm 5,19$  и  $25,7 \pm 3,76$  мм соответственно. При этом размеры левого предсердия были увеличены на 58,1% с уменьшением конечно-диастолического размера левого желудочка на 3,6%.

После протезирования митрального клапана размеры левого предсердия, КДР, правого желудочка и правого предсердия уменьшились на 3,9%, 3,5%, 4,4%, 3,1%, соответственно. Фракция выброса выросла на 8,9%, что свидетельствует об улучшении функциональной способности левого желудочка сердца.

**Выводы.** Протезирование митрального клапана является эффективным способом устранения рестеноза митрального клапана и сопровождается существенным улучшением сократительной функции сердца, объемных и скоростных показателей дыхания. В свою очередь, интеграция и преемственность деятельности кардиологов и ревматологов позволят улучшить отдаленные результаты и качество жизни пациентов.



*Анварова Ш.С.*

## ПРОБЛЕМА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности поражения костной ткани при некоторых эндокринных заболеваниях в Таджикистане. Уточнить факторы риска и регионарные особенности остеопороза, разработать комплексные меры профилактики и лечения.

**Материал и методы.** Обследовано 398 пациентов с патологией эндокринной системы, в том числе 130 больных с диффузным токсическим зобом, 120 пациентов сахарного диабета 1 типа, 18 больных с гиперкортицизмом и 130 больных с гиперпролактинемией, в возрасте от 20 до 69 лет, среди которых 210 женщин и 188 мужчин. Контрольную группу составили 120 человек в возрасте от 20 до 68 лет, средний возраст –  $39,5 \pm 0,96$ , из них 60 женщин и 60 мужчин. Для раннего выявления изменений минеральной плотности костной ткани при эндокринных заболеваниях проводили двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (DEXA в поясничных позвонках (L1-L4), в проксимальном отделе бедренной кости в целом (Total Hip) и дистальном отделе предплечья. Для оценки скорости костного метаболизма в сыворотке крови были определены уровни маркеров костной резорбции  $\beta$ -СТх ( $\beta$ -cross laps) – карбокситерминальный телопептид коллагена 1 типа и костеобразования (остеокальцин) методом иммуноферментного анализа. Также были определены уровни ТТГ, св.Т4, св.Т3, кортизола, АКТГ, пролактина методом твёрдофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Больным СД 1 типа определялось содержание гликемии натощак и гликированного гемоглобина в сыворотке крови. Статистический анализ проведен на ПК с помощью прикладной программы «Statistica» 6,0.

**Результаты.** В процессе комплексного исследования пациентов с различной эндокринной патологией (диффузным токсическим зобом, сахарным диабетом 1 типа, синдромом Иценко-Кушинга, гиперпролактинемией), госпитализированных в Республиканское эндокринологическое отделение медицинского центра, выявлено достоверное снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Наиболее выраженное снижение МПКТ отмечено в группе пациентов сахарным диабетом 1 типа (53,3%), гиперкортицизмом (74,6%), по сравнению с пациентами с тиреотоксикозом (47,6%) и синдромом гиперпролактинемии (44,6%). Проявления остеопении выявлены у больных сахарным диабетом 1 типа в 33,9%, остеопороза в 19,4%, среди пациентов с гиперкортицизмом остеопения – 33,6% остеопороз – 41,0%, в группе больных с тиреотоксикозом остеопения – 42,9%, остеопороз – 5,3%, среди континента пациентов с гиперпролактинемией в 35,6% – остеопения и в 8,9% – остеопороз. Остеопенический синдром в 1,5 раза чаще обнаружен среди женщин, по сравнению с мужчинами ( $p < 0,05$ ). Выявлено достоверное повышение уровня маркера костной резорбции СТх во всех группах обследованных больных ( $p < 0,05$ ), наиболее выраженное у пациентов сахарным диабетом 1 типа, гиперкортицизмом и тиреотоксикозом. Изменение содержания остеокальцина (ОК) – показателя костеобразования – в приведенных контингентах больных было дифференцированным. Отмечено достоверное улучшение состояния костной ткани, выражающееся в увеличении костной минеральной плотности при проведении дифференцированной терапии препаратами остеотропного ряда на фоне достижения компенсации в течение указанных эндокринных заболеваний.

**Выводы.** Полученные данные будут способствовать ранней диагностике остеопороза среди больных с эндокринными заболеваниями и улучшению прогноза при этой патологии.

*Анварова Ш.С.*

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КОМОРБИДНОСТИ С ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить распространенность сахарного диабета 2 типа и нарушенной толерантности к глюкозе в коморбидности с основным фактором метаболического синдрома в Таджикистане

**Материал и методы.** Протокол обследования включал: антропометрическое обследование (измерение роста, массы тела, окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ)), двукратное измерение артериального давления (АД), определение индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывался как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах, отношение ОТ/ОБ. Определялись показатели обмена углеводов – уровень глюкозы, гликозилированного гемоглобина, инсулина крови радиоиммунологическим методом. Проводилось биохимическое исследование сыворотки крови с целью определения показателей липидного спектра – общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), ХС-липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), ХС-липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП). Критериями избыточной массы тела считали ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup> ОТ/ОБ > 0,90 для мужчин и > 0,080 для женщин или при ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>.

Статистическую обработку данных, выраженных в виде  $M \pm m$ , проводили методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента. Коррелирующий анализ между показателями иммунореактивного инсулина (ИРИ) и антропометрическими, гемодинамическими и клинико-биохимическими показателями выполняли по методу Спирмена. При каждом анализе различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Изучена динамика распространенности сахарного диабета 2 типа в Республике Таджикистан. Отмечено нарастание частоты распространенности заболевания по годам, соответствующее мировым данным. Распространенность 2 типа СД тесно коррелировала с избыточной массой тела и ожирением, наблюдавшимися у больных, и достигала 81,2%. Аналогичные данные получены и среди лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе (1500 чел), где избыточный вес и ожирение составили 49,3%. В процессе обследования 120 больных СД 2 типа лишь 6% больных не имели ни одного фактора риска метаболического синдрома. Большая же часть пациентов (76%) имели сочетание 2 или 3 факторов риска атеросклероза, как артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, гиперлиппротеидемия. Концентрации базального инсулина была достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокой в группе больных с сочетанием факторов риска.

**Выводы.** Приведенные данные свидетельствуют о росте распространенности СД 2 типа в Таджикистане. Отмечена коморбидность СД 2 типа и нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ), в первую очередь у лиц с избыточной массой и ожирением, достигающими 81,7% и 49,3% соответственно. Полученные результаты будут способствовать совершенствованию национальных программ по предупреждению, лечению и профилактике сахарного диабета и его осложнений с акцентированием внимания на ведущих предикторах болезни.

*Атаджанова М.А., Мурадова И.Г.*

## ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАМИЛА ЭКСТРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашгабат, Туркменистан

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) является актуальной проблемой современного здравоохранения. На выбор тактики ведения больного влияют уровень артериального давления (АД), наличие факторов риска (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, почечная патология). Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента рамиприл (пирамил) обладает кардиопротективным, нефропротективным и ангиопротективным свойствами. Комбинированный препарат пирамил экстра (Sandos), содержащий амлодипин и рамиприл, является препаратом выбора в гипотензивной терапии.

**Цель.** Изучение применения пирамил экстра в терапии артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Нами обследовано 27 больных с гипертонической болезнью. Из них 14 женщин и 13 мужчин. Средний возраст больных составил  $45 \pm 4,6$  года. У всех больных были исключены причины симптоматических АГ, и они были обследованы по общим правилам: лабораторно–инструментальные методы, консультации специалистов (невропатолога, окулиста, эндокринолога и т.д.). Пирамил экстра 5/5 был назначен в суточной дозе 1 таблетка в составе комбинированной гипотензивной терапии.

**Результаты.** В результате наблюдения на фоне приёма пирамила экстра к третьей неделе приёма у больных отмечался стойкий гипотензивный эффект. Все больные отметили улучшение в ходе лечения. При применении препарата побочных проявлений не отмечалось.

**Выводы.** Пирамил экстра 5/5 1 таблетка в сутки позволяет обеспечить 24-часовой контроль АД у больных с АГ. Пирамил экстра обладает органопротективными свойствами (в том числе нефропротективным) и может быть рекомендован для применения в практике в качестве комбинированной терапии, в том числе и с другими антигипертензивными препаратами.

*Ахмеджанова Г.А.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНЪЕКЦИОННОГО КОНТРАЦЕПТИВА ИМПЛАНОН У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить влияние подкожного контрацептива импланон на гормональный и эндокринный статус женщин репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 70 женщин репродуктивного возраста (24-49 лет), которым подкожно введен гормональный контрацептив импланон. Критерии исключения: использование других методов контрацепции в течение 2-х лет. В обследование входило определение исходных показателей лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (ЛГ, ФСГ), прогестерона, эстрадиола, пролактина, Т3, Т4, ТТГ. Динамика наблюдения – каждые 3 месяца, в течение 1 года.

**Результаты.** В структуре соматической патологии лидировали анемия различной степени тяжести (66%) и йододефицитные состояния (77%). У пациенток позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет) установлена патология печени и желчевыводящих путей (55%), варикозная болезнь (46%), ожирение (58%). Установлено, что через 3 месяца при применении импланона уровень пролактина составляет  $229,9 \pm 19,92$  нмоль/л и соответствует исходным значениям ( $230,1 \pm 20,31$  нмоль/л) ( $p > 0,05$ ). Использование импланона достоверно снижало уровень ФСГ ( $4,87 \pm 0,44$  мМЕ/мл) и ЛГ ( $3,82 \pm 0,32$  мМЕ/мл), по сравнению с исходными ( $6,22 \pm 0,31$  мМЕ/мл и  $3,82 \pm 0,32$  мМЕ/мл соответственно;  $p < 0,05$ ). Через 6 и 12 месяцев при применении Импланона уровни ФСГ и ЛГ ( $4,83 \pm 0,42$  мМЕ/мл и  $4,86 \pm 0,44$  мМЕ/л, соответственно) не отличались от предыдущих показателей ( $p > 0,05$ ), что указывает на сохранение базального уровня гормонов репродуктивной системы. Следовательно, под воздействием пролонгированных прогестинов подавление овуляции блокируется образованием эндогенных гормонов, но не подавляется полностью. Базальный уровень ФСГ поддерживает развитие фолликулов в яичниках, но отсутствие должной обратной связи «яичники-гипофиз» и монотонная секреция ЛГ без характерного пика, препятствуют созреванию фолликула. В динамике не выявлено достоверных различий уровней прогестерона, эстрадиола, пролактина, Т3, Т4, ТТГ, которые к концу года составляли:  $2,6 \pm 0,17$  нмоль/л;  $261,1 \pm 27,7$  нмоль/л;  $229,1 \pm 21,19$  нмоль/л;  $0,54 \pm 0,1$  нг/мл;  $145,3 \pm 3,5$  нг/мл;  $1,05 \pm 0,02$  нг/мл, соответственно ( $p > 0,05$ ). Эффективность контрацепции по индексу Перля составила 0,1.

Использование Импланона продолжали 94% обследованных. Из-за нежелательных побочных эффектов в виде появления мажущихся кровянистых выделений у 6% обследованных женщин Импланон был отменен.

**Выводы.** Инъекционный контрацептив импланон является эффективным и безопасным методом предохранения от нежелательной беременности у женщин репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией. Практическая эффективность метода и продолжительность использования импланона зависят от соблюдения принципов консультирования при каждом визите и компетенции специалиста, прошедшего обучение.

<sup>1</sup>Ахмедов А., <sup>2</sup>Мирзоева З.А., <sup>3</sup>Мир Око Хурами валади Мухаммад Хурам., <sup>4</sup>Ахмедова М.А.

## СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСЛАМСКОГО ГОСУДАРСТВА АФГАНИСТАН И ПУТИ ЕЁ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

<sup>1</sup>ГУ «Академия медицинских наук» МЗиСЗН РТ

<sup>2</sup>ГУ «ВАК при Президенте Республики Таджикистан»

<sup>3</sup>ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

<sup>3</sup>Частная больница им. Марям г. Кабул Исламского Государства Афганистан

<sup>4</sup>Республиканской центр клинической эндокринологии  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Системы здравоохранения практически всех стран, проходя множество реформ, постоянно видоизменяются. Несмотря на полученную независимость от британцев (19.08.1919 г.), Исламское Государство Афганистан (ИГА) до сих пор остаётся страной, экономически менее развитой среди развивающихся стран. Система здравоохранения почти была уничтожена, что привело к ухудшению показателей здоровья населения. Впервые в 2004 году официально Конституцией ИГА разрешено применение рыночной экономики в стране, позволяющей частному сектору играть все более активную роль в развитии страны, в том числе в секторе здравоохранения. За этот период сектор здравоохранения начал переход от одной, в основном от государственной, к смешанной системе здравоохранения. В настоящее время система здравоохранения ИГА характеризуется доминированием государственного сектора с наметившейся тенденцией к быстрому росту частной. Нормативно-правовая база несовершенна, этапность лечебно-диагностического процесса осуществляется ненадлежащим образом и неэффективно. Отсутствует единая официальная статистика здравоохранения. Проведенное исследование свидетельствует об её актуальности и требуют изыскания новых подходов к дальнейшему изучению проблем и перспектив развития секторов здравоохранения ИГА.

**Цель.** Изучение состояния и перспектив развития секторов системы здравоохранения ИГА, проведение сравнительного анализа и соответствующих выводов.

**Материал и методы.** Представлен сравнительный анализ материалов, посвященных изучению системы здравоохранения ИГА в целом на современном этапе.

**Результаты.** Проведенное исследование системы здравоохранения ИГА показало, что до обретения государственной независимости в стране имелась всего одна больница и несколько военных госпиталей, постоянно свирепствовали инфекционные заболевания. Санитарное состояние населения было крайне неудовлетворительным. Лечение людей было отдано на откуп духовенству, многочисленным табибам, лекарям, знахарям, бабкам-повитухам, обычно не имеющим специального медицинского образования. До начала революции (1978) с помощью иностранного капитала были созданы всего лишь десятки мужских и несколько женских больниц и поликлиник. Работу здравоохранения с 1931 года координирует Министерство здравоохранения ИГА. В каждой провинции создана служба здравоохранения, возглавляемая директорами, которая отвечает за профилактическое обслуживание населения и руководит центральной больницей провинции. Медицинскую помощь населению оказывают государственные лечебные учреждения и частно практикующие врачи. Больничную помощь население получает в больницах общего типа, специализированных и в небольших сельских больницах. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в 2014 г. составляют 8,2%. Расходы на здравоохранение на душу населения составляет 57 долларов США. Государственные расходы на здравоохранение составляют 12%.

За годы обретения государственной независимости сеть государственных лечебных учреждений, по сравнению с 1972 годом, увеличилась на 63 (195,5%) (1972 - 66, 2018 - 129 ед.). К сожалению, исследование показало, что, начиная с 2006 года, количество государственных лечебных учреждений, имеющих койки, в системе здравоохранения ИГА не увеличилось (в 2006-2018 гг. составляет 129 ед.). Следует отметить, что построенные ранее больницы разрушены или сильно повреждены в ходе событий последних лет. Лишь в Кабуле и нескольких других крупных городах есть более или менее современные клиники. Количество коек в больницах системы Минздрава ИГА, по сравнению с 1972 годом, увеличилось на 4071 койку, т.е. на 222,5% (1972 г.-3322, 2018 г.-7393 койки). Большинство функционирующих лечебных учреждений маломощные (46,5%) и имеют от 30 до 100 коек.

После получения официального разрешения (2004) Конституцией ИГА на внедрение рыночной экономики в стране за этот период сектор здравоохранения начал переход от одной, в основном госу-



дарственной, к смешанной форме здравоохранения. Частный сектор стал развиваться быстрым темпом, и в настоящее время на 01.01.2019 г. насчитывает 419 единиц лечебных учреждений. За прошедшие 14 лет в лечебных учреждениях частного сектора здравоохранения также увеличилось количество коек и доходило до 6900 единиц. Проведенные нами исследование показали, что больницы частного сектора системы здравоохранения, как и государственные больницы, маломощные и до 90% из них имеют меньше 30 коек.

Больничные учреждения частного сектора системы здравоохранения, имеющие 200 и более коек, вообще отсутствуют. Более 50% больничных учреждений частного сектора здравоохранения находятся на территории г. Кабула (38,2%) и г. Герата (12,6%) ИГА. На территории таких районов, как Пандчшер, Вардак и Нуристон, частные больницы отсутствуют.

Выводы. Таким образом система здравоохранения ИГА крайне отсталая, и правительство проявляет недостаточную заинтересованность в развитии сектора здравоохранения. До настоящего времени отсутствует единая официальная статистика в системе здравоохранения. Государственная политика в области здравоохранения направлена на расширение частного сектора, но под жёстким государственным регулированием.

<sup>1</sup>Ахмедова М.А., <sup>2</sup>Ахмедов А., <sup>3</sup>Ахмедов Ф.А.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

<sup>1</sup>Кафедра эндокринологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>ГУ «Академия медицинских наук»

<sup>3</sup>ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр»

---

**Актуальность.** Известно, что у лиц с метаболическим синдромом и нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) риск развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) довольно высок и составляет за 5 лет в среднем 40 %.

**Цель.** Разработка рациональных схем медикаментозной и немедикаментозной коррекции у лиц с метаболическим синдромом и начальными нарушениями углеводного обмена.

**Материал и методы.** Проведено трёхлетнее амбулаторное наблюдение за 200 пациентами с метаболическим синдромом и начальными нарушениями углеводного обмена в возрасте 25-60 лет.

Пациенты были разделены на 2 сопоставимые по возрасту, полу, степени ожирения и наличию артериальной гипертензии группы. В 1-й группе – 86 пациентов (средний возраст 56±7лет), основной задачей ставилось изменение образа жизни (диетотерапия, адекватная физическая нагрузка, отказ от вредных привычек), подбор антигипертензивной терапии. Во 2-й группе – 114 человек (средний возраст 58±8 лет) помимо рекомендованного изменения образа жизни, проведено лечение антигипергликемическим препаратом метформин. В первые месяцы исследования метформин получали пациенты в дозе 500 мг два раза в день, затем по мере необходимости суточная доза была увеличена до 1700 мг в сутки.

**Результаты.** В 1-й группе пациентов значительно изменить сложившийся с годами образ жизни оказалось трудно выполнимой задачей. За период наблюдения не отмечено каких-либо положительных сдвигов у 56% пациентов с НГН и у 32% с НТГ. У 25% пациентов наметилась тенденция к снижению массы тела и улучшились показатели систолического и диастолического давления. В 14% случаев за период наблюдения развился СД 2 типа.

Во 2-й группе пациентов лечение метформином в сочетании с интенсивным изменением образа жизни у лиц с НТГ снизился риск развития СД 2 типа у мужчин на 24,4%, у женщин - на 28,2%, НТГ нормализовалась у 36% наблюдаемых, артериальная гипертензия нормализовалась у 29% и снизилась масса тела у 32% больных.

**Выводы.** Таким образом, антигипергликемический препарат метформин при метаболическом синдроме приводит к системным позитивным эффектам и может быть рекомендован как метод первичной профилактики СД 2 типа.

Ахмедова Х.С.

## СИТУАЦИЯ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Внештатный пульмонолог МЗиСЗН РТ

**Актуальность.** По данным ВОЗ, в настоящее время около 600 миллионов человек в мире страдает от ХОБЛ, от ХОБЛ умирает в 2,2 раза больше людей, чем от рака легких. Заболеваемость бронхиальной астмой (БА) в мире за последние 10 лет удвоилась, а в некоторых странах даже утроилась. У пациентов с БА риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в 12 раз выше, чем без астмы.

Одной из причин роста смертности от ХОБЛ является недостаточная эффективность лечения. В развитых странах мира смертность от хронических заболеваний органов дыхания колеблется от 10,5 во Франции до 61,4 на 100 000 человек в Великобритании; в России по отдельным территориям этот показатель составляет от 30,0 до 58,6. В Таджикистане, по официальным данным, за последние десятилетия смертность от бронхолегочной патологии существенно снизилась с 115,7 (2000) до 20,9 (2016) на 100 000 нас.

По данным официальной статистики МЗиСЗН РТ, за последние годы первичная заболеваемость болезнями органов дыхания (J00-J99) в Таджикистане имеет тенденции к снижению с 8 163,8 в 2014 году до 5 604,4 на 100 тыс. нас. в 2017 году. Темп снижения данного показателя составил 31,2%. Существенного различия заболеваемостью между мужчинами и женщинами не было зарегистрировано (м-5395,0/100000; ж-5819,6/10000 на 2017). Первичная заболеваемость бронхолегочными патологиями варьирует в зависимости от регионов страны, на 100 тыс. нас. Самые высокие показатели на 2017 год зарегистрированы в Душанбе (6095,6) и Сугдской области (7452,3), что, скорее всего, связано с налаженной системой регистрации этой группы патологий в этих регионах страны.

Первичная заболеваемость хроническим заболеванием нижних дыхательных путей (J40-J49), включая хроническую обструктивную патологию легких - бронхиальную астму, хронические обструктивные бронхиты и др., в РТ также снизилась с 856,4 в 2014 году до 301,6 в 2017 году на 100 тыс. нас. Темп снижения показателя составил около 60 процентов. Наиболее высокий показатель заболеваемостью данной патологией в 2017 году зарегистрирована в Сугдской области и ГБАО - 446,9 и 324,9 соответственно. Различия заболеваемостью ХОБЛ между мужчинами и женщинами незначительны - 280,4 у мужчин и 323,2 среди женщин.

На 2017 год в Таджикистане более 10000 больных состояли на учете по поводу хронических обструктивных болезней. Число вновь зарегистрированных случаев бронхиальной астмы за последние годы имеет тенденции к снижению: с 2193 (2013 год) до 1404 (2017 год) случаев.

В Таджикистане на 2016 год, из числа 34134 умерших больные с бронхолегочными заболеваниями составили всего 1811 случаев (20,9 на 100 тыс. нас.), что значительно ниже, по сравнению с числом умерших от болезней органов кровообращения (16161 случаев). Показатель смертности от бронхолегочной патологии среди женщин был выше, чем у мужчин: 36,1 и 23,0 на 100 тыс. нас. соответственно. Показатели госпитальной летальности от БОД за ряд лет показывают достаточно стабильные цифры и не отличаются большой вариабельностью как по годам, так и по регионам, колеблясь от 0,1 до 0,4 на 100 больных соответствующего возраста.

Ахунова Н.Т., Джамиллов Б.С., Боронов А.Б., Ахунов А.Т.

## ДИАГНОСТИКА РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГОУ ИПОвСЗ РТ  
НМЦ РТ “Шифобахш”  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить диагностические признаки раннего ревматоидного артрита (РРА) у больных пожилого возраста.

**Материал и методы.** Нами обследовано 60 больных с диагнозом «вероятный РА» по критериям Американской коллегии ревматологов (АКР, 1987). Женщин было 38 (63,3%), мужчин – 22 (36,6%), средний возраст больных составил 49,4 лет. Длительность болезни в среднем 8-24 мес.

Всем больным проводили общеклинические, биохимические (СРБ, общий белок, ревмофактор, сахар крови, печеночные трансаминазы) и инструментальные методы исследования (рентгенография суставов, ЭКГ). У больных женского пола суставной синдром в дебюте заболевания начинался по типу олиго-полиартрита с преимущественным поражением лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставов кистей рук. У пациентов мужского пола суставной синдром чаще начинался как моно-, олигоартрит с преимущественным поражением коленных суставов (56%). У лиц пожилого возраста на ранних стадиях РА наблюдается быстро прогрессирующий характер течения с развитием деструктивных изменений в суставах и инвалидизацией уже в течение первого года жизни. Ранний период ревматоидного артрита во многом определяет темпы деструктивного процесса в суставах.

**Результаты.** На момент обследования у большинства больных 44 (73,3%) имелась I рентгенологическая стадия болезни, у 16 (26,6%) больных рентгенологические признаки отсутствовали или были незначительными. У 39 (65%) пациентов отмечалась функциональная недостаточность I ст., а функциональная недостаточность суставов 2 ст. - у 21 (35%). У большинства больных - 37 (61,6%) - была I ст. активности, что затрудняет диагностику воспалительных заболеваний суставов. Отрицательными по РФ были более половины больных 36 (60%).

Согласно рекомендациям EULAR по проведению мониторинга активности болезни, определялось число болезненных, воспалительных и болезненных и припухших суставов. Количество болезненных и припухших суставов у 20 (33,3%) больных колебалось от 5 до 12, количество воспаленных суставов у 26 (43,3%) больных - от 1 до 4 суставов, у 14 (23,3%) больных - более 12 суставов. Таким образом, местные воспалительные признаки у подавляющего большинства больных были хорошо выражены. Индекс Ричи у 36 (60%) больных также свидетельствует о высоком местном воспалительном процессе. Индекс тяжести, наоборот, у большинства пациентов - 40 (66,6%) был невысок (1-2 балла), что подтверждается вычислением активности в баллах. В то же время, более чем у 1/3 больных отмечалась активность 2 балла (44%) и индекс тяжести 5 баллов (34%), что обычно наблюдалось при позднем обращении к врачу.

**Выводы.** PPA в пожилом возрасте протекает чаще с меньшим поражением суставов, низкой степенью активности, отсутствием РФ почти у половины больных, I стадией изменений на рентгенограммах или их отсутствием, в то же время, выражено местное воспаление суставов. Наиболее высокая скорость нарастания рентгенологических изменений в суставах наблюдается на ранних стадиях ревматоидного артрита, что коррелирует с неблагоприятным прогнозом. Одним из важных факторов, который может способствовать улучшению прогноза у пациентов пожилого возраста с ревматоидным артритом, является активное выявление этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практики.

*Ахунова Н.Т., Джонназарова Д.Х., Холов С.С., Холиков Р.В.*

## СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
НМЦ РТ «Шифобахш»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Установить клинические варианты суставного синдрома у больных с системной склеродермией.

**Материал и методы.** Обследовано 22 больных (все женщины), средний возраст 36,2 года, длительность заболевания 3-8 лет. АНФ в титрах 1/64 были обнаружены у всех больных. У большинства больных зарегистрировано хроническое течение заболевания (76,2%), подострое течение было отмечено у 16%, острое у 7,8% больных. Всем больным проводили общеклинические, биохимические, иммунологические исследования, рентгенологическое исследование суставов, УЗДГ сосудов. Для оценки выраженности суставного синдрома были использованы: суставной

счет, боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), утренняя скованность в минутах, индекс Ричи, число воспаленных суставов (ЧВС).

**Результаты.** По данным исследования, у больных с ССД поражение опорно-двигательного аппарата выглядят следующим образом: полиартралгии (изолированные) - 19,8%, склеродермический полиартрит с преобладанием экссудативно пролиферативных изменений - 44,7%, периартрит (иногда безболезненный) с развитием контрактур - 20,3% больных, поражение сухожилий с формированием сгибательных контрактур было отмечено у 15,2% больных. Активность I степени выявлена у 10% больных, II степени - у 58%, III степени - у 32% исследованных. Функциональная недостаточность суставов (ФН) к началу перспективного наблюдения была следующей: I степень имела место у 56%, II степень - у 40% и III степень - у 4% больных. При оценке выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, которая составила от 50 до 80 мм (в среднем  $68,52 \pm 1,64$  мм), продолжительность утренней скованности колебалась в пределах 160-200 минут, суставной счет составил 5-26 суставов. Больные получали в зависимости от активности воспалительного процесса глюкокортикостероиды (ГКС) - метилпреднизолон 8-12 мг в сутки, купренил 250 мг в сутки, локальную гормональную терапию (дипроспан, кеналог), димексидовые аппликации, физиотерапевтическое лечение - электрофорез йодида калия, лидаза, ультразвук, парафиновые аппликации.

**Выводы.** Установлена высокая частота поражения опорно-двигательного аппарата у больных с системной склеродермией, что требует пристального внимания клиницистов к проблеме адекватного и своевременного назначения базисной терапии. Поражение суставов прогрессируют медленно, в последующем могут формироваться сгибательные контрактуры межфаланговых суставов, которые значительно ухудшают функциональную недостаточность суставов. При выраженным суставном синдроме при ССД рекомендуют применять ГКС периартикулярно, внутрисуставно.

*Ахунова Н.Т., Расулов У.Р., Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Выявление клинических проявлений системной красной волчанки (СКВ) с учетом сопутствующих заболеваний на ранних стадиях.

**Материал и методы.** Обследовано 32 больных СКВ за период 2016-2018 гг. Из них 31 женщина и 1 мужчина, средний возраст  $32 \pm 6$  лет, средняя длительность болезни 7 лет.

**Результаты.** Начало заболевания приходилось в среднем на 26 лет и дебютировало у всех больных с суставного синдрома. Чаще отмечалось поражение мелких суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов. В 78% случаев наблюдались эритема по типу «бабочки», в 22% случаев - синдром Рейно.

Острое начало заболевания отмечалось у 16% больных (лихорадка, выраженный суставной синдром, протеинурия, аллопеция), подострое - у 38% больных (суставной синдром, дерматит, субфебрилитет), хроническое течение заболевания имело место - у 46% больных (суставной синдром, синдром Рейно, фотосенсибилизация). Поражение ЦНС наблюдалось в 30% случаев, поражение почек - в 68%, поражение сердечно-сосудистой системы - в 42%, анемия, лейкопения - в 36%, тромбоцитопения - в 16%, синдром ускоренного СОЭ - у 57% больных.

При иммунологическом исследовании АНФ выявлялся у 38% больных, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) - у 62%, LE клетки - у 16%, гиперхолестеринемия - в 18,7% случаев. По данным ЭКГ, гипертрофия левого желудочка наблюдалось в 22% случаев, тахикардия - в 38%, блокада ПНПГ - в 12%, брадикардия - в 1 случае.

Из сопутствующих заболеваний, чаще встречались артериальная гипертензия (22%), недостаточность митрального клапана (6%), хронический тонзилит (31%), хронический гастродуоде-



нит (26%), узловой зоб (4%), урогенитальные инфекции (хламидиоз, уреаплазмоз) (13%). У 72% больных диагноз СКВ был выставлен в 1-й год заболевания, 28% случаев поздней диагностики (на 2-й, 3-й год заболевания) связаны с выраженным суставным синдромом, что напоминало картину ревматоидного артрита, реактивного артрита с выявлением хламидий, уреаплазм, отсутствием у больных выраженной лихорадки, поражением кожи. У 3 больных в течение 3 лет в связи с протеинурией выставлен диагноз «хронический гломерулонефрит». Поздней диагностике СКВ способствовало также отсутствие своевременного иммунологического обследования больных.

**Выводы.** Для своевременной диагностики СКВ в дебюте заболевания необходим тщательный сбор анамнеза, подробное обследование больного с использованием иммунологических тестов (АНФ, LE клетки, ЦИК) на ранних стадиях заболевания.

*Ахунова Н.Т., Холова З.У., Джамолова Р.Дж., Ахунов А.Т.*

## КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить функциональное состояние сердца и коморбидность при ревматоидном артрите (РА).

**Материал и методы.** В условиях ревматологического отделения НМИЦ РТ «Шифобахш» было обследовано 80 больных РА за период 2016-2017 гг. Всем больным проводилось клиническое (с оценкой липидного спектра крови) и артрологическое исследование - выраженность суставного синдрома, суставной счет по 28 суставам, боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), утренняя скованность в минутах, число воспалительных суставов (ЧВС).

Женщин было 58 (72,5%), мужчин – 22 (27,5%) в возрасте от 37 до 62 лет (средний возраст 49,5 лет), средняя продолжительность болезни -  $6,8 \pm 3,6$  лет.

Всем больным проводили общеклинические, биохимические анализы крови (общий белок, белковая фракция, ревмопробы, электролиты крови, липидный спектр крови), рентгенологическое исследование суставов, легких, измерение систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления, ЭКГ, эхокардиография (ЭХОКГ).

В зависимости от вида базисной терапии больные были распределены на 2 группы. 1 группа (50) больных получала метотрексат в дозе 10-15мг/сут., 2 группа (30) получала лефлюномид 20 мг/сут.

**Результаты.** Серопозитивный РА диагностирован у 50 больных (62,5%), серонегативный – у 30 человек (37,5%) .

Активность РА I степень выявлена у 8% больных, II степень - у 42%, III степень - у 30% исследованных. Функциональная недостаточность (ФН) к началу проспективного наблюдения была следующей: I степень имела место у 10%, II степень – у 47% и III степень - у 23% исследованных. У большинства больных (46%) сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия, при этом уровень САД и ДАД увеличивался при высокой степени активности РА. Для оценки выраженности суставного синдрома использовали следующие количественные показатели, выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ, которая составила от 50 до 80 мм (средн. -  $68,52 \pm 1,64$  мм). Продолжительность утренней скованности колебалась в пределах 160 - 200 минут, суставной счет составил - 5-26 суставов. Колебание уровня общего холестерина отмечались от 5,2 до 6,8 ммоль/л. По данным ЭхоКГ, у 22 (36,6%) больных видно уплотнение стенок аорты и створок аортальных клапанов, аортальная и митральная регургитация I-II степеней. У 8 больных (10%) отмечалась трикуспидальная регургитация I-II степени. У 6 (7,5%) больных была выявлена недостаточность митрального клапана, у 4 (6,6%) больных – перикардит, у 40 (50%) больных - гипертрофия межжелудочковой перегородки. Показатели фракции выброса

(ФВ) колебались от 32% до 58% (в среднем 45%). Значительное снижение ФВ было только у 2 больных с клиническими признаками сердечной недостаточности II Б стадии.

В 1 группе больных, получивших метотрексат, отмечалось значительное снижение показателей суставного синдрома, уменьшение данных лабораторных показателей. Во 2 группе больных, получивших лефлюномид, в 4 случаях была отмена препарата из-за побочных явлений в виде гастралгии, головной боли.

**Выводы.** Характер патологических изменений кардиоваскулярной системы у больных РА обусловлен не только самим заболеванием, но имеет и признаки поражения атеросклеротической природы. Наиболее частой сопутствующей патологией при РА является артериальная гипертензия, которая зависит от возраста, стажа и активности заболевания.

*Ашурийн Ш., Азизода З.А., Азизова Н.Н.*

## ВАЗЪИ ОМОДАСОЗИИ ҲАМШИРАҲОИ ТИББИИ ОИЛАВӢ ДАР МДТ “КОЛЛЕЧИ ТИББИИ ЧУМҲУРИЯВӢ”

МДТ “Коллеци тиббии чумхуриявӣ”

Яке аз мақсадҳои асосии ислоҳоти соҳаи тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ташаккули кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ аз руи принципҳои тибби оилавӣ мебошад. Таҷрибаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва натиҷаи таҳқиқотҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ собит сохтаанд, ки ташаккули кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ ба он боис гардидааст, ки тамоми қишри аҳоли ба хизматрасонии тиббию санитарӣ ҷалб гардонида шуда, сатҳи солимии аҳоли ва дараҷаи иҷтимоию иқтисодии мамлакат боло бароварда шавад.

Барои ба ин натиҷаҳо ноил гардидан ташкили заминаҳои ҳуқуқӣ дар ҷумҳурӣ мусоидат намудаанд, аз ҷумла қабули Консепсияи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ ва фарматсевтӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (2008), Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020, қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи тибби оилавӣ” (2010), “Барномаи рушди тибби оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2011-2015”, Нақшаи стратегияи рушди кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ аз руи принципи тибби оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2016-2020 ва дигар санадҳои меъёрию ҳуқуқӣ.

Масъалаи омодаسازیи ҳамшираҳои тиббии оилавӣ дар Консепсияи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ ва фарматсевтӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оварда шудаанд, ки вобаста ба он дар Коллеҷҳои тиббии ҷумҳурӣ сар карда аз соли 2005 ҳамшираҳои тиббии оилавӣ омода карда мешаванд.

Хадамоти кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ дар ҷумҳурӣ имрӯзҳо хуб ташаккул ёфтааст. Сол аз сол сатҳи таъминотнокӣ муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ бо муттаҳассисони тибби оилавӣ беҳтар шудааст, вале нарасидани мутахассисон, баланд бардоштани дараҷанокии касбии онҳо то ҳол муаммои ҷалталаб боқӣ мемонад. Дар сатҳи омодаسازیи қабледипломии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ мо ба як қатор дастовардҳо то имрӯз ноил гаштаем, вале масъалаҳои боз ҳам беҳтару хубтар намудани сифати омодаسازیи онҳо, таъмин намудани муассисаҳои таълимӣ бо омӯзгорон, баланд бардоштани дараҷаи тахассусии онҳо, таъмин намудани заминаи кафедраҳои тибби оилавӣ бо адабиёту ағниятҳои таълимӣ то имрӯз беҳбудиро тақозо менамоянд.

Коллеҷҳои тиббии ҷумҳурӣ заминаи асосии дар сатҳи қабледипломӣ тайёр намудани ҳамшираҳои тибби оилавӣ мебошанд.

Соли 2003 дар Коллеҷи тиббии чумхуриявӣ кафедраи “Тибби оилавӣ” таъсис ёфт. Омӯзгорон тибқи нақшаи таълимӣ ва барномаҳои таълимие, ки дар асоси ҳамкорӣ бо маслиҳатчиҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ, декани факултаи “Ҳамшираи тиббӣ бо маълумоти олии” – и Донишгоҳи ш. Глазгои Шотландия профессор Барбара Парфитт, бо дастгирии молиявии хадамоти тандурустии Оғохон мураттаб сохта шудаанд ва аз тарафи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ карда шудааст, ба донишҷӯён таълим медиҳанд.

Қайд намудан зарур аст, ки бо дастгирии Намояндагии институти тропикӣ ва тандурустии ҷамъиятии Швейтсария дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, лоиҳаи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ як қатор

чорабиниҳо бо мақсади беҳтар намудани сифати оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ дар Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ амалӣ гаштаанд.

Аз ҷумла бо ҷалби экспертони ватанӣ ва хориҷӣ соли 2014 барномаҳои таълимӣ барои оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ аз нав дида баромада шуда, бо назардошти рушди соҳа ба онҳо тағйиротҳо ворид карда шудаанд.

Дар Коллеҷ маркази омӯзиши малакҳои амалии ҳамширагӣ ташкил карда шуд. Маркази мазкур аз 6 ҳуҷра иборат буда, бо муляжҳо ва таҷҳизоти муосири омӯзишӣ таъмин карда шудааст.

Бо дастгирии молиявии лоиҳа 6 номгӯи китобҳо бо теъдоди 800 нусха аз ҷоп бароварда шуданд. Лоиҳа барои беҳтарсозии пояи моддӣ-техникии кафедраи тиббии оилавӣ низ саҳм гузоштааст, аз ҷумла аз тарафи лоиҳа мизу курсиҳо, компютер ва проектори мултимедӣ, 25 адад сумкаҳо барои ҳамшираҳои тиббии оилавӣ таъмин карда шудааст. Яке аз масъалаҳои муҳим дар оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ ташкили таҷрибаомӯзии донишҷӯён дар заминаҳои марказҳои саломатии шаҳрию деҳот мебошад. Иқдоми лоиҳа дар ин самт низ боиси беҳтар гаштани сифати таҷрибаомӯзии донишҷӯён гаштааст. Аз тарафи лоиҳа 51 нафар ҳамшираҳои тиббии оилавии марказҳои саломатии ш.Душанбе ва дигар шаҳру ноҳияҳо аз курси мураббигӣ дар заминаи Донишкадаи таъсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Љумбурии Тоҷикистон гузаштанд. Ҷамчунин аз тарафи лоиҳа якчанд маротиба барои омӯзгорони Коллеҷҳои тиббии ҷумҳуриявӣ ва КТ ш.Кӯлоб тренингиҳо оид ба омӯзиши малакаҳои амалии ҳамширагӣ ташкил ва баргузор карда шуд.

Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ дар оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ бо муассисаҳои таълимӣ ва тандурустӣ, аз ҷумла Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Донишкадаи таъсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Љумбурии Тоҷикистон, Маркази ҷумҳуриявии таълимӣ-клиникии тиббии оилавӣ ва як қатор ташкилотҳои байналхалқӣ ҳамкориҳои пайваста дорад. Вобаста ба ташкили таҷрибаомӯзиҳои донишҷӯёни ихтисоси тиббии оилавӣ коллеҷ бо раёсати тандурустии шаҳри Душанбе, марказҳои саломатии шаҳру ноҳияҳо ҳамкориҳои зич дорад.

Нақшаи таълимии оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ, ба оmodасозии мутахассисон барои хизматрасонӣ дар сохтори муассисаҳои ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ равана карда шудааст ва аз нигоҳи васеъ ба муаммоҳои ташаккули инсон, аҳамияти таъсироти омилҳои иҷтимоӣ, психологӣ ва биологиро ба саломатӣ дар бар мегирад.

Оид ба беҳтар намудани оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ дар Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ нақшаи чорабиниҳо тартиб дода шудааст, ки он масъалаҳои зеринро дар бар мегирад:

1. Баланд бардоштани сатҳи дараҷанокии тахассусии омӯзгорон;
2. Кор оид ба мучаҳҳазгардонии кабинетҳои таълимии кафедраи “Тиббии оилавӣ” бо аёният ва таҷҳизот;
3. Расонидани ёрии методӣ-амалӣ ба коллеҷҳои тиббии ҷумҳурий, оид ба мураттабсозии коркардҳои методӣ, дастурҳо ва маводҳои таълимӣ аз фанҳои тиббии оилавӣ;
3. Таҳлил ва беҳтарсозии раванди таҷрибаомӯзӣ дар Марказҳои саломатии шаҳрӣ ва ноҳиявӣ;
4. Назорати ба ҷои кор рафта расидани мутахассисон;
5. Таърифи мафҳум ва моҳияти тиббии оилавӣ дар байни хатмкунандагони мактабҳои таҳсилоти умумӣ (гузаронидани рӯзҳои дарҳои кушод – вохӯрӣ ва сӯҳбатҳо);
6. Ҷамкорӣ бо ташкилотҳои байналхалқӣ роҷеъ ба масъалаи оmodасозии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ.

Дар давоми 10 соли охир (солҳои 2008-2018) тибқи маълумотҳои оморӣ дар Коллеҷҳои тиббии ҷумҳурий 6399 ҳамшираҳои (бародарони) тиббии оилавӣ омода карда шудаанд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

*Теъдоди ҳамшираҳои (бародарони) тиббии оилавие, ки дар коллеҷҳои тиббии ҷумҳурий тули солҳои 2008-2018 омода карда шудаанд*

Коллеҷҳо	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ҷамъ
КТҶ	102	108	178	190	171	137	140	217	208	269	200	1920
КТ Кӯлоб	156	170	186	220	157	102	127	265	298	393	353	2427
КТ Хучанд	138	179	182	186	181	206	177	170	183	224	226	2052
КТ Хоруғ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ҷамагӣ	396	457	546	596	509	445	444	652	689	886	779	6399

Вале ба ин нигоҳ накарда то ҳол дар муассисаҳои КАТС-и ҷумҳурӣ норасоии ҳамшираҳои тиббии оилавӣ ба назар мерасанд, ки масъалаи мазкур ҳалталаб боқӣ мемонад.

Яке аз муаммоҳои ҳалталаби соҳа ин аст, ки баъди хатми коллеҷҳои тиббӣ, хатмкардагон ба ҷойҳои муайяншуда аз рӯи роҳхат ба кор ҳозир намешаванд. Таҳлилҳои омории нишон медиҳад, ки на ҳама хатмкардагон мутобиқи тақсимо ба ҷои кор ҳозир мешаванд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2

**Ҷоизнокии ба ҷои кор рафта расидани мутахассисон, мутобиқи тақсимо**

КУТ	2014	2015	2016	2017	2018	Ҷамъ:
КТҶ	36,1%	55,2%	42,3%	48,9%	41,1%	43,2%
КТ Кӯлоб	38%	43,7%	42,8%	38,4%	38,2%	38,4%
КТ Хучанд	68,9%	65,2%	38,2%	53,1%	50,8%	51,4%
Умумӣ						42,1%

Чи тавре, ки аз ҷадвал бар меояд дар умум ҷоизнокии ба ҷои кор рафта расидани мутахассисони ҷавон дар ҳама коллеҷҳои тиббӣ ҳамагӣ 42,1% - ро ташкил медиҳад.

Имрӯзҳо дар Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ миқдори донишҷӯёни ихтисоси “Кори табобатӣ” 833 нафарро ташкил медиҳанд, аз ҷумла 102 нафарашон хатмкунандагон мебошанд. Мутобиқи таҳлилҳо сабабҳои асосии ба ҷои кор ҳозир нашудани ҳамшираҳои тиббии оилавӣ инҳо мебошанд:

1. Паст будани маош;
2. Зиёд будани ҳаҷми кор;
3. Ахбороти нопурра оиди фаъолияти марказҳои саломатӣ;
4. Мавҷуд набудани имтиёзҳои муайян;
5. Вазъи оилавӣ ва муҳочират.

Мушоҳидаҳо нишон медиҳанд, ки яке аз сабабҳои асосии ба ҷойҳои кор ҳозир нашудани ҳамшираҳои тиббии оилавӣ ин муаммоҳои иқтисодӣ ва иҷтимоӣ мебошанд. Масъалаи бо ҳамшираҳои тиббии оилавӣ таъмин намудани Марказҳои саломатии шаҳрӣ, ноҳиявӣ ва деҳотӣ имрӯзҳо ҳалталаб боқӣ мемонад.

Мутобиқи таҳқиқоти Маркази ҷумҳуриявии таълимӣ-клиникии тиббии оилавӣ, ки дар вилоятҳои Хатлон, Суғд, Бадахшон ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳур гузаронида шудаанд вазъи таъминнокӣ бо ҳамшираҳои тиббии оилавӣ беҳбудиро талаб менамояд. Новобаста аз он, ки дар сатҳи каблидипломӣ ва баъдидипломӣ ҳамшираҳои тиббии оилавӣ омода карда мешаванд, норасоии мутахассисон дар ҳамаи вилоятҳо мушоҳида карда мешавад.

Дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон гарчанде, ки то имрӯз ҳамшираҳои тиббии оилавӣ намерасанд, вале дар Коллеҷи тиббии ш.Хуруғ факултети кори умумитиббӣ то ҳол ташкил карда нашудааст ва дар заминаи он ҳамшираҳои тиббии оилавӣ омода карда намешаванд.

Дар Вилояти Суғд вазъи таъминнокӣ бо мутахассисони миёнаи тиббӣ нисбатан хубтар мебошад. Дар заминаи Коллеҷи тиббии ш.Хучанд ҳамшираҳои тиббии оилавӣ омода карда мешаванд. Ҳамчунин масъалаи норасоии кадриро ба инобат гирифта, соли 2018 дар Коллеҷи тиббии ш.Конибодом факултети кори табобатӣ кушода шуд, ки ҳоло дар он ҳамшираҳои тиббии оилавӣ омода карда мешаванд.

Дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳур ва Вилояти Хатлон низ то ҳол норасоии мутахассисон мушоҳида карда мешавад.

Сабабҳои асосии то ҳол ба пуррагӣ таъмин набудани муассисаҳои КАТС бо ҳамшираҳои тиббии оилавӣ ин ба ҷои кор ҳозир нашудани мутахассисон, бинобар сабабҳои оилавӣ ва муҳочирати онҳо, зиёд будани сарбории ҳамшираҳои тиббии оилавӣ – 750 нафар аҳоли, ки дар як қатор минтақаҳо он то 1000-1500 нафар аҳоли сари ҳамшираи тиббии оилавӣ рост меояд мебошад.

Хулоса. Таҳлилҳо нишон медиҳанд, ки вазъи таъминотнокии муассисаҳои КАТС бо ҳамшираҳои тиббии оилавӣ дар манотиқи канорӣ ҷумҳурӣ ба ғайр аз ш.Душанбе, ки зарурияти воридсозии тиббии оилавӣ дар онҳо баланд аст ҳалталаб боқӣ мемонад. Ҳамкориҳои пайвастаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо муассисаҳои таълимӣ ва мақомотҳои иҷроияи ҳокимиятҳои давлатӣ дар маҳалҳо метавонад дар солҳои минбаъда боиси баргарафшавии муаммои мазкур гардад.



*Бакоев Ф.С., Махмудова М.М., Алишеровна Н.А.*

## СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить клинические особенности сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей, родившихся с признаками внутриутробной инфекции.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 86 больных, поступивших с внутриутробной инфекцией в ОК РТ «Истиклол» в отделение новорожденных на второй этап выхаживания. Из них у 25 детей были выявлены изменения со стороны сердца, укладывающиеся в клинику миокардита.

Всем детям проводилось клиническое наблюдение, общий анализ крови, мочи, ЭКГ, ЭхоКГ сердца, рентгенография грудной клетки, бактериологические посевы крови на флору и чувствительность к антибиотикам, иммуноферментный анализ крови (ИФА).

**Результаты.** Из анамнеза выявлено, что дети родились от больных матерей, перенесших во время беременности ОРВИ, причем 12 матерей - неоднократно. Из них у 12 был бронхит, у 26 - иелонефрит, у 3 диагностировали пневмонию, у 23 - цитомегаловирусную инфекцию, у 23 - герпес. Состояние детей при поступлении в клинику было тяжелое: бледность кожных покровов, выраженная одышка, цианоз губ, акроцианоз, отмечалось срыгивание, грудь брали неохотно, сосательные и все другие физиологические рефлексы были снижены. У 19 детей миокардит проявился прогрессирующей чрезмерной тахикардией (до 200 и более ударов в минуту), сердечной аритмией, тахипноэ, бледностью кожи, холодными конечностями, незначительным участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, на фоне отсутствия поражения легких. У всех детей ясный систолический шум в сердце выслушивался на верхушке, отчетливо слышны были расщепление II тона во втором межреберье слева (9), ритм галопа (4). Пальпировалась печень (14), отмечалась олигоурия (22). У всех детей УЗИ и рентгенографии грудной клетки выявлена кардиомегалия. На ЭКГ обычно виден был низкий вольтаж комплекса QRS в отведениях aVF, V1-2, V5-6, инверсия зубца Т и депрессия S-T в левых прекардиальных отведениях, отмечалось явная гипертрофия стенок желудочков.

**Выводы.** Таким образом, у всех новорожденных детей необходимо обратить особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы, проводить инструментальные и клинико-лабораторные исследования, так как довольно часто наблюдается миокардит.

*Бандаев И.С., Джонова Б.Ю.*

## АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ПМСП

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести анализ процесса внедрения бизнес-планирования в учреждения ПМСП.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов самостоятельных мониторинговых визитов по внедрению бизнес-планирования за 2018 год в СЦЗ Восейского района Хатлонской области Республики Таджикистан.

**Результаты.** Исследование показало, что внедрение бизнес-планирования укрепило связь между медицинскими работниками и лидерами общин и способствовало повышению информи-

рованности населения по вопросам здоровья. Анализ показателей количества посещений в учреждение, количества посещений на дому, посещения на уровне врачей и на уровне медицинских сестер показал увеличение данных показателей на уровне СЦЗ. Результаты анализа показателей количества домашних родов, раннего охвата беременных женщин на антенатальное наблюдение показывают, что уровень оказания медицинских услуг матерям и детям на уровне СЦЗ улучшается. Выявлено, что проведение на регулярной основе мониторинга исполнения бюджета позволило руководителям СЦЗ быть осведомленными относительно неиспользованной части бюджета, способствовало совершенствованию их управленческих навыков в использовании бюджета. В то же время мониторинги по бизнес-планированию показывают, что часто бюджетные средства СЦЗ недоступны для использования в первом и даже во втором квартале года. Несомненным достижением внедрения бизнес-планирования является повышение качества оказания медицинских услуг и ведения медицинской документации. Поскольку механизм бизнес-планирования подразумевает участие каждого медицинского работника в выборе приоритетных задач, то и в реализации бизнес плана участвует весь медицинский персонал СЦЗ, включая прикрепленные Дома здоровья. Одним из основных барьеров при внедрении бизнес-планирования является сложность качественного сбора данных на уровне учреждений ПМСП. Результаты мониторингов показали, что в ряде учреждений ПМСП журналы и медицинские карты заполняются неверно. Другие наиболее частые недостатки, выявленные при мониторинге бизнес-планирования, – это отсутствие протоколов проведенных мероприятий на местах по достижению целей. Для эффективного внедрения бизнес-планирования необходимо непрерывно повышать навыки медперсонала по работе с медицинской документацией, правильному сбору данных и их интерпретации. В ходе мониторингов по бизнес-планированию выявляются общие проблемы развития ПМСП и семейной медицины на местах: недостаточное количество обученных семейных врачей и медицинских сестер, отсутствие воды в учреждениях, недостаточная обеспеченность лекарственными препаратами, необходимость непрерывного повышения профессиональных знаний и навыков медицинских специалистов.

**Выводы.** В настоящее время механизм бизнес-планирования внедряется на уровне учреждений ПМСП 23 районов страны. Для дальнейшего поэтапного внедрения бизнес-планирования в других районах страны подготовлены три областные команды - в ГБАО, Согдийской и Хатлонской областях, адаптированы и утверждены национальные инструменты, в том числе электронные шаблоны инструментов бизнес-планирования. Также следует регулярные поддерживающие регулярные мониторинговые визиты на местах.

*Бандаев И.С., Раунов Ф.О., Джуракулова Ф.М., Ходжиматова З.Ф.*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПРИНЦИПУ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП ГОРОДОВ И РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить ситуацию по предоставлению качественных медицинских услуг, основанных на принципах семейной медицины, на уровне городских и районных центров здоровья сети учреждений ПМСП республики.

**Материал и методы.** Для проведения данного мероприятия использован подготовленный «Вопросник для оценки качества предоставления медицинских услуг по принципам семейной медицины на уровне учреждений ПМСП городов и районов республики».

**Результаты.** По сравнению с результатами 2017 года, количество менеджеров сети учреждений ПМСП городов и районов республики, которые прошли курсы менеджмента по здравоохранению, на 15% выше в 2018 году, однако менеджеры не проходили курсы по семейной медицине, что, в свою очередь, затрудняет эффективное внедрение семейной медицины в практику

здравоохранения. Отмечается недостаточное внимание и контроль со стороны менеджеров сети учреждений ПМСП или их заместителей в вопросах внедрения принципов семейной медицины на практике. Отмечается большой отток подготовленных семейных врачей, который составляет более 16% (331 чел.) и семейных медсестер (около 7%). Отмечается большая нагрузка на семейных врачей и семейных медсестер (при норме нагрузки 1500 населения на 1 семейного врача и 750 населения на 1 семейную медсестру, в некоторых районах нагрузка составляет 3500-5000 населения на 1 семейного врача и 1000-1500 населения - на 1 семейную медсестру), при этом с каждым годом население растет, а ставки медицинского персонала не пересматриваются. В ряде учреждений отмечается недостаток специалистов семейной медицины. До сих пор на уровне ГЦЗ или РЦЗ работают большое количество узких специалистов (акушер-гинекологов, хирургов, урологов, ЛОР-врачей, терапевтов, педиатров), эти специалисты могут быть переобучены в семейных врачей.

**Выводы.** Продолжить переподготовку семейных врачей и семейных медсестер за счет врачей узких специалистов и работающих медицинских сестер. Решить вопрос о необходимости назначения заместителей менеджеров сети учреждений ПМСП в городах и районах ГБАО. Необходимо на уровне МЗиСЗН РТ пересмотреть штатное расписание на уровне учреждений ПМСП в соответствии с реальным количеством населения, обслуживаемым со стороны семейного врача и семейной медсестры. Изыскать возможность поощрения специалистов семейной медицины на уровне учреждений ПМСП за хорошие показатели деятельности. Налаживание тесного сотрудничества между семейными врачами, акушер-гинекологами и другими специалистами узкого профиля, основанное на обслуживании населения по принципам семейной медицины. Необходимо поэтапно решить вопрос об интеграции специализированных центров, функционирующих на уровне районов и городов, в систему первичной медико-санитарной помощи.

*Бандаев И.С., Холова С.Г., Худойдодова Ф.А., Раунов Ф.О.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка состояния непрерывного медицинского образования (НМО) специалистов по семейной медицине и разработка рекомендаций для последующего совершенствования данной системы в стране.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужили перекрестное исследование и количественный анализ изучения профессиональных характеристик семейных врачей (СВ) и их восприятия различных форм и методов НМО. Семейные врачи были отобраны методом случайной выборки на основе списков, предложенных менеджерами сети учреждений ПМСП из 6 пилотных (Шахринав, Турсунзаде, Восе, Хамадони, Рудаки и Файзабад) и 6 непилотных районов (Гиссар, Рашт, Хуросон, Бохтар, Вахш и Дусти). Использовался структурированный вопросник, состоявший из 35 закрытых вопросов.

**Результаты.** По результатам исследования, как в пилотных, так и в непилотных районах среди СВ мужчин больше, чем женщин (соотношение мужчин к женщинам 2,5:1 и 1,8:1 соответственно). Возраст около 80% семейных врачей, участвовавших в анкетировании, варьировал между 31 и 60 годами. Сравнительный анализ общего стажа работы врачей из пилотных и непилотных районов варьирует между 21-30 (32%) и свыше 30 лет (23%). Врачи во всех исследуемых районах имеют сравнительно небольшой стаж работы в должности семейного врача - меньше 5 лет 56% и 45% соответственно и стаж работы в течение 6-10 лет 40% и 41% соответственно.

Результаты исследования показали активное участие врачей из всех районов на мероприятиях по НМО. Значительное число семейных врачей из пилотных (46%) и непилотных районов (36%)

ответили, что последний раз проходили курсы УСО в период 2014 – 2016 гг. 29% СВ из пилотных и 36% из непилотных районов отметили, что ни разу не проходили УСО по специальности. Как отметили большинство семейных врачей из пилотных и непилотных районов (41% и 37%), тематика последнего цикла УСО, которые они прошли, была связана с презентацией новых клинических протоколов (антенатальный уход, заболевания органов дыхания, мочевыделительной системы и др.). Относительно продолжительности циклов УСО 58% семейных врачей из непилотных и 28% из пилотных районов считают, что продолжительность курсов УСО в 1 месяц достаточна для обновления знаний.

Общая информация о группах «Равный равному» (ГРР) была включена в вопросник, с которой были ознакомлены семейные врачи всех районов, принимающих участие в анкетировании. Почти все респонденты (99%) из пилотных районов и 69% из непилотных районов имеют информацию о ГРР. Как отметили 67% участников ГРР, за последние 12 месяцев ими было проведено больше 8 встреч групп, 12% 3-5 встреч и 11% СВ провели 5-7 встреч. Наименьшее количество встреч (1-2 в течение года) проведено 10% респондентов.

Для оценки участия СВ на других образовательных мероприятиях преобладающее большинство СВ из пилотных (47%) и непилотных (32%) районов отметили, что регулярно готовят рефераты и выступают на лечебных и научных мероприятиях поликлиник. На втором месте по частоте врачи пилотных и непилотных районов отметили наставничество над молодыми СВ (29% и 14% соответственно). Дистанционное обучение было отмечено 9% врачей из пилотных районов и 7% врачей непилотных районов отметили руководство интернами. Всего 2-6% респондентов из всех районов отметили такие образовательные мероприятия, как публикация статей в зарубежных научных журналах с соавтором и без, выступления на областных, республиканских, зарубежных и международных конференциях.

**Выводы.** Согласно результатам исследования, семейные врачи из пилотных и непилотных районов активно участвуют в мероприятиях как в традиционных формах НМО, так и современных, доступных его формах.

*Бандаев И.С., Худойдодова Ф.А., Холова С.Г., Джонова Б.Ю.*

## ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ НА БАЗЕ УЧЕБНО-КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В СТРАНЕ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Вопрос подготовки специалистов по семейной медицине является приоритетным направлением «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы» и «Стратегического плана развития первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины в Республике Таджикистан на 2016-2020 годы».

**Цель.** Оценить подготовку специалистов семейной медицины в 15-ти учебно-клинических центрах по семейной медицине: республиканском, областных в ГБАО, Хатлонской и Согдийской областях, а также в городах Куляб, Истаравшан, Пенджикент, Канибадам, Турсунзаде, Вахдат в районах Рашт, Дангара, Шахритуз, Рудаки и Шахринав.

**Материал и методы.** Оценка проведена на основании анализа ежеквартальных отчетов по обучению специалистов семейной медицины на базе 15 учебно-клинических центров и межрайонных отделений за последние 5 лет.

**Результаты.** Развитие кадрового потенциала специалистов по семейной медицине было начато с введения 6-месячной программы переподготовки семейных врачей. За последние пять лет, за период с 2014 по 2018 гг., в 15-ти учебно-клинических центрах по семейной медицине подготовлено 7448 специалистов, из них 1860 семейных врачей и 5588 семейных медсестёр. В сравнении с предыдущими годами (с 2009 по 2013 годы) количество переподготовленных по



семейной медицине возросло на 3674 специалистов, количество обученных семейных врачей составило 1860 (в предыдущие годы – 1480), количество переподготовленных семейных медсестер 5588 (в предыдущие годы – 2294). В настоящее время в республике работают 2813 семейных врачей (что составит 48,1% потребности по численности населения) и 6071 семейная медсестра (что составит 52% потребности по численности населения). Следует отметить высокую утечку специалистов по семейной медицине.

В динамике анализ численности подготовленных семейных врачей и медсестер за последние 5 лет демонстрирует устойчивый рост. Абсолютное число семейных врачей возросло в каждом регионе. Наибольшее количество семейных врачей работает в г. Душанбе и Согдийской области, что прямо пропорционально относительной численности населения и, можно также сказать, отражает интерес и работу региональных менеджеров здравоохранения по своевременному и эффективному внедрению семейной медицины. В настоящее время переподготовка специалистов по семейной медицине происходит как пилотным способом, так и повсеместно на национальном уровне.

**Выводы.** На основании проведенного анализа по подготовке специалистов по семейной медицине можно сделать вывод, что потребность к подготовке специалистов по семейной медицине остаётся актуальным вопросом в Республике Таджикистан. Учитывая недостаточное количество специалистов по семейной медицине в стране, следуют продолжать их подготовку повсеместно, используя имеющиеся для этого ресурсы.

*Баратов А.К., Джураев Ш.М., Абдусаматов К.А.,  
Рахимов Ф.Р., Мухаммадиева Х.С.*

## АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ непосредственных результатов ангиопластики и стентирования периферических артерий.

**Материал и методы.** За период 2005-2018 гг. эндоваскулярному лечению подверглось 96 больных (61 мужчина и 35 женщин) в возрасте от 5 до 79 лет. Локализация поражения: почечная артерия (43), артерии нижних конечностей (43), подключичная артерия (12), висцеральные артерии (3) и позвоночная артерия (1). Операции выполнены на ангиографических установках Inpixon CC, Inpixon VS-i (Тошиба, Япония). Из 43 пациентов с вазоренальной гипертензией двухсторонний процесс имел место в 3 случаях. Этиология поражения: атеросклероз (32), неспецифический аортоартериит (6) и фибромускулярная дисплазия (2). По данным ангиографии, стенозирование почечных артерий было в пределах 70-99%. Поражение подключичной артерии атеросклеротического генеза выявлено у 12 больных; стенозы варьировали от 75% до полной окклюзии. Поражение охватывало I порцию артерии, и в 4 случаях имелся синдром подключичного обкрадывания. У 36 пациентов (30 мужчин, 6 женщин) имелась ишемия нижних конечностей в стадии суб- (10) и декомпенсации (26). Все эти пациенты имели коморбидный фон: сахарный диабет (21), ИБС (18) и артериальную гипертензию (16). Синдром хронической абдоминальной ишемии был диагностирован у 3 женщин на фоне неспецифического аортоартериита. Субтотальные стенозы чревного ствола (2) и верхней брыжеечной артерии (1) были выявлены в ходе аортографии. У 1 пациента с симптомами вертебробазиллярной недостаточности диагностирован критический стеноз устья левой позвоночной артерии на фоне её кинкинга. 7 пациентам ввиду многоэтажности поражения выполнены гибридные операции.

**Результаты.** Ангиографический результат стентирования почечных артерий был удовлетворительным во всех случаях. В 3 случаях остаточный стеноз был не более 20%. 3 пациентам с билатеральным поражением сосуда стентированы поэтапно. В общей сложности имплантировано

43 стента диаметром 4-8 мм и длиной 12-29 мм. Этим больным одновременно выполнены: коронарное стентирование (12), стентирование чревного ствола (1), верхней брыжеечной (1), общей подвздошной (1) артерий и гибридная операция (1). Осложнений и летальных исходов не было. 12 пациентам с поражением подключичной артерии имплантированы стенты диаметром 7-8 мм и длиной 17-37 мм. В 4 случаях остаточный стеноз был не более 15%. Во всех наблюдениях после установки стентов интраоперационно стал определяться пульс на лучевой артерии поражённой конечности. В 2 случаях симультанно выполнены: коронарное стентирование и гибридная операция. Осложнений и летальных исходов также не отмечено. 36 пациентам с ишемией нижних конечностей в 7 случаях выполнено стентирование и в 29 наблюдениях – баллонная ангиопластика. Реваскуляризированы следующие артерии: общая и наружная подвздошная (3), общая бедренная (1), поверхностная бедренная (14), подколенная (15), тibiоперонеальный ствол (6), задняя большеберцовая (11), передняя большеберцовая (9) и малоберцовая (7). Осложнение в виде гематомы области пункции имело место в 4 случаях. У 4 пациентов с исходной декомпенсацией кровообращения ангиопластика не дала желаемого результата, что в итоге закончилось ампутацией конечности. Летальных исходов не было. Ангиографический результат стентирования позвоночной (1) и висцеральных (3) артерий был приемлемым, специфических осложнений при этом не наблюдалось. 7 пациентам в возрасте 63-78 лет выполнены различные варианты гибридных операций: в основном это были сочетания шунтирующих операций с ангиопластикой или стентированием. Летальных исходов и осложнений в этой группе не отмечено.

**Выводы.** Ангиопластика и стентирование в ряде случаев позволяют достичь основной цели лечения больных с облитерирующими заболеваниями артерий – восстановить проходимость суженного или закрытого сосуда и тем самым предотвратить развитие фатальных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

*Бахроми М.Т., Асрори Х.М., Шоджонов М.М.*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Провести сравнительный анализ изменений различных показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) при оценке критериев выбора комбинированных гипотензивных препаратов первой линии у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы.** В рамках рандомизированного исследования было обследовано 53 пациента, из них 35 женщин (66%) и 18 мужчин (34%). Средний возраст обследованных больных составил  $64,5 \pm 5,5$  лет. Критерием отбора являлось наличие артериальной гипертензии (АГ) 2-3 степеней (ст.), СД 2 типа в стадии компенсации. Все больные были разделены на две группы. Пациенты I группы получали комбинацию эналаприл+гидрохлортиазид (эналаприл НЛ) в дозе 10/12,5 мг/сут., II группы - лозартан + амлодипин (лортенза) в дозе 50/10мг/сут. Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД (СМАД) в начале исследования и в динамике наблюдения через 12 недель. Определяли среднее систолическое и диастолическое АД за сутки (СрСАД/сут. и СрДАД/сут.), дневное среднее САД и ДАД (ДнСрСАД и ДнСрДАД), среднее ночное САД и ДАД (Сн САД и Сн ДАД), индекс времени САД и ДАД (Ив САД и Ив ДАД), вариабельность САД и ДАД за сут. (Var САД/сут. и Var ДАД/сут.), а также величину и скорость утреннего подъема САД и ДАД.

**Результаты.** У пациентов I группы, принимавших комбинацию эналаприл+ гидрохлортиазид (эналаприл НЛ) целевой уровень АД достигал 85%, а во II группе, принимавшей комбинацию лозартан+амлодипин, целевой уровень АД достиг более 92%. При анализе показателей в I группе у пациентов наблюдалось

уменьшение СрСАД/сут. на 13,3% за счет ДнСрСАД и СрДАД/сут. - на 10,5%, а у пациентов II группы - СрСАД/сут. снизилось на 11,7% за счет ДнСрСАД на 10,2% и на 15,8% - за счет Сн ДАД. При анализе Ив САД и ИвДАД в I группе отмечалось уменьшение на 21,6% за счет дневного Ив САД и на 18,3% - за счет ночного ИвДАД в отличие от II группы, где показатели дневного Ив САД 15,8% и ночного ИвДАД на 24,7%. Также достоверно уменьшались показатели "утренней фазы" суточного профиля АД, что способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), возникающих в это время суток.

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с АГ 2-3 ст. при сравнительном анализе клинико-гемодинамических особенностей выявлено, что комбинация эналаприл + гидрохлортиазид способствовала коррекции как дневного, так и ночного изменения суточного профиля АД. Однако показатели гемодинамики во II группе пациентов, которые принимали комбинацию лозартан + амлодипин, были более значимы как в отношении САД, так и ДАД. Выявленный характерный профиль изменения АД на фоне использования данных комбинаций показывает суммарный эффект влияния ее компонентов на ОПСС, что имеет достаточную доказательную базу их влияния на органопротективные свойства у больных СД 2 типа. Это расширяет возможности комбинированной терапии у данной группы больных, отличающихся высоким риском осложнений.

*Бегмырадов Б.С., Мухаммедова Д.Г.*

## ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Актуальность.** Хронический панкреатит - это прогрессирующее заболевание поджелудочной железы. Пренебрежение лечением или его нарушение приводят к атрофии строения железы (панкреатитов) и покрытию ее соединительной тканью (фиброз). Введение в последнее время эффективных лекарственных средств дало возможность уменьшить проявление симптомов заболевания и быстро достигнуть ремиссии. За последние годы в самых развитых странах мира частота заболевания у молодых людей заметно увеличилась. Средний возраст пациентов, страдающих этим заболеванием, в среднем снизился с 50 до 39, распространенность заболевания среди женщин увеличилась на 30%.

**Цель.** Составление основных принципов консервативного лечения хронического панкреатита: устранение боли, достижение стабильной работоспособности поджелудочной железы, уменьшение секреции железы, урегулирование экскреторной недостаточности, углеводного обмена, устранение симптомов нарушения метаболизма.

**Материал и методы.** Доказательная медицина при лечении хронического панкреатита утверждает, что причина, приводящая к увеличению ферментов КПД, сопровождаются действием минимикросферической формы препарата креон. В результате асинхронизма, эффективность использования креона намного больше, чем ферментных средств таблетированной формы (степень доказательства А, В). Более плотные частицы (в том числе таблетки, покрытые кислотоустойчивой энтеросолюбильной пленкой) не успевают уменьшиться в желудке до требуемых размеров, и с помощью комплекса мигрирующего мотора попадают в двенадцатиперстную кишку (степень доказательства А). Попадая в дуоденум, 90% липазы, являющейся составной частью креона, освобождается в течение 45 минут (степень доказательства А), мини-микросферические средства, покрытые двухслойной пленкой, устраняют боль, возникшую при панкреатите (степень доказательства В).

**Результаты.** После проведенных исследований у 58 больных выяснено, что длительное использование лекарственного средства креон 25 000 при хроническом панкреатите значительно снижает темп и продолжительность абдоминального болевого синдрома. В период обострения заболевания назначаются блокаторы H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов, а затем ингибиторы протонной помпы. В качестве дополнения для устранения симптомов боли и диспепсии назначается прием не всасываемых в желудочно-кишечном тракте антацидов, спустя 1,5 часа после приема пищи и перед сном.

**Выводы.** Назначение спазмолитических средств, ферментов, ингибиторов протонной помпы, не всасываемых в желудочно-кишечном тракте антацидов, пациентам, страдающим хроническим панкреатитом в конце первых суток уменьшает симптомы боли и синдрома диспепсии, а по истечению трех недель и вовсе устраняет их полностью. При назначении лечения хронического панкреатита и выборе лекарственных средств требуется выполнять рекомендации ВОЗ: назначать лекарственные препараты, эффективность и безопасность использования которых была доказана; не назначать повторного приема лекарственного препарата без основательных на то причин; высокая эффективность, безопасность использования лекарственных средств должны быть подтверждены научными данными, полученными вследствие проведения клинических и эпидемиологических исследований, проведенных в лечебно-профилактических учреждениях. При хроническом панкреатите энтеральное питание, минимикросферические ферменты, ингибиторы протонной помпы улучшают прогноз болезни.

*Бекмуродзода С.Б., Шарифов К.О., Маджонова М.М., Саидов Ё.У., Каримова Г.Н., Умаров Б.А.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В ИНТЕНСИВНОМ РЕЖИМЕ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Комплексная клинико-лабораторная оценка эффективности применения инъекционной формы метотрексата (методжекта - МТЖ) по индексу DAS28 у пациентов с развернутым ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 43 больных (37 женщин и 6 мужчин) с достоверным диагнозом РА, в возрасте от 24 до 66 лет (средний возраст 56,4±4,3). Подавляющее большинство пациентов - 38 (88,2%) - были серопозитивными по ревматоидному фактору – 85,3% и имели III степень активности заболевания по индексу DAS28 (57,2%).

Всем пациентам был назначен МТЖ в первоначальной дозе 7,5 мг/нед. с быстрой эскалацией дозы препарата до 20-25 мг/нед. с целью достижения максимально возможного терапевтического эффекта.

**Результаты.** На фоне проводимой терапии у большинства больных с ранним РА наблюдалось достоверное снижение активности воспалительного процесса по DAS 28. В целом, через 12 мес. терапии суммарная частота достижения состояния низкой активности заболевания/клиническая ремиссия у обследованных пациентов с РА составила 79,2%, что свидетельствует о высокой эффективности препарата.

**Выводы.** Таким образом, интенсивная монотерапия МТЖ эффективно контролирует течение активного РА, ассоциируется с более стабильным противовоспалительным эффектом и удовлетворительным профилем безопасности/стоимости, а также высокой частотой развития клинической ремиссии (у 55% обследованных).

*Бекмуродзода С.Б., Шарифов К.О., Маджонова М.М., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Зубайдов Р.Н.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СТРАТЕГИИ «TREAT TO TARGET» У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Цель.** Оценить эффективность активной контролируемой терапии с применением подкожной формы метотрексата (МТ) – методжекта (МТЖ), основанной на принципах стратегии "Тreat to target – T2T" - "Лечение до достижения цели", у пациентов с ранним ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** В исследование было включено 26 больных (19 женщин и 7 мужчин) с достоверным серопозитивным ранним РА (по критериям ACR/EULAR, 2010 г.), средний возраст – 46,4±3,8 лет, активность II-III степени.

Всем пациентам была назначена МТЖ в первоначальной дозе 7,5 мг/нед с быстрой эскалацией дозы препарата до 20-25 мг/нед. Основным инструментом оценки активности РА, эффективности проводимой терапии и верификации состояния клинической ремиссии являлся индекс DAS28.

**Результаты.** На фоне проводимой терапии в условиях тщательного контроля и улучшения приверженности пациентов с ранним РА через 3 мес. у подавляющего большинства (69,1%) была получена существенная статистически значимая ( $p < 0,05-0,001$ ) положительная динамика общепринятых клинико-лабораторных показателей активности заболевания (число пораженных суставов, СРБ, СОЭ). Достоверность различий сохранялась по изучаемым параметрам до окончания исследования. В целом, через 12 мес. терапии по индексу DAS 28 суммарная частота достижения состояния низкой активности заболевания/клиническая ремиссия у пациентов с ранним РА составила 84,5%.

**Выводы.** Интенсивная монотерапия МТЖ в рамках стратегии T2T эффективно контролирует течение раннего РА, ассоциируется с более стабильным противовоспалительным эффектом и удовлетворительным профилем безопасности/стоимости, а также высокой частотой развития состояния низкой активности заболевания/ремиссии.

*Бекова Ш. Х., Файзалиева Г.С., Нозимов М.О.*

## К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Различные нарушения ритма сердца встречаются у каждого четвертого кардиологического пациента. Основную долю среди пациентов с нарушением ритма сердца занимает фибрилляция предсердий (ФП). Развитие данного вида нарушения сердечного ритма увеличивает риск внезапной смерти. В связи с этим ранняя их диагностика и оптимизация лечения продолжают быть актуальными.

**Цель.** Оценить распространённость фибрилляции предсердий и подходы к ее лечению (на примере г. Душанбе).

**Материал и методы.** Проводилось перспективное исследование и оценка результатов лечения 55 пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), находившихся в период 2010-2017 годы на лечении в ГУ РКЦК МЗиСЗН РТ. Мужчин было 38 (69,1%), женщин - 17 (30,9%). Средний возраст равнялся 59,5±4,7 лет. У 33 (60%) пациентов зарегистрирована пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП), у 12 (21,8%) - впервые возникший пароксизм. Диагностика ФП базировалась как на основании клинических данных, так и результатах ЭКГ, ЭхоКГ и Холтер-мониторирования.

**Результаты.** Этиологическим фактором фибрилляции предсердий (ФП) наиболее часто служила сердечная патология. У 60% больных причиной фибрилляции предсердий (ФП) явилось сочетание АГ с ИБС, у 5,5% - миокардиты и у 9,1% - ИБС. Среди других причин фибрилляции предсердий (ФП) ведущую роль играла патология щитовидной железы. Так, у 21,8% пациентов был диагностирован смешанный зоб, в 3,6% случаев - болезнь Хасимото. Большинству пациентов был назначен амиодарон как в виде инфузии, так и в таблетированной форме. Небольшим группам пациентов был назначен новокаинамид (7,3%) и дигоксин (9,1%). Дополнительно проводилась коррекция электролитов. При ИБС пациентам дополнительно были назначены нитраты, антиагреганты, антикоагулянты, β-блокаторы. Необходимо отметить, что консервативная терапия амиодароном способствовала выздоровлению 81,8% пациентов и восстановлению нормального синусового ритма. У 12 (85,7%) пациентов с патологией щитовидной железы на ЭКГ были

регистрованы признаки ФП, им проводилось хирургическое лечение патологии щитовидной железы. В последующем во всех случаях отмечалась нормализация сердечного ритма.

**Выводы.** 1. Наиболее часто ФП выявляется у пациентов с сочетанием ГБ, ИБС и при патологии щитовидной железы 2. Более половине пациентов для поддержания синусового ритма необходимо проведение комбинированной антиаритмической терапии. 3. При патологии щитовидной железы, являющейся одной из частых причин ФП, особенно в связи с высокой распространенностью йоддефицитных состояний в условиях нашего региона, необходимо осуществлять своевременное диспансерное наблюдение.

*Беркелиева М.М., Халмурадова М.Х.*

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛЮПУС-НЕФРИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 30 ЛЕТ

Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии и клинической фармакологии Туркменского государственного медицинского университета  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Актуальность.** Поражение почек при системной красной волчанке (СКВ) развивается у 40-80% пациентов, из них у 15-20% прогрессирует в терминальную стадию почечной недостаточности. Вопрос лечения люпус-нефрита (ЛН), равно как и прогноз, в значительной мере определяются морфологическим классом и тяжестью течения заболевания.

**Цель.** Сравнительное изучение эффективности двух схем иммунодепрессивной терапии в индукционном периоде при III–IV классах ЛН у женщин старше 30 лет.

**Материал и методы.** Исследовали 73 больных - женщин с активным ЛН, клинически соответствующим III–V морфологическим классам, с дебютом заболевания от 29 до 44 лет, со СКФ > 40 мл/мин. Все пациентки были разделены на 2 группы: в 1-й группе (n=34) индукционная терапия включала циклофосфамид (ЦФ) в дозе 500 мг каждые 2-3 недели в виде однократной инфузии в течение 3 месяцев в сочетании с преднизолоном 0,6-0,8 мг/сут. Во 2-й группе (n=39) индукционная терапия включала преднизолон 0,6-0,8 мг/сут. в сочетании с микофенолата мофетиллом (МФ) в дозе 2-3 г/сут. В тяжелых случаях в обеих группах применялся метилпреднизолон 0,5-0,75 г/сут. в течение 3 дней с последующим пероральным приемом преднизолона в дозе 30 мг/сут. с последующим снижением до 5 мг/сут. в течение 3 месяцев.

**Результаты.** Полная ремиссия была достигнута у 78% 1-й группы и 73% 2-й группы пациенток (p < 0,05). Овариальная недостаточность с гипоэстрогемией наблюдались у 25% 1-й группы, хотя у них отмечалось уменьшение количества обострений СКВ, в сравнении с группой пациенток без нарушений менструального цикла.

**Выводы.** У женщин старше 30 лет или с риском овариальной дисфункции предпочтительнее применять минимальные дозы ЦФ или выбрать МФ как для индукционной, так и для поддерживающей терапии. У женщин, уже получавших ЦФ и набравших суммарно 5 г препарата, МФ предпочтителен в качестве препарата первого выбора, на обоих этапах терапии. ЦФ может быть рекомендован вместо МФ при наличии признаков терапевтической неэффективности МФ.

*Беркелиева М.М., Халмурадова М.Х., Оразбердыев Я.Б.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИВАРОКСАБАНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии и клинической фармакологии Туркменского государственного медицинского университета  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Актуальность.** Обострение ишемической болезни сердца сопровождается выраженной активацией плазменного звена системы гемостаза, что требует использования препаратов, блокирующих коагуляционный каскад. Появление прямых пероральных антикоагулянтов позволяет пролонгировать антикоагуляционную фазу лечения у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

**Цель.** Сравнительное изучение эффективности инновационного перорального антикоагулянта, прямого ингибитора Ха фактора – ривароксабана при остром коронарном синдроме.

**Материал и методы.** Исследовали 55 больных, поступивших в стационары с ОКС. 23 больных получали ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день в течение 3 недель в сочетании с кардиоаспирином 100 мг/сут (1-я группа). В группе сравнения (2-я группа – 32 больных) больные получали кардиоаспирин 75-300 мг/сут и гепарин. При этом анализировали показатели свертывания крови, липидный профиль, изменения ЭКГ и клинических данных в динамике.

**Результаты.** У больных 1-й группы за время наблюдения не возникали осложнения (смерть, ИМ, инсульт или рецидив тяжелой ишемии, вызывавший необходимость реваскуляризации), при этом большие кровотечения не наблюдались. У 7 (32%) больных 2-й группы возникли повторные случаи ОКС, потребовавшие дополнительной антикоагулянтной терапии.

**Выводы.** Таким образом, добавление низкой дозы ривароксабана к стандартной двойной антиагрегантной терапии у больных с синусовым ритмом, перенесших обострение ИБС, сопровождается снижением как сердечно-сосудистой, так и общей смертности, а также позволяет улучшить прогноз пациентов высокого атеросклеротического риска, перенесших ОКС, и снизить у них вероятность развития тромбоза стента и возникновения повторного ИМ.

*Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Субхонова З.И.*

## РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В РАЗВИТИИ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить влияние почечной недостаточности на функцию левого желудочка.

**Материал и методы.** Наблюдаемые больные нефрологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с различной стадией хронической болезни почек (ХБП) в количестве 38 человек в возрасте от 45 до 60 лет были разделены на две группы. В первую группу вошли 19 больных (11 (57,8%) женщин и 8 (42,1%) мужчин) с 1 и 2-ой стадиями ХБП (снижение СКФ до 60 мл/мин), а во вторую включены 19 больных (13 (68,4%) женщин и 6 (37,6%) мужчин) с 3-ей и 4-ой стадиями ХБП (снижение СКФ менее 60 мл/мин).

Больным проводилось стандартное клинико-anamnestическое обследование с акцентом на трансторакальную ЭхоКГ с оценкой фракции выброса левого желудочка. Лабораторные методы включали определение общих анализов крови и мочи, анализов мочи методами Зимницкого и Реберга-Тареева, уровней мочевины, креатинина, общего холестерина, сахара крови, липидного состава и электролитов крови.

**Результаты.** Для большинства больных с ХБП характерно поражение миокарда и его функций. У всех пациентов на ЭКГ отмечались признаки гипертрофии левого желудочка. Комплексная диагностика больных с использованием трансторакальной ЭхоКГ показывает, что в первой группе у больных на ранних стадиях почечной недостаточности показатели фракции выброса, систолической функции левого желудочка и состояние аорты практически не изменялись, в то время как у них же скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка снижена - у 9 (47,7%) больных, а во второй группе с меньшей скоростью клубочковой фильтрацией замедлялась в ещё большей степени. Во второй группе у 11 (57,9%) больных с почечной недостаточностью это было связано с нарастающими уменьшением растяжимости и увеличением жёсткости аорты; у 12 (63,2%) больных фракция выброса составляла 54-49 мл; у 9 (47,7%) больных отмечалось повышение конечно-систолической скорости наполнения левого желудочка; у 19 (100%) конеч-

но-диастолической жёсткости и снижение ранней диастолической скорости наполнения левого желудочка.

**Выводы.** Таким образом, у больных с ХБП между клиническими проявлениями и ЭхоКГ параметрами дисфункции левого желудочка существует определённая связь, тем самым она является одним из основных факторов риска, ускоряющих развитие и прогрессирование именно диастолической дисфункции левого желудочка, что ухудшает прогноз жизни.

*Бобоалиев С.М., Салимов Ч., Одинаев Ш.Ф.*

## ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОРЕОЛОГИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Тромбообразование играет важную роль в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС). Для неотложной помощи необходима ясная и последовательная характеристика антиагрегантной резистентности, с последовательной коррекцией отдельных факторов. Это позволит своевременно изменить терапевтическую стратегию и таким образом кардинально повлиять на дальнейшее развитие заболевания.

**Цель.** Изучить состояние свёртывающей и антисвёртывающей системы крови у пациентов с ИБС на фоне аспиринорезистентности.

**Материал и методы.** Обследованы по 20 пациентов с резистентностью к аспирину (рАСК) и 20 пациентов, чувствительных к аспирину (чАСК). У всех обследованных изучались показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: число тромбоцитов, а также определялась активность фактора Виллебранда (ФВ) в плазме крови. Исследовались следующие показатели плазменного гемостаза: содержание фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), уровень антитромбина III (АТ III). Обследование пациентов и лабораторные исследования проведены на базе международной клиники «Сино».

Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Stat plus».

**Результаты.** При исследовании состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза обнаружено, что у рАСК пациентов в 1-е сут ОКС в периферической крови снижено содержание. Так, число тромбоцитов у резистентных к АСК составило  $143,0 \pm 4,5$ , что статистически значимо меньше, по сравнению с контрольными показателями и группой пациентов с АСКч, соответственно -  $205,0 \pm 2,5$  и  $208,0 \pm 4,0$  тыс/мкл. Нарушение целостности эндотелия неизбежно сопровождается повышением активности фактора Виллебранда, что составило соответственно  $136 \pm 1,5\%$  и  $159 \pm 3,5\%$ . Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), т.е. показатель, позволяющий оценить внутренний путь свертывания крови, у резистентных к АСК пациентов укорачивается, составляя  $35,7 \pm 3,6$  сек. ТВ характеризует конечный этап свертывания крови. Так, контрольные показатели ТВ составили  $17,1 \pm 1,1$  сек, не имея достоверных различий с показателями АСКч – пациентов.

Антикоагулянтная система представлена показателями естественных антикоагулянтов в крови, в частности Антитромбином III (АТ-III). Так, по данным результатов исследования у АСКр пациентов имеется снижение уровня антитромбина и составляет в среднем  $77,5 \pm 3,5\%$  при контроле  $78,7 \pm 4,5\%$ . Необходимо отметить, что при нормальных показателях вязкости плазмы у пациентов (соответственно АСКч и АСКр -  $1,05 \pm 0,05$  и  $1,01 \pm 0,02$  сп) отмечается незначительная тенденция увеличения вязкости крови у АСКр пациентов и составляет в среднем  $3,76 \pm 0,02$  СП (КОНТРОЛЬ -  $3,55 \pm 0,04$ ).

**Выводы.** Особенностью сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у рАСК пациентов является увеличение агрегации тромбоцитов, причём у рАСК пациентов риск тромбообразования повышается 0,5 раза. У пациентов с острым коронарным синдромом имеется повышенный уровень



фактора Виллебранда, что может свидетельствовать о повреждении эндотелия сосудов и можно предполагать возможность зависимости площади повреждения с его уровнем. Состояние свёртывающей системы крови характеризуется сниженным ТВ и АЧТВ, сохраняя повышенный риск тромбообразования. Исключение составляют пациенты с ЧАСК, имеющие повышение количества АТ III, что отражает увеличение антикоагуляционной активности крови.

*Бобоев А.Р., Давлатов А.А., Джононов Дж.Д., Ибрагимов Э.К.*

## УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВОЙ РУБЦОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ СПОСОБОМ MUSTARD`E

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Улучшение результатов устранения послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца кисти модифицированным способом многолокутной Z-пластики – способом Mustard`e.

**Материал и методы.** За период с 2008 по 2018 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии оперировано 95 больных с послеожоговой рубцовой контрактурой большого пальца кисти способом Mustard`e, в возрасте от 3 до 35 лет. Из анамнеза выявлено, что в 47,4% (45) случаев пациенты получили ожог горячими жидкостями (кипятком, горячим супом и др.), в 36,8% (35) – от нагревательных приборов. Сандальные ожоги и ожоги от горячей пищи встречались относительно реже – в 15,8% (15) случаев. Контрактуры были средней степени - в 36 (37,9%) и тяжёлой степени – в 59 (61,3%) случаях.

Все больные подвергнуты оперативному лечению. Дети оперированы под общим наркозом, а пациенты старше 15 лет – под блокадой плечевого сплетения и нейролептаналгезией. Операции выполнены модифицированным способом многолокутной Z-пластики по схеме Mustard`e, так называемой в специальной литературе схемой «jumping-man-plasty» – «прыгающего мужчины». Схему располагали таким образом, что «туловище и руки прыгающего мужчины» находились на тыльной поверхности первого межпальцевого промежутка, а «его голени» – по ладонной поверхности. Оба «бедра» фигуры располагались прямо на стягивающем гребне. Согласно этой схеме выкраивали кровоснабжаемые лоскуты, устранили стяжение и контрактуру, а перемещением выкроенных лоскутов на предназначенные им места укрывали образовавшийся дефект покровных тканей.

**Результаты.** Ранний послеоперационный период у 91 (95,8%) больного протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, расстройств кровообращения в пальцах и выкроенных лоскутах не отмечалось. Кожные швы удаляли на 12-15 сутки, гипсовые лонгеты - на 14-20 сутки, после чего начинали разработку движений в пальцах и кисти. Осложнения имели место у 4 (4,2%) больных в виде краевого некроза треугольных лоскутов. Эти осложнения связаны с рубцовым изменением и плохим кровоснабжением кожи. Некротизированные края лоскутов выпали самостоятельно со вторичным натяжением ран и не влияли на отдалённые функциональные результаты. Отдалённые результаты в сроках от 8 месяцев до 11 лет наблюдали у 85 (89,5%) оперированных больных. В 80 (94,1%) случаях результаты были хорошими и удовлетворительными, движения в пальцах в полном объеме, стягивающих рубцов нет, вид оперированной кисти удовлетворяет пациентов. В 5 случаях через 8-11 лет после операции у детей наблюдалось частичное стягивание рубцов, что было связано с ростом ребенка и его скелета, при отсутствии роста рубцовой ткани по мере роста здоровых тканей. Этим больным выполнили повторную корригирующую операцию, после чего достигнуты хорошие функциональные результаты.

**Выводы.** Таким образом, модифицированный способ многолокутной Z-пластики по Mustard`e позволяет устранять тяжёлые формы послеожоговых рубцовых приводящих контрактур большого пальца и формировать естественный первый межпальцевой промежуток.

*Бодыков Г.Ж., Токмурзиева Г.Ж., Бодыкова Б.С.,  
Бахтиярова М.А., Абабкова М.А., Садыкова М.А.*

## СЕСТРИНСКИЙ АУДИТ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Центр перинатологии и детской кардиохирургии  
г. Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Тенденции развития сестринского дела значительно усиливают роль специалистов сестринского дела в современной системе здравоохранения. С 1994 года функционирует международная программа Joint Commission International (JCI), которая ставит своей целью улучшение качества и безопасности медицинских услуг в международном сообществе.

С целью внедрения передового международного опыта в рамках Дорожной карты по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства в РК на 2016-2020 годы проведена оценка эффективности сестринского аудита с разработкой модели службы мониторинга качества и инфекционной безопасности пациентов и членов их семей.

**Цель.** Научное обоснование и разработка организационно-функциональной модели контроля и оценки деятельности сестринского персонала.

**Материалы и методы.** Проведен анализ документации, нормативно-методической базы; анкетирование. Исследование проводилось на базе Центра перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы. Для систематизации, анализа и статистической обработки полученной информации была создана электронная база данных «Check-листы персонала клиники по блоку инфекционного контроля и сестринского аудита» в программе «Microsoft Office Access 2010». Опросом (анкетированием) охвачены специалисты сестринского дела (200 чел.), из них менеджеры – 17 (1 заместитель директора по сестринскому делу) и 16 старших сестер.

**Результаты.** Разработка и внедрение организационно-функциональной модели контроля и оценки проводились в несколько этапов: определение ответственности субъектов контроля с разработкой и внедрением документированных процедур по оказанию сестринских услуг; определение объема и направления контролируемой деятельности; выявление факторов высокого риска; разработка и внедрение индикаторов показателей деятельности специалистов сестринского дела с определением эффективности вклада в обеспечение безопасности пациента.

По данным социологического опроса, 89,9% респондентов отмечают эффективность внедренных форм сестринской документации как управленческого инструмента регулирования службы внутреннего аудита в обеспечении безопасности сестринских услуг.

Внедрение системы непрерывного и этапного обучения специалистов сестринского дела также выявило необходимость в создании практики проведения трейсеров на постоянной основе, в связи с чем в клинике создан и функционирует совет по качеству специалистов сестринского дела, возглавляемый координатором развития сестринской службы.

Для обоснования эффективности модели контроля и оценки деятельности сестринского персонала структурных подразделений отделений вновь созданной Мониторинговой группой службы сестринского аудита проводился ежедневный обход и опрос мнения пациентов и членов их семей на предмет удовлетворенности и контроля качества оказываемых услуг специалистами сестринского дела. Мониторинг эффективности развития службы инфекционного контроля обусловлен разработкой и внедрением Check-листов персонала клиники по блоку инфекционного контроля и службы сестринского аудита на основе разработанных и дополненных индикаторов.

**Выводы.** Администрации Центра на основании полученных результатов рекомендовано внедрить организационно-функциональную модель контроля и оценки деятельности сестринского персонала ввиду эффективности применения; в состав организационной структуры ввести мониторинговую группу службы сестринского аудита и совет по качеству специалистов сестринского дела; разработать и внедрить мобильное приложение для участников лечебного процесса (персонал, пациенты и члены их семей) с целью интеграции в цифровое сообщество в режиме реального времени.

*Бокиев Ф.Б., Рахмонов Д.А., Рашидов Ф.Ш., Амонов Ш.Ш.,  
Туракулов Ф.А., Файзиев З.Ш.*

## **КОРРЕКЦИЯ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние антиоксидантной терапии у больных острым калькулёзным холециститом и метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** Исследование основано на результатах обследования и лечения 42 пациентов с острым калькулёзным холециститом (ОКХ) и метаболическим синдромом (МС). Состояние антиоксидантной системы (АОС), а также её динамика оценивалась путем изучения уровня ферментного антиоксиданта супероксиддисмутазы (СОД) и содержания водорастворимого антиоксиданта аскорбиновой кислоты (АК) в сыворотке крови больных при поступлении в стационар на высоте приступа ОКХ, а также на третьи и седьмые сутки после лапароскопической холецистэктомии. Активность СОД определяли спектрофотометрическим методом.

При определении общего количества аскорбиновой кислоты применяли фотоэлектрокалориметрический метод.

С целью коррекции АОС в качестве антиоксиданта применяли 400-800 мл раствора реамберина. Во время инфузии и после него побочных явлений и аллергических проявлений не было.

**Результаты.** При определении показателей АОС, СОД и АК установлено, что с прогрессированием клиники ОКХ у больных с МС происходит угнетение компонентов АОС защиты, проявляющееся снижением содержания СОД и АК. Если при катаральной форме ОКХ данные изменения были незначительными (СОД  $8,56 \pm 0,04$  ус.ед; АК  $0,99 \pm 0,05$  мг%), то при деструктивных формах ОКХ снижение антиоксидантов (СОД  $6,95 \pm 0,03$  ус.ед; АК  $0,69 \pm 0,001$  мг%) носило критический характер и коррелировалось с функциональными нарушениями с стороны других органов.

В раннем послеоперационном периоде на третьи и седьмые сутки уровень окислительного стресса значительно снижался, что проявлялось достоверным повышением уровня антиоксидантов СОД и АК, по сравнению с показателями дооперационного периода. При этом максимальное значение показателей отмечалось у больных с катаральной (СОД  $18,48 \pm 0,1$  ус.ед и АК  $1,44 \pm 0,02$  мг%) формой ОКХ.

Скорость регресса патологических процессов у больных с деструктивными формами ОКХ в сочетании с метаболическим синдромом была несколько снижена, однако, и у этих больных уровень компонентов АОС имел положительную динамику (СОД  $16,12 \pm 0,21$  ус.ед и АК  $1,34 \pm 0,02$  мг%), коррелирующий с регрессом клинических проявлений основного заболевания и улучшением общего состояния больных.

**Выводы.** ОКХ у лиц с МС сопровождается выраженным окислительным стрессом, истощением показателей АОС организма больных. Мониторинг показателей АОС и их своевременная коррекция у больных ОКХ с МС на всех этапах лечения является обоснованным с позиции выбора компонентов комплексной терапии и прогнозирования исхода патологического процесса.

*Болтабаев И.И., Абдувохидов Б.У., Давлатов Д.А.,  
Юлдошев Х.Ф., Тошпулотов У.Т., Джобиров Ш.И.*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С УНИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ФОРМОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ хирургического лечения сложных форм врожденных пороков сердца у детей с унивентрикулярным кровообращением.

**Материал и методы.** С 2013 по 2018 гг. в РНЦССХ были обследованы 15 пациентов с врожденными пороками сердца с унивентрикулярной формой кровообращения. Из них 8 (53,3%) были мужского, 7 (46,6%) женского пола. В зависимости от нозологии 6 (40%) детей были с единственным левым желудочком, 2 (13,3%) - с единственным правым желудочком. У 4 (26,6%) детей имела место атрезия трикуспидального клапана, у 5 (33,3%) - атрезия легочной артерии (ЛА). Возраст детей колебался от 5 месяцев до 11 лет (среднее  $42,6 \pm 40,4$  месяцев). Пациентам кроме стандартного общеклинического обследования проводились эхо- и ангиокардиография.

По данным дополнительных методов исследования, насыщение артериальной крови кислородом у пациентов до операции колебалось от 26% до 84% (в среднем -  $64 \pm 0,13\%$ ). По данным ангиографического исследования, давление в ЛА колебалось от 9 до 20 мм рт. ст. (в среднем -  $14,2 \pm 3,2$  мм рт. ст.). Общее легочное сопротивление (ОЛС) колебалось от 2,0 до 4,8 Ед/м<sup>2</sup> (в среднем -  $3,4 \pm 0,89$  Ед/м<sup>2</sup>), легочный артериальный индекс (ЛАИ) от 260 до 340 мм<sup>2</sup>/м<sup>2</sup> (в среднем -  $297,6 \pm 25,6$  мм<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>).

Оперативное вмешательство проводилось под эндотрахеальным наркозом без использования искусственного и параллельного кровообращения. 5 (33,3%) пациентам был наложен системно-легочный анастомоз, 6 (40%) пациентам выполнена операция - двунаправленный кавопульмональный анастомоз (ДКПА) с применением временного шунта между верхней полой веной (ВПВ) и правым предсердием, а у 4 (26,6%) детей выполнена операция Фонтена.

**Результаты.** Насыщение артериальной крови кислородом у пациентов в послеоперационном периоде возросло в среднем до  $85,7 \pm 5,3\%$  (от 78% до 94%). Время функционирования временного шунта колебалось от 8 до 15 минут (в среднем  $11,2 \pm 2,2$  мин). В раннем послеоперационном периоде центральное венозное давление не превышало  $16,5 \pm 2,7$  мм рт. ст., а в ближайшем послеоперационном периоде снизилось до  $7,6 \pm 2,5$  мм рт. ст. Время послеоперационной вентиляции легких составило от 3 до 24 часов (в среднем  $9,3 \pm 5,8$  часов). Инотропная поддержка после операции проводилась допамином в дозировке 5-10 мкг/кг/мин. Время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составило от 20 до 50 часов (в среднем -  $35,4 \pm 10,9$  часов). Продолжительность пребывания в стационаре составила от 6 до 15 суток (среднем  $9,7 \pm 2,7$  суток). Один пациент в раннем послеоперационном периоде умер от кровотечения (ДВС-синдром). Остальные пациенты были выписаны под наблюдение кардиолога по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

В отдаленные сроки (от 6 мес. до 4-х лет) при контрольном обследовании общее состояние всех оперированных детей оценивалось как относительно удовлетворительное.

**Выводы.** Гемодинамическая коррекция сложных форм врожденных пороков сердца у детей с унивентрикулярным кровообращением является методом выбора хирургического лечения данной патологии.

*Болтабаев И.И., Абдувохидов Б.У., Давлатов Дж.А.,  
Юлдошев Х.Ф., Джибиров Ш.И., Тоипулатов У.Т.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА МОДИФИЦИРОВАННЫМ ШУНТОМ БЛЕЛОКА-ТАУССИГА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить эффективность модифицированного шунта Блелок-Тауссиг при сложных врожденных пороках сердца.

**Материал и методы.** С 2012 года по настоящее время в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии нами 32 детям со сложными врожденными пороками сердца вы-



полнено модифицированное подключично-легочное шунтирование по Блелок-Тауссигу. Больных мужского пола было 21 (65,6%), женского - 11 (34,4%). Возраст колебался от 4 месяцев до 16 лет (средний возраст 13 месяцев). Масса тела больных к моменту операции составляла от 4 кг до 39 кг. В 15 (46,8%) случаях имела место тетрада Фалло, в 6 (18,8%) случаях – атрезия легочной артерии и в 5 (15,6%) случаях – атрезия трикуспидального клапана.

Всем больным наложение шунта произведено с использованием сосудистого протеза GORE-TEX. В зависимости от массы тела и возраста больных выбирали размер используемого шунта: шунт диаметром 6 мм применяли 14 больным, 5 мм – 11 и 4 мм – 7 больным.

**Результаты.** Послеоперационный период в 31 (97%) случае протекал без осложнений, больные в стабильном состоянии выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства. В одном случае имело место осложнение в виде прогрессирующей гипертонии малого круга кровообращения, что привело к смерти больного на 6 сутки после операции. В отдаленном послеоперационном периоде все пациенты чувствовали себя хорошо и продолжают регулярно наблюдаться. Девяти пациентам с тетрадой Фалло в последующем выполнена успешная радикальная коррекция. В 13 случаях пациентам выполнен двунаправленный кавопульмональный анастомоз (ДКПА), 6 больным - гемодинамическая коррекция (операция Фонтена).

**Выводы.** Модифицированный подключично-легочной шунт по Блелок-Тауссигу, как паллиативная операция, является оптимальным способом подготовки больного с обедненным легочным кровотоком к последующей коррекции сложных врожденных пороков сердца.

*Болтабаев И.И., Комилов Д.К., Абдувохидов Б.У., Тошпулотов У.Т.,  
Давлатов Д.А., Джобиров Ш. И., Юлдошев Х.Ф., Курбонова М.О.*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить результаты хирургического лечения пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки, осложненным высокой легочной гипертензией (ВЛГ).

**Материал и методы.** В РНЦССХ с 2012 по 2018 гг. были оперированы 30 пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки, осложненным ВЛГ, в возрасте от 2 до 6 лет (в среднем  $\pm 3,9$  лет). Медиана массы тела составила  $\pm 5,2$  кг. Из 30 пациентов было 17 мальчиков и 13 девочек. По данным эхокардиографии, градиент между правым и левым желудочками составил 10 мм рт.ст.

Всем пациентам произведена пластика дефекта межжелудочковой перегородки в условиях искусственного кровообращения и фармакоолодовой кардиоплегии. В послеоперационном периоде всем пациентам в состав комплексной терапии был включен милринон в дозе 5-10 мг/кг/мин. в сочетании с бозентаном в дозе 2 мг/кг массы тела.

**Результаты.** У всех пациентов систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) в течение 48 часов после операции снизилось более чем на 50%. Включение милринона и бозентана в состав комплексной терапии легочной гипертензии в раннем послеоперационном периоде позволило снизить продолжительность искусственной вентиляции легких ( $p=0.01$ , 95% ДИ (0.92-0.99), ОШ=0.96), длительность применения инотропов ( $p=0.017$ , 95% ДИ (0.06-0.98), ОШ = 0.25) и необходимость продленной миорелаксации (0.017, 95% ДИ (0.04-0.74), ОШ=0.17).

**Заключение.** Снижение СДЛА в послеоперационном периоде на фоне применения милринона и бозентана происходит быстрее, что позволяет снизить длительность проведения искусственной вентиляции легких, продолжительность инотропной поддержки и уменьшает необходимость продленной миорелаксации.

Булбулов К.Б., Асрори Мухтор, Мирзоев Д.М.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Цель.** Оценка эффективности применения различных схем лечения при синдроме функциональной диспепсии, ассоциированной с *H.pylori*.

**Материал и методы.** У 134 больных синдромом функциональной диспепсии изучали уровень серотонина в плазме крови. Синдромом эпигастральной боли отмечен у 16 больных, постпрандиальный дистресс-синдром - у 86 больных, 8 больных было со смешанным вариантом и контрольная группа - 30 больных. Всем пациентам определяли уровень серотонина в плазме крови иммуноферментным методом.

**Результаты.** У больных синдромом эпигастральной боли отмечался низкий уровень серотонина, а у больных с постпрандиальным дистресс-синдромом, наоборот, его уровень был высоким. При синдроме эпигастральной боли на ЭЭГ отмечался гипокинез. При постпрандиальном дистресс-синдроме наблюдался гиперкинетический тип миоэлектрической активности желудка. Всем больным назначали антихеликобактерную терапию плюс ингибиторы протонного насоса (омепразол). При высоком уровне серотонина и гиперкинезии дополнительно назначали антисеротониновый препарат перитол по одной таблетке три раза в сутки в течение трех недель. При низком уровне серотонина и гипокинезии дополнительно назначали мотилиум по 10 мг три раза в день, а также ингибитор опиоидных рецепторов - тогосерод (тримебутин), обеспечивающий нормализацию моторики, снижающий висцеральную чувствительность и как средство для купирования боли. У больных, получавших мотилиум и тогосерод, отмечалось быстрое нарастание амплитуды биопотенциалов и урежение ритма. При назначении перитола имелись гипокинезия, нормализация ритма и амплитуды биопотенциалов.

**Выводы.** В терапию синдрома функциональной диспепсии наряду с антихеликобактерной терапией в сочетании с прокинетиками необходимо включить перитол и тогосерод, которые улучшают состояние больных и значительно повышают ритм и амплитуду биопотенциалов желудка.

<sup>1</sup>Буриева Ш.М., <sup>1,2</sup>Гаибов А.Д.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ПЕРЕВЯЗКИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

<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

**Цель.** Сравнительная оценка эффективности суб- и надфасциальной перевязки перфорантных вен в лечении рецидива варикозной болезни.

**Материалы и методы.** Изучены результаты обследования и лечения 83 пациентов с рецидивами варикозной болезни. Сроки рецидива составляли от 1 до 8 лет после флебэктомии. Женщин было 65 (78,3%), мужчин 18 (21,6%). Рецидив варикоза на одной нижней конечности был установлен у 68 больных (81,9%), двустороннее поражение у 15 (18,1%) больных. Средний возраст пациентов составлял  $43,6 \pm 8,7$  лет. Для оценки состояния сосудов проводилось дуплексное сканирование (ДС) всей венозной системы нижних конечностей. При помощи дуплексного сканирования в разных положениях выявлены локализация и количество несостоятельных перфорантных вен, которые отмечались на коже маркером, так у 12 (14,4%) больных перфорантная

недостаточность явилась основной причиной рецидива, а у 27 (32,5%) пациентов она сочеталась с другими причинами.

**Результаты.** Всем больным с перфорантной недостаточностью было выполнено оперативное вмешательство. Первым этапом корригировали другие причины рецидива: удаление оставленных или абберантных вен, рекроссектомия, вторым - перевязка перфорантных вен с целью ликвидации горизонтального рефлюкса. Последняя выполнялась в два варианта: субфасциально из Фельдеровского доступа у 15 (38,4%) больных и надфасциально по Коккету у 24 (61,5%) пациентов.

При субфасциальной перевязке в послеоперационном периоде болевой синдром был более выражен, требовалось назначение наркотических обезболивающих, а продолжительность госпитализации была больше. Раневые осложнения отмечены в 2 случаях. Продолжительность операции во второй группе не превышала 90 мин, осложнений не было и все пациенты были выписаны на 3-5 сутки.

Контрольное обследование больных осуществляли через 6 месяцев, 1 и 3 года. Переходящие отеки на голени, тяжесть в ногах и рецидив варикоза отмечен у одинакового числа пациентов - по 2 наблюдения, отличая лишь в сроках их развития. После надфасциальной перевязки признаки ХВН возникали раньше, чем при подфасциальной.

**Выводы.** Таким образом, суб- и надфасциальная перевязка перфорантных вен при варикозной болезни и их рецидивах одинаково эффективно ликвидирует горизонтальный рефлюкс. Однако, учитывая меньшую травматичность и более гладкое течение послеоперационного периода предпочтение следует отдавать надфасциальному методу.

*Бурхонов Ш.Ш., Гильмурадов Т.Г., Назаров Ш.Х.*

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ «ST. JUDE MEDICAL» В МИТРАЛЬНУЮ ПОЗИЦИЮ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить непосредственные результаты имплантации механических протезов «St. Jude Medical» в митральную позицию.

**Материал и методы.** С 2010 по 2018 гг. в кардиохирургическом отделении Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии 83 больным была выполнена имплантация механических протезов «St. Jude Medical» в митральную позицию. Средний возраст больных составил  $48 \pm 13,6$  лет. Мужчин было 39, женщин - 44. Пациенты находились в III -IV ФК (NYHA). В большинстве случаев причиной порока явился ревматизм (90,47%). Недостаточность кровообращения I стадии диагностирована у 5 больных, 2а стадии - у 41, 2 б стадии - у 37. В 15 случаях гемодинамический вариант порока был определен как митральная недостаточность, а 68 - митральный стеноз. ЭХО-КГ до операции: фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) составила  $55 \pm 7\%$ ; при стенозах митрального клапана: площадь митрального отверстия -  $1,2 \pm 0,2$  см<sup>2</sup> и средний пиковый градиент на митральном клапане -  $18,5 \pm 5$  мм рт.ст. Степень недостаточности митрального клапана -  $3,3 \pm 0,7$ . Были имплантированы протезы размерами 25-29 мм. При фиксации протеза у 79 больных применили классический супраанулярный способ отдельными П-образными швами нитью Этибонд 2/0, у 4 - непрерывным швом Пролен 2/0. У 12 пациентов одномоментно с протезированием МК выполнено протезирование АоК, у 1 - коронарное шунтирование и 78 больным - пластическая коррекция трикуспидальной недостаточности. Средняя продолжительность окклюзии аорты составила  $88,2 \pm 12,5$  мин, время искусственного кровообращения -  $110,4 \pm 15,3$  мин.

**Результаты.** На госпитальном этапе умерли 4 пациента (4,8%). Причинами летальных исходов явились острая сердечная недостаточность и отек головного мозга. Остальные пациенты к моменту выписки отмечали уменьшение или исчезновение одышки, исчезновение стенокардических болей и отеков. Данные ЭХО-КГ после операции: ФВЛЖ -  $52 \pm 4\%$ ; средний пиковый градиент на протезе -  $7 \pm 5$

мм ср.ст; относительная недостаточность трикуспидального клапана -  $1\pm 1$  степени. Специфических осложнений, обусловленных протезированием митрального клапана, на госпитальном этапе не было.

**Выводы.** Имплантация механических протезов «St. Jude Medical» в митральную позицию позволяет получить прогнозируемо хорошие клинические и эхокардиографические результаты в раннем послеоперационном периоде.

*Бурхонов Ш.Ш., Гульмуродов Т.Г.*

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить эффективность хирургического лечения больных с тетрадой Фалло

**Материалы и методы.** С 2010 по 2018 гг. в отделении хирургии сердца РНЦССХ МЗиСЗН РТ 154 больным выполнена хирургическая коррекция тетрады Фалло. 84 (54%) больным выполнена первичная радикальная коррекция порока в условиях искусственного кровообращения. Поэтапная хирургическая коррекция проводилась у 70 (46%) больных с гипоплазией левого желудочка и ветвей легочной артерии. Возраст пациентов колебался от 1 месяца до 30 лет.

В целях подготовки к радикальной коррекции операции системно-легочных анастомозов проведены в условиях работающего сердца и нормотермии. Нами у 34 (48,57%) больных применена методика модифицированного межсистемного анастомоза по Блелоку-Тауссигу, у 9 - классический анастомоз по Блелоку-Тауссигу, у 15 (21,42%) - аорто-легочный анастомоз по Вотерстоун-Кули и у 12 (17,14%) – межстволовой анастомоз между восходящей аортой и стволом легочной артерии.

Интраперационными критериями эффективности вмешательства были повышение SatO<sub>2</sub> до 90-100% и мануальное определение систоло-диастолического дрожания над легочной артерией.

**Результаты.** Тромбоз шунта отмечен в 2 случаях. У 68 больных в сроки от 1,5 до 3 лет вторым этапом была произведена успешная радикальная коррекция порока с перевязкой шунтов. Летальность после первичной радикальной коррекции порока составила 3,6%, после поэтапной хирургической коррекции - 4,2%. Причинами летальных исходов были острая сердечная недостаточность (3), отек головного мозга (2), кровотечение (1).

В послеоперационном периоде у большинства отмечено улучшение самочувствия: исчезновение одышно-цианотических приступов, повышение физической активности, улучшение SatO<sub>2</sub> крови.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у больных с ТФ с гипоплазией левого желудочка и легочной артерии методом выбора является поэтапная хирургическая коррекция порока.

**Выводы.** У больных с тетрадой Фалло эффективным является ранняя первичная коррекция порока. В то же время применение паллиативного межсистемного аорто-легочного анастомоза у пациентов с гипоплазией левого желудочка и легочной артерии с тяжелой гипоксемией позволяет вторым этапом успешно выполнить радикальную коррекцию порока.

*Бурхонов Ш.Ш., Курбонов Д.Ф., Амонов Ш.Ш.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (ОПЕРАЦИЯ COX-MAZE II)

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Цель.** Оценка эффективности операции Сох-Maze II в сочетании с коррекцией порока митрального клапана у больных с большими размерами предсердий и длительным анамнезом фибрилляции предсердий (ФП).

**Материал и методы.** В отделении кардиохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в 2014 и 2018 гг. 22 пациентам (9 мужчин и 13 женщин) выполнены сочетанные операции по коррекции порока митрального клапана и радикального хирургического устранения хронической ФП по методике Сох-Maze II. Возраст больных колебался от 22 до 63 лет (средний возраст –  $38,6 \pm 20,1$  года). Длительность ФП в анамнезе составила в среднем  $6,5 \pm 5$  лет (от 1 года до 12 лет). Размер ЛП до операции составлял от 5,5 до 7,0 см (в среднем –  $6,1 \pm 0,9$  см).

Все больные находились в III–IV ФК по NYHA. У 16 больных причиной возникновения порока митрального клапана был ревматизм, у 2 – ишемическая болезнь сердца, у 4 – дегенеративное поражение клапана. Операцию выполняли в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакоологической кардиopleгии. У 20 больных было выполнено протезирование митрального клапана механическими протезами (Medtronic и St. Jude. Medical), также произведена пластика трикуспидального клапана по методике Де Вега вследствие выраженной его недостаточности. У 2 больных была выполнена пластика митрального клапана опорным кольцом Карпантье-Эдварца, триангулярная резекция створок с созданием неохорд митрального клапана.

После протезирования/пластики митрального и трикуспидального клапанов выполняли процедуру Сох-Maze II, которая характеризуется субтотальной изоляцией левого предсердия с исключением из акта охвата возбуждением площадки с коллектором легочных вен, резекцией ушек правого и левого предсердий; двумя продольными разрезами правого предсердия и одним разрезом межпредсердной перегородки, идущим от середины разреза ЛП к нижнему краю овальной ямки.

**Результаты.** Среднее время ИК и пережатия аорты составило  $135 \pm 25$  мин и  $110 \pm 15$  мин. На госпитальном этапе летальных исходов не было. Во всех случаях процедура Maze оказалась успешной. В раннем послеоперационном периоде на госпитальном этапе не было необходимости для специальной медикаментозной антиаритмической терапии и не зарегистрировано инсультов и периферических эмболий. Эффективность данной операции в госпитальном периоде составила 100%, пациенты имели синусовый ритм и удовлетворительную функцию предсердий. На ЭхоКГ размер левого предсердия составил в среднем  $4,1 \pm 1,1$  см, ФВ -  $51 \pm 7\%$ , что свидетельствует об эффективности процедуры при коррекции клапанных пороков у пациентов с фибрилляцией предсердий.

**Выводы.** Операция Сох-Maze при коррекции клапанных пороков, осложненных фибрилляцией предсердий, является высокоэффективной процедурой, позволяет в отдаленные сроки обеспечить свободу от возврата мерцательной аритмии. Хирургическое устранение фибрилляции предсердий одновременно с коррекцией митрального порока сердца положительно влияет на функциональный статус, значительно повышает качество жизни пациентов, а также предотвращает развитие эмболических и гемодинамических осложнений.

*Бурхонов Ш.Ш., Гульмурадov Т.Г., Сабурова А.М., Ёдалиева Х.Б.*

## СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение состояния окислительного стресса и антиоксидантной защиты у больных с тетрадой Фалло (ТФ).

**Материал и методы.** Нами обследованы 84 больных ТФ в возрасте от 1 до 30 лет до и после радикальной коррекции ТФ в условиях искусственного кровообращения. У всех больных было изучено состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) исследованием в сыворотке крови малонового диальдегида (МДА); антиоксидантной защитной системы по активности

супероксиддисмутазы (СОД). О степени гипоксии у больных с ТФ судили по уровню пирувата, лактата и сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в сыворотке крови. Контрольную группу составили 30 здоровых детей в возрасте от 4 до 14 лет.

**Результаты.** У больных с ТФ наблюдается тяжелая гипоксия, которая, активизируя свободно-радикальное окисление, снижает активность антиоксидантной защитной системы организма.

Исследование показателей ПОЛ и антиоксидантной защиты у больных ТФ показало, что содержание МДА было повышено на 80,6%, а активность СОД была снижена на 52,4%, по сравнению с данными контрольной группы, что свидетельствует о тяжести нарушений ПОЛ.

Содержание лактата в крови у больных с ТФ было повышено на 114%, а пирувата в крови - на 90%. Активность СДГ была повышена на 108%, по сравнению с контрольными данными.

Среди причин выявленных нарушений метаболизма при ТФ ведущим является гипоксия, которая вызывает интенсификацию процессов ПОЛ, дестабилизацию биологических мембран, следствием чего является изменение активности ферментов. Интенсификация ПОЛ и снижение антиоксидантного потенциала у больных с ТФ является причиной «окислительного стресса» и одним из основных патофизиологических механизмов развития послеоперационных осложнений.

После радикальной коррекции ТФ и устранения гипоксии наблюдается снижение содержания МДА на 42,5%, активности СОД - на 64,5%, уровня лактата в крови - на 40,1%, пирувата в крови - на 35,2%.

После операций отмечено снижение активности СДГ в крови больных с ТФ на 51,5%, т.е. до уровня показателя контрольной группы

**Выводы.** У больных с ТФ имеет место дисбаланс в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защитной системы, свидетельствующий о проявлении «окислительного стресса». Повышение содержания в крови пирувата, лактата, активности сукцинатдегидрогеназы является следствием глубокого гипоксического состояния.

Благодаря радикальной коррекции ТФ и устранения гипоксии наступает нормализация перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма.

*Бухоризода Б.К., Файзуллоев Х.Т., Худойназаров Г.*

## ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ПОЧВЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ  
ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить особенности ремоделирования левого желудочка и частоты нарушений ритма у больных с артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Анализированы результаты комплексного обследования 60 пациентов с артериальной гипертензией, получавших постоянное или периодическое лечение и наблюдавшихся в условиях РКЦК за период 2016-2017 годы. Возраст пациентов варьировал от 39 до 76 лет, составляя в среднем  $52,2 \pm 9,7$  года, длительность артериальной гипертензии -  $14,1 \pm 3,4$  года.

С целью изучения ремоделирования сердца всем пациентам проводилась ЭхоКГ аппаратом «Acuson» фирмы Сименс. Всем обследованным диагностику нарушений ритма сердца проводили на основании стандартной ЭКГ и суточного мониторирования сердечной деятельности.

**Результаты.** У всех пациентов имелись II и III степени АГ, трудно поддающиеся коррекции, либо вследствие несвоевременного приема гипотензивных препаратов заболевание имело прогрессирующий характер.

У трети пациентов ( $n=21$ ; 35%) отмечалось концентрическое ремоделирование левого желудочка (КРЛЖ). Концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ) была выявлена у 24 (40%) пациентов, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) имелась у 15 (25%) обследованных. Как показали наши исследования, согласно данным предыдущих ЭхоКГ, прогрессирующее увеличение толщины

миокарда левого желудочка происходило постепенно, имело прямую корреляционную связь со степенью артериальной гипертонии. Так, у пациентов с 3 степенью АГ на фоне постоянного более высокого повреждающего воздействия как объемом, так и давлением крови отмечался значимое увеличение массы миокарда и степени дилатации полости левого желудочка с изменением его геометрических характеристик.

При анализе результатов суточного мониторирования большинство пациентов (n=42; 70%) имели наджелудочковые (НЖЭ) и желудочковые (ЖЭ) экстрасистолии, в основном среди пациентов, имеющих КГЛЖ (24 случая). Эпизоды фибрилляции предсердий, наоборот, чаще были диагностированы среди больных с АГ и КРЛЖ - 18 обследованных. Анализ данных холтер-ЭКГ показал, что при концентрическом ремоделировании ЛЖ повышается риск развития аритмий из-за асимметричной гипертрофии межжелудочковой перегородки и обменных нарушений в этих участках. Также было выявлено, что от замедления процессов диастолы ЛЖ, а также его гипертрофии и концентрического ремоделирования напрямую зависят частота и тяжесть пароксизма фибрилляции предсердий у больных с АГ.

**Выводы.** Таким образом, у жителей Таджикистана с АГ чаще всего наблюдается концентрическое ремоделирование ЛЖ, с частыми эпизодами наджелудочковых и желудочковых экстрасистолий. Изучение особенностей ремоделирования сердца имеет важное значения не только для дальнейшей коррекции повреждающего фактора, но и для прогнозирования рисков развития смерти.

*Вершинина Е.О., Репин А.Н.*

## **ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Научно-исследовательский институт кардиологии  
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской Академии наук  
г. Томск, Россия

---

**Цель.** Изучить влияние исходной величины фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) на отдалённые исходы ИБС у пациентов после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование, последовательно включившее 162 пациента со стабильной ИБС, направленных на плановое ЧКВ в НИИ кардиологии с 2009 по 2011 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – с ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$  по данным ультразвукового исследования сердца перед ЧКВ, 2 группа – с исходной ФВ ЛЖ  $< 50\%$ . Исходы вмешательств оценивались через 6 лет после индексного ЧКВ путём анализа медицинской документации и телефонного интервью. Первичной конечной точкой исследования была частота смерти от сердечно-сосудистых причин. Вторичными конечными точками были общая смертность, частота больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (МАССЕ), частота острого инфаркта миокарда (ОИМ), подтверждённых ангиографически тромбозов и рестенозов индексных стентов, атеросклеротических стенозов более 50% de novo, частота развития острого повреждения почек (ОПП), технических и клинических осложнений индексного ЧКВ, а также клинически значимого снижения функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) через 1 год после ЧКВ.

**Результаты.** Смерть от сердечно-сосудистых событий через 6 лет после индексного ЧКВ была зарегистрирована у 10,9% пациентов наблюдаемой когорты (7% в первой группе и 38,9% во второй,  $p=0,0002$ ). Общая смертность за этот период составила 14,4% (10,9% в первой группе и 41,2% во второй,  $p=0,003$ ). МАССЕ были зарегистрированы у 39,9% больных (36,2% в первой группе и 66,7% во второй,  $p=0,026$ ). ОИМ развился у 10,1% больных (7,3% в первой группе и 31,3% во второй,  $p=0,01$ ). Подтверждённый тромбоз индексных стентов был диагностирован у 9,7% пациентов (8,3% в первой группе и 21,4% во второй,  $p=0,14$ ). Значимых различий по частоте

рестенозов индексных стентов, развитию атеросклеротических стенозов коронарных артерий >50% de novo, повторных вмешательств на коронарных артериях выявлено не было. Также не выявлено статистически значимых различий в частоте ОПП на фоне ЧКВ и клинически значимого снижения функции почек через 1 год после индексного вмешательства. Показано, что исходное снижение ФВ ЛЖ <50% связано с неблагоприятным течением заболевания в отдаленный период (6 лет) после плановых ЧКВ и является предиктором развития отдаленных фатальных сердечно-сосудистых событий (ОШ = 8,41; 95% ДИ [2,63–26,97]; p=0,000), общей смертности (ОШ = 6,19; 95% ДИ [2,01–19,04]; p=0,000), МАССЕ (ОШ = 3,61; 95% ДИ [1,27–10,25], p = 0,012); ОИМ (ОШ = 5,62; 95% ДИ [1,44–21,99]; p = 0,006).

**Выводы.** Исходное снижение ФВ ЛЖ <50% является предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности, а также больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленный период после плановых ЧКВ.

*Вильданшин Д.К., Каримова Ф.А., Солиев Ф.Г.*

## ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫЕ ПОЛЯ КАК ФАКТОР ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ МИОКАРДА

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Электромагнитное загрязнение окружающей среды по влиянию на состояние здоровья населения не уступает по уровню, характерному для химических загрязнителей. ЭМП считаются потенциальным фактором помех в отношении электрических импульсов, генерируемых клетками сердечно-сосудистой системы.

**Цель.** Провести экспозиционные замеры уровней электромагнитных полей промышленной частоты в электролизном цехе завода, сравнить с предельно допустимыми нормами и выявить основные нарушения ритма сердца у рабочих электролизного цеха.

**Материал и методы.** Экспозиционные замеры напряженности электромагнитных полей проводились в электролизном цехе завода многократно в течение рабочей смены при помощи измерителя напряженности промышленной частоты ПЗ-50 (сертификат об утверждении типа средств измерений Ру. С. 34.002. А. № 5412 от 28.07. 1998), а также прибором ВЕ-метр в соответствии с требованиями СН- № 5802-91, СанПиН 2.24.723-98.

Обследовано 120 рабочих электролизного цеха, в частности им произведена запись ЭКГ во время рабочего дня. Возраст обследованных составил от 20 до 55 лет.

**Результаты.** Результаты экспозиционных замеров свидетельствуют о том, что внутри помещений завода рабочие (электрики и электрослесари) подвергаются минимальному воздействию электромагнитного излучения. При ПДУ 5,0 (5 ч) напряженность в комнате электриков, мастерской составила 0,015 Кв/м, в аккумуляторной комнате - 0,04 Кв/ч. Напряженность электромагнитных полей в электролизном цехе возле электроустановок мощностью не более 110 Кв также находилась в пределах нормы и составила 4,16 Кв/м. Наибольшая напряженность регистрируется возле установок мощностью 380 Кв, в частности на участке электролизера напряженность увеличивается до 13,3Кв/м; возле трансформаторов и конденсаторов этот показатель увеличивается до 21,8 Кв/ч, превышая норму в 3-4 раза.

Анализ электрокардиограмм, записанных у 120 рабочих электролизного цеха, позволил выявить основные нарушения ритма сердца, среди которых на первый план выступает синусовая тахикардия – у 32 рабочих (26,7%); синусовая брадикардия - у 6 рабочих (5,0%); экстрасистолии – у 19 рабочих (15,9%); блокады ножек пучка Гиса - левой у 7 рабочих (5,8%) и правой у 1 рабочего (0,8%); комбинированные нарушения ритма выявлены у 22 рабочих (18,3%). У 24 рабочих регистрировался вариант нормы.

**Выводы.** Высоким экспозиционным нагрузкам, превышающим ПДК в 3-4 раза, подвергаются работники, обслуживающие электроустановки мощностью в 380 Кв в электролизном цеху. Электромагнитное излучение является основным фактором сердечно-сосудистой патологии и, в



частности, нарушений ритма сердца. Анализ 120 электрокардиограмм позволяет отнести рабочих цеха к группе риска, поскольку у них регистрируются частые нарушения ритма сердца в виде синусовой тахикардии, блокад ножек пучка Гиса, экстрасистолий. В этой связи является крайне важным продолжение исследований в области влияния ЭМП промышленной частоты на состояние здоровья рабочих промышленных производств с использованием современных дозиметров, измеряющих и вычисляющих кумулятивную экспозицию. В этом аспекте возникает необходимость регулярного динамического мониторинга за состоянием сердечно-сосудистой системы рабочих электролизного и анодного цехов.

*Вильданишин Д.К., Табаров А., Одинаев Ф.И.*

## СОСТОЯНИЕ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Зачастую патология сердечно-сосудистой системы сопровождается различного генеза эндокринопатиями, что во многом обуславливает клиническое течение, а также эффективность лечения. В последние годы в Республиканском клиническом центре кардиологии наиболее часто регистрируются пациенты с различными кардиомиопатиями, обусловленными заболеваниями щитовидной железы.

**Цель.** Оценить состояние гормонов щитовидной железы у больных с различными кардиомиопатиями.

**Материал и методы.** За последние 5 месяцев 2017 года в центре кардиологии нами обследовано 8 пациентов с кардиомиопатиями неясной этиологии в возрасте от 30 до 50 лет, среди которых основную часть составили 6 мужчин молодого возраста.

Выбор определения концентрации гормонов в сыворотке крови составлялся врачом-эндокринологом. Для количественного определения уровня Т4 (тироксин) и Т3 (3-йодтиронин) использовался конкурентный иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием разработанных тест систем (Российская фирма «Вектор»). Для определения уровня тиреотропного гормона (ТТГ) использовался принцип двухсайтового иммуноферментного анализа ТТГ (N 0,3-0,4 мМЕ/мл).

**Результаты.** Уровень концентрации гормонов щитовидной железы, в частности ТТГ, составил в среднем у пациентов с кардиомиопатиями  $10,2 \pm 1,2$  мМЕ/мл. Увеличение продукции ТТГ наблюдалось также у лиц контрольной группы  $6,3 \pm 1,1$ , однако концентрация ТТГ у пациентов оказалась достоверно выше, чем у лиц контрольной группы и показателями нормы. У пациентов с кардиомиопатиями динамика Т4 гормонов снижена, по сравнению с показателями нормы и данными, полученными у лиц контрольной группы, и составила  $29,1 \pm 1,1$  нг/мл. У лиц контрольной группы уровень Т4 гормона находился в пределах нормальных показателей и составил  $46,1 \pm 1,5$  нг/мл, что в пределах нижних величин нормальных показателей. Анализ гормонального фона щитовидной железы у лиц контрольной группы указывает на незначительный дефицит йода. В отношении Т3 гормона можно указать тенденцию его увеличения у наблюдаемых пациентов, что составляет  $2,5 \pm 0,7$  нг/мл, тогда как аналогичный в контрольной группе находится в пределах нормы и составляет  $1,4 \pm 0,3$  нг/мл. Это обстоятельство может свидетельствовать, что имеется йоддефицитное состояние у пациентов с кардиомиопатиями. Такое состояние в первую очередь приводит к снижению синтеза и секреции основного гормона щитовидной железы - Т4, и по принципу обратной связи стимулируется синтез и секреция ТТГ гипофизом. При этих процессах и под влиянием ТТГ усиливается поглощение йодида щитовидной железой из крови и стимулируется синтез тиреоидных гормонов. Причём синтезируется в основном Т3, для которого требуется меньше йода, чем для Т4.

**Выводы.** Гормоны щитовидной железы во многом определяют функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, и незначительные колебания в системе гормон-сердце неоднозначно отражаются на работе сердца. Возникновение дисбаланса в адаптационных механизмах сердца вследствие истощения выработки гормонов щитовидной железы может в дальнейшем обуславливать формирование патологии сердечно-сосудистой системы по типу кардиомиопатий. Это обстоятельство диктует необходимость проведения консультации врача-эндокринолога всем пациентам с кардиомиопатиями, миокардитами неясной этиологии.

Виноградова Л.Г., Федорец В.Н., Гридин А.Н., Пашаев Р.З.,  
Андреев Д.А. Александров А.Н.

## НОВЫЙ СПОСОБ ИЗМЕРЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭЛЕКТРОДОВ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

ООО МЦ "МИРТ", г. Кострома, Россия  
СПб ИБГ СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург, Россия  
ОКБУЗ Ярославская областная клиническая больница, г. Ярославль, Россия  
ГКБ им. Вересаева В.В., г. Москва, Россия  
МОНИКИ им. Владимирского М.Ф., г. Москва, Россия

**Цель.** Разработка нового способа интраоперационного измерения основных параметров стимуляции желудочковых электродов у пациентов старших возрастных групп.

**Материал и методы.** в ОГБУЗ Ярославской областной клинической больницы с января по ноябрь 2018 года проводилось исследование, включившее в себя 36 пациентов с брадикардиями сердечного ритма в возрасте от 60 до 86 лет (ср. возраст 72,  $8 \pm 3,4$  года), из них 21 женщина, которым были имплантированы желудочковые электроды Apollo V58 и кардиостимуляторы Юниор SR в количестве 36.

Пациентам проводилось интраоперационное измерение параметров желудочковых электродов системой, состоящей из специального переходника к ЭКС, программатора ЮНИ-2, электрокардиостимулятора Юниор SR. Регистрация параметров стимуляции: амплитуды R-волны, порога стимуляции, импеданса - измерялись методом, применяемым для наблюдения за пациентами с имплантированными ЭКС с использованием программатора ЮНИ-2, при помощи системы из разработанного переходника, двух проводов, соединенных с контактами желудочкового электрода и электрокардиостимулятора Юниор SR, идентичного имплантируемому пациентам ЭКС.

**Результаты.** Полученные результаты измерений R-волны, порога стимуляции, импеданса электродов, выполненные предложенной системой, соответствовали значениям для безопасной эффективной стимуляции миокарда. Средние значения R-волны были более 8 мВ, порога стимуляции  $0,8 \pm 0,38$  В, импеданса электрода  $650 \pm 157,2$  Ом. Данные значения соответствовали результатам, полученным при проведении тестирования после оперативного вмешательства.

**Выводы.** Возможно применение нового способа интраоперационного измерения основных параметров стимуляции желудочковых электродов у пациентов старших возрастных групп.

<sup>1</sup>Воронцовская К.Р., <sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Шарифова Н.Д.

## КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЯЖЕСТЬЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан  
<sup>2</sup>КГБУЗ "Арсеньевская больница"  
г. Киев, Украина

**Цель.** Изучить корреляционную взаимосвязь между тяжестью ВИЧ-инфекции и вариабельностью ритма сердца (ВРС) дисперсией интервала Q-T у ВИЧ-инфицированных пациентов до антиретровирусной терапии (АРТ).

**Материал и методы.** Нами было обследовано 60 больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. Возраст пациентов колебался от 24 до 52 лет (в среднем  $37,6 \pm 6,7$ ).

Исследование ВРС проводилось при помощи аппарата «ВАРИКАРД 2.51» (Россия). Вычислялись следующие спектральные показатели ритма сердца: TP – общая мощность спектра; HF – мощность спектра с частотой 0,15 – 0,4 Гц; LF – мощность спектра с частотой 0,05 – 0,15 Гц; VLF – мощность спектра с частотой меньше 0,05 Гц. Для оценки длительности и дисперсии интервала Q-T ЭКГ регистрировалась до лечения антиретровирусными препаратами одновременно в 12 стандартных отведениях при скорости записи 50 мм/с. Коррекция интервала Q-T (Q-Tc) с учетом ЧСС проводилась при помощи формулы Н.С. Bazett:

$$Q-Tc = Q-T / \sqrt{R-R}$$

Корригированная дисперсия интервала Q-T (dQ-Tc) определялась (dQ-Tc) путём вычитания из наибольшего Q-Tc наименьшего, в миллисекундах. Парную взаимосвязь между двумя и более признаками определяли методом ранговых корреляций по Спирмену.

**Результаты.** В момент исследования все пациенты находились на III-IV стадиях ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ). В III стадию входили 15 больных (25%) и в IV – 45 (75%). При проведении анализа установлена значимая корреляционная связь между спектральными показателями ВРС и стадиями ВИЧ-инфекции для таких показателей, как TP, HF, LF, VLF (обратная связь). Наиболее выраженная корреляционная связь выявлена для общей мощности TP ( $rS = -0,57$ ,  $p < 0,05$ ). Для показателей LF/HF, HF%, LF%, VLF% установлена случайная зависимость. Дополнительно нами была изучена корреляционная связь между процессами реполяризации желудков и стадиями (III, IV) заболевания. Достоверная корреляция была характерна для всех показателей, кроме dQ-Tc ( $p > 0,05$ ,  $rS = 0,25$ ). Наиболее выраженные связи отмечались при Q-T и Q-Tc (соответственно  $rS = 0,70$  и  $rS = 0,69$ ).

**Выводы.** Исходно корреляционный анализ между экстракардиальной регуляцией и III-IV клиническими стадиями ВИЧ-инфекции показал обратную связь для спектральных параметров variability ритма сердца и прямую – для длительности интервала Q-T.

<sup>1</sup>Воронцовская К.Р., <sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Юлдашев У.Р.

## ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СИСТОЛА ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Киевский медицинский университет  
г. Киев, Украина

**Цель.** Изучить электрическую систолу желудочков сердца у больных ВИЧ-инфекцией до начала антиретровирусной терапии.

**Материал и методы.** Всего было обследовано 95 ВИЧ-инфицированных пациентов, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. Возраст пациентов колебался от 24 до 52 лет (в среднем  $37,6 \pm 6,7$ ). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Для оценки длительности и дисперсии интервала Q-T ЭКГ регистрировалась до лечения антиретровирусными препаратами одновременно в 12 стандартных отведениях при скорости записи 50 мм/с. Коррекция интервала Q-T (Q-Tc) с учетом ЧСС проводилась при помощи формулы Н.С. Bazett:

$$Q-Tc = Q-T / \sqrt{R-R}$$

Корригированная дисперсия интервала Q-T (dQ-Tc) определялась (dQ-Tc) путём вычитания из наибольшего Q-Tc наименьшего, в миллисекундах. При статистической обработке Statistika 6

применяли стандартные методы вычисления средних величин и стандартных отклонений ( $M \pm m$ ). Достоверность данных определялась по U-критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** При обследовании больных ВИЧ-инфекцией выявлено, что у большинства из них продолжительность заболевания от момента предполагаемого заражения составила в среднем  $8,5 \pm 6,6$  лет. Исходно анализ электрической систолы желудочков сердца, проведенный между практически здоровыми лицами и ВИЧ-инфицированными пациентами, показал достоверные статистические различия. У больных ВИЧ-инфекцией скорректированный интервал Q-T в среднем был удлинён на 41%, по сравнению с таковым в контрольной (Q-Tс –  $585,2 \pm 6,5$  против  $416,1 \pm 3,8$ , мс). Показатель скорректированной дисперсии интервала Q-T в основной группе превалировал на 75% ( $dQ-Tс - 73,3 \pm 0,6$  против  $41,9 \pm 0,7$ , мс).

**Выводы.** У больных ВИЧ-инфекцией констатировано удлинение длительности и дисперсии интервала Q-T, свидетельствующие о снижении процессов реполяризации миокарда. Данное обстоятельство указывает на повышенный риск возникновения желудочковых тахикардий и развитие внезапной сердечной смерти у данной категории больных.

*Гадоев С.Х., Бобиева Н.Х., Субхонова З.И.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РЕНОКАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить эффективность применения гемофильтрации у больных с ренокардиальным синдромом.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 11 пациентов с хроническим гломерулонефритом, осложнённым терминальной стадией хронической почечной недостаточности в комбинации с хронической сердечной недостаточностью с выраженными отёками и скоплением свободной жидкости в полостях (полисерозит), находившихся на лечении и дальнейшем наблюдении у нефрологов и кардиологов ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» и специалистов Городского научного центра реанимации и детоксикации.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определение общего анализа крови и мочи, анализов мочи методами Зимницкого и Реберга-Тареева, уровней мочевины, креатинина, общего белка и белковых фракций, сахара и электролитов крови. Инструментальные обследования включали ультразвуковое исследование почек и серозных полостей, ЭКГ, ЭхоКГ, а также рентгенографию грудной клетки. Все больные осмотрены кардиологом и реаниматологами Центра детоксикации.

**Результаты.** У всех 11 (100%) больных с ренокардиальным синдромом наблюдался полисерозит с резистентными к лечению отёками, причинами которых являлись асептическое воспаление листков перикарда, плевры и брюшины, связанное с азотемией, избытком количества жидкости из-за диспротеинемии и застойными явлениями хронической сердечной недостаточности.

Всем больным проводилась базисная терапия с подключением высоких доз мочегонных препаратов капельным путём (лазикс 120 мг на 50 мл физиологического раствора хлорида натрия). На фоне проводимой терапии улучшение наступило у 4 (36,4%) больных, а у 7 (63,6%) пациентов, наоборот, отмечалось увеличение явлений полисерозита. В связи с чем, этим больным было рекомендовано в комплекс лечения включить сеансы гемофильтрации аппаратом СГД-8. Это привело к клинико-лабораторному улучшению у 5 (71,4%) больных, что является неплохим показателем. Учитывая противопоказания (тяжёлая степень сердечно-сосудистой декомпенсации), сеансы гемофильтрации 2 больным не производились. На фоне гемофильтрации у больных значительно уменьшились отёки и количество жидкостей в полостях.

**Выводы.** Таким образом, учитывая резистентность к терапии отёков и полисерозитов при ренокардиальном синдроме рекомендуется длительное парентеральное введение высоких доз диуретиков и при необходимости применение метода гемофильтрации.



<sup>1</sup>Гаибов А.Г., <sup>2</sup>Гаибов М.А., <sup>1</sup>Лукьянов Н.Б., <sup>3</sup>Каримзода Х.К.

## СОТОВЫЕ ТЕЛЕФОНЫ И КОМПЬЮТЕРЫ КАК ИСТОЧНИКИ ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

<sup>1</sup>ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»

<sup>2</sup>ГУ «Институт экономики и демографии Академии наук Республики Таджикистан»

<sup>3</sup>ГУ «Национальная лаборатория общественного здравоохранения»

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Сотовый телефон и компьютер с их многочисленными возможностями, в том числе доступ к интернету, сделали жизнь человека более комфортной, чем прежде. Однако, открывая привлекательные возможности для детей и взрослых, современные технологии таят в себе серьезные опасности для их здоровья, вследствие чего компьютеризация представляет одну из важных проблем планетарного масштаба.

В 1996 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) разработала международный проект по оценке научных фактов всевозможного влияния электромагнитных полей на здоровье человека, включая радиочастотные поля, испускаемые мобильными телефонами и их базовыми станциями, а также для выдачи рекомендаций по проведению научных исследований.

Современные мобильные телефоны, смартфоны, гаджеты, планшеты стали частью нашей повседневной жизни. Знакомство детей с сотовым телефоном и компьютером чаще происходит в юном возрасте, открывая для ребёнка и подростка интересный, модный и манящий мир. Особенно уязвимы в этом аспекте дети и подростки, которые еще не сформировались, как личности, и легко поддаются неконтролируемому влиянию.

Вопрос о влиянии сотовых телефонов находится еще на стадии изучения, да и использование мобильного телефона в Российской Федерации и других странах началось сравнительно недавно, научных изданий на данную тему очень мало, в основном этот вопрос освещается на сайтах всемирной сети интернет в научно-популярной форме.

**Цель.** Провести анализ влияния сотовых телефонов и компьютеров на здоровье детей и взрослых.

**Материал и методы.** Использовались данные медико-социального опроса школьников и взрослых людей ряда районов Таджикистана, затрагивающие влияние на их здоровье мобильных телефонов и стационарных компьютеров.

**Результаты.** Установлено приобщение детей к мобильным сотовым телефонам и компьютерам, предоставляя им широкий спектр применения в сфере обучения, общения, поиска всевозможной информации, отдыха и развлечений, в т.ч. при переходе в различные возрастные и социальные группы населения. Обращается внимание на патогенную роль источников высокочастотного электромагнитного излучения, особенно при преобладающем прослушивании музыкальных произведений и частых компьютерных играх. Определена степень личностного выбора школьников: спорту и другим видам активного отдыха отдают предпочтение 27% из них, более 60% – компьютеру. В то же время 35% мальчиков и 40% девочек не приобщены к профилактике последствий для здоровья путем выполнения физических упражнений. Освещается необходимость социальной поддержки молодых людей, «живущих» в интернете, которые испытывают неудовлетворенность в обществе, имеют низкую самооценку в реальной жизни, закомплексованность и т.п.

**Выводы.** Современный мир, открывая привлекательные возможности для детей и подростков, таит в себе серьезные опасности для их здоровья. Мобильный телефон и компьютер, облегчая человеку жизнь, могут вызвать серьезную зависимость, сравнимую с наркотической, при том, что люди забывают о времени, не замечают дискомфорта и усталости, вовлеченности в виртуальный мир и необходимости ведения здорового образа жизни в современном обществе, направленного на профилактику различных патологических состояний.

<sup>1</sup>Гаибов А.Г., <sup>2</sup>Джабарова Т.С., <sup>3</sup>Лукьянов Н.Б., <sup>4</sup>Ашуриён Ш.С.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

<sup>1</sup>ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

<sup>2</sup>ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения»

<sup>3</sup>ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»

<sup>4</sup>ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Здоровье детей и подростков служит основой общественного благополучия нации, ее экономического и социального процветания, репродуктивного и оборонного потенциала страны.

В связи с этим важнейшей задачей медицинского обслуживания подростков является организация и проведение лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий, содействующих их всестороннему физическому и психологическому развитию, успешному обучению и воспитанию.

**Цель.** Изучить некоторые аспекты состояния здоровья и организации медицинских услуг детям и подросткам - учащимся общеобразовательных школ в некоторых регионах Таджикистана.

**Материал и методы.** Отчеты международных и общественных организаций, информация Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а также данные анкетирования подростков, проживающих в отдельных регионах Республики Таджикистан. В 2015 году по специально разработанной анкете проведено медико-социологическое исследование 460 школьников: 288 (62,6%) мальчиков и 172 (37,4%) девочек, проживающих в некоторых районах Кулябского региона Хатлонской области. Использовались статический, аналитический методы исследования. Обработку данных проводили с использованием стандартных программ.

**Результаты.** Установлено, что не менее 60,8% подростков страны имеют широкий спектр соматических патологий, в основном выявлена железодефицитная анемия, преимущественно I-степени – в 41,3% случаев. Более 20,6% подростков отказываются от посещения лечебно-профилактических учреждений по различным причинам, в т.ч. из-за высокой стоимости обследования и лечения. Почти каждый пятый подросток признается негодным к несению воинской службы. Приоритетное развитие специализированной медицинской помощи отрицательно повлияло на качество оказываемой первичной медико-санитарной помощи. В Хатлонской области доля здоровых подростков снизилась за последнее десятилетие на 12,9%. Важнейшей проблемой организации здравоохранения остается доступность медицинской помощи и повышение качества жизни населения, прежде всего в сельской местности, преимущественно в горных регионах.

**Выводы.** Назрела необходимость активизации разработанных организационных и комплексных мер по совершенствованию диспансеризации детей и подростков. Сохранение и восстановление здоровья подростков представляется комплексной проблемой. Ее решение зависит от сочетания усилий многих специалистов и органов власти, призванных обеспечить дальнейший экономический, социальный и политический процесс и стабильность в стране.

Гаибов А.Д., Негматзода О., Анварова Ш.С.

## СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

ТГМУ им. Абуали ибн Сино

г. Душанбе, Таджикистан

---

Патология надпочечников, требующая оперативного лечения, является одним из ведущих направлений современной эндокринной хирургии. Это состояние обусловлено ростом прижизненной диагностики гиперпластических и опухолевых поражений надпочечников. Повсеместно в последние годы частота выявления патологии надпочечников увеличилась примерно в 4,3 раза, и, следовательно, увеличилось количество ежегодно выполняемых операций. В Таджикистане первая успешная операция по поводу аденомедулярной опухоли надпочечника была выполнена в 1974 году академиком Н.У. Усмановым на кафедре госпитальной хирургии Таджикского госмединститута. Больная была выписана на 13-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В последующем был подготовлен ряд хирургов занимающихся лечением эндокринной патологии.

В 1975 году была внедрена методика ретропневмоперитонеума путем чрезсакрального введения воздуха и сканирование при помощи рентгеновских лучей. В 1986 году для диагностики патологии надпочечников в нашей республике впервые использовано ультразвуковое исследование. К этому времени подготовлено несколько хирургов и эндокринологов, занимающихся проблемами надпочечников, которые работали в тесном симбиозе. Согласно данным архивного материала кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино и РНЦССХ, в период 1978-2003 годы были оперированы 38 пациентов с патологией надпочечников. Скачок развития отрасли отмечался после внедрения в ряд крупных клиник республики современных методов топической диагностики и сложных гормональных исследований. Стали доступными различные варианты исследования гормонов надпочечников (кортизол, альдостерон, ренин, метанефрины, катехоламины), а также компьютерная и магнитно-резонансная томографии.

Несмотря на все достижения и опыт предыдущего поколения, хирургия надпочечников, с нашей точки зрения, в Республике Таджикистан развивалась следующим образом: в РНЦССХ, являющегося клинической базой кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, функционирует отделение сосудистой хирургии, работающее в тесном сотрудничестве с кафедрой эндокринологии ТГМУ и ведущими эндокринологами республики. Необходимость проведения операций на надпочечниках возникла при лечении больших образований, когда из-за опасности или сращения их с крупными сосудами пришлось в операционную бригаду включать специалиста по сосудистой хирургии. Чаще эти операции выполнялись профессорами А.Д. Гаировым и Т.Г. Гульмурадовым. Указанные операции в своё время и на сегодняшний день выполнялись и выполняются, естественно, хирургами-энтузиастами. И во многом благодаря им, это хирургическое направление стало развиваться и на сегодняшний день завоевало прочную позицию. В этом направлении сотрудники кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино и специалисты РНЦССХ сделали уверенные шаги достаточно давно, и на сегодняшний день прослеживается четкое организованное взаимодействие врачей-эндокринологов и хирургов, занимающихся решением общих вопросов, касающихся лечения патологии надпочечников.

Заболевания надпочечников являются достаточно сложными и в плане диагностики, и в плане предоперационной подготовки, хирургического лечения и послеоперационного ведения пациентов. В связи с этим не все медицинские учреждения хотят заниматься лечением этих пациентов. Хирургические операции на надпочечниках в последние годы стали выполняться на кафедре общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, в Республиканском научном центре онкологии, Институте гастроэнтерологии и отделении эндокринной хирургии ГМЦ г. Душанбе.

Нужно отметить, что до сих пор не имеется централизованного хирургическо-эндокринологического центра республиканского масштаба. Функционирует лишь одно отделение эндокринной хирургии в Городском медицинском центре Душанбе, где оперативные вмешательства большого объема на органах внутренних желез невозможны. На сегодняшний день хирургия надпочечников, как один из разделов хирургии и эндокринологии, достигла значительного прогресса в своем развитии. Если ранее трудности вызывал вопрос диагностики патологий надпочечников, то сегодня он полностью решен. Наши диагностические возможности расширились. В Республике Таджикистан имеются современные лаборатории для исследования почти всех гормонов, компьютерные и магнитно-резонансные томографы последнего поколения, ангиографический комплекс и, главное, – квалифицированные специалисты в области диагностики.

Мы работаем на уровне современных Российских и Европейских стандартов и в плане диагностики, и в плане предоперационной подготовки и проведения хирургического лечения. В некоторых случаях эндокринные заболевания имеют сложное, тяжелое течение, иногда возникают диагностические трудности. В таких ситуациях мы имеем возможность направить наших пациентов к эндокринологам или приглашаем эндокринологов к больному. Благодаря этому, за последние 10 лет ни один пациент не был направлен за пределы республики для хирургического лечения. Также в этом направлении проведена первая в условиях нашей республики научно-квали-

фикационная работа, которая защищена как диссертация на соискание ученой степени кандидата наук. За большие научные достижения в улучшении результатов диагностики и лечения патологии надпочечников профессора Гаибов А.Д. и Анварова Ш.С. были удостоены премией им. Е.Н. Павловского Академии наук Республики Таджикистан, к.м.н. Нейматзода О. - Государственной премией им. Исмоили Сомони. Опубликовано свыше 50 научных работ, 16 из которых - оригинальные статьи в журналах, рецензируемых ВАК РФ, получены 6 патентов и рацпредложений на изобретения, сделаны 8 докладов на республиканских и международных конференциях.

Выполнены 102 операции при опухолях адрокортикального (n=42) и адrenomедулярного (n=60) происхождения. Перспективы развития хирургии надпочечников в последующие годы включают в себя проведение научных исследований по улучшению анестезиологического обеспечения при оперативных вмешательствах на надпочечниках, изучение репродуктивных функций пациентов с патологией надпочечников после адреналэктомий, особенно среди женщин молодого возраста, течение ряда патологий и ремоделирование сердечно-сосудистой системы после адреналэктомий и др. Перспективными в этом направлении также считаются разработка и широкое внедрение рентгенэндоваскулярных хирургических вмешательств - эмболизация сосудов при гигантских опухолях или же рентгеноэндоваскулярная деструкция при гиперпластическом их перерождении или малых размеров образования.

Сотрудниками кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино совместно со специалистами РНЦССХ также намечается широкое внедрение современного метода хирургического лечения опухолей надпочечников – видеоэндоскопической адреналэктомии. На данный момент этим методом были успешно пролечены 3 пациента. Что касается преимущественности в работе хирургов и эндокринологов, на данный момент в нашей республике проблем нет, и этот вопрос полностью решен. Все диагностические вопросы решаются врачами-эндокринологами. После постановки диагноза, если имеются показания к хирургическому лечению, тогда к обсуждению метода лечения привлекаются хирурги. Затем, после операции, пациенты осматриваются врачом-эндокринологом, больному даются соответствующие рекомендации, после чего он выписывается под диспансерное наблюдение. И послеоперационное, и дооперационное ведение пациентов на сегодняшний день уже не представляет сложности, хотя еще несколько лет назад это были труднорешаемые вопросы, как, впрочем, и само хирургическое вмешательство на надпочечниках. Из-за сложности подготовки пациентов к операции и ведения послеоперационного периода, возможности развития непредвиденных осложнений специалистов-хирургов, желающих заниматься данной проблемой, значительно меньше.

Таким образом, можно считать, что хирургия надпочечников в Таджикистане на сегодняшний день соответствует российским и европейским стандартам благодаря внедрению современных методов топической диагностики и гормональных исследований, разработке новых методов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов, применению миниинвазивных методов хирургического лечения. Продолжаются научные поиски по разработке малоинвазивных малотравматичных доступов, оптимизации предоперационной подготовки больных, улучшению состояния органов-мишеней, страдающих длительное время от гормональной интоксикации, а также вопросов восстановления репродуктивных нарушений, особенно среди женщин молодого возраста. С целью улучшения оказания специализированной помощи населению необходимо организовать единый республиканский научно-клинический центр эндокринной хирургии.

*Гаибов А.Д., Султанов Д.Д., Нейматзода О.,  
Кобилбеков Б.И., Юнусов Х.А.*

## **ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДАХ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИТЕ**

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан



**Цель.** Обоснование объёма операции на брахиоцефальных сосудах при неспецифическом аортоартериите (НАА).

**Материал и методы.** За последние 10 лет оперированы 32 больных с поражением брахиоцефальных сосудов на почве НАА. Возраст и пол пациентов соответствовали особенностям аортоартериита, характерным для стран с жарким климатом: женщин – 90%, средний возраст 28 лет. Изолированное поражение только сонных артерий имелось у 6, подключичных - у 4 пациентов. Во всех остальных 22 случаях наблюдались сочетанные поражения ветвей дуги аорты: сонных, подключичных и позвоночных. У 8 больных в воспалительный процесс были вовлечены брюшная аорта, почечные и висцеральные артерии. Симптомы цереброваскулярных нарушений были выявлены у 22 пациентов. В 10 наблюдениях клинически преобладали симптомы брахиальной ишемии. Все пациенты госпитализированы спустя больше 5 лет от начала заболевания. Переходящие нарушения мозгового кровообращения в анамнезе имели 5 больных, 8 предъявляли жалобы на неоднократные ишемические атаки. Клиника одновременного хронического нарушения мозговой и брахиальной ишемии имела место у 13 пациентов. Объём операции устанавливали на основании УЗДС и ангиографии. При этом ни в одном случае не было выявлено ограниченное и локальное поражение сосудов. Неравномерные диффузные стенотические поражения сонных и подключичных артерий обнаружены у 21 больного. В остальных 11 случаях отмечалась окклюзия сонных или сонных и подключичных сосудов. В связи с диффузным характером поражения основной метод операции заключался в полной замене пораженных сосудов. Так, экстраоракальное протезирование сонной артерии выполнили в 12 наблюдениях, тотальное - в 7. Аорто-сонное бифуркационное шунтирование чрезплевральным доступом было выполнено 5 больным. При изолированной окклюзии только сонной или подключичной артерий выполнено протезирование одной из них, используя в качестве донорской артерии другую. Ни в одном случае не удалось выполнить классическую каротидную эндартерэктомию. Местно-реконструктивные операции использовали лишь в 4 случаях, хотя ни в одном случае не удалось избежать применения сосудистых трансплантатов. В таких случаях после иссечения гипертрофированной интимы на всем протяжении на атериотомной ране была вшита заплата из аутовены. Синтетические протезы использовали в 12 случаях, аутовены в различных вариантах - у 20.

**Результаты.** Осложнений во время операций не было. Плеврит, лимфорея и синдром Горнера после операции отмечались у 6 пациентов, которые были устранены консервативными мерами. Пациенты были выписаны со значительным регрессом клинических симптомов заболевания и находились под постоянным контролем хирургов, продолжая противовоспалительную терапию и прием метипреда. В сроках от 1 до 3 лет тромбоз шунтов отмечилось у 3 пациентов с рецидивом церебробрахиальной ишемии у всех.

**Выводы.** Таким образом, НАА сопровождается пролонгированным поражением БЦС, что значительно ограничивает возможность выполнения каротидной эндартерэктомии в классическом варианте. Наиболее эффективным методом реваскуляризации головного мозга и верхних конечностей является протезирование сосудов с применением ауто- и ксенотрансплантатов.

*Гаибова З.В., Зокиров Б.Н., Ахмадова Ш.У.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОСЗ РТ  
ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности клинического течения инфаркта миокарда у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** В работе использовалась возрастная шкала, утвержденная ВОЗ в 2019 году, по которой лицами молодого возраста считается контингент от 18 до 44 лет. Анализируются результаты комплексной диагностики и лечения 37 молодых (40-44 лет) пациентов с

инфарктом миокарда (ИМ), средний возраст которых составил  $41,2 \pm 2,9$  года, находившихся на стационарном лечении в ГУ РКЦК МЗиСЗН РТ в 2010-2017 гг. У 28 (75,7%) пациентов имел место крупноочаговый инфаркт миокарда, у 9 (24,3%) – мелкоочаговый. В основном отмечался первичный ИМ – 94,6%, в 5,4% был зарегистрирован повторный ИМ. У трети пациентов (35,2%) отмечался базальный ИМ, у 32,4% имела места передняя локализация, у 32,4% поражение распространилось на боковую стенку. В 2 (5,4%) случаях отмечался летальный исход. Диагностика ИМ базировалась как на основании клинических проявлений, так и результатах проведения дополнительных методов исследования – ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиографии и биохимических анализов крови (тропонины).

**Результаты.** Анализ показал, что у всех больных имелись различные факторы риска ИМ, в том числе: 91,9% явились лицами мужского пола; 81,1% имели избыточную массу тела с нарушением обмена липидов; 78,4% имели большой стаж по употреблению никотина; у 54,1% отмечена отягощенная наследственность; 27% страдали сахарным диабетом II типа (СД). Среди сопутствующей патологии у большинства пациентов отмечалась гипертоническая болезнь ( $n=35$ ; 94,6%), метаболический синдром ( $n=30$ ; 81,1%) и СД-2 типа ( $n=10$ ; 27%). На ЭхоКГ выявлялось расширение полостей левых отделов сердца, участки гипо- или акинеза и снижение фракции выброса, наличие регургитации различной степени тяжести на митральном (37,8%), аортальном (13,5%) и трикуспидальном (10,8%) клапанах и косвенные признаки гипертензии малого круга кровообращения. Экстренная КАГ была выполнена 8 (21,6%) пациентам, которая в 2 случаях закончилась коронарной ангиопластикой и стентированием. Вместе с тем, у каждого пятого пациента (21,6%) при КАГ не выявлено признаков значимого поражения венечных артерий. Несмотря на интенсивную терапию, в двух случаях был зарегистрирован летальный исход.

**Выводы.** Проведенное исследование демонстрирует, что ИМ в молодом возрасте не является редким случаем. Отмечена высокая тенденция к омоложению ИМ, который в этих случаях отличается высокой смертностью. Для предотвращения ИМ необходимо развивать систему профилактической помощи пациентам молодого возраста путем информирования населения по вопросам первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также ранней диагностики и коррекции факторов риска.

*Гаибова З.В., Урунбоева Д.С, Кассирзода С.К., Ходжиев С.Х.*

## НЕГАТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить частоту встречаемости негативных социальных и психоэмоциональных факторов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и провести их коррекцию.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты обследования 40 больных с ИБС, получивших стационарное лечение в условиях ГУ РКЦК МЗиСЗН РТ. Мужчин было 29 (72,5%), женщин - 11 (27,5%). Возраст варьировал от 44 до 66 лет, составляя в среднем  $52,2 \pm 4,4$  лет. У всех пациентов имелись различные варианты психологических и депрессивных расстройств (по опроснику CES-D). В зависимости от коррекции патологических состояний пациенты были разделены на две группы. В основную группу были включены 22 пациента, которым назначены различные препараты, транквилизаторы совместно с иглорефлексотерапией (ИРТ), в контрольную – 18 больных, получавших только антидепрессанты.

**Результаты.** У больных обнаружены различные по степени тяжести уровни тревожности. Так, у 20 из них имелись признаки ипохондрической депрессии, у 10 - эмоциональная лабильность, у 10 - тревожность. Диагностику депрессивных состояний проводили совместно с врачами-невропатологами с помощью опросника CES-D, вопросы задавались устно и были запротоколированы исследователями. Данная методика позволяет получить исчерпывающую информацию о

психологическом состоянии пациентов. Вопросник состоит из 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии, при этом 0 баллов соответствует тому, что симптом встречается редко или вообще не отмечается, а 3 балла показывают постоянство присутствия симптома. Больные часто жаловались на снижение настроения, нарушение мышления, утрату способности переживать радость, потерю интереса к жизни и привычной ежедневной работе. У 11 (27,5%) из них средний балл по шкале CES-D составил  $22,3 \pm 1,2$ , что соответствует уровню депрессии легкой степени, у 9 (22,5%) –  $42,2 \pm 3,7$  баллов, что соответствует депрессии средней степени тяжести. При всех случаях эмоциональной лабильности и невротизации имели место различные изменения психологического состояния, которые соответствовали легкой степени депрессии ( $23,7 \pm 1,4$  балла). В качестве коррекции патофизиологии нервной системы были назначены: персен по 1 таблетке 3 раза (16 пациентам), алпрозолам по 0,25 мг два раза в день (6 пациентам) и иглорефлексотерапия (ИРТ) (10 пациентам дополнительно к медикаментозной терапии). Показанием для назначения этих препаратов явилась симуляция приступов стенокардии и наличие уровня депрессии выше 20 баллов по шкале CES-D.

**Выводы.** Депрессивные расстройства оказывают значимое влияние на клиническое течение ИБС, в связи с чем необходимо провести их адекватную коррекцию. Наши данные подтверждают, что дополнительная антидепрессантная терапия с использованием как лекарственных препаратов, так и ИРТ способствует улучшению состояния пациентов и уменьшению приступов стенокардии.

*Ганиева М.П., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.*

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Выявить структурно-функциональные изменения сердца при поражении почек у больных хроническими лейкозами.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 50 больных с поражением почек при хронических лейкозах. Из них 24 женщины и 26 мужчин. Возраст больных составил от 19 лет до 62 лет. Медиана возраста – 32,2. Длительность заболевания - от 4 до 8 лет. Комплексное обследование и проспективное наблюдение проводилось на базе гематологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. У всех больных А/Д поднималось в пределах 160/100 мм рт.ст. Всем 50 больным диагноз устанавливали после проведения стерильной пункции. Исследовали также кровь на содержание мочевины и креатинина, мочевой кислоты. Всем больным выполняли пробы Нечипоренко, Реберга, Зимницкого, которые подтверждали поражение почек. Пациенты получали полихимиотерапию, после чего отмечалось ухудшение со стороны почек. Это связано с токсическим поражением ПХТ на функцию почек. Больным назначались общеклинические методы исследования, а также ЭКГ, ЭхоКГ. При ЭКГ-исследовании обращали внимание на признаки гипертрофии левого желудочка. Широкое использование эхокардиографии (ЭхоКГ) позволило классифицировать архитектонику ЛЖ у пациентов как массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Согласно данным Фремингемского исследования, ГЛЖ наблюдается в тех случаях, когда индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ)  $>116$  для мужчин и  $>104$  г/м<sup>2</sup> для женщин соответственно.

**Результаты.** Все пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошел 31 (42,0%) пациент с хроническим лимфолейкозом, во вторую группу - 19 (38,0%) с хроническим миелолейкозом.

В общем анализе мочи у всех больных выявлены: белок - от 0,66‰ до 1,66‰; лейкоцитурия – от 15 до сплошь в поле зрения; ураты – у 67,1% больных; цилиндры 1-2 в поле зрения - у 12 больных. У всех 50 больных уровень мочевой кислоты был повышен – от 423 до 450 мкмоль/л. На ЭКГ в первой группе у 29 (93,5%) пациентов отмечены признаки гипертрофии левого же-

лудочка, против пациентов второй группы – 18 (94,7%). Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) – это явное увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), развивающееся на фоне заболеваний, сопровождающихся длительной перегрузкой левого желудочка (ЛЖ). При ЭхоКГ выявлены следующие изменения: ИММЛЖ  $>116$  г/м<sup>2</sup> наблюдался у 15 мужчин, ИММЛЖ  $>104$  г/м<sup>2</sup> у 10 женщин, всего 25 (80,6%) пациентов с хроническим лимфолейкозом. У пациентов с хроническим миелолейкозом при ЭхоКГ ИММЛЖ  $>116$  г/м<sup>2</sup> наблюдался у 9 мужчин и ИММЛЖ  $>104$  г/м<sup>2</sup> у 7 женщин, всего 16 (72,7%) пациентов.

**Выводы.** У пациентов с хроническим лейкозом поражение почек и сердца в основном было связано с влиянием полихимиотерапии, гиперурикемией, а также лейкозной инфильтрацией.

*Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б., Шарипов М.М., Хасанов Дж.М.*

## КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определить нарушения сердечно-сосудистой системы при хронических гломеруло-нефритах.

**Методы.** Группу исследования составили 200 больных с хроническим гломеруло-нефритом, средний возраст  $39 \pm 0,7$  лет. Мужчин было 122 (61,0%), женщин - 78 (39,0%). Комплексное обследование и проспективное наблюдение больных проводилось на базе нефрологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Длительность заболевания составила от 1 года до 10 лет. Больные были распределены на 2 группы: I группа (83 больных) - с нефротической формой гломеруло-нефрита и II группа (117 пациентов) - с гипертонической формой гломеруло-нефрита. Лечение проводили по стандартному протоколу.

Лабораторное обследование включало в себя общеклинические и биохимические методы исследования, выполнение ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, пробы Реберга, Зимницкого, Нечипоренко.

**Результаты.** Кардиальный синдром, характеризующийся периодически возникающими кардиалгиями, ощущением «перебоев» в деятельности сердца, повышением А/Д, зарегистрирован чаще у больных с гипертонической формой гломеруло-нефрита – 98(83,7%), по сравнению с нефротической формой хронического гломеруло-нефрита - 52(62,6%). При оценке ЭКГ отмечено снижение процессов реполяризации - у 62,5% пациентов с гипертонической формой гломеруло-нефрита против 37,5% (пациенты с нефротическим синдромом). Синусовая аритмия отмечена у 37,3% больных с гипертонической формой против 22,2% с нефротическим синдромом. Неполная блокада пучка Гиса отмечена у 26,0% против 16,9% пациентов. Всем больным проводилась эхокардиография. При проведении ЭхоКГ у пациентов с хроническим гломеруло-нефритом гипертонической формы отмечено расширение полости левого предсердия -  $3,3 \pm 0,28$ , увеличение ЛЖ КСР  $3,9 \pm 0,5$ , ЛЖ КДР  $5,2 \pm 0,32$ , а также снижение функции выброса (ФВ) -  $52,26 \pm 2,3$ . У пациентов с нефротической формой хронического гломеруло-нефрита отмечено расширение полости левого предсердия -  $3,2 \pm 0,24$ , увеличение ЛЖ КСР  $3,8 \pm 0,6$ , ЛЖ КДР  $5,0 \pm 0,32$ , а также снижение ФВ -  $52,2 \pm 2,0$ .

При исследовании мочи всех 200 больных выявлены протеинурия - от 1,66 до 6,6; цилиндрурия – 1-2 в поле зрения; снижение удельного веса до 1005; незначительные лейкоцитурия и гематурия.

**Выводы.** Таким образом, у большинства пациентов с хроническим гломеруло-нефритом (97,9%) выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, что необходимо учитывать при проведении профилактики и лечения. Анализ эхокардиографических данных позволил выделить характерные признаки патологии сердца у больных хроническим гломеруло-нефритом в виде расширения левого предсердия, дискинезии, гипокинезии, снижения сократительной способности миокарда.



*Гиёсиев И.К., Джураев Ш.М., Баратов А.К.,  
Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З.*

## **НАШ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОГРАММИРУЕМЫХ ОДНО- И ДВУХКАМЕРНЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Сравнительный анализ применения однокамерных ЭКС с пассивным электродом и одно- и двухкамерных программируемых ЭКС с активными электродами, при блокадах сердца.

**Материалы и методы.** В РНЦССХ в период с 2002 по 2018 гг. по поводу нарушений ритма было оперировано 290 больных: 154 женщин и 136 мужчин в возрасте от 2 до 90 лет. Больных с атриовентрикулярной (АВ) блокадой было – 168, с синоатриальной (СА) блокадой - 68, с синдромом слабости синусового узла (СССУ) – 54. Причинами АВ блокады были ИБС (112), гипертоническая болезнь (75), а в 73 случаях этиологию выявить не удалось. Больных с АВ блокадой после операции на сердце по поводу ВПС было 12 и кардиомиопатиями - 9. Всем больным были имплантированы постоянные эндокардиальные электрокардиостимуляторы: ЭКС 501 - 34, ЭКС 511- 129, ЭКС 554 – 29, однокамерные ЭКС (Medtronic и St. Jude) – 52 и двухкамерные ЭКС (Medtronic, St. Jude) – 38 больным.

**Результаты.** В отдаленные сроки до 15 лет двухкратная замена электрокардиостимуляторов была произведена 18 больным, трехкратная в 27 случаях. Следует отметить, что до 2014 года эти замены осуществлены в отношении ЭКС 501 и 511. Замена ЭКС 511 на однокамерный ЭКС Medtronic SESR01 выполнена – 2 больным. Средняя продолжительность работы электрокардиостимуляторов 501 и 511 – составила  $4,1 \pm 0,9$  лет. Средняя продолжительность работы программируемых электрокардиостимуляторов с активным электродом, по данным программатора, составила  $8,5 \pm 1,2$  лет.

**Выводы.** Применение программируемых ЭКС даёт возможность определить порог стимуляции и сопротивления и соответственно настроить амплитуду импульса стимуляции ЭКС на более низкие частоты, что обеспечивает более экономную и продолжительную работу кардиостимулятора. А имплантация двухкамерных ЭКС при ССУ, СА блокаде и АВ блокаде снижает риск возникновения негативных синдромов, обусловленных однокамерной стимуляцией.

*Губкин С.В.*

## **GPS-КАРДИО И ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ КАРДИО-МОНИТОРЫ**

ГНУ «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси»

---

Известно, что шансы спасти жизнь убывают линейно на 7-10% каждую минуту и фактически сводятся к нулю на 9-ой минуте прекращения сердечной деятельности. При этом реальная вероятность вернуть сознательную жизнь человеку сохраняется немногим больше 4-ой минуты.

Мобильный комплекс GPS-Кардио – это Кардиограф с GPS-модулем обеспечивает снятие кардиограммы в режиме реального времени для контроля сердечного ритма и изменения интервала ST пациента. Система автоматизирована и позволяет помимо ЭКГ зафиксировать точное местоположения пациента. Программное обеспечение к устройству создано IT-компанией «Спарлайн» в составе НПО «Луч» (Минск).

Конечным продуктом разработки станет система для службы экстренной помощи людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями наподобие Uber-скорой помощи, которая будет приезжать

на жизнеугрожающую ситуацию по данным ЭКГ, а не по телефонному вызову. Данное направление оказания медицинской помощи только разрабатывается и никогда не использовалось в практическом здравоохранении ни в одной стране. Примечательно, что при визите в г.Тайнань провинции Шаньдунь именно эта разработка послужила для подписания одного из трех договоров Белорусской Национальной академии наук с китайской стороной.

В настоящее время полностью создан и прошел медицинскую экспертизу носимый модуль ЭКГ анализатора и регистрационный блок на сервере. Но накожные электроды рано или поздно нужно снимать, поэтому в перспективе устройство для снятия кардиограммы будет минимизировано до размеров имплантационной капсулы, что позволит непрерывно отслеживать ЭКГ целевой группы пациентов вне зависимости от времени суток on-line. А передающим устройством будут либо умные часы, либо смартфон. К разработке проявили интерес мобильные операторы связи, так как новый гаджет полностью интегрирован для передачи данных и содержит персонализированную sim карту, обеспечивая в день передачу 21-25 мегабайтов информации для непрерывной интерпретации. Созданием линейки подобных устройств заинтересован китайский мегагигант Huawei, о чем свидетельствовал визит представителей компании в Институт физиологии НАН Беларуси. В направлении по сотрудничеству Директора Минского исследовательского центра Пэна Цзюня включено создание линейки медицинских устройств для длительного ношения и функционального мониторинга в виде карманных приборов, имплантируемых кардиоустройств, «умных» браслетов, к которым проводится разработка алгоритмов on-line обработки ЭКГ, прогнозирования и выявления urgentных состояний (жизнеугрожающих тахи- и брадиаритмий, инфаркта миокарда), а также разработка мобильных приложений и программ для работы удаленного сервера и дистанционных консультаций, создание современного web-сервиса и новых форм работы экстренных служб спасения.

*Гуева З.А., Ситораи Акбар*

## РЕЗУЛЬТАТЫ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить структуру распространенности уровней риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), используя традиционную шкалу рекомендаций ESH/ESC стратификации факторов риска у больных с изолированной артериальной гипертензией на госпитальном уровне.

**Материал и методы.** Проведена оценка 47 больных с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ) (мужчин - 19 (40,5%), женщин - 28 (59,5%) человек) в возрасте от 58 до 79 лет (средний возраст - 66,7±6,8 лет). Артериальная гипертензия I степени выявлена у 10 (21,3%), II ст. - у 26 (55,3%) и III ст. - у 11 (23,4%) обследованных. Длительность АГ составила от 1 до 25 лет, в среднем - 11,9±7,1 лет. В среднем среди обследованных систолическое АД находилось в пределах 171,5±15,1 мм рт.ст., диастолическое - 72,2±8,3 мм рт.ст. Оценивали наличие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска, согласно Европейским рекомендациям (2013) и Национальным протоколам (2018).

**Результаты.** В ходе исследования выявлено, что у обследованных больных с ИСАГ имеется значительное число факторов, неблагоприятно влияющих на прогноз при АГ. Детализируя особенности распространенности факторов риска при ИСАГ, необходимо отметить, что курение встречается в 42,6%, низкая физическая активность - в 51,1% случаев, неправильное питание - в 63,8%, избыточная масса тела и ожирение - в 36,2% и 23,4% соответственно, злоупотребление алкоголем - в 8,5%, дислипотеинемия - в 51,1%, нарушение толерантности к глюкозе - в 4,3%.

Среди всех участников исследования только у 4 человек (8,5%) выявлено 1-2 фактора риска, у 27 (57,4%) - 3-4 факторов и у 16 (34,0%) - 5 факторов риска и более. При этом среди мужчин сочетание более 3 факторов риска выявляется чаще, чем среди женщин: 97,7% против 89,3%. В структуре поражения органов-мишеней на первый план выступает гипертрофия левого желудочка, которая отмечена в 27,7%, протеинурия – в 23,4%, гиперкреатинемия – в 19,1%, энцефалопатия – в 76,6%. Анализ распределения уровня риска ССО по шкале рекомендаций ESH/ESC показал, что у обследованных больных в 10,6% (5 больных) выявлен умеренный риск ССО, в 65,9% (31 больной) – высокий. Такие высокие показатели уровней риска ССО обусловлены, в том числе, наличием ассоциированных клинических состояний. Так, среди обследованных больных у 31,9% имела место ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения; у 23,4% - постинфарктный кардиосклероз; у 4,3% - острый инфаркт миокарда, у 19,1% - острые и хронические формы нарушения мозгового кровообращения, у 17,0% - сахарный диабет, у 48,9% - хроническая сердечная недостаточность и у 6,3% - хроническая болезнь почек.

**Выводы.** Получены убедительные доказательства необходимости своевременных мероприятий по раннему выявлению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с ИСАГ, а также проведения первичной и вторичной профилактики у этой категории пациентов.

*Гульмурадov Т.Г., Джаббаров А.А., Дадабаев Д.У.*

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКССУДАТИВНЫХ И СЛИПЧИВЫХ ПЕРИКАРДИТОВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения хронических экссудативных и слипчивых перикардитов путем применения минимально инвазивных технологий.

**Материал и методы.** Обследовано 114 больных с хроническими перикардитами, находившихся в отделении хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2000 по 2017 гг. Среди них хронические экссудативные перикардиты (ХЭП) имело место у 84 (73,7%), хронические слипчивые перикардиты (ХСП) - у 30 (26,3%), мужчин было 60 (52,6%), женщин - 54 (47,4%) в возрасте от 18 до 67 лет. Средний возраст больных составил  $32,4 \pm 1,9$  лет.

В зависимости от характера заболевания и способа хирургического лечения больные с хроническими перикардитами были разделены на три группы. В первую группу включены 34 больных с ХЭП с признаками хронической тампонады сердца, которым выполнена торакоскопическая фенестрация перикарда. Во вторую группу вошли 50 больных с ХЭП, которым выполнена субтотальная перикардэктомия из министертотомного доступа. В третью группу включены 30 пациентов с ХСП которым выполнена традиционная субтотальная перикардэктомия из продольного стертотомного доступа.

Эхокардиографические исследования при ХЭП показали, что размеры правого желудочка и левого предсердия уменьшены и составляют  $21,7 \pm 1,62$  мм и  $27,2 \pm 1,18$  мм соответственно, правого предсердия увеличены до  $28,4 \pm 1,58$  мм, также значительно снижены КДО и КСО до  $34,8 \pm 0,98$  мл и  $16,9 \pm 0,68$  мл соответственно. При этом фракция выброса составила  $60,6 \pm 3,09\%$ .

У пациентов с ХСП имело место значительное снижение ударного объема до  $18,4 \pm 1,22$  мл, КДО до  $34,5 \pm 2,07$  мл, КСО до  $16,3 \pm 1,01$  мл и фракции выброса до  $56,1 \pm 1,76\%$ , которые свидетельствуют о значительном ухудшении объемных и функциональных параметров сердечной функции.

**Результаты.** Анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных с хроническими перикардитами показали, что торакоскопическая фенестрация перикарда у пациентов с ХЭП сокращает сроки стационарного лечения в среднем до  $6,1 \pm 0,7$  дней, что обусловлено уменьшением травматичности операции и частоты осложнений. После субтотальной перикардэктомии с

применением Т-образной министернотомии сроки пребывания больных в стационаре сократились на 6-8 дней, по сравнению с больными с продольной стернотомией, которые составляли  $22,1 \pm 1,6$  и  $15,3 \pm 1,4$  дней соответственно. Количество гнойных осложнений со стороны раны уменьшилось с 10% до 2,0 %, а случаев нестабильности фиксации грудины не было.

По данным ЭхоКГ, у пациентов ХЭП и ХСП после хирургического лечения увеличились размеры правого желудочка на 35,7% и 21,5%, левого предсердия - на 15,3% и 13,8%, уменьшение размеров правого предсердия на 17,3% и 27,6%, фракция выброса выросла на 10,4% и 14% соответственно, что свидетельствует об улучшении функциональных показателей сердца.

**Выводы.** Объем операции при ХП зависит от стадии заболевания: при выпотном перикардите и толщине перикарда до 5 мм оптимальной является торакоскопическая фенестрация перикарда; при значительном утолщении перикарда (>5мм) и выраженном спаечном процессе в полости перикарда показана субтотальная перикардэктомия с применением Т-образной министернотомии, что значительно снижает травматичность операции и частоту раневых инфекционных осложнений.

*Гульмуратов Т.Г., Юлдошев Х.Ф., Амонов Ш.Ш., Авзонов У.М.*

## АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Сравнительная оценка ранних послеоперационных осложнений у больных ИБС с сахарным диабетом (СД) и без диабета.

**Материал и методы.** За период с 2011 по 2017 гг. в отделении кардиохирургии РНЦССХ проведено 178 операций аортокоронарного шунтирования. Среди них у 60 (35,8%) больных отмечено наличие сопутствующего СД II типа. Для проведения сравнительного анализа ранних послеоперационных осложнений были подобраны группы по 60 больных с ИБС в сочетании с СД и с ИБС без диабета, сопоставимые по возрасту и характеру поражения коронарных артерий. Средний возраст больных в группе с диабетом составил  $53,2 \pm 1,14$  лет. В группе без диабета -  $54,37 \pm 1,22$  лет. Среднее количество коронарных артерий, имеющих признаки обструктивных атеросклеротических поражений, в группе с СД составило  $3,42 \pm 0,11$ , в группе без диабета -  $3,15 \pm 0,27$ . В группе больных без СД было 48 мужчин и 12 женщины. Стенокардия II ФК наблюдалась у 2 больных, III ФК - у 25, IV ФК - у 3. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 19 человек. Артериальная гипертензия была у 24. Сопутствующее ожирение отмечено у 17 пациентов. Повышенный уровень холестерина (> 5,2 ммоль/л) зарегистрирован у 13. Снижение фракции изгнания имело место у 29 человек. В группе больных с СД было 46 мужчин и 14 женщины. Продолжительность СД составила в среднем  $5,13 \pm 0,64$  лет. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 17 человек. Легкое течение диабета было у 14 пациентов, среднетяжелое - у 9 и тяжелое - у 7. Средний уровень базальной гликемии составил  $7,42 \pm 0,18$  ммоль/л, гликозироваанного гемоглобина  $6,76 \pm 0,28$  ммоль/л. Гиперхолестеринемия отмечалась у 38 пациентов. Больные с СД чаще страдали артериальной гипертензией и ожирением - 23 и 17 человека соответственно, у них чаще отмечалась стенокардия IV ФК - у 6 пациентов. Снижение уровня фракции изгнания отмечено у 27.

**Результаты.** У больных без СД в раннем послеоперационном периоде инфаркт миокарда развился у 2, нарушение ритма по типу мерцательной аритмии отмечались у 8 пациентов, перикардит - у 2, кровотечение, потребовавшее рестернотомии, - у 3 человек. У больных с диабетом нарушения ритма возникли у 2, периоперационный инфаркт миокарда - у 2, медиастинит - у 2 пациентов. Летальность в группе с СД составила 6,7%, в группе без СД - 3,3%. Причинами смерти у больных с СД были острый интраоперационный инфаркт миокарда и острая сердечная недостаточность, а в группе без СД - острый инфаркт миокарда.

**Выводы.** Результаты хирургического лечения больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом оказались вполне сопоставимы с больными без СД. Учитывая риск развития послеоперационных осложнений, необходимо провести адекватную подготовку больных.



<sup>1</sup>Гумматова С.Р., <sup>1</sup>Гаджиева Г.Г., <sup>1</sup>Садыгов Р.В.,  
<sup>1</sup>Гаджиева Г.К., <sup>2</sup>Гаджиев Э.Г.

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНЫХ И РАВНИННЫХ УСЛОВИЯХ

<sup>1</sup>Кафедра терапии и ЦНИЛ Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева

<sup>2</sup>НИИ гематологии и трансфузиологии им. Б.А.Эйвазова  
г. Баку, Азербайджан

---

**Цель.** Сравнительное изучение особенности вариабельности сердечного ритма у жителей, проживающих в горных (Хыналыг) и равнинных условиях Азербайджанской Республики Губинского района.

**Материал и методы.** Обследовано 208 пациентов: среди них 194 больные АГ и 14 - контрольная группа для Холтеровского мониторирования. 83 (42,78%) пациента, проживающих в равнинных условиях (I группа), 111 (57,22%) - в горных условиях (II группа). Больные с АГ были разделены три степени: АГ I ст. - 61 человек (31,4%); АГ II ст. - 47 человек (24,20%) и АГ III ст. - 86 человек (44,30%). В обеих группах кардиоритмограмма изучена с помощью инструментальных методов – ЭКГ, ЭхоКГ, временных и спектральных параметров Холтеровского мониторирования и общепризнанными формулами.

**Результаты.** Во II группе относительно I группы были повышены САД – в 1,1 раза ( $p < 0,05$ ), ДАД – в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ), ЧСС – в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). Во II группе с АГ III ст. относительно АГ I ст. и АГ II ст. из ЭКГ параметров P и PQ повышены в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ), интервал QT удлинился в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). В I группе с АГ III ст. T0 ось относительно и АГ I ст. и АГ II ст. повышался в 2,9 раз ( $p < 0,05$ ). В обеих группах у больных с АГ II ст. и АГ III ст. относительно АГ I ст. статистически достоверно повышался КДО, КСО, однако, во II группе, по сравнению с I, более выражено. Это тенденция наблюдается в основном у больных с АГ III ст. по параметрам КДР, КСР, ТМЖП и ТЗСЛЖ.

Во II группе относительно I группы временные показатели ВСР снижаются гMSSD на 37,3%, pNN50% - на 49,7%, что способствует снижению вагусной активности и доминантности симпатических механизмов.

Клинический анализ крови включается в стандартное обследование больных на всех этапах оказания медицинской помощи. У больных АГ, проживающих в обоих условиях, согласно результатам статистической достоверности ( $p < 0,05$ ), из 20 параметров общего анализа крови количество 11 показателей с повышением степени тяжести АГ уменьшается:

У больных АГ I степени: RBC( $\times 10^{12}/l$ ) $\uparrow$ , E $\uparrow$ , LYM( $\%$ ) $\uparrow$

У больных АГ: M $\uparrow$ , MCHC $\downarrow$ , LYM( $\%$ ) $\downarrow$ , PLT ( $\times 10^9/l$ ) $\downarrow$

У больных АГ III степени: RDW–CV $\downarrow$ , LYM ( $\times 10^9/l$ )  $\downarrow$ , GRN( $\%$ ) $\downarrow$ , PDW $\downarrow$ , HCT $\downarrow$ .

**Выводы.** Изучение ВСР у больных АГ, проживающих в горных и равнинных условиях, играет вспомогательную роль при оценке риска различных неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений и оптимизации их лечения.

Давид Л.А., Гросу А.А., Кузор Т.С., Бойчук И.М.,  
Кэлдаре Л.Д., Рэдукан А.М.

## ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Институт кардиологии  
г. Кишинев, Молдова

---

**Актуальность.** Выраженная дисфункция левого желудочка (ЛЖ) была определена как прогностический фактор внезапной сердечной смерти (ВСС), причиной которой чаще всего являются

желудочковые тахикардии (ЖТ). Мало данных о значении фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) у больных с постинфарктыми ЖТ.

**Цель.** Изучение клинического и прогностического значения ФВЛЖ у больных с постинфарктыми ЖТ.

**Материал и методы.** В период 2015 – 2016 гг. в исследование включили 90 больных, средний возраст  $63,8 \pm 1,1$  лет, 90% мужчин, переживших эпизод документированной ЖТ, развившейся через не менее чем 6 недель после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). Устойчивую желудочковую тахикардию зарегистрировали у 61,1% пациентов, неустойчивую желудочковую тахикардию – у 25,6%, фибрилляцию желудочков – у 13,3%. Интервал времени от ИМ до развития ЖТ составил  $47,1 \pm 4,5$  месяцев. Обследование больных включало эхокардиографическое, коронарографическое исследование, им назначали амиодарон и/или бета-блокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, аспирин, статин. Длительность наблюдения составила  $20,2 \pm 1,8$  месяцев (конечной точкой была смерть больного). Изучили клиническое и прогностическое значение ФВЛЖ разделив больных на 2 группы (гр): I гр. - ФВЛЖ  $\leq 35\%$  (n=41) и II гр. - ФВЛЖ  $> 35\%$  (n=49).

**Результаты.** Сравнимые группы не различались по структуре факторов риска. В I гр. больные были несколько моложе ( $p=0,05$ ), чаще перенесли передний ИМ ( $p<0,01$ ), реже были подвергнуты реваскуляризации ( $p<0,05$ ), у них чаще определяли увеличение размера и объема левого предсердия и ЛЖ ( $p<0,01$ ), наличие аневризмы ЛЖ ( $p<0,001$ ). Не выявили различий между группами по структуре ЖТ и времени их возникновения после перенесенного ИМ.

За время наблюдения процент смертельных исходов был значительно выше ( $36,6\%$  vs  $10,2\%$ ,  $p=0,003$ ), а риск развития ВСС был в два раза выше (RR 2,18 [95% CI 1,17 – 2,51,  $p=0,02$ ]) в I гр. чем во II гр. Кривые Каплан-Мейер указали на достоверно более низкую вероятность остаться в живых за время наблюдения больным I гр. (log-rank = 6,62  $p=0,01$ ).

**Выводы.** У больных с постинфарктыми желудочковыми тахикардиями ФВЛЖ  $\leq 35\%$  и ФВЛЖ  $> 35\%$  встречаются практически с одинаковой частотой. Фракция выброса левого желудочка  $\leq 35\%$  ассоциируется у этой категории больных со значительно более высоким риском смертельного исхода, в том числе внезапной смерти.

*Давлатов А.А., Курбанов У.А., Джанобилова С.М., Джононов Дж.Д.*

## АНГИОНЕВРОМА ПОДНОГТЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить особенности клинических проявлений и хирургического лечения подногтевой ангионевромы.

**Материал и методы.** Начиная с 2005 года по настоящее время, в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии поступило 12 больных с подногтевой ангионевромой кисти в возрасте от 19 лет до 42 лет. Мужчин было 3, женщин – 9, т.е. в соотношении 1:3. Согласно анамнезам, продолжительность болезни была в пределах от 2 до 13 лет. До обращения к нам больные посещали многие лечебные учреждения, знахарей и даже колдунов. Из-за мучительных жгучих болей больные обращались к хирургам с просьбой ампутировать больной палец. При обращении у всех больных отмечалась триада основных симптомов ангионевромы: 1) постоянные жгучие боли не только в пальце, но и в конечности в целом; 2) резкая болезненность в ногтевой фаланге пальца; 3) выраженная холододовая непереносимость. У 2 больных в точке наибольшей болезненности через ногтевую пластинку просвечивалось едва заметное синеватое пятно. На основании только жалоб

и анамнестических данных нами заподозрено наличие подногтевой ангионевромы. Физикальное обследование с точечным определением резко болезненной зоны и наличие триады основных симптомов позволили в более чем 90% случаях установить правильный диагноз. Дополнительные методы исследования в данном случае больше имели уточняющий характер и академическое значение. К ним относятся: рентгенография пальца, определяющая ямку (нишу) на кости ногтевой фаланги, магнитно-резонансная и компьютерная томографии, уточняющие наличие, локализацию и размер опухоли, а также образовавшиеся ниши на кости. Все больные оперированы под футлярным обезболиванием по Оберсту. Операция заключалась в удалении ногтевой пластинки, разрезе матрицы над образованием, удалении образования, которые проводились под операционным микроскопом (увеличение  $\times 8-40$ ) с использованием микрохирургической техники. Все удалённые опухоли подвергались патогистологическому исследованию, где в образованиях размерами менее 0,3-0,5 см обнаружены эндотелиальные и видоизменённые гладкомышечные клетки, т.е. эпителиоидные гломусные клетки, характерные для ангионевром.

**Результаты.** Ближайший послеоперационный период у всех оперированных больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, осложнения не имели место. Отдалённые результаты в сроках от одного года до 14 лет прослежены нами у 10 (83,3%) больных. У всех наблюдавшихся клинические симптомы перенесённой патологии отсутствовали. Случаев рецидива образования не было. Движения во всех пальцах оперированной кисти в полном объёме. Форма ногтевых пластинок у 9 больных была естественной, у одной женщины отмечалась незначительная деформация у основания ногтевой пластинки, откуда ранее была удалена ангионеврома.

**Выводы.** Таким образом, несмотря на редкость патологии и малую известность её симптомов, подногтевая ангионеврома имеет чёткую клиническую картину и характерную триаду симптомов – постоянные жгучие боли, резкая болезненность и выраженная холодовая непереносимость, что при информированности врачей позволят даже неопытному врачу заподозрить её наличие. При правильно установленном диагнозе хирургическое лечение заключается в удалении образования с использованием операционного микроскопа и микрохирургической техники.

*Давлатова Д.Д., Мирзоева З.А., Шукуров Ф.А.*

## **ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Ассоциация семейных врачей Республики Таджикистан  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить состояние автономной нервной системы у больных с АГ и здоровых лиц с определением количественных критериев диагностики донозологических состояний.

**Материал и методы.** Анализ автономной нервной системы изучали по показателям МАРС. С этой целью непрерывно регистрировали ЭКГ во II стандартном отведении в течение 1,5-2 мин у здоровых, у лиц с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и больных с АГ. В результате каждой записи ЭКГ получали 100 и более кардиоциклов, которые затем подвергались математической обработке по специальным программам. Мы определяли показатели: среднее значение длительности сердечного цикла; максимальную длительность сердечного цикла - RRmax; минимальную длительность сердечного цикла - RRmin; вариационный разброс -  $\Delta RR$ ; среднеквадратичное отклонение -  $\sigma$ , абсолютное значение наиболее часто повторяющегося кардиоинтервала - моду -  $M_o$ ; частоту встречаемости моды, выраженная в процентах - амплитуду моды -  $A M_o$ ; индекс напряжения - ИН, определяемый по формуле:

$$ИН = A M_o / 2 M_o * \Delta RR$$

Всего было исследовано здоровых лиц 80 человек, 96 лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и 70 человек, состоящих на диспансерном учете с установленным диагнозом АГ.

**Результаты.** По данным среднеквадратичного отклонения нами выделено 4 группы. У 13,7% из числа обследованных здоровых людей, у 27,4% обследованных с фактором риска и 34% среди больных с АГ наблюдалась высокая степень напряжения регуляторных механизмов.

По значению моды выделено пять групп: 1 гр. со значением моды 1,0 с и более; 2 гр. – 0,86-0,99; 3 гр. – 0,75-0,85; 4 гр. – 0,67-0,74; 5 гр. – 0,66 и менее. В благоприятной зоне со значением моды 0,86 и более находятся 24,2% среди здоровых лиц и почти в два раза меньше среди обследованных с фактором риска и среди больных.

По значению амплитуды моды (АМо) нами выделено пять групп. Среди здоровых лиц 37,9% обследованных с наиболее благоприятным значением амплитуды моды (30% и менее) и в два раза уменьшается количество обследованных с таким значением амплитуды моды среди лиц с ФР и больных. Среди больных отсутствуют лица с амплитудой моды 20% и менее, и резко увеличивается количество лиц с амплитудой моды 51% и более.

Одним из комплексных показателей математического анализа сердечного ритма является индекс напряжения (ИН). Наибольшее количество лиц с благоприятным ИН отмечается среди здоровых лиц (24,1%). Достаточно большой процент больных и лиц с ФР (соответственно 45% и 24,1%) находятся в неблагоприятной зоне со значением ИН 201 и более, тогда как среди здоровых с таким значением ИН лишь 8,6%.

Сравнительный анализ показателей МАСР больных с АГ и здоровых лиц с наличием и без наличия факторов риска развития ССЗ позволил установить ряд количественных критериев оценки и прогнозирования степени напряжения регуляторных механизмов

**Выводы.** Анализ динамики показателей МАСР показывает, что наблюдается повышение степени напряжения регуляторных механизмов при действии стресса (факторы риска и болезнь). Это выражается в увеличении значения амплитуды моды, индекса напряжения, уменьшении -  $\sigma$ , моды и вариационного разброса, характеризующего степень вариативности сердечного ритма. Полученные результаты указывают, что патологические изменения развиваются на протяжении многих лет, протекают скрыто и уже при развитии осложнений начинают появляться различные клинические симптомы. Только своевременная диагностика, ранняя профилактика факторов риска, вовремя назначенная терапия, приверженность пациентов к лечению, повышение мотивации пациентов на ЗОЖ на уровне МПСП снизят процент инвалидности и преждевременной смертности от ССЗ.

*Давыдчик Э.В., Снежицкий В.А., Степура Т.Л.,  
Дорошенко Е.М., Смирнов В.Ю.*

## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА МТНFR И УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гродненский государственный медицинский университет  
г. Гродно, Беларусь

**Цель.** Изучить распространенность генотипов и аллелей полиморфизма С667Т гена МТНFR, определить уровень гомоцистеина (Нсу) у пациентов с наличием хронической ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа, а также у практически здоровых лиц Гродненской области.

**Материал и методы.** Обследовано 95 пациентов. 1 группа – 65 пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании с СД 2 типа. Средний возраст пациентов 1 группы – 59 (56;61) лет. Группу 2 составили 30 относительно здоровых пациентов без ИБС и СД 2 типа. Средний возраст пациентов 2 группы – 58 (57;60) лет ( $p>0,05$ ).

Уровень общего Нсу определяли в плазме венозной крови методом ВЭЖХ с предколоночной дериватизацией SBD-F и детектированием по флуоресценции (Agilent 1100).

Определение полиморфизма С677Т гена МТНFR осуществляли с помощью метода полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени с применением



набора реагентов «Литех», Россия. Выделение геномной ДНК человека проводилось набором реагентов «ДНК-экстран-1» («Синтол», Россия).

Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 10.0. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Медиана уровня Hcy у пациентов 1 группы составила 12,09 мкмоль/л, у пациентов 2 группы – 8,37 мкмоль/л ( $p < 0,05$ ).

По результатам генотипирования пациентов 1 группы по полиморфизму С677Т гена МТНFR получены следующие результаты: генотип СС выявлен у 23 пациентов, генотип ТТ – у 15, гетерозиготный генотип СТ – у 27 пациентов. Частота встречаемости аллеля С составила 56,2%, аллеля Т – 43,8 %.

Гомозиготный генотип СС изучаемого полиморфизма гена МТНFR выявлен у 15 пациентов 2 группы, генотип СТ – у 14 пациентов. Гомозиготный генотип ТТ обнаружен у 1 пациента контрольной группы. Аллель С встречался в 73,33%, аллель Т – в 26,67%.

Уровень Hcy у пациентов 1 группы при наличии генотипа СС полиморфизма С677Т гена МТНFR составил 9,06 мкмоль/л, а у пациентов 2 группы – 8,77 мкмоль/л ( $p > 0,05$ ). Концентрация Hcy у пациентов 1 группы с наличием генотипа СТ была достоверно выше (15,54) мкмоль/л в сравнении с группой контроля (8,16) мкмоль/л ( $p = 0,0002$ ). Медиана уровня Hcy у пациентов 1 группы с наличием генотипа ТТ составила 18,22 мкмоль/л, в группе контроля – 4,78 мкмоль/л.

**Выводы.** 1. У пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании с СД 2 типа уровень Hcy достоверно выше в сравнении с пациентами контрольной группы.

2. Частота гомозиготного генотипа ТТ и аллелей Т и С полиморфизма С677Т гена МТНFR достоверно выше ( $p = 0,02$ ) у пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании с СД 2 типа в сравнении с пациентами контрольной группы.

3. Уровень Hcy при наличии генотипов СТ и ТТ достоверно выше у пациентов с хронической ИБС и СД 2 типа в сравнении с пациентами контрольной группы.

*Дадабаев М.Х., Усупбаева Д.А., Бакеева М.Э., Богданова Е.Ю.,  
Савченко Ж.В., Эшимбетова А.А., Мирзаев И.Д., Абдурашидов С.А.*

## **ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРИМЕМБРАНОЗНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО ТИПА ПОРОКА**

Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики  
г. Бишкек, Кыргызстан

---

**Цель.** Усовершенствовать тактику и методику выполнения эндоваскулярного закрытия дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) в зависимости от анатомо-морфологических особенностей.

**Материал и методы.** С 2004 по 2018 г. транскатетерная коррекция перимембранозного ДМЖП была выполнена 62 пациентам. Возраст больных варьировал от 3 до 25 лет, масса тела - от 15 до 62 кг. 34 (54,8%) пациента были женского пола, 28 (45,2%) - мужского. Преимущественно пациенты были с сердечной недостаточностью ФК II по (NYHA). Во всех случаях отмечалось увеличение легочного кровотока ( ЛК/СК – 2,1) и повышение среднего легочного артериального давления ( в среднем 27,5 мм рт.ст.).

**Результаты.** Размер ДМЖП варьировал от 4 до 15 мм (в среднем 7 мм). При выборе тактики коррекции порока и типа окклюдера нами была использована классификация, предложенная Wang Zhen (2013 г.). В соответствие с этой классификацией, больные были распределены на 3 группы: 1 группа - ДМЖП с развитой аневризмой - 40 (64,5%), 2 группа - ДМЖП с недоразвитой аневризмой – 18 (29%) и 3 группа ДМЖП с аневризмой, где дефект был близко расположен к трикуспидальному клапану – 4 (6,5%). Успешная транскатетерная коррекция ДМЖП была вы-

полнена у 58 (93,5%) пациентов, в 4 (6,5%) случаях окклюдер установить не удалось. Средний размер используемого устройства составлял 12 мм (диапазон от 6 до 18 мм). Были имплантированы окклюдеры Sear Care (Lifetech Scientific) – 48 (77,4%) пациентам и окклюдеры Amplatzer (AGA Medical Corporation) – 10 (32,6%). После транскатетерной коррекции ДМЖП резидуального сброса крови не отмечалось. В 1 (1,6%) случае произошла миграция окклюдера, который был удален эндоваскулярным способом, после чего был реимплантирован окклюдер большего размера. У 4 (6,5%) пациентов отмечалась преходящая а-в блокада III степени. Осложнений и побочных явлений во время процедуры и в послеоперационном периоде не наблюдалось.

**Выводы.** Эффективность транскатетерной коррекции перимембранозного ДМЖП сердца зависит от четкой оценки анатомии порока и правильного подбора типа и размера окклюдирующего устройства и составляет 93,5%.

*Дадабаев М.Х., Усупбаева Д.А., Бакеева М.Э., Богданова Е.Ю.,  
Савченко Ж.В., Мирзаев И.Д., Абдурашидов С.А., Эшмамбетова А.А.*

## ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОККЛЮЗИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики  
г. Бишкек, Кыргызстан

**Цель.** Проанализировать результаты эндоваскулярного лечения хронических окклюзий коронарных артерий у больных с коронарной болезнью сердца (КБС) в раннем и отдаленном периодах после вмешательств.

**Материал и методы.** С 2007 по 2018 г. у 252 пациентов с КБС предпринята попытка эндоваскулярной реканализации хронических окклюзий коронарных артерий. Возраст больных варьировал от 36 до 66 лет ( $51,14 \pm 6,7$  лет). Предполагаемые сроки окклюзии составляли от 3 мес. до 3 лет и более. Преимущественно больные были со стенокардией напряжения ФК II-III. Инфаркт миокарда в анамнезе имеется у 90 (36%) пациентов, сахарный диабет – у 12 (4,7%). У 119 (47%) больных была «истинная» окклюзия (TIMI 0) и у 133 (53%) – «функциональная» окклюзия (TIMI I). Однососудистое поражение выявлено у 25 (9,9%) больных, двухсосудистое – у 106 (42,1%), трехсосудистое – у 121 (48%). Окклюзия ПНА у 139 (55,2%) пациентов, ОВ – у 25 (9,9%), ПКА – у 88 (34,9%). Концентрический тип культи наблюдался у 186 (73,8%) больных, эксцентрический – у 58 (23,1%), отсутствие культи – у 8 (3,1%). Протяженность окклюзии составляла от 5 мм до 28 мм (в среднем –  $16,7 \pm 4,0$  мм). Межсистемная и внутрисистемная коллатеральная сеть встречалась у 92 (36,5%) пациентов, межсистемная коллатеральная сеть – у 83 (32,9%), внутрисистемная коллатеральная сеть – у 77 (30,6%).

**Результаты.** Успешно восстановить кровоток удалось 228 (90,5%) пациентам, у 24 (9,5%) реканализация хронической окклюзии коронарных артерий была безуспешной. В 15 (5,9%) случаях реканализация хронической окклюзии КА проведена ретроградным путем, во всех остальных случаях – антеградным способом. В 60 (26,3%) случаях имплантирован 1 стент, в 91 (39,9%) – 2 стента, в 71 (31,1%) – 3 стента и в 6 (2,7%) – 4 стента. Остаточный стеноз не превышал 30%, а антеградный кровоток у 90,5% пациентов определялся как TIMI III. Летальных случаев и серьезных осложнений не было. Проспективное наблюдение за 102 пациентами в течение 6 месяцев после реканализации коронарных артерий и их стентирования в 80% случаев показало положительную динамику и повышенную толерантность к физической нагрузке.

**Выводы.** Реканализация со стентированием хронических окклюзий коронарных артерий является высокоэффективным, относительно безопасным методом. Эффективность процедуры во многом зависит от давности сроков возникновения окклюзии, рентгеноморфологических характеристик окклюзии, наличия необходимых расходных материалов и опыта врача.

Демьянчук С.В., Лозовая Г.Ф., Лозовая К.В.

## КИБЕРНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Кафедра управления и экономики фармации с курсами медицинского и фармацевтического товароведения ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Уфа, Башкортостан

---

**Цель.** Провести кибернетический анализ догоспитальной службы скорой медицинской помощи в городах: Астрахани, Екатеринбурге, Казани, Махачкале, Москве, Пензе, Сургуте, Уфе, Хабаровске.

**Материал и методы.** Проведен анализ отчетной документации соответствующих учреждений за 2010-2016 гг. Статистические материалы обработаны с использованием статистического анализа в среде Microsoft Excel.

**Результаты.** Уровень внедрения комплексных медицинских информационных систем в российском здравоохранении в настоящее время не превышает 10% от общей численности лечебно-профилактических организаций. Наиболее актуальной является проблема полной кибернетизации процесса управления службой скорой медицинской помощи (СМП). Развитие службы СМП невозможно без полной автоматизации процесса управления в условиях постоянного роста количества выполняемых вызовов.

В анализ мы включили основные показатели работы службы СМП: общую структуру вызовов, обращаемость населения, обеспеченность потребности населения в СМП (количество и виды выездных бригад), оперативность, взаимодействие СМП со смежными этапами и госпитальной базой, стоимость обслуживания бригадой СМП.

**Выводы.** 1. Проведенное нами исследование показало, что внезапные заболевания занимают первое место во всех городах (37,5% - 81,1%). В структуре обращаемости населения за СМП лидирующие позиции занимает патология сердечно-сосудистой системы (22,7% - 37,1%). В структуре вызовов «сердечно-сосудистые заболевания» преобладают обращения больных по поводу «высокого артериального давления» в сочетании с головной болью и головокружением (31,6%). Это доказывает необходимость разработки эффективного механизма передачи вызовов в отделения неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинических учреждений и соответствующей организации их работы.

2. В структуре возрастного состава наибольший процент вызовов занимают лица трудоспособного возраста (41,4% - 64,2%), наименьший – дети и подростки (12,6% - 23,1%).

3. Поступающие вызовы обслуживают врачебные и фельдшерские бригады отделений СМП. В настоящее время преобладают фельдшерские бригады в связи с низкой финансовой мотивацией врачебного персонала.

4. Существующие формы и методы взаимодействия станций СМП с другими медицинскими учреждениями носят преимущественно информационный характер: передача информации о необходимости посещения врачом поликлиники после приезда бригады СМП по поводу заболевания "на дом".

5. Время ожидания больным от приема вызова до приезда бригады СМП на место в большинстве выполняется в течение 20 мин. Среднее время оказания помощи населению составляет от 44 до 48 мин; среднее время обслуживания одного вызова - от 59 до 62 мин.

6. Во многих регионах России необходима оптимизация организационной структуры сети учреждений СМП. Объединение диспетчерских служб с целью создания централизованной диспетчерской с автоматизированной системой управления для приема и обработки вызовов, опираясь на опыт таких городов, как Москва, Уфа, Екатеринбург, Казань и др.

7. Скорая медицинская помощь является дорогостоящим видом помощи, несмотря на финансирование по государственной гарантии, согласно разработанным нормативам. Рост средней стоимости вызова бригады СМП будет увеличиваться в последующие годы за счет увеличения инфляционных процессов.

Дербак М.А., Данканич Е.Е., Лазур Я.В.,  
Поляк-Товт В.М., Галамба А.А.

## СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ, КАК ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА УГЛЕВОДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, кафедра пропедевтики внутренних болезней  
г. Ужгород, Украина

---

**Цель.** Определить частоту выявления гипергликемии у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) в зависимости от уровня железа и ферритина.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 125 пациентов с ХГС, которые по результатам исследований были разделены на две группы. В первую группу включены пациенты с нормальными показателями железа и ферритина, а во вторую – пациенты, у которых сывороточные уровни железа и ферритина превышали норму. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и длительностью заболевания. Проведенные клинико-лабораторные обследования соответствовали протоколам оказания медицинской помощи данного заболевания.

**Результаты.** Гипергликемия встречалась у пациентов обеих групп с разной частотой, однако статистически значимых отличий в уровнях глюкозы выявлено не было. При сравнительном анализе индекса массы тела (ИМТ) у пациентов обеих групп статистически значимых различий выявлено не было ( $U=224,5$ ,  $p=0,2$ ). Это указывает на необходимость учета других факторов, которые могут влиять на метаболизм углеводов.

В связи с этим нами проведен анализ частоты выявления гипергликемии в зависимости от уровня сывороточного железа и ферритина. Так, в группе больных с повышенными уровнями железа и ферритина выявлена более высокая частота гипергликемии, чем у пациентов с нормальным метаболизмом железа (30,7% и 3,3%, соответственно). Поскольку уровень глюкозы в сыворотке крови зависит от образа жизни и диетических вкусов пациента, вследствие чего могут наблюдаться значительные его колебания на протяжении суток, однократное определение глюкозы в крови недостаточно для выявления больных, относящихся к группе риска с возможными нарушениями метаболизма углеводов. В то же время, уровни сывороточного ферритина и железа достаточно стабильны и не подвергаются значительным колебаниям. Поэтому при наличии гиперферритинемии больным ХГС необходимо рекомендовать проведение теста толерантности к глюкозе для выявления нарушений метаболизма углеводов, независимо от уровня сывороточной глюкозы натощак.

**Заключение.** У больных ХГС при наличии синдрома перегрузки железом гипергликемия регистрируется чаще, чем при нормальном метаболизме железа ( $p=0,03$ ). Полученные данные позволяют предполагать, что синдром перегрузки железом является дополнительным фактором риска развития нарушений метаболизма углеводов у больных ХГС.

Дербенева С.А.

## ОСОБЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии  
г. Москва, Россия

---

**Цель.** Изучение особенностей кардиологического статуса и частоты развития кардиогенных осложнений у больных с ожирением.



**Материал и методы.** В отделении сердечно-сосудистой патологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» по государственному заданию «Разработка режимов и требований к персонализированной диетотерапии, в том числе с включением специализированных пищевых продуктов, для пациентов с некоторыми неинфекционными заболеваниями. Способ дифференцированной кардиореабилитации больных с ожирением.» был обследован 471 пациент с артериальной гипертензией (АГ) (121 мужчина и 350 женщин) в возрасте 18 от до 77 лет. У 397 (84%) больных также была выявлена избыточная масса тела, у 113 (24%) - ожирение I степени, у 122 (26%) - ожирение II степени, у 140 (30%) - ожирение III степени.

Всем пациентам проведено комплексное кардиологическое обследование: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО КГ, суточное мониторирование АД.

**Результаты.** В результате проведенного обследования выявлены функциональные особенности состояния ССС у больных ожирением, усиливающиеся при его прогрессировании (увеличении массы тела). В частности, АГ 2 степени диагностирована в 32% у лиц с нормальной массой тела, у 35% с ожирением I степени, у 38 % с ожирением II степени, и у 38% с ожирением III степени; АГ 3 степени - у 13%, 15%, 15 % и 19% больных, соответственно. Выявлено достоверное ( $p < 0,5$  и  $< 0,001$ ) прогрессивное увеличение размеров левого предсердия, толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, увеличение конечного диастолического и конечного систолического размера левого желудочка, снижение фракции выброса по мере прогрессирования ожирения.

У пациентов с ожирением III степени отмечен более высокий уровень средней частоты сердечных сокращений за сутки, чаще отмечались ЭКГ признаки нарушения ритма сердечной деятельности и выявлялись признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования показали наличие прямой зависимости между степенью выраженности ожирения и клиническим статусом, тяжестью нарушения функционального состояния ССС, частотой развития осложнений.

*Дербенева С.А., Богданов А.Р.*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии  
г. Москва, Россия

---

**Цель.** Изучение особенностей клинико-метаболического статуса больных с ишемической болезнью сердца и сопутствующим ожирением нуждающихся, в оперативном лечении.

**Материал и методы.** Обследовано 182 больных ИБС и ожирением II-III степеней, обоего пола, среднего возраста  $59,6 \pm 3,5$  лет, перед хирургической реваскуляризацией миокарда, в рамках государственного задания по теме: «Разработка системы диетической коррекции нарушений липидного обмена у детей и взрослых на основе геномного и нутриметаболомного анализа». Проведена комплексная оценка показателей пищевого и кардиологического статуса, изучение маркеров нарушений углеводного, жирового и энергетического обмена.

**Результаты.** Установлено, что для данной категории пациентов характерна низкая толерантность к физическим нагрузкам (III-IV ФК – у 90,6%), клинически манифестная ХСН (по ШОСНО в среднем 6,6 баллов), признаки хронической ишемии миокарда при суточном мониторировании ЭКГ (у 85,7%), признаки гипертрофии миокарда (у 100%) и снижения фракции выброса ЛЖ (у 76,4%), частое выявление нарушений углеводного (гипергликемия натощак и инсулинорезистентность у 81,2% больных) и липидного (повышение общего холестерина, ЛПНП, триглицеридов на фоне снижения ЛПВП) обменов.

Фактическое питание больных характеризуется превышением среднесуточной калорийности пищи (+ 44,6%), общего белка (+17,8%), общего жира (+92,5%), холестерина (+120,3%), насы-

щенных жирных кислот (+96,3%), натрия (+38%), на фоне недостатка пищевых волокон (-43,5%), ПНЖК омега-3 (-28,1%), основных витаминов и минеральных веществ.

Энергетический обмен характеризуется умеренным снижением среднесуточных энергозатрат покоя (на 10,2%) и резким снижением окисления углеводов (на 30,1%), на фоне увеличения интенсивности окисления белка (на 28,9%).

**Выводы.** Все перечисленное обуславливает частое ухудшение показателей гемодинамики у данной категории больных при неадаптированной диетотерапии и оказывает непосредственное влияние на прогноз оперативного лечения.

*Дербенева С.А., Богданов А.Р., Найденова М.А.*

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ, КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии  
г. Москва, Россия

---

**Цель.** Поиск генетических маркеров, предположительно вовлеченных в патогенез вторичной диастолической сердечной недостаточности (ДСН) у больных с ожирением.

**Материал и методы.** В отделении сердечно-сосудистой патологии клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» по государственному заданию «Диагностика, профилактика и диетотерапия больных с алиментарно-зависимыми заболеваниями» проведена ПЦР-диагностика цельной крови 104 больных ожирением, разделенных на 2 группы в зависимости от наличия/отсутствия диастолической сердечной недостаточности. Анализировались следующие гены-кандидаты: ген ангиотензиногена AGT (C521T и T704C), ген рецептора ангиотензина II первого типа AGTR1 (A1166C), ген рецептора ангиотензина II второго типа AGTR2 (G1675A), ген альдостеронсинтазы CYP11B2 (C(-344)T).

**Результаты.** Показано, что развитие вторичной ДСН при ожирении у обоих полов ассоциируется с мутацией гена CYP11B2, а именно с заменой аллеля С в положении -344 на аллель Т и наличием генотипа Т/Т. Относительный риск развития заболевания при генотипе Т/Т повышен в 5,93 раза у мужчин ( $p=0,008$ ) и в 4,57 раза у женщин ( $p=0,014$ ). Для мужчин значима мутация гена AGT, а именно замена аллеля С в положении 521 на аллель Т. Относительный риск развития ДСН при генотипе Т/Т повышен в 4,26 раза ( $p=0,039$ ). Мутации генов AGTR1 (A1166C) и AGTR2 (G1675A) не ассоциированы с развитием ДСН при ожирении.

**Выводы.** Представленные данные могут быть использованы при стратификации риска развития вторичной сердечной недостаточности у лиц с ожирением.

*<sup>1</sup>Джабаров Т.С., <sup>2</sup>Магзумова Ф.П., <sup>3</sup>Нозиров А.Дж.*

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

<sup>1</sup>ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

<sup>3</sup>ТГМУ им. Абуали ибн Сино

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Проблема охраны здоровья будущих поколений в большей мере определяется здоровьем родителей, особенно женщин, течением и ведением беременности, родов и раннего периода новорожденности. Детская инвалидность является глобальной проблемой современной медицинской науки и практического здравоохранения.

Инвалидность с детства приносит значительный экономический ущерб обществу, так как из сферы его деятельности исключаются взрослые члены семьи, ухаживающие за инвалидом с детства. Напряженный и тяжелый морально-психологический климат в таких семьях и, как правило, низкий материальный достаток оказывают негативное влияние на качество их жизни. В связи с этим десятки тысяч детей-инвалидов нуждаются в поддержке, прежде всего, в социальной, медицинской и другой помощи.

Исследования в области детской инвалидности являются актуальными с точки зрения рационального планирования организационных мероприятий по профилактике и формированию комплексной системы медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям, а также расчета потребности в соответствующей реабилитационной помощи.

Несмотря на успехи здравоохранения Таджикистана, по-прежнему, одной из основных причин детской инвалидности и смертности являются родовые травмы, наследственные заболевания и врожденные пороки развития, снижение и прогнозирование уровня которых, несомненно, остается актуальной проблемой практического здравоохранения.

**Цель.** Изучение основных причин и факторов риска, способствующих распространенности детской инвалидности в Таджикистане.

**Материал и методы.** Использовались данные выкопировки информации по инвалидности из материалов отчетной документации лечебно-профилактической учреждений, международных и общественных организаций. Обследовано 650 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, проживающих в г. Душанбе. Полученные данные собраны методом случайной и сплошной выборки в динамике за период 2011-2016 гг., подвергались статистической обработке, принятой в «доказательной медицине».

**Результаты.** Из 147118 инвалидов, зарегистрированных в Таджикистане, 26 тыс. представлены лицами в возрасте до 18 лет с врожденной (58,4%) и приобретенной (41,6%) патологиями, при небольшом преобладании детей мужского пола. Основными причинами детской инвалидности являются хроническая гипоксия плода, неадекватная работа медицинского персонала по ведению родов, травмы, недооценка угрожающих состояний, врожденные аномалии и наследственность, врачебные ошибки. Установлена значительная доля (42,7%) среди заболеваний и травм в послеродовом периоде, приводящие к инвалидности, которые по рангу распределяются (по значимости): болезни нервной системы, психические расстройства, врожденные аномалии, болезни костно-мышечной системы, расстройства поведения, болезни уха и сосцевидного отростка и т.д.

**Выводы.** Инвалидность детей и подростков является одной из ведущих характеристик состояния общественного здоровья на территории Таджикистана. Установленные причины и факторы распространения детской инвалидности, влияние этого статуса на жизнедеятельность общества, отдельно взятой семьи и ребенка-инвалида нацеливают на повышение эффективности в работе по исполнению положений Конвенции ООН о правах инвалидов и созданию в Таджикистане инклюзивного общества.

*Джабарова Т.С., Холов Ш.М., Джуракулова Ф.М., Раунов Ф.О.*

## К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ МОЛОДЕЖИ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ИХ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** В настоящее время проблема изучения здоровья привлекает пристальное внимание специалистов разных областей науки, в том числе медиков, экологов, психологов, социологов, педагогов.

Одна из самых важных - это проблема здоровья человека, которое подвержено многим негативным факторам. По оценке Всемирной Организации Здравоохранения, питание и образ жизни влияют на здоровье человека на 60% (при влиянии экологии на 20%, а медицины и наследственности на 10%). А это значит, что сам человек в наибольшей степени отвечает за свое здоровье.

Сохранение здоровья, общее снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения, особенно среди молодежи, является одной из основных задач органов и учреждений здравоохранения. Ряд задач, касающихся укрепления здоровья детей и молодежи, решается также и в процессе реализации государственной молодежной политики.

При этом представители молодежи в большинстве своем не только не умеют или не желают принимать меры по укреплению здоровья, но и зачастую его самостоятельно подрывают. Социальная значимость здоровья молодых людей обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

**Цель.** Изучение состояния здоровья и медицинской активности молодежи республики Таджикистан.

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных медицинской документации молодежи, находившихся на стационарном лечении в 2017-2018 гг. (225 карт) и результаты анкетирования наблюдаемой молодежи (311 карт) с последующей статистической обработкой карт.

**Результаты.** Проведенное исследование показало, что уровень заболеваемости среди наблюдаемой молодежи составляет 1443,7‰, первое место принадлежит болезням органов дыхания (289,2‰), на втором месте заболевания органов пищеварения (198,3‰).

Данным исследованием также была изучена структура заболеваемости по отдельным системам, по возрастам и по полу. Учащиеся высших учебных заведений чаще остальных отмечают наличие широкого спектра недомоганий. Наиболее распространенными из них являются: плохой аппетит (26%), вялость (21%), сонливость (27%), бессонница (26%), головная боль (37%), раздражительность (31%), плохое настроение (23%).

Очевидно, что состояние психического и социального самочувствия молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет также внушает опасение, как и физическое здоровье.

В целом отмечено, что 47% молодежи имели низкую медицинскую активность.

**Выводы.** В целях повышения уровня здоровья молодежи с различными заболеваниями и состояниями необходимо организовать мероприятия, повышающие уровень медицинской активности молодежи. Изучение заболеваемости привело к выводу, что причиной подавляющего большинства заболеваний являются различные нарушения режима. Беспорядочный прием пищи в различное время неизбежно ведет к желудочно-кишечным заболеваниям, отход ко сну в различное время - к бессоннице и нервному истощению, нарушение планомерного распределения работы и отдыха снижает работоспособность.

Требуется создать эффективную систему государственной поддержки деятельности различных агентств социализации молодых граждан по формированию у них мотивации на ведение здорового образа жизни.

*Джабарова Т.С., Холов Ш.М., Джуракулова Ф.М., Раунов Ф.О.*

## МОНИТОРИНГ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДУШАНБЕ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время качество оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в городе Душанбе находится на удовлетворительном уровне. Это обеспечивается хорошим уровнем подготовки и переподготовки врачей и средних медицинских



работников, оснащенностью городских центров здоровья необходимым медицинским оборудованием, обеспеченностью центров медицинскими работниками.

Однако необходимо проводить регулярный мониторинг доступности населения к услугам центров здоровья для дальнейшей корректировки возникших проблем и достижения высокого уровня первичной медико-санитарной помощи.

**Цель.** Выяснить удовлетворенность населения города Душанбе уровнем оказания медицинских услуг на амбулаторном уровне.

**Материал и методы.** Проведено исследование с целью выявления уровня удовлетворенности пациентов получаемой медицинской помощью в городских центрах здоровья. Исследование проводилось в г. Душанбе (ГЦЗ №№ 2, 3, 9, 14). Всего приняли участие в анкетировании 123 респондента. В ходе работы были применены такие методы, как анкетирование, графическое представление результатов опросов.

**Результаты.** Большинство респондентов (93,6%) на прием к семейному врачу попали в первый же день обращения. Исследование показало, что большинство респондентов записывались к врачу посредством телефонного звонка (64,2%), а также посредством личного обращения в регистратуру центра здоровья (30,7%) и через интернет (вайбер, имо и др.) (6,1%). Все были приняты врачом в первые часы обращения. Абсолютным большинством была получена необходимая медицинская помощь и консультация вовремя (76,2%), в течение часа оказана помощь 12,2% и самим пришлось обратиться за медицинской помощью 12%. Также 80% опрошенных были госпитализированы в день выдачи направления на плановую госпитализацию. Средняя оценка труда семейного врача и медицинской сестры составила 4 из 5.

Медицинские знания врачей и медицинских сестер по оказанию лечебной и диагностической помощи со стороны пациентов оценены в 3,7 из 5.

Доступность бесплатной первичной медико-санитарной помощи отметили 57,7% респондентов, недоступность - 30,7%, затруднились с ответом 11,0%, не ответили 0,6%.

Положительно относятся к системе оказания первичной медицинской помощи 33,5% опрошенных, отрицательно - 47,4%, затруднились ответить 15,9%; не дали ответа 3,2% респондентов.

Положительное отношение к введению должности семейного врача 49,1%, отрицательное - 36,6%, затруднились с ответом или не ответили на вопрос 15,0% респондентов.

**Выводы.** Показатели удовлетворенности населения г. Душанбе качеством оказания медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи удовлетворительные. Оценка удовлетворенности населения качеством первичной медико-санитарной помощи является обязательным компонентом управленческой деятельности в здравоохранении и ее значение в ходе преобразований увеличивается. В целях получения значимых и достоверных данных методология проведения исследований удовлетворенности населения качеством медицинской помощи нуждается в совершенствовании.

Неудовлетворенность в ряде случаев доступностью и качеством медицинского обслуживания, с одной стороны, диктует необходимость совершенствования работы медицинских организаций, с другой - требует пересмотра отношений врач-пациент, повышения деонтологической грамотности и профессионализма медицинского персонала.

*Джамолова Р.Д., Ахунова Н.Т., Мирзоев Х.Ш., Эшбоева Д.А.*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан  
НМЦ РТ «Шифобахш»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить частоту, вид и количество нарушений сердечного ритма и проводимости в зависимости от длительности хронической обструктивной болезни легких.

**Материал и методы.** Нами обследовано 80 больных с достоверным диагнозом ХОБЛ в условиях пульмонологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Среди всех обследованных у 43 выявлены нарушения ритма сердца. Больные в зависимости от длительности заболевания распределены на 2 группы: 1 группа - больные с ХОБЛ, длительность заболевания менее 10 лет, 2 группа - больные с ХОБЛ, длительность заболевания более 10 лет. Возраст от 38 до 76 лет, женщин - 16, мужчин - 27.

**Результаты.** Практически у всех 43 больных обеих групп наблюдались нарушения сердечного ритма. Групповые экстрасистолы у больных первой группы встречались в 1 (4,5%) случае, во второй группе - в 2 (9,5%) случаях. Постоянная форма фибрилляции предсердий в первой исследуемой группе встречалась в 1 (4,5%) случае, во второй - в 2 (9,5%). Наджелудочковые пароксизмы у пациентов со стажем заболевания менее 10 лет наблюдались в 2 (9,1%) случаях, у пациентов со стажем заболевания более 10 лет - в 3 (14,3%), желудочковые экстрасистолы 1-й градации в 1 группе встречались у 3 (13,6%) пациентов, во 2 группе - у 5 (23,8%). У пациентов 1 группы желудочковые экстрасистолы 2 градации встречались в 1 (9,5%) случае, желудочковой экстрасистолы 3 и 4 градации в 1 группе пациентов не встречались, а во второй группы имелись в 1 (4,8%) случае.

**Выводы.** По данным нашего исследования можно оценивать тенденцию к увеличению частоты и градации суправентрикулярных и желудочковых нарушений сердечного ритма по мере возрастания хронической обструктивной болезни легких. По мере утяжеления хронической обструктивной болезни легких возрастает число желудочковых экстрасистол 3 и 4 градации.

*Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т., Болтабаев И.И., Шарипов З.Р.*

## РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ФАРМАКОХОЛОДОВОЙ КАРДИОПЛЕГИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить влияние метода анестезии на раннюю активизацию пациентов, перенесших радикальную коррекцию тетрады фалло (ТФ).

**Материал и методы.** С января 2016 по сентябрь 2017 года были прооперированы 37 пациентов (15 мальчиков и 22 девочки) с диагнозом «Тетрада Фалло», которым была проведена радикальная коррекция порока в условиях нормотермической перфузии. Температура тела пациентов во время искусственного кровообращения снижалась до - 35,0 - 36,0 °С (ср. - 35,5° С). Во время индукции при анестезии применяли препараты бензодиазепинового ряда (мидазолам - 0,2 - 0,25 мг/кг), наркотических анальгетиков (фентанил 8-10 мкг/кг), миорелаксанты (ардуан 0,15-0,25 мкг/кг). Из ингаляционных анестетиков применялся севофлуран 2- 4 мг об%. Поддержание анестезии осуществлялось с помощью фентанила 5 - 7 мкг/кг/час и севофлурана - 2- 4 об%. Продолжительность анестезии составила в среднем 4 часа. Длительность ИК в среднем составила 75 мин, а время пережатия аорты 60 – 37 мин. (ср. 55 мин ). В качестве кардиоплегического раствора применялся кустадиол из расчета 40 мл/кг. Все пациенты после операции поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Пациенты в отделении ОРИТ в первые сутки были разделены на две группы по длительности послеоперационной ИВЛ: до 6 часов, 21 (56,7 %) пациент - 1 группа, более 6 часов, 16 (43,3%) пациентов - 2 группа. Все больные первой группы имели исходную сердечную недостаточность и получали один кардиотонический препарат (допамин 8-10 мкг/кг/мин.) После стабилизации гемодинамики больные активизированы и сняты с ИВЛ. Причиной проведения длительной ИВЛ более 6 часов (2 группа) явились послеоперационное кровотечение и тяжелая сердечная недостаточность, которые в послеоперационном нуждались в кардиотонической поддержке двумя и более препаратами.

**Результаты.** На вторые сутки 21 больной после радикальной коррекции ТФ (56,7%) переведен из ОРИТ в общую палату. Пациентам, которым ИВЛ проводилась более 6 часов, потребовалась длительная инфузионно-трансфузионная терапия с кардиотонической поддержкой.

**Выводы.** Препараты для анестезии короткого и среднего действия, применяемые во время радикальной коррекции тетрады фалло, быстро элиминируются из организма, способствуют быстрому восстановлению сознания, физиологической функции внутренних органов, в том числе функции органов дыхания и кровообращения. Противопоказаниями к ранней активизации пациентов являются наличие тяжелой сердечной недостаточности и интра- и послеоперационные осложнения.

*Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х., Лисняк А.В., Каримова М.Дж.*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
ГОУ «Медицинский колледж г. Вахдата»  
ГОУ «Республиканский медицинский колледж»  
ГЦЗ №2  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить мнение слушателей 6-месячных курсов первичной специализации по специальности «семейная медицина» о качестве обучения.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 46 медицинских сестер-слушателей 6-месячных курсов первичной специализации по специальности «семейная медицина».

**Результаты.** Анализ анкет семейных медицинских сестер показал, что среди слушателей медицинских сестер соблюдался гендерный баланс: женщины составили 32 человека (70%), мужчины 14 (30%). Все курсанты имели до начала обучения определенный опыт работы. На вопрос, по какой причине медицинские сестра пришли на переобучение по специальности «семейная медицинская сестра» были получены различные варианты ответов:

- для получения большей самостоятельности – 28;
- по производственной необходимости – 12;
- для повышения уровня своих знаний – 17.

На вопрос, считают ли 6-месячную продолжительность обучения слушатели достаточной для получения качественных знаний и навыков по специальности «семейная медицинская сестра», большая часть слушателей (37/80,4%) ответили положительно и 9 слушателей (19,6%) считают необходимой длительность обучения 12 месяцев.

Большинство слушателей медицинских сестер (97,8%) высоко оценили качество обучения и методы преподавания по семейной медицине на данном курсе.

Анализ тестового контроля знаний слушателей среднего медицинского персонала показал, что средний балл группы до начала тестов составил 41,7% (максимальный балл 43,3%, минимальный – 40%). Средний балл группы после завершения обучения составил 85,2% (максимальный балл 93,3%, минимальный – 76,6%). Тестовый контроль знаний включал вопросы по знаниям клинических протоколов и индикаторы из программы финансирования по результатам деятельности.

Семейные медицинские сестры отметили, что освоили во время обучения и могут самостоятельно производить практически все манипуляции, что также подтвердили текущие экзамены по модулям.

Среди предложений по улучшению качества обучения была рекомендация по увеличению времени практических занятий и самостоятельному выполнению манипуляций со стороны курсантов. По укреплению технической базы учебного заведения со стороны слушателей была рекомендация по организации современной лаборатории.

**Выводы.** Таким образом, результаты анкетирования показали, что большинство слушателей удовлетворены своей подготовкой, но в будущем в процессе учебной подготовки специалистов

семейной медицины следует уделять особое внимание самостоятельному выполнению практических навыков на пациентах, использованию современных муляжей и манекенов в процессе приобретения и отработки навыков. Во время дискуссий со стороны курсантов было отмечено, что в процессе обучения они не только обрели новые знания и навыки, но также изменили свое отношение к своей деятельности, стали более масштабно и всесторонне относиться к профилактике заболеваний, раннему выявлению, диагностике и лечению заболеваний, реабилитации, паллиативной помощи.

*Джонова Б.Ю., Холова С.Г., Газиева М.Х., Сафаров У.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РУКОВОДСТВА ПО ЗДОРОВЬЮ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
ГЦЗ №3  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить эффективность и качество использования руководства по здоровью матери и ребенка «Рохнамо» со стороны медицинских работников и представителей общин/матерей/семей.

**Материал и методы.** С целью совершенствования имплементации Руководства по здоровью матери и ребенка (Рохнамо) проведена оценка эффективности его внедрения и использования в 4-х сельских центрах здоровья (СЦЗ) района Рудаки для выявления слабых сторон, формирования рекомендаций и последующей оптимизации новой практики.

**Результаты.** В рамках исследования по специально разработанным анкетам проведено анкетирование медицинских работников на уровне районного центра здоровья и 4-х сельских центров здоровья района Рудаки (20 человек) и интервью с беременными женщинами, матерями/членами семей на уровне (80 человек).

Результаты исследования показали, что на уровне района Рудаки имеется ответственное лицо за внедрение Рохнамо, которое ежемесячно проводит анализ потребностей учреждений в руководстве. Со стороны районного учебно-клинического центра оказывается методическая помощь по использованию Рохнамо на уровне 30 СЦЗ и Районного центра здоровья. В настоящее время СЦЗ обеспечены необходимым количеством Рохнамо на таджикском, русском и узбекском языках. Налажена четкая система регистрации полученных и распределенных руководств. Руководства предоставляются беременным женщинам в день взятия на антенатальное наблюдение. Интервью с матерями и семьями показало положительные отзывы со стороны респондентов. В Рохнамо регистрируется информация об антенатальных визитах, родах и вакцинации, контактная информация на экстренные случаи и др. В то же время, результаты исследования показали, что имеют место случаи предоставления Рохнамо без качественного консультирования, а также отсутствие консультирования по Рохнамо на последующих в медицинское учреждение визитах. В большинстве случаев медицинские работники не регистрируют данные о массе тела и росте ребенка в Рохнамо. Женщины не приносят Рохнамо с собой на все визиты в медицинское учреждение. Медицинские работники выдавали Рохнамо с рекомендацией прочитать самостоятельно как обычный буклет. Несмотря на отсутствие консультирования по Рохнамо, положительным моментом является то, что женщины самостоятельно, в ряде случаев с семьями (мужьями, сестрами, свекровью) изучали Рохнамо, разглядывали картинки. Интервью с матерями показало, что женщины преимущественно интересовались разделами о развитии и питании ребенка.

**Выводы.** Проведенное исследование выявило, что Рохнамо достаточно хорошо используется со стороны медицинских работников, получены положительные отзывы о руководстве со стороны медицинских работников и матерей-пользователей Рохнамо (женщины/семьи/сообщество). В то же время в процессе имплементации Рохнамо выявлен ряд слабых сторон (не всегда проводится консультирование по Рохнамо, женщины не приносят Рохнамо на последующие визиты, в Рохнамо не фиксируются развитие ребенка), которые препятствуют эффективному использованию данного руководства.



*Джононов Д.Д., Артыков К.П., Давлатов А.А. Маликов М.Х.*

## НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

РНЦССХ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Улучшение результатов реплантации пальцев кисти.

**Материал и методы.** В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2012 по 2018 годы поступило 72 пациента с 91 ампутированным сегментом пальцев кисти в возрасте от 2,5 до 60 лет. В большинстве случаев операция реплантации пальцев кисти выполнены под эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях операции были произведены под оптическим увеличением (микроскопом) с применением прецизионной техники и тонкого атравматического шовного материала. Всем пациентом интраоперационно в/в вводили гепарин 5 тыс. единиц, в последующем - каждые 4 часа подкожно в течение 4-7 суток после операции. Пациенты в послеоперационном периоде получали антибиотико и обезболивающие препараты, спазмолитики.

**Результаты.** В первые сутки после реплантации в 17 (23,5%) случаях отмечено нарушение кровообращения в реплантированных пальцах кисти в виде изменения цвета кожи, термоасимметрии, отсутствия капиллярной реакции и снижения тургора кожи. Этим пациентам были произведены повторные операции. При ревизии отмечен тромбоз на уровне артериальных микроанастомозов. Произведена резекция анастомоза, промывание проксимальных и дистальных концов пальцевой артерии гепаринизированным раствором 0,9% NaCl, сформированы повторные микроанастомозы - в 13 случаях. В двух случаях после резекции микроанастомоза возник диастаз более 2 см, им выполнена аутовенозная пластика артерии. После проведения повторной операции восстановление кровотока реплантированных сегментов наступило в 4 случаях. В 12 (16,6%) случаях эффекта повторного реанастомоза не было, прогрессировало нарушение кровообращения с последующим некрозом реплантированных сегментов пальцев кисти.

**Выводы.** При сосудистых осложнениях после реплантации и реваскуляризации пальцев кисти проведение своевременной повторной операции улучшает результаты лечения.

*Джумаева М.Д.*

## МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ ПРЕПАРАТОМ ТИВОРЕЛЬ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** В последние годы с учетом убедительных данных об участии эндотелиальных факторов в развитии сердечно-сосудистой патологии, лежащих в основе ишемической болезни сердца, большое внимание уделяется препаратам, обладающим метаболической цитопротекцией.

Этим действием обладает комбинированный препарат тиворель.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность использования препарата тиворель (ООО «Юрия-Фарм»), содержащего L-карнитин (20 мг) и аргинина гидрохлорид (42 мг), в комплексной терапии больных со стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов на фоне перенесенного инфаркта миокарда.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 30 пациентов в возрасте 55-65 лет со стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов, перенесших инфаркт миокарда. Обследуемые больные получали общепринятую базисную терапию в течение не менее двух месяцев до включения в исследование. Больные были разделены на основную и контрольную группы. В течение 10 дней больным контрольной группы проводили инфузии по 100 мл Тивореля. С целью определения толерантности к физической нагрузке использовали велоэргометрическое исследование. Сравнивали время выполнения нагрузки до появления депрессии ST на ЭКГ и/или приступа стенокардии с отягощающей пороговой мощностью. Для выявления различных жизнеугрожающих форм нарушений ритма сердца также было проведено Холтеровское мониторирование.

**Результаты.** У контрольной группы наблюдалось уменьшение приступов стенокардии за сутки с  $4 \pm 0,45$  до  $2 \pm 0,25$  ( $p < 0,001$ ) и уменьшение количества принятых таблеток нитроглицерина с  $5 \pm 0,58$  до  $3,2 \pm 0,28$  ( $p < 0,001$ ) на фоне базисной терапии. При проведении велоэргометрии отмечено увеличение времени до появления снижения сегмента ST и/или приступа стенокардии. Препарат хорошо переносится, не вызывает побочных реакций и не влияет на уровень артериального давления и частоту сердечных сокращений. Также после проведенного лечения в основной группе, получающей тиворель, достоверно уменьшилось количество желудочковых нарушений ритма, таких как групповая желудочковая экстрасистолия и желудочковая тахикардия, что в 3 раза реже, чем в группе контроля, где возникали также атриовентрикулярные блокады. При проведении терапии препаратом тиворель не отмечено побочных реакций, требующих его отмены.

**Выводы.** Таким образом, применение препарата тиворель является патогенетически обоснованным методом, позволяющим уменьшить выраженность нарушений метаболизма миокарда. Добавление препарата тиворель к базисной терапии стабильной стенокардии напряжения II-III ФК позволяет уменьшить количество приступов стенокардии и различных жизнеугрожающих форм нарушений ритма сердца, повысить толерантность к физической нагрузке, что способствует повышению качества жизни.

*Джумаева М.Д., Бухоризода Б.К.*

## СОЧЕТАННАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ И ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ БЕЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Общепринято, что в патогенезе правожелудочковой сердечной недостаточности (ПЖСН) участвует легочная гипертензия, развитие которой вне зависимости от причины ее возникновения приводит к перегрузке правых отделов сердца. Правожелудочковая сердечная недостаточность, развившаяся при легочной гипертензии на фоне левожелудочковой сердечной недостаточности, самостоятельно ухудшает течение заболевания.

**Цель.** Определение случаев правожелудочковой сердечной недостаточности у пациентов с левожелудочковой сердечной недостаточностью при отсутствии легочной гипертензии.

**Материал и методы.** Стационарно обследовано 20 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ФК I-II (по NYHA) в возрасте  $58,4 \pm 4,3$ . Из них 15 больным диагнозом «Хроническая сердечная недостаточность» (ХСН) был установлен впервые.

В исследование включались пациенты с хронической левожелудочковой сердечной недостаточностью, развившейся на фоне гипертонической болезни и при отсутствии признаков легочной гипертензии. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с последними Национальными рекомендациями.

Дополнительно к основному протоколу с помощью доплер-ЭхоКГ оценивалась диастолическая функция обоих желудочков

**Результаты.** У всех исследованных пациентов с ХСН методом эхокардиографии выявлена диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка I типа. Признаков легочной гипертензии не выявлено (систолическое, диастолическое и среднее давление в легочной артерии оказалось в пределах нормативных величин). У 18 пациентов выявлены признаки диастолической дисфункции правого желудочка, 8 пациентов имели гипертрофию миокарда правого желудочка (толщина стенки правого желудочка составила  $7 \pm 1,2$  мм).

Выявлена высокая встречаемость правожелудочковой сердечной недостаточности у пациентов с хронической левожелудочковой сердечной недостаточностью при отсутствии легочной гипертензии.

Полученные данные подтверждают нейрогуморальную теорию развития хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Включение определения диастолической функции правого желудочка в стандартный протокол эхокардиографического исследования позволит врачам-кардиологам лучше понимать патологические процессы в сердце пациентов с целью подбора адекватной терапии. Обнаружены также процессы ремоделирования левых отделов сердца в виде снижения показателей систолической функции ЛЖ в зависимости от функционального класса ХСН.

**Выводы.** Таким образом, эхокардиографические показатели правых и левых отделов сердца позволяют оценить процессы ремоделирования сердца у пациентов с ХСН, сопоставить их с клиническими данными и выделить прогностически неблагоприятные признаки течения болезни.

*Джурев А.А., Абдувохидов А.А., Сайфуллаева М.А.,  
Рахимова М.Г., Юсупов Ш., Бокиев А.*

## ОСОБЕННОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Согдийский областной центр кардиологии и сердечно сосудистой хирургии  
Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности рентгеноангиографической семиотики поражений коронарных сосудов при ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин различных возрастных групп.

**Материал и методы.** У всех больных на этапе обследования изучены и проанализированы данные анамнеза (давность ишемического анамнеза, наличие инфарктов миокарда (ИМ), сопутствующая патология), жалобы, результаты клинико-инструментального исследования, включая ЭКГ, ЭхоКГ, проведена коронарная ангиография на аппарате «G E. Innova 2000» (USA) по методу Sones. Проанализированы особенности клинического течения, количество и тяжесть перенесенных ИМ, клиническая манифестация сердечной недостаточности (СН), тяжесть стенокардии, выраженность коронарного атеросклероза, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Результаты коронарной ангиографии оценены по количеству и локализации поврежденных артерий и по тяжести обструкции. Больные были разделены на две группы: I группу составили 72 (46,7%) человека в возрасте 45-55 лет, II - 83 (53,3%) в возрасте старше 55 лет.

**Результаты.** При проведении коронарной ангиографии выявлено, что у 35(48%) больных I группы отсутствуют признаки значимого стеноза коронарной артерии и ишемия миокарда обусловлена вазоконстрикцией коронарной артерии. У остальных 37 (52%) пациентов выявлено однососудистое поражение коронарной артерии. У 48 (57,4%) больных II группы выявлено двухсосудистое, у 35 (42,6%) - многососудистое поражение.

**Выводы.** Результаты коронарной ангиографии у больных ИБС различных возрастных групп доказывают поражение коронарной артерии прямо пропорционально увеличению возраста. У некоторых больных с типичной стенокардией и положительной нагрузочной пробой по данным КАГ отсутствуют признаки значимого стеноза коронарных артерий. Ишемия миокарда в таких случаях может быть обусловлена неадекватной вазодилатацией резистивных коронарных артерий в связи с дисфункцией эндотелия. При коронарографии часто отмечается замедление заполнения

коронарной артерии контрастированной кровью и длительным ее вымыванием. Считается, что резистивные сосуды (которые слишком малы, чтобы быть видимыми при КАГ) у таких пациентов могут неадекватно расширяться в периоды возрастания потребности миокарда в кислороде. Прогноз пациентов с синдромом «Х» лучше, чем у больных с явными атеросклеротическими поражениями. У больных до 55 лет в большинстве случаев выявляются однососудистые поражения. Старше этого возраста - двух- и многососудистые поражения.

*Джуроев Ш.М., Мухамадова М.А., Гиёсиев И. К.*

## УРГЕНТНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить эффективность ургентной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда по снижению риска развития инфаркта миокарда и внезапной смерти.

**Материал и методы.** В исследование включены 96 больных с ОКС, обследованные за период 2015-2018 годы, в возрасте от 40-75 лет. Диагноз ОКС основывался на клинико-anamnestические данные, наличии эпизодов ишемии миокарда по результатам ЭКГ, ВЭМ пробы, результатов эхокардиографии (ЭхоКГ) и лабораторных исследований.

Коронароангиография проводилась в рентгеноперационной по стандартной методике Seldinger трансрадиальным доступом. Критерием гемодинамически значимого поражения являлось сужение диаметра коронарного сосуда более 75%, при поражении ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – более 50%.

Среди обследованных 21 пациенту (22%) было выполнено стентирование после баллонной ангиопластики, 75 (78%) – прямое стентирование. Всем больным были установлены стенты с лекарственным покрытием. Параллельно им была рекомендована терапия бета-адреноблокаторами, антиагрегантами, статинами и ингибиторами АПФ. Контрольное обследование проводилось перед выпиской из стационара, а также в сроки через 20-30 дней после вмешательств, которое включало оценку клинической симптоматики, лабораторных исследований, ЭКГ в покое, ЭхоКГ.

У всех пациентов имели место значимые поражения коронарного русла: однососудистое – у 66, двухсосудистое – у 25, трехсосудистое – у 5 пациентов. У 61% больных имелись поражения передней нисходящей и огибающей артерий, у 20% – изолированное поражение огибающей артерии, у 19% – сочетанное поражение передней нисходящей, огибающей и правой коронарной артерий.

**Результаты.** В 92 (95,8%) наблюдениях коронарное стентирование завершилось успешно, с регрессом ишемии миокарда. Смертельный исход развился у 4-х (4,2%) больных из-за массивного внутрикоронарного тромбоза во время ангиопластики, у которых имело место 3-сосудистое поражение коронарных артерий.

После стентирования коронарных артерий умеренная ишемия сохранилась всего в 6% случаев (до стентирования – 37%), выраженная ишемия в 9% (до стентирования 63%).

В отдаленные сроки (до 3-х лет) окклюзия стента развилась у 2 пациентов, которым успешно выполнено повторное стентирование.

По данным контрольной ЭхоКГ, фракция выброса левого желудочка составила в среднем  $54,5 \pm 4,5\%$ , прирост 3,8%. Отмечалось достоверное снижение конечно-диастолического и конечно-систолического объемов левого желудочка.

**Выводы.** На фоне комплексного лечения больных ОКС проведение ургентного стентирования коронарных артерий в 75% случаев уменьшает частоту и распространенность ишемии миокарда, снижает риск развития первичного и повторного инфаркта миокарда, фатальных сердечных аритмий и внезапной смерти в отдаленные сроки наблюдения.



*Джураева Н.С.*

## ГЛОБАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ – ТЕНДЕНЦИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

Глобализация, как общемировая тенденция, влияет не только на торговлю, финансы, науку, окружающую среду, преступность и терроризм, но также на здоровье и медицинскую помощь. Влияние изменений на здоровье населения и медицинское обслуживание под воздействием процессов глобализации не может быть недооценено. В дополнение к внутренним проблемам все национальные системы здравоохранения должны теперь заниматься международной передачей рисков и возможностей для здоровья. Исторически, благодаря миграционным процессам среди населения и торговле между странами, появилась возможность передачи инфекции. На сегодня новым является масштаб так называемого «микробного трафика», который расширился в результате взрывного роста торговли и путешествий, благодаря современным технологиям. Появление и рост ВИЧ/СПИДа в Таджикистане обусловлено этими процессами. Глобальное распространение инфекционных заболеваний связано с серьезными изменениями в нашей окружающей среде и образе жизни. Действительно, из одной страны в другую путешествуют не только люди и эпидемии; нездоровый образ жизни также экспортируется. Курение и ожирение являются примерами возникающих рисков для здоровья, связанных с глобализацией. Нездоровый образ жизни обуславливает появление так называемых «болезней цивилизации» в странах с низким уровнем дохода, где употребление еды из «фаст-фудов» приобрело огромную популярность в связи с ее низкой стоимостью.

Кроме того, глобализация здравоохранения выходит за рамки болезней и факторов риска и включает в себя товары для здоровья. Например, тщательное регулирование доступа к рецептурным антибиотикам в одной стране может быть нарушено, если соседние страны разрешают неограниченную закупку антибиотиков. Такая практика, по крайней мере, отчасти, ответственна за появление новых форм устойчивости ко многим антибиотикам. Наиболее ярким является пример появления мультиустойчивого к антибиотикам туберкулеза (ТБ). Последнее глобальное исследование Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) показывает, что 5 процентов из 9 миллионов новых случаев ТБ устойчивы к антибиотикам первой линии.

Международная торговля медицинскими услугами также расширяется. Согласно Julio Frenk, 2010 различают четыре основных направления: 1) экспорт услуг; 2) коммерческое присутствие; 3) транснациональное движение провайдеров; 4) транснациональное движение потребителей. В Таджикистане все чаще практикуется приглашение иностранных врачей для проведения сложных операций, требующих хороших навыков и новых подходов в кардиохирургии, трансплантологии, офтальмохирургии и др. узкоспециализированных отраслях. Местные врачи специалисты мигрируют для оказания медицинской помощи населению в другие страны Ближнего Востока, в которых ощущается нехватка специалистов.

Растет и международная мобильность на додипломном уровне медицинского образования. В настоящее время у студентов-медиков появилась возможность обучаться и проходить практику в Европейских университетах, в Китае и Иране. Наконец, движение потребителей здравоохранения также растет. Пациенты из Таджикистана регулярно пользуются услугами всемирно известных больниц в Индии, Иране, Российской Федерации, Казахстане. В ряде случаев ими движет более низкая стоимость услуг, в ряде случаев наличие услуг, которые не предлагаются в Таджикистане.

Таким образом, глобализация здоровья характеризуется стиранием границ для распространения инфекционных заболеваний, продвижением в странах вредных продуктов и рискованного поведения, улучшением доступа к медицинским знаниям и технологиям, услугам более высокого качества и низкой стоимости.

Джураева Н.С., Комилов И.Ш.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

Здоровье населения – медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей. Многими исследователями в сфере медицины установлена корреляция социальных условий и показателей здоровья населения. Комплексные, так называемые посемейные, исследования, охватывающие все стороны семейной жизни - материальную обеспеченность, уровень культуры, жилищные условия, питание, воспитание детей, внутрисемейные отношения, обеспеченность медицинской помощью и др., особенно наглядно показывают подобную связь.

Материальная обеспеченность - один из наиболее важных факторов. Люди с высокими доходами не испытывают проблем с высококачественным медицинским обслуживанием, с покупкой любых лекарств, с расходами на отдых. У них больше возможностей в получении своевременной медицинской помощи. Также это возможность качественного питания.

Уровень образования всегда ассоциируется с хорошим здоровьем. Образование позволяет людям построить карьеру с достаточным доходом, позволяющим купить хорошее жилье и сделать правильный информированный выбор в отношении своего здоровья и членов своей семьи. Безработные имеют высокий риск смертности, заболеваемости и инвалидности, по сравнению с работающими людьми. В ряде случаев безработица может быть причиной болезней или проблем со здоровьем в связи с психологическими стрессами и финансовыми проблемами, которые она создает. Наибольшая частота людей, которых ушли на пенсию по причине инвалидности, была отмечена в регионах с низким уровнем дохода (26%), по сравнению с регионами с высоким уровнем дохода (12%) в 2012 году.

Уровень дохода семьи может повлиять и на уровень рождаемости. 71% респондентов, идентифицировавших себя с самой беднейшей группой, посчитали, что финансово-материальные проблемы являются помехой для рождения желаемого количества детей. Ухудшение социально-экономических условий жизни населения привело к падению рождаемости, задержке роста таза у девушек, ухудшению статистики невынашивания беременности, задержке развития плода, снижению уровня функциональной зрелости новорожденных в 1994-1998 годах.

Безопасное и доступное жилье связано с улучшением здоровья, что, в свою очередь, влияет на участие людей в работе, образовании и сообществе. Это также влияет на родительство, социальные и семейные отношения. Существует градиент между здоровьем и качеством жилья: поскольку вероятность того, что жизнь в «неустойчивом» (неадекватном, непригодном или небезопасном) жилье увеличивает ухудшение здоровья. Внутрисемейные отношения также являются двусторонними, поскольку плохое здоровье может привести к нестабильному жилью. Разведенные родители и одинокие люди, молодые женщины и их дети, пожилые частные арендаторы особенно уязвимы в таком жилье.

Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, могут приводить к изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма и увеличивать риск заболеваний. Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья. Четко показано неблагоприятное влияние конфликтных ситуаций в семье, положения женщин в семье и других факторов на исход родов. Преждевременные роды в 4 раза чаще происходят у женщин, не состоящих в браке.

Указанные немногие примеры являются подтверждением приведенного выше положения о решающей роли социальных факторов в формировании здоровья и патологии. Поэтому для работников здравоохранения, политиков, лиц, принимающих решение, очень важно понимание того, что укрепление здоровья населения - это задача, решаемая не только силами и ресурсами здравоохранения, это задача, которая может быть решена только совместными усилиями многих отраслей – здравоохранения, социальной защиты населения, экономикой, финансированием и образованием.

Доценко Э.А., Захарова А.Г.

## СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

---

**Актуальность.** Внегоспитальная пневмония – широко распространенное заболевание у взрослых, занимающее ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах.

Следует отметить, что наибольшую проблему для врачей представляют пациенты с тяжелой внегоспитальной пневмонией (ТВП), т.к. летальность у данной категории больных остается высокой, а лечение является сложным и дорогостоящим.

Одной из ведущих причин осложненного и затяжного течения пневмонии в настоящее время является изменение иммунологической реактивности организма. Вместе с тем, характер нарушений иммунитета на отдельных этапах воспалительного процесса, факторы межклеточного взаимодействия изучены недостаточно полно и трактуются неоднозначно. В этой связи представляет интерес изучение иммунологической реактивности организма при ТВП.

**Цель.** Оценить изменения клеточного иммунитета у пациентов с ТВП. В исследование включено 16 пациентов с ТВП в возрасте от 33 до 68 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых с больными по полу и возрасту. Иммунологическое исследование включало иммунофенотипирование лимфоцитов.

Статистическая обработка результатов исследований проведена при помощи программы Statistica 6,0.

**Результаты.** У пациентов с ТВП (по сравнению с контрольной группой) имеет место относительная лимфоцитопения со снижением абсолютного числа Т-лимфоцитов, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, CD28+ Т-лимфоцитов, что свидетельствует о недостаточном реагировании клеток лимфоцитарного звена и неадекватности иммунного ответа; увеличение количества В-лимфоцитов, В1-лимфоцитов, что говорит об активации гуморального иммунитета при ТВП. Была выявлена отрицательная корреляционная связь высокой степени между уровнем СРБ и уровнем Т-лимфоцитов ( $p < 0,05$ ;  $-0,83$ ), положительная корреляционная связь высокой степени между уровнем СРБ и уровнем В-лимфоцитов ( $p < 0,05$ ;  $0,88$ ).

Дустов А., Умаров С., Шарипова Н., Хакимова З.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В» С ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ГЕНОТИПОВ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучение клинических особенностей хронического гепатита В (ХГВ) с дельта-инфекцией в зависимости от гено-фенотипических свойств HBV и HDV.

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных ХГВ с дельта-инфекцией. Всем пациентам выполнялся полный спектр серологических маркеров HBV-инфекции методом иммунофер-

ментного анализа: HBsAg, AbHBs, HBeAg, AbHBe, anti-HDV. Выявление ДНК HBV и РНК HDV проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

**Результаты.** У 35 (63%) больных диагностирован А-генотип HBV, у 18 (30%) – D-генотип и у 7 (11%) генотип оставался неуточненным из-за низкой вирусной нагрузки. У 43 (71%) из 60 обследованных больных выявлен 1 генотип HDV и у 17 больных (28%) – 1 генотип HDV.

Среди больных HBV с D-генотипом HBeAg-негативный серологический профиль выявлялся в 75% случаев, а HBeAg-позитивный – у 25% больных. Длительность заболевания при А генотипе HBV и 1 генотипе HDV равнялась  $4,2 \pm 1,2$  годам, а при генотипе D HBV с 2 генотипом HDV –  $13,3 \pm 7$  лет. Несмотря на меньшую длительность болезни, среди больных с А-генотипом HBV и 1 генотипом HDV чаще выявлялся хронический гепатит высокой активности – в 51% случаев и цирроз печени – в 28%, а при D-генотипе HBV и 2 генотипе HDV высокая активность хронического гепатита диагностирована лишь у 3 (37%,  $p < 0,01$ ) больных, а у больных циррозом печени – у 1 больного ( $p < 0,01$ ). Формирование цирроза печени у больных генотипом А HBV и 1 генотип HDV происходило к началу первого десятилетия течения гепатита, а среди больных с D HBV и 2 генотипе HDV цирроз печени диагностирован к концу второго десятилетия течения заболевания.

**Выводы.** Клиническая картина ХГВ во многом определяется генотипом HBV и HDV. При этом отмечено, что у больных, инфицированных генотипом D HBV и 2 генотипом HDV, отмечалось более мягкое течение хронического гепатита. В то время как у больных А-генотипом HBV и 1 генотипом HDV наблюдалось более агрессивное течение хронического гепатита и более ранних сроках формирования цирроза печени.

*Дустов А.Д., Каримова Ф.Н.*

## РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЭРОЗИВНОЙ И НЕЭРОЗИВНОЙ ФОРМАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Цель.** Оценка моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка методом гастросцинтиграфии у больных с ГЭРБ.

**Материал и методы.** Обследовано 85 пациентов с ГЭРБ в возрасте от 25 до 60 лет. Мужчин было 55, женщин – 30. Диагноз установлен на основании подробного расспроса, оценки жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного. Всем больным проведена эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) с получением биопсийного материала из тела и антрального отдела слизистой оболочки желудка. Гастросцинтиграфия у 85 больных ГЭРБ позволила выявить нарушение моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка в 89,2% случаев. Программная обработка результатов позволили нам определить следующие параметры у здоровых и больных ГЭРБ: эзофагеальное транзитное время (ЭТВ), время очищения пищевода (от момента появления меченой жидкости в пищевод до её поступления в желудок). У здоровых лиц эти значения составили  $8,5 \pm 0,4$  с ( $7,5-12,0$  с). При ГЭРБ (2 группа), сочленной с язвенным поражением пищевода, эти показатели оказались у большинства больных сниженным. Клиренс пищевода (С, %) – процент очищения пищевода в момент перехода кривой активности а плато-а норме составил  $90,4-1,4\%$ . У больных ГЭРБ I группы клиренс пищевода составил  $86,6 \pm 9,4,2\%$ . При ГЭРБ, сочленной с язвой пищевода, клиренс пищевода оказался у большинства больных сниженным ( $76,3-1,2\%$ ), по сравнению со здоровыми лицами ( $90-1,4\%$ ).

**Заключение.** Таким образом, гастросцинтиграфия при ГЭРБ является объективным методом оценки моторно-эвакуаторного состояния пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, её показатели коррелируют с другими методами исследования.



<sup>1</sup>Дыдышко Ю.В., <sup>1</sup>Шепелькевич А.П., <sup>2</sup>Вихновская В.О.

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Минская областная клиническая больница»

г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Выявление особенностей нарушений сердечного ритма (НСР) у пациентов с СД2.

**Материал и методы.** В исследование включены 66 пациентов с СД2 (34 женщины и 32 мужчины) и 30 человек контрольной группы (15 женщин и 15 мужчин) с различными НСР. Пациенты с СД2 сопоставимы с контролем по полу, возрасту и антропометрическим данным. Средний возраст составлял 66,3 (59,5–69,5) и 62,5 (55,0–64,0) года соответственно ( $U=58$ ,  $p=0,072$ ). Возраст манифестации СД2 – 58,5 (54,0–62,5) года, длительность заболевания – 7,0 (4,5–9,0) года. У всех пациентов была АГ и ХСН.

**Результаты.** Все пациенты получали гипотензивную терапию, что позволило достичь целевого АД: 130/80 и 140/90 ( $p > 0,05$ ) мм рт.ст. соответственно. По результатам холтеровского мониторинга суправентрикулярные НСР в виде ФП зарегистрированы у 13 (19,7%) пациентов с СД2 и у 6 (20,0%) в контрольной группе ( $\chi^2=0,37$ ,  $p=0,541$ ). Постоянная форма ФП обнаружена у 34 (51,5%) пациентов с СД2 и у 14 (46,7%) контроля ( $\chi^2=0,19$ ,  $p=0,650$ ). В целом, суправентрикулярные НСР сопоставимы у пациентов с СД2 и в контрольной группе: 46 (69,7%) vs. 24 (80,0%) ( $\chi^2 = 1,11$ ,  $p = 0,292$ ).

НСР как желудочковой экстрасистолы чаще регистрируется у пациентов с СД2 по сравнению с контролем - 20 (30,3%) vs. 3 (10,0%) ( $\chi^2=0,09$ ;  $p=0,767$ ).

По результатам эхокардиографии у пациентов с СД2 преобладают более тяжелые формы аортальной регургитации (умеренная и тяжелая степень) ( $\chi^2=18,13$ ;  $p < 0,001$ ), но не установлены значимые различия в митральной ( $\chi^2=3,03$ ,  $p=0,211$ ) и трикуспидальной ( $\chi^2=1,92$ ,  $p=0,388$ ) регургитации.

Анамнестически у 16 (24,2%) пациентов с СД2 установлены острые сосудистые заболевания – у 13 (19,7%) человек ОНМК и у 3 (4,5%) инфаркт миокарда. В контрольной группе 3 человека (10 %) перенесли ОНМК.

**Выводы.** У 30,3 % пациентов с СД2 зафиксированы тяжелые НСР в виде наджелудочковых экстрасистол. Выявлено преобладание недостаточности аортального клапана 2-3 степени у пациентов с СД2, что может быть причиной гипертрофического ремоделирования ЛЖ и неблагоприятным фактором в отношении развития ЖЭ у данной категории пациентов.

*Ёдгорова М.Д., Мукарамова Д.А., Нуриддинова Н.Н., Шамсутдинова Г.А.*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦЕДОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибн Сино

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности клиники и лечения муковисцедоза у детей.

**Материал и методы.** Под наблюдением было 12 больных муковисцедозом легочной формы, находившиеся в Городском медицинском центре в Душанбе на стационарном лечении. Всем

больным проводилась антропометрия, клиничко-лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, копрограмма), анализ мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимическое исследование крови, рентгенография грудной клетки, определение иммунного статуса, эхографию печени и сердца.

**Результаты.** У 10 больных типичным явилось постепенное начало с развитием бронхита, а затем и пневмонии. У 2-х (16,7%) наблюдалось острое начало с развитием пневмонии, принимающий тяжелое течение и рецидивирующий характер. Основными симптомами бронхолегочной формы муковисцедоза являлись вялость, бледность, низкая масса тела. С первых дней жизни отмечалось покашливание, постепенно усиливающееся и принимающее локализованный характер. Кашель сопровождался цианозом, одышкой. Выделялась светлая серозная мокрота, вначале вязкая, затем слизисто-гнойная. При прогрессировании процесса быстро развивались необратимые изменения в легких. Обострения возникали на фоне острой респираторно-вирусной инфекции. Процесс в легких всегда был двухсторонний. Характерны были у всех больных пневмонические очаги и даже участки эмфиземы (4), ателектаз (2), у пневмосклероз (2), что подтверждалось рентгенологически, течение заболевания было затяжное, рецидивирующее, плохо поддавалось лечению.

Постепенно у 7 (58,1%) больных развивались симптомы легочной и сердечной недостаточности, нарастали гипотония, цианоз, тахикардия. Эти дети значительно отставали в физическом развитии, отмечались сухость и шелушение кожи, сухость и ломкость волос и ногтей. У остальных 5 (40%) эти симптомы были менее выражены.

Терапия носила симптоматический характер: очищение бронхиального дерева от вязкой мокроты, борьба с бактериальной инфекцией дыхательных путей, психо-эмоциональная адаптация. Ингаляционная терапия: 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор ацетилцистина, холинолитики, антибиотики, кортикостероиды при выраженном бронхообструктивном синдроме, длительная пиелоротерапия, диуретики, санация носоглотки.

**Выводы.** Муковисцедоз – наследственное аутосомно-рецессивное заболевание с высокой частотой в популяции. Имеет тяжелое, затяжное и рецидивирующее течение, плохо поддается лечению и наблюдается ряд осложнений, в том числе бронхоэктазы, пневмосклероз.

*Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Каримова Ш.Б.*

## ПРОБЛЕМЫ КОПРОСТАЗА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА НА УЧАСТКЕ №13 ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ №15 ГОРОДА ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ ГЦЗ №15  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучение факторов, способствующих развитию запоров у детей.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 42 ребенка в возрасте от 1 месяца до 4 лет. Мальчиков было 22 (52,4%), девочек - 20 (47,6%). Дети до года составили 21 (50%) от общего количества исследуемых. Всем детям проведены общеклинические методы исследования, а также по показаниям: ультразвуковое исследование головного мозга, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, определение уровней кальция и фосфора в крови, бактериологический посев кала на флору и чувствительность. Все исследования проводились на базе городского центра №12 г. Душанбе и научно-исследовательском институте профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

**Результаты.** Выявлены следующие заболевания, которые способствуют развитию запоров у детей: поражение ЦНС при родах или в период младенчества 87,9%, дисбактериоз кишечника 78,6%, общее заболевание ребенка: рахит, гипотрофия, анемия 67,7%, пищевая аллергия 25,7%, другие заболевания, например, гипотиреоз или болезнь Дауна и болезнь Гиршпрунга 9,5%. Факторами, являющимися причиной запоров, могли быть погрешности в питании: употребление

матерью и более старшими детьми 58,9%, продуктов, которые не способствуют двигательной активности кишечника (белый хлеб, рисовые жидкие каши, крепкий чай, кисели, какао, чипсы), частое кормление ребенка 51,2%, употребление молочных продуктов с несоответствующим для питания детей составом 45,5%, нарушение принципа сбалансированного питания 39,8%, ограниченное употребление овощей 36,8%. Значительное место в этиологии застоя кала занимают дефекты ухода за детьми: перегрев ребенка (особенно новорожденного) 35,6%, недостаточное количество употребляемой жидкости при смешанном и искусственном вскармливании ребенка 68,3%, условно - патогенная флора 48,4%, сбои в режиме питания 41,1%, нехватка калия в организме 29,4%,

**Выводы.** Как видно из вышеизложенного, причина развития запоров может быть мультифакторной: соматические заболевания, погрешности в питании, дефекты ухода за детьми. Поэтому, для предупреждения развития запоров у детей необходимо придерживаться исключительно грудного вскармливания минимум до 6-месячного возраста, своевременно и правильно вводить прикорм (не раньше 5-6-месячного возраста ребенка), введение новой пищи должно быть постепенным (в течение 7-10 дней), в том числе новой смеси. У детей более старшего возраста рекомендуется включение в рацион больше сырых овощей и фруктов, кефира, простокваши или натурального йогурта, употребление кормящей матерью и ребенком только черного или серого хлеба, можно с отрубями и обязательно вчерашней выпечки, а также исключение из рациона жирных блюд и сладостей. Нельзя резко отлучать малыша от груди или же менять смесь за один прием.

Необходимо своевременно лечить фоновые заболевания, такие как рахит, анемия, ПЭП, аллергические диатезы, дисбактериоз и кишечные инфекции. Следует использовать специальные смеси для новорожденных при запорах, содержащие пребиотики или бифидобактерии. Обязательными являются прогулки на свежем воздухе, общий массаж, использование газоотводной трубки в домашних условиях и при необходимости использование глицериновых свечей и препаратов для смягчения и улучшения продвижения каловых масс соответственно возрасту и тяжести состояния больного ребенка.

*Ёдгорова М.Дж., Асфияева Х.М., Мухамедова Л.Ш.*

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ГОРОДСКОМУ ЦЕНТРУ ЗДОРОВЬЯ №15 ГОРОДА ДУШАНБЕ ЗА 2018 ГОД

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ ГЦЗ №15  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить структуру заболеваемости детского населения на уровне первичного звена государственного учреждения городского центра здоровья №15 (ГУ ГЦЗ №15) за отчетный период 2018 года.

**Материал и методы.** Нами проанализированы статистические данные заболеваемости прикрепленного контингента детского населения по ГУ ГЦЗ №15 за 2018 год. Проведен анализ статистических данных заболеваемости детей по вышеназванному медицинскому учреждению в возрастном коридоре от 0 до 17 лет. Всего детей от 0 до 17 лет было 2767, из них мальчиков - 1503 (54,3%), девочек - 1264 (45,7%). Все дети были разделены на 3 возрастные группы. В первую группу были включены 1565 детей в возрасте от 0-4 лет, вторую группу составили 855 детей от 5-14 лет и в третью группу вошли 347 детей от 15-17 лет.

**Результаты.** Анализ статистических данных по заболеваемости за отчетный 2018 год показал, что наиболее часто дети обращались к семейным врачам по поводу заболеваний органов дыхания (острой респираторной вирусной инфекции), что составило 1092 случая (39,5%), в том числе 11 случаев пневмонии (1%), 7 из которых у детей до 4-х лет. Заболевания уха, горла и носа обнаружены у 212 (7,7%) детей, среди которых тонзиллиты составили 15,6% (33 случая).

По поводу заболеваний центральной нервной системы обратились 353 ребёнка (12,8%), перинатальной энцефалопатии - 202 ребёнка (7,3%), 99 случаев из них приходились на долю детей до 4-х лет, 40 из которых осложнились детским церебральным параличом (19,8%). Немногим меньше обращений по заболеваемости мочевыделительной системы и травмам, что составило 187 случаев (6,8%). С заболеваниями органов зрения обратились за медицинской помощью 148 детей (5,3%), в том числе с миопией 41 ребёнок (21,1%). Зарегистрировано 133 случая заболеваний желудочно-кишечного тракта, что составило 4,8%. Детей с эндемическим зобом было 138 (5%), большинство из которых относились к возрасту от 5 до 17 лет. Почти в равных количествах (39 случаев – 1,4%) зарегистрированы заболевания кожи и кроветворной системы, а также 11 случаев заболеваний опорно-двигательного аппарата, что составило 0,4%.

**Выводы.** Таким образом, анализ заболеваемости детского населения за 2018 год по Городскому центру здоровья №15 показал, что наиболее часто за медицинской помощью к семейному врачу обращались дети с заболеваниями органов дыхания, второе место занимают обращения по заболеваниям центральной нервной системы (ЦНС). Третье место по частоте обращений за медицинской помощью у детей занимают болезни органов пищеварения, кожи и мочевыделительной системы. Следует отметить, что заболевания органов дыхания и ЦНС больше регистрируются у детей от 0 до 4 лет, заболевания эндокринной, кроветворной, мочевыделительной и пищеварительной систем - в возрастном коридоре от 5 до 17 лет, что, вероятнее всего, связано с образом жизни и нарушением рациона питания. Анализ заболеваемости по половой принадлежности показал, что мальчики болеют почти в 1,4 раза чаще, чем девочки.

*Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Иномзода Д.И., Мирзокалонова М.Дж.*

## МОТИВАЦИЯ СТУДЕНТОВ К СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино,  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить причины нежелания студентов к выбору специальности врача общей практики (ВОП) и их мотивацию.

**Материал и методы.** Нами проведено анкетирование 100 студентов 6 курса медицинского факультета ТГМУ, проходивших обучение практическим навыкам на кафедре семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, на базе Городского центра здоровья №15 с августа по декабрь 2018 года. Анкетирование проводилось до и после прохождения курса практического обучения, анкета включала 5 вопросов.

**Результаты.** Анкетирование по первому вопросу: «Почему выбран медицинский вуз?» показало, что причинами выбора медицинского вуза явились: мечта детства - 25%, желание родителей - 18%, престиж и обеспеченное будущее - 45%, желание оказать помощь больным и реализовать себя - 12%.

На второй вопрос: «Какую область медицины выбираете по окончании вуза?», получены следующие ответы: хирургия - 6%, акушерство и гинекология – 26%, кардиология и урология - 12%, педиатрия - 2%, оториноларингология - 5%, офтальмология - 6%, терапия - 3%.

По третьему вопросу «Кто или что влияет на выбор будущей специальности?», отмечено, что на выбор будущей специальности у большей части респондентов влияет высокая оплачиваемость работы - 62%, престижность профессии - 38%.

Ответ на четвертый вопрос «Ваш взгляд на семейную медицину» выявил одинаковые взгляды студентов: тяжелая и низкооплачиваемая работа - 78%, требует разносторонних знаний медицины - 100%, очень много документации - 100%.

По пятому вопросу «Причина, по которой Вы не выбираете специальность ВОП?» респондентами были отмечены следующие моменты: необходимо запоминать и заполнять огромное количество документов - 39%, требует разносторонних знаний медицины - 68%, низкооплачиваемая - 47%, непрестижная профессия - 28%, неблагоприятная работа - 25%.

После прохождения 20-дневного курса практического обучения на кафедре, совместно с ассистентами кафедры, принимая активное участие в ходе работы ВОП: подворные обходы,



осмотр и лечение разнопрофильных больных, ведение беременных и новорожденных, пожилых пациентов, результаты анкетирования изменились в положительную сторону. «Профессия сложная, но интересная» - отметили 56% студентов, специальность «семейного врача» выбрана в 12% случаев, 64% респондентов желают владеть навыками и умениями ВОП, «хочу быть семейным врачом для своей семьи» - ответили 86% анкетированных.

**Выводы.** На выбор будущей профессии учащихся медицинского университета оказывают влияние следующие факторы: мечта детства, советы родителей, положительные примеры наставников, желание быть похожим на какого-либо врача, влияние отношения «врач-пациент» и профессионализм преподавателей.

Анализ мотивов выбора профессии врача дает возможность получения целевой информации для успешного решения проблемы профессиональной ориентации и управления этим выбором. И, как писал японский писатель и переводчик Мураками Харуки: «Профессия изначально должна быть актом любви. И никак не браком по расчету».

*Ёдгорова М.Дж., Хомидова З.Б., Носирова М.П.*

## **ПРОБЛЕМЫ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА**

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ ГЦЗ №15  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение часто встречающихся причин медицинских отводов от вакцинации детей прививочного возраста в практике семейного врача.

**Материал и методы.** Проведён анализ годового отчёта (2018 год) ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе на предмет иммунизации детей, дополнительно произведена выкопировка данных из амбулаторных карт (форма №24) детей, подлежащих вакцинации. Всего детей прививочного возраста было 984 ребёнка, среди обследованных мальчиков - 521 (53%), девочек - 463 (47%).

**Результаты.** Изучение амбулаторных карт исследуемых детей показало, что на 2018 год была запланирована вакцинация Пентовакс 1 – 979, Пентовакс 2 – 974, Пентовакс 3- 970 и Корь 1 – 1018, Рота -1-984 и 2- 974, ОПВ -982.

Исследование показало, что не получали Пентовакс1 из запланированных 979 детей 43 ребёнка (4,4%), Пентовакс 2 из 974 запланированных не охвачены иммунизацией 17 детей (1,7%), Пентоваксом 3 из запланированных 970 не иммунизированы 8 детей (0,8%). Корь 1 из 1018 запланированных детей не получили 3 ребёнка (0,3%) и ОПВ вакцинацию из запланированных 982 не получили 70 детей (7,1%).

Таким образом, выявлено, что вместо 984-х запланированных вакцинаций иммунизирован 941 ребёнок (95,6%), т.е. не получили иммунизацию 43 (4,4%) ребёнка. Несмотря на нехватку около 5% запланированных детей, план иммунизации выполнен более чем на 90%, что является хорошим показателем охвата иммунизацией детей первого года жизни.

Необходимо учитывать тот факт, что из 43 неиммунизированных детей, у 41 ребёнка медицинский отвод от иммунизации был по причине ПЭП с гипертензионным синдромом и судорожной готовностью, и только у 2 детей - в связи с ОРВИ, осложнённой бронхитом и пневмонией. Однако, следует отметить, что медицинский отвод от иммунизации был оформлен только у 2-х детей.

**Выводы.** Таким образом, возникшая ситуация по медицинским отводам от иммунизации требует более серьёзного отношения и пересмотра относительных и абсолютных медицинских отводов от иммунизации. Так как именно группа неиммунизированных и иммунизированных с нарушением календаря профилактических прививок детей, а также иммунизация на высоте острого периода воспалительных заболеваний способствуют периодическим вспышкам регулируемых инфекций.

Закирова Г.А., Камилова У.К., Хамраев А.А.

## ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ташкентская медицинская академия  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить содержание мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал) у больных I-III ФК хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Обследованы 52 больных ХСН в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст  $53,3 \pm 6,9$  лет). Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов. Больные I ФК ХСН составили 18, II ФК ХСН - 21 и III ФК - 13 пациентов.

Определение уровней МНУП и альдостерона проводилось на иммуноферментном анализаторе HUMAREADER SINGLE.

**Результаты.** У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП на 71,1% ( $p < 0,01$ ), а у больных III ФК - на 188,3% ( $p < 0,001$ ), по сравнению с больными I ФК. Соответственно, уровень МНУП был в 1,7 раза при II ФК и в 2,9 раза выше при III ФК ХСН, по сравнению со значениями больных ФК I. Наблюдалось также достоверное увеличение содержания альдостерона в обеих группах больных: у больных с ХСН II ФК уровень альдостерона увеличивался на 36,8% ( $p < 0,05$ ), по сравнению с показателями больных I ФК. В группе больных с ФК III увеличение содержания альдостерона составляло 51% ( $p < 0,001$ ). Соответственно, уровень альдостерона увеличивался в 1,3 раза при ФК II и в 1,5 раза при III ФК ХСН. Существовала прямая корреляционная связь между уровнем нейрого르몬ов и ФК ХСН: у больных со II ФК, которая составила  $r = 0,54$ , а с III ФК  $r = 0,67$  ( $P < 0,001$ ). Учитывая колебания этих показателей, изучено распределение обследуемых больных по содержанию уровня исследуемых гормонов в пределах меньших значений медианы (средневысокий уровень) и больших значений медианы (высокий уровень). У больных ФК II и III средневысокий уровень повышения МНУП наблюдался у 51,7% и 40,1% больных, тогда как средневысокий уровень альдостерона наблюдался у 58,4% больных с ФК II и 39,6% больных с ФК III соответственно. При этом у больных ФК II преобладали средневысокие уровни нейрогоморальных факторов, а при ФК III - высокие уровни МНУП и альдостерона.

**Выводы.** Таким образом, у больных ХСН наблюдается увеличение содержания МНУП и альдостерона, которые коррелирует с тяжестью ХСН.

Заневский В.П., Рустамов М.Н.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКУПУНКТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

**Цель.** Оценить эффективность акупунктурного лечения у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 24 пациента с СРК, которые находились на лечении в отделении неврозов по поводу психоэмоциональных расстройств. СРК у этих пациентов был выявлен как сопутствующее заболевание. Основными жалобами пациентов были боли

в животе, уменьшающиеся после опорожнения кишечника, нарушения частоты и консистенции стула, вздутие и урчание в животе, неустойчивое настроение. Все больные получали медикаментозное и вербальное лечение психических расстройств, а также акупунктурное лечение с целью устранения симптомов СРК. Были использованы следующие точки акупунктуры: LI, ST, PC, HT, SP, BL с включением микросистем. Нормализации психического статуса пациентов достигали путем укалывания точек канала HT, PC и головы, а также соответствующих точек уха. Точки головы и аурикулярные точки включали в программу со 2-й процедуры. Воздействие на местные точки живота оказывало также и психологический эффект. Существенное нормализующее влияние на функциональные расстройства кишечника оказывало раздражение точек ШУ канала мочевого пузыря, воротниковой зоны.

**Результаты.** В результате проведенного лечения полное купирование болевого синдрома отмечалось у 22 (91,6%) пациентов. Частота и консистенция стула нормализовались у 16 (66,6%) пациентов, страдающих запорами, и улучшились у 8 (33,3%). Вздутие и урчание в животе исчезли у 18 (75%) пациентов. У всех отмечалось заметное улучшение или нормализация психоэмоционального статуса.

**Выводы.** Таким образом, акупунктура является эффективным методом медицинской реабилитации пациентов с СРК. Акупунктура может быть достойной альтернативой фармакотерапии и психотерапии при лечении пациентов с СРК. Эта процедура обладает анальгетическим, спазмолитическим, седативным, антидепрессивным и нормализующим моторно-эвакуаторную функцию кишечника эффектами. Акупунктура может быть особенно полезным при лечении пациентов с СРК с поливалентной аллергией к лекарственным препаратам.

<sup>1,2</sup>Захаревич А.Л., <sup>2</sup>Мороз-Водолажская Н.Н.,  
<sup>2</sup>Доценко Э.А., <sup>1</sup>Кузикович А.С.

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ФУТБОЛИСТОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

<sup>1</sup>Лаборатория медико-биологических исследований ГУ «Республиканский научно-практический центр спорта»

<sup>2</sup>Кафедра общей врачебной практики УО «Белорусский государственный медицинский университет»

<sup>3</sup>Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Беларусь

---

**Актуальность.** Неадекватное использование физиологических резервных возможностей спортсменов является основополагающим фактором в снижении эффективности тренировочного процесса и соревновательной результативности вследствие нарушения процессов адаптации, развития донозологических состояний и даже заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС).

**Цель.** Оценка функционального состояния ССС футболистов в переходный период подготовки с целью формирования прогнозных показателей здоровья и построения тренировочного процесса.

**Материал и методы.** ЭКГ-12, ВСР в покое, спироВЭП проведены футболистам высокой квалификации (n=25) в возрасте 20 – 33 лет.

**Результаты.** По данным ЭКГ-12 отклонения от нормы выявлены у 5 (20%) футболистов: 2 чел. (8 %) - выраженная брадикардия (ЧСС 42 уд/мин), 1 (4%) – нарушение процессов реполяризации задней стенки левого желудочка, 1 (4%) – АВ-блокада 1 степени, 1 (4%) – полная блокада правой ножки пучка Гиса.

При оценке ВСР выявлено, что у 8 футболистов (32 %) общая мощность спектра нейро-гуморальной модуляции низкая с преобладанием активности симпатической нервной системы. В 28,0

% случаев (7 спортсменов) выявлена ваготония покоя, у 9 (32 %) – смешанный тип вегетативной модуляции сердечного ритма. По результатам спироВЭП уровень пикового потребления кислорода выше среднепопуляционных значений выявлен у 72%, «средний» – у 24%. Уровень физического здоровья по соотношению фактической и должной величинам пикового потребления кислорода у всех спортсменов оценен как «высокий» и «выше среднего». При статистическом анализе не выявлено достоверной связи показателей ЭКГ-12 в покое, ВСР и показателей спироВЭП, демонстрирующих резервные возможности и уровень переносимости лабораторной физической нагрузки.

**Заключение.** Методы ЭКГ диагностики и ЭКГ-стресс-тестов с газоанализом являются значимой информативной составляющей в оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы профессиональных футболистов. Выявленные изменения в сердечно-сосудистой системе, которые возникают в процессе адаптации к тренировочным и соревновательным нагрузкам, должны находиться под врачебным контролем с целью правильной клинической оценки и своевременного выбора эффективных мер профилактики возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

*Зоидбоева Н.З., Садуллаева Н., Одинаев Ш.Ф.*

## ПАЗИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** В этиологической структуре бронхолегочной патологии не последнее место принадлежит паразитарным инфекциям, поскольку именно они могут обуславливать сенсibilизацию организма, оставаясь не выявленными и неучтёнными в плане лечения.

**Цель.** Определить роль паразитарной инфекции в основе этиологической структуры хронических бронхолегочных заболеваний на современном этапе.

**Материал и методы.** Обследовано 208 пациентов с хронической бронхолегочной патологией. Исследование фекалий на яйца гельминтов проводилось микроскопическим методом мазка по Като и Миура. Исследования фекалий на наличие личинок проводилось по методу Бермана.

Серологическая диагностика выполнялась с помощью специальных тест-систем иммуноферментными анализами. Диагностика пневмоцистоза основывалась на прямой микроскопии полученного материала окрашенными мазками (мокроты или смывов с бронхов), а также методами серологических реакций ИФА. Для диагностика токсокароза использовалась тест-система «Тиаскар-стрип». Исследования проводились в лаборатории паразитологии Таджикского НИИ профилактической медицины.

**Результаты.** Паразитологическое клинико-лабораторное обследование у 208 пациентов с различной бронхолегочной патологией с подозрением на паразитозы позволило установить у 76 пациентов наличие различных паразитарных заболеваний, причем у 50 больных наблюдались сочетанные формы паразитозов. По результатам наших исследований, наибольшую частоту паразитарной обусловленности бронхолегочной патологии составляет токсокароз (44 пациента). Далее по частоте следует лямблиоз - 33 и пневмоцистозы - 11 пациентов.

У 5 больных с хроническим бронхитом было установлено наличие аскаридоза. Аллергозы паразитарной этиологии установлены у 6 пациентов с различными формами аллергических проявлений в клинической картине или в анамнезе (кожная сыпь, зуд кожи и др.). Из них 2 пациента на протяжении многих лет страдали бронхиальной астмой и 2 - хроническим бронхитом с астматическим компонентом. Паразитологическое обследование данных больных свидетельствует о полиморфизме наличия паразитов в организме (токсокары, токсоплазмы, лямблии).

**Выводы.** Продукты жизнедеятельности паразитов обладают антигенными свойствами, вызывающими иммунологическую активность, аллергические реакции, подавление иммунитета, имеют способность приспосабливаться к различным условиям, что, несомненно, может влиять на тяжесть течения заболевания, а также эффективность проводимой терапии. Учитывая вышеизложенное, рекомендуется проведение паразитологического обследования всем пациентам с хронической бронхолегочной патологией.



Зоидбоева Н.З., Садуллаева Н., Одинаев Ш.Ф.

## МИКРОФЛОРА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Современная медицина располагает широким спектром антибактериальных препаратов, зачастую назначаемых практическими врачами необоснованно, без соблюдения правил фармакокинетики и фармакодинамики, нередкой сменой антибактериальных препаратов в ходе лечения, что способствует селекции множественно устойчивых штаммов, видоизменению микрофлоры.

**Цель.** Определить основную этиологическую структуру бактериальной флоры хронических бронхолегочных заболеваний на современном этапе.

**Материал и методы.** Материалом для бактериологического исследования послужила мокрота 615 больных с хронической бронхолегочной патологией, а при её отсутствии - смыв содержимого бронхов у пациентов с бронхолегочной патологией (102 образца). Для бактериологического исследования мокроты материал засеивали на 5% кровяной агар, а для выделения энтеробактерий использовалась среда Эндо.

Исследования проводились на протяжении 6 лет в лаборатории бактериологии Таджикского НИИ профилактической медицины.

**Результаты.** Высеваемость из мокроты и содержимого бронхов различных микроорганизмов при обычном культивировании в аэробных условиях составила в общем количестве 253 культуры микроорганизмов, а при посевах содержимого из бронхов - 115 культур штаммов. Все выделенные штаммы легко коагулировали плазму, ферментировали манит и вызывали гемолиз культуры, что свидетельствует о высокой патогенности.

Анализ проведённых исследований свидетельствует, что из мокроты обследованных чаще, чем из содержимого бронхов, выделяются микроорганизмы, в частности стафилококки (36,3% из мокроты и 30,4% из содержимого бронхов) от общего числа выделенных культур. Далее по частоте высеваемости регистрируется стрептококк (в мокроте 59 культур - 23,3% и в смывах бронхов 27 культур - 23,4%). Высеваемость пневмококка из мокроты составила 9 культур (3,5%), из содержимого бронхов - 3 культуры (2,1%), в то время как количество культур нейссерий регистрировалось чаще и составило 12 (4,7%) и 10 культур (8,6) соответственно. Также высеивались сарцины из содержимого мокроты - 4 культуры (1,5%), а из смывов бронхов выделено 2 культуры (1,6%).

Кроме кокковой флоры, в мокроте больных обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протей, синегнойную палочку и др.). Среди них преобладает кишечная палочка: 7 штаммов из мокроты (2,7%) и 3 штамма из содержимого бронхов (2,1%), клебсиелла из мокроты 4 штамма (1,5%) и 1 штамм в смывах бронхов (0,7%), синегнойная палочка 5 штаммов (1,9%) и 2 штамма (1,6%) соответственно. В одном случае из мокроты выделен вульгарный протей.

Наибольший процент обнаружения представлен коринебактериями, выделенными из содержимого бронхов - 18,2%, в то время как процент обнаружения их из мокроты оказался равным 7,9%. Посевы из бронхов были стерильны в 18 случаях, а при посеве мокроты наблюдалась 100% высеваемость микроорганизмов.

**Выводы.** Этиологическая структура хронических бронхолегочных заболеваний на современном этапе представлена как грамположительной, так и грамотрицательной патогенной микрофлорой, причем рост ассоциаций более 2 микроорганизмов регистрировался в 210 случаях (34,1%) от общего числа исследований.

Зоҳирова Мавзуна

## НАҚШИ ҲАМШИРАИ ТИББИ ОИЛАВЌ ДАР ТАЪМИНИ КЎМАКИ ПОЛЛИАТИВЌ БА БЕМОРОНИ СИЛ

---

Дар оғози асри 21 баробари пиршавии бармаҳали аҳолии дунё, зиёдшавии бемориҳои саратон, БНММ, бемории сил ва дигар бемориҳои авчгирандаи музмин, ки сабаби ба миён омадани гурӯҳи калони беморон, ки азиятҳои вазнинро аз сар мегузаронанд, ба кӯмаки поллиативӣ ниёз доранд.

Ёрии поллиативӣ – ин ғамхорӣ ҳамаҷонибаи тибби-иҷтимоӣ нисбати бемороне, ки бемориашон сихатнашаванда буда барои қонеъ гардонидани талаботҳои руҳӣ-эмотсионалӣ, иҷтимоӣ ва динӣ равона карда шудааст.

Иштирок дар равиши иҷроиши таиноти духтурон ва аксар вақт хузур доштани ҳамшираи тибби оилавӣ дар назди бемор – ин худ хотиру руҳияи беморро бағоят ором мегардонад. Ин ҳама дар асоси чор равиш ташкил карда мешавад:

1. Нигоҳубини ҳамаҷониба
2. Назорати аломатҳои беморӣ.
3. Ёрии руҳӣ-эмотсионалӣ, динӣ ба бемор ва аъзоёни оила.
4. Омӯзонидани мизоч ба худёридиҳӣ ва ба ҳамдигар ёрӣ додан.

Дастгирии равонии бемор ва оила, иштирок дар ҳалли масъалаҳои иҷтимоӣ ва ҳуқуқӣ, раванди муошират бо бемор ва аъзоёни оилаи ӯ, хусусан дар арафаи ғавти бемор, барои қабули ногузир-марг яке аз вазифаҳои асосии ҳамшираи тибби оилавӣ мебошад. Кӯмаки поллиативӣ қисми зарурии ёрии тибби-иҷтимоӣ ба беморони ҷӣ калонсол ва ҷӣ кӯдакон дар тамоми ҷаҳон бояд дастрас бошад.

Баробари ёрии ҳаматарафа ва ғамхориҳо намудан риоя намудани кодекси ҳуқуқи бемор дар рафти ёрии поллиативӣ хело зарур аст:

1. Ҳуқуқ ба ёрии тиббӣ
2. Нигоҳ доштани шаъни инсонӣ
3. Ҳуқуқ ба дастгирӣ
4. Ҳуқуқи гирифтани маълумот оиди вазъи саломатӣ
5. Ҳуқуқи интихоб ва раъд намудани усулҳои табобат.

Қаъи назар принсипи асосии ёрии поллиативӣ – ин кам намудани азоби бемори вазнин мебошад. Даҳ соли охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон авҷи бемори сил мушоҳида карда шуда истодааст (дар соли 2010-15,5 ҳазор беморони фаъол, ғавт – 31,4% дар давоми сол аз вақти ба қайд гирифтани). Беморони сил баробари мӯҳтоҷ буданашон ба ёрии тиббии ҳаматарафа, хусусан ба ёрии поллиативӣ эҳтиёҷи калон доранд. Нақши ҳамшираи тибби оилавӣ дар ташкил кардани ёрии поллиативӣ ба чунин беморон, ки ҳолаташон вазнин асту, умеди аз табобатҳо беҳбуд гаштани вазъи саломатиаш нест, бисёр калон аст. Табобати бемории сил протсеси дуру дарози музмин буда ба кам намудани аломатҳои ранҷдиҳанда ба мисоли дард, нафаскӯтоҳӣ, ва қонеъ гардонидани талаботҳои руҳӣ-эмотсионалӣ, иҷтимоӣ, дастгирӣ ва ҷимояи шахсони нигоҳубинкунанда, эҳтиёҷ дорад.

Дар асоси равиши кӯмаки поллиативӣ равиши навбатӣ ин назорати аломатҳои бемории сил буда сари вақт пайдошавии ҳолатҳои хатарнокро пешгирӣ намудан аст. Яке аз чунин ҳолатҳо норасоии нафасгирӣ буда ҳамшираи тибби оилавӣ бояд малақаҳои ёрии аввалияи тиббии то духтуриро дошта бошад:

1. Ба ҳолати қулай шинонидани бемор.
2. Дастраси ҳавои тоза.
3. Омӯзонидани дуруст нафаскашӣ.
4. Фаҳмонидани нафаскашии суст нафаскӯтоҳиро бартараф мекунад.
5. Духтури оилавӣ ё ёрии таъчириро даъват намудан.

Оризаи дигари вазнини бемории сил ин хунрезӣ аз роҳҳои нафас, зеро ин ҳодиса бемор ва аҳли оилашро хело метарсонад. Оиди ин ориза:

1. Ҳамшираи тибби оилавӣ бояд пешақӣ бемор ва аҳлашро аз эҳтимолии хунрезӣ огоҳонад.
2. Бемор ва аҳлашро ором гардонад.
3. Чораҳои паҳн гаштани сироят бо воситаи хунро пешгирӣ кунад.
4. Аз дастпӯшакҳои резинӣ ё обнагузаранда истифода барад.
5. Дар шароити беморхона барои аз ковоки даҳон ва бинӣ озод кардан аз хун бояд таҷҳизоти ҷаббиш истифода бурда шавад.
6. Нисбати ҳодисаи руҳдода маълум намудани ҳамдардӣ ба бемор ва ҳешовандон.
7. Истифодаи мавриди беҳтарини хабарҳои нохуш.

Хулоса: омӯзиш, такмили дониш, маҳорат ва баланд бардоштани малақаҳои касбии ҳамшираи тибби оилавӣ барои беҳтар намудани сифати расонидани ёрии поллиативӣ ба беморони сихатнашаванда ва оилаи онҳо хело зарур мебошад. Зеро ҳар як бемори сихатнашаванда ба паст намудани дараҷаи азияташ дар охири ҳаёташ ҳуқуқ дорад. Ҳурмати ин ҳуқуқ барои қаноатманд намудани талаботи бемор аз тарафи қорманди тиб ба ҷо оварда мешавад.

*Зубайдов Р.Н., Негматзода Б.Р., Зубайдов Ф.Н.,  
Фазылов А.А., Назаров Б.Ч.*

## **ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель исследования.** Комплексное изучение диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) у больных с ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Обследовано 36 больных с достоверным диагнозом РА по критериям АКР (1987). Возраст больных - от 24 до 56 лет, из них женщин - 26, мужчин - 10. Большинство больных (32) имели высокую степень активности РА и положительную ревмопробу. Повышение АД отмечалось у 22 (61,1%) больных РА. I, II, III степени активности имелись у 9, 11, 16 больных соответственно. Контрольную группу составили 32 здоровых человека (22 женщины и 10 мужчин).

Все обследуемые больные РА с разной степенью активности были разделены на две группы. Первую группу составили 14 (38,9%) больных с РА, который сопровождался чисто суставным синдромом без повышения АД, вторую группу - 22 (61,1) пациента с ревматоидным артритом разной степени активности в сочетании с АД.

Для изучения диастолической функции ЛЖ и наблюдения за уровнем АД проводилась доплероэхокардиография трансмитрального кровотока в импульсном режиме из верхушечного доступа и суточное измерение АД.

**Результаты.** По клиническим и инструментальным методам исследования в большинстве случаев в первой группе 14 (8,9%) больных не предъявляли активных жалоб, АД находилось в пределах нормы, при изучении диастолической функции ЛЖ, где определялась максимальная скорость трансмитрального кровотока (пик E/A), диастолическая функция ЛЖ чаще всего считалась ненарушенной, соответственно пик E/A >1. У 61,1% больных второй группы, у которых кроме суставного синдрома наблюдалось повышение АД с разной степенью активности заболевания, отмечались головные боли, тошнота, головокружение, помутнение в глазах и бессонница. При изучении диастолической функции ЛЖ диагностирован I тип ДДЛЖ (с нарушением релаксации), при этом соотношения пика E/A <1 было лишь у троих больных, которые имели длительный анамнез РА и имелось тяжелое течение заболевания. Выявлена ДДЛЖ второго типа (псевдонормальный), где соотношение пика составляло ( $1 < E/A < 2$ ).

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования показывают, что ранние доплероэхокардиографические изменения ЛЖ у больных является ДД I типа (тип замедленной релаксации), эти сдвиги были выявлены во второй группе больных РА с высокой степенью активности заболевания в сочетании с АГ.

*Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Носирова М.П.*

## **ПАЦИЕНТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Медико-статистическая характеристика клинического наблюдения за пациентами кардиологического профиля в Республике Таджикистан на уровне первичного звена здравоохранения в контексте развития семейной медицины.

**Материал и методы.** Сравнительный статистический анализ официальных отчетов лечебно-профилактических учреждений Республики Таджикистан следующих показателей заболеваемости населения по обращаемости (согласно МКБ-10): «болезненность», «первичная заболеваемость» и «полнота охвата больных диспансерным наблюдением» за 2010, 2015 и 2017 гг.

**Результаты.** В статистической группе «Все болезни» обнаружены две тенденции: в период 2010-2015 гг. – понижение всех трёх изученных показателей, в период 2015-2017 гг. – повышение.

В группе «Все кардиологические нозологии (МКБ-10: I00-99) также обнаружены две тенденции: в период 2010-2015 гг. – понижение всех трёх показателей, в период 2015-2017 гг. – повышение этих же показателей.

В группе «Острые ревматические болезни» (МКБ-10: I00-02) за весь период 2010-2017 гг. выявлена отрицательная тенденция, т.е. уменьшение всех трёх изученных показателей.

В группе «Хронические ревматические болезни» (МКБ-10: I05-09) – выявлена наиболее серьезная ситуация – резкое уменьшение всех трёх показателей за период 2010-2017 гг.

В группе «Болезни с артериальной гипертензией (МКБ-10: I10-15) – за период 2010-2017 гг. обнаружена стабильная положительная динамика: повышение уровня всех трёх показателей.

В статистической подгруппе «Первичная (эссенциальная) гипертензия» (МКБ-10: I10) за период 2010-2017 гг. также констатирована устойчивая положительная тенденция - увеличение всех трёх показателей.

В подгруппе «Вторичные (симптоматические) гипертензии» (МКБ-10: I15) за период 2010-2017 гг. по изученным показателям обнаружена отрицательная динамика, т.е. выраженное уменьшение всех показателей.

В статистических группах «Хроническая ишемическая болезнь сердца» (МКБ-10: I25) и «Сердечная недостаточность» (МКБ-10: I50) за период 2010-2017 гг. констатировано выраженное снижение всех трёх статистических индикаторов.

**Выводы.** Сравнительный медико-статистический анализ клинического наблюдения за пациентами кардиологического профиля на уровне первичного звена здравоохранения (сельские и городские/районные центры здравоохранения) свидетельствует об актуальности интеграции в работе семейных врачей, кардиологов и других специалистов, задействованных в медицинском наблюдении за пациентами в соответствии с клиническими протоколами и утвержденными квалификационными инструкциями. Важным подспорьем в этом аспекте могут быть регулярные обсуждения в клинических конференциях медицинского учреждения результатов статистического анализа деятельности специалистов соответствующего профиля.

*Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Носирова М.П., Мирзокалонова М.Д.*

## АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Анализ действующих индикаторов клинической эффективности семейной медицины в Республике Таджикистан и обоснование необходимости их совершенствования в контексте Национальной Стратегии развития РТ на период до 2030 г., Закона РТ «О семейной медицине» (2010); Стратегии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ «О развитии семейной медицины в РТ на период до 2020 г.»; Национальных индикаторов здравоохранения в РТ, утвержденных приказом МЗиСЗН РТ №655 от 12.11.2013 г.

**Материал и методы.** Сравнительный анализ осуществляемых оценок деятельности персонала семейной медицины в РТ на базе следующих 13 индикаторов качества медобслуживания, утвержденных приказом МЗ РТ №13 от 12.01.2007 г.: 1) уровень возникновения неотложных состояний по мониторируемым заболеваниям; 2) уровень направлений на госпитализацию по мониторируемым заболеваниям; 3) первичный выход на инвалидность по болезни; 4) уровень



оздоровления женщин с эрозией шейки матки; 5) перинатальная помощь в период беременности; 6) средний интервал между родами; 7) охват вакцинацией; 8) соответствие схем наблюдения за детьми в возрасте до 5 лет; 9) соответствие лечения утвержденным клиническим протоколам; 10) удельный вес умерших на дому, не наблюдавшихся врачом; 11) удельный вес запущенных случаев туберкулеза и рака; 12) уровень госпитализаций по мониторируемым заболеваниям; 13) динамика вызовов скорой помощи по мониторируемым заболеваниям.

**Результаты.** В целях совершенствования существующих показателей оценки эффективности деятельности семейных врачей в Республике Таджикистан разработаны показатели и критерии для оценки качества и эффективности семейных врачей, включающие 3 блока («Оказание медицинской помощи в контексте ПМСП взрослому населению, детям, а также женщинам в период беременности»), соответствующих 17 подблоков, 20 групп и 21 подгруппы показателей, характеризующих общие вопросы деятельности семейных врачей, качество и эффективность профилактической деятельности, качество медицинской помощи, уровень квалификации врача, здоровье населения обслуживаемого участка, работу семейного врача по охране здоровья матери и ребенка и некоторые экономические показатели деятельности семейного врача.

Иницированы основные направления для характеристики факторов, повышающих или понижающих индивидуальные коэффициенты трудового участия персонала семейной медицины в клинической практике, а также их мотивации на основе ключевых показателей эффективности.

**Выводы.** В контексте дальнейшего совершенствования процесса оценки клинической эффективности профессиональной деятельности персонала семейной медицины в Республике Таджикистан необходимо на базе существующих оценочных критериев разработать алгоритм оценки качества и клинической эффективности работы персонала семейной медицины, включающих: 1) три блока оказания медицинской помощи в контексте оказания ПМСП взрослому населению, детям и женщинам в период беременности; 2) соответствующих подблоков, групп и подгрупп показателей, характеризующих общие вопросы деятельности семейных врачей, качество и эффективность организационно-профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной работы, зависимость результатов работы от уровня квалификации семейного врача, здоровья населения обслуживаемого участка, в особенности матерей и детей, а также некоторые микроэкономические показатели в работе семейного врача; 3) основные направления для характеристики факторов, повышающих или понижающих индивидуальные коэффициенты трудового участия персонала семейной медицины в клинической практике, а также их мотивации на основе ключевых показателей эффективности.

*Иноятова Н.А., Анварова Ш.С.*

## КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение кардиоваскулярных изменений у больных с первичным гипотиреозом из регионов с легкой и средней степенями тяжести йодной недостаточности.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 52 пациента с первичным гипотиреозом, которые были госпитализированы во взрослое эндокринологическое отделение Городского медицинского центра имени Карима Ахмедова. Из них 33 составили женщины и 9 мужчин. Возраст обследованных составил от 30 до 69 лет, в среднем  $48,5 \pm 6,2$  года. Продолжительность заболевания - от 1 года до 16 лет. Контрольную группу составили 45 здоровых лиц (средний возраст  $43,3 \pm 5,2$  лет). Первую группу составили больные из регионов с легкой йодной недостаточностью – 23 пациента, 2-ю - больные из регионов со средней степенью йодной недостаточностью – 29 пациентов.

Всем больным было проведено определение ТТГ, свТ4, антитела к ТПО, ЭКГ, ЭХОКГ, УЗДГ, профиль АД в течение суток, а также сбор анамнеза.

**Результаты.** Анализ клинических симптомов гипотиреоза у обследованных больных показал наличие характерных признаков заболевания в виде сухости кожных покровов, зябкости, утолщения языка, бледности кожи, нарушения памяти, запоров, одышки, кардиалгии. Симптомы, свидетельствующие об изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы, были выявлены у 76,9% пациентов преимущественно среднего и пожилого возраста. Указанные симптомы проявлялись у лиц молодого возраста в основном в виде кардиалгий, у лиц среднего и пожилого возраста - болями в области сердца и одышкой. В 3 наблюдениях отмечалось бессимптомное со стороны сердечно-сосудистой системы течение болезни и диагностическая находка в виде обнаружения полости в перикарде. Данные дополнительного исследования позволили выявить анемию различной степени выраженности, достоверную степень гиперхолестеринемии и  $\beta$ -липопротеидемии ( $p < 0,001$ ), значительное повышение базального ТТГ ( $p < 0,001$ ), достоверное снижение уровня общего и свободного тироксина ( $p < 0,001$ ). Результаты комплексного исследования кардиоваскулярных нарушений в 1 и 2 группах больных показали достоверное изменение данных ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ, липидного профиля, по сравнению с контрольной группой обследованных лиц. Сравнительный же анализ полученных данных вышеперечисленных исследований в 1 и 2 группах обследованных больных выявил более выраженные изменения во 2 группе. В данной группе обследованных больных с первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации ЭКГ изменения выражались синусовой брадикардией - 80,7%, одиночными экстрасистолами - 26,9%, снижением вольтажа комплекса QRS - 34,6%, снижением зубца Т - 46,2%, удлинением атриовентрикулярной проводимости - 57,7%, внутрижелудочковыми брадикардиями - 19,2%. ЭхоЭКГ данными обнаружены: атеросклероз корня аорты у 59,6% больных, асимметрическую гипертрофию межжелудочковой перегородки у 78,8%, гипертрофию миокарда левого желудочка у 19,2% больных. Снижение фракции выброса составило: I степени - 44,2%, II степени - 26,9%, III степени - 9,6%. Перикардальные выпоты выявлены у 17,3% обследованных лиц, размеры полости перикарда в области задней стенки левого желудочка составили 0,3-2-3 см. У 2-х больных отмечалась артериальная гипертензия, а у 5-х - недостаточность кровообращения II функционального класса. При проведении доплерографии сосудов нижних конечностей отмечался атеросклероз в 55,7% случаев и стеноз сосудов - в 69,2% случаев.

**Выводы.** Таким образом, первичный гипотиреоз в стадии декомпенсации характеризуется выраженными кардиоваскулярными изменениями. Установлена зависимость частоты выраженности выявленных нарушений от степени тяжести йодной недостаточности в регионе.

<sup>1</sup>Ирисов А.П., <sup>2</sup>Жамилова Г.И., <sup>1</sup>Мамасаидов А.Т.

## АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ФОРМЫ

<sup>1</sup>Ошский государственный университет

<sup>2</sup>Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова  
г. Ош, Кыргызская республика

**Актуальность.** Для реактивных артритов (РеА) характерно высокая спонтанная пролиферативная и иммуноглобулинсинтезирующая активность В-лимфоцитов, которая, по-видимому, лежит в основе продукции неспецифических и специфических антител к различным инфекционным агентам (чаще к хламидиям) с последующим образованием иммунных комплексов и развитием иммунокомплексной патологии при этой болезни.

**Цель.** Изучить антигенспецифическую пролиферативную активность В-лимфоцитов при реактивных артритах.

**Материал и методы.** Обследовано 78 человек, больных реактивным артритом. В качестве контрольной группы обследовано 26 больных ревматоидным артритом (РА), 22 больных анкилозирующим спондилартритом (АС) и 30 человек здоровых лиц.

Антигенспецифическую пролиферативную активность В-лимфоцитов (АГПАВЛ) исследовали методом количественной цитофлюориметрии по уровню пролиферативной активности периферических лимфоцитов в присутствии антигенов хламидий (Ch).

**Результаты.** Уровень АГПАВЛ у больных РеА был достоверно выше не только по сравнению со здоровыми лицами ( $p < 0,01$ ) и больными ОА ( $p < 0,05$ ), но был значительно выше, чем у больных АС ( $p < 0,05$ ) и РА ( $p < 0,01$ ).

Положительный результат АГПАВЛ обнаружен у всех 78 (100%) больных РеА, только у 10 (45,5%) больных АС, лишь у 5 (19,2%) больных РА и у 4 (14,3%) больных ОА, соответственно, и ни в одном случае у здоровых лиц. Также стоит отметить то, что у больных РеА частота обнаружения положительного результата АГПАВЛ была выше, чем встречаемость таких диагностических клинико-лабораторных показателей, как олигоартрит (на 25,6%), несимметричный артрит (на 9,0%), артрит I плюснефалангового сустава стопы (на 47,3%), энтезопатии (на 37,2%), уретрит (на 32,1%), наличие HLA-B27 (на 34,6%), хламидий в соскобе из уретры (на 25,7%) и сывороточных антител к хламидиям (на 37,2%).

Показатель АГПАВЛ у больных РеА с II и III степенями активности ( $145,9 \pm 3,9$  усл.ед.) был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), по сравнению с I степенью активности ( $134,7 \pm 3,6$  усл.ед.), а у больных РеА с хроническим течением ( $148,2 \pm 3,1$  усл.ед.) был достоверно выше ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ), по сравнению с затяжным и острым течениями болезни ( $136,4 \pm 3,9$  и  $133,1 \pm 3,8$  усл.ед.).

Особо следует отметить то, что значение АГПАВЛ при РеА с минимальной степенью активности ( $134,7 \pm 3,6$  усл.ед.) достоверно выше, чем у здоровых лиц и больных ОА ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$  соответственно). Кроме того, положительный результат показателя АГПАВЛ обнаружен у всех больных РеА с минимальной степенью активности (100%).

**Выводы.** Значение АГПАВЛ у больных РеА, в том числе с I (минимальной) степенью активности, было достоверно выше, чем у здоровых лиц и больных ОА, АС и РА. Определение показателя АГПАВЛ может быть использовано в диагностике РеА, а также РеА с I (минимальной) степенью активности, отличающейся трудностью диагностики.

*Искандарова З.И., Газиева М.Х., Гоибова Т.Дж., Лисняк А.В.*

## ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
ЦРЗ при ГЦЗ №1  
ГОУ «Республиканский медицинский колледж»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности течения генеративной функции у женщин с тромбоцитопенической пурпурой.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезней женщин с ИТП, находившихся на лечении в отделении Национального медицинского центра в 2012 г., также изучены исходы родов 100 беременных женщин, которые наблюдались в Центрах репродуктивного здоровья г. Душанбе и в родильном отделении Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии в 2011–2013 гг. 100 беременных женщин были распределены на две группы: основную группу составили 70 женщин, страдающих тромбоцитопенической пурпурой; группу сравнения составили 30 женщин без тромбоцитопенической пурпуры. Для достижения поставленной цели была проведена оценка возраста пациенток с ИТП и особенности характера их менструальной функции; особенности течения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у женщин репродуктивного возраста и изучены исходы родов у беременных женщин с ИТП.

**Результаты.** Длительность течения ИТП у женщин репродуктивного возраста варьировала от 1 года до 30 лет, а также у половины обследуемых продолжительность заболевания была до 5 лет. Анализ характера течения ИТП показал, что в 70% случаев заболевание протекало в легкой форме - уровень числа тромбоцитов в крови колебался от 50-150 тыс. в 1 мкл. У 20% пациенток

отмечалось течение ИТП средней степени тяжести - уровень тромбоцитов составлял 30-50 тыс./мкл. У 5% пациенток была отмечена тяжелая форма ИТП - уровень тромбоцитов был ниже 30 тыс./мкл. В период обострения ИТП заболевание сопровождалось нарастанием тромбоцитопении и возникновением геморрагического синдрома. Так, в период обострения у пациенток со средней степенью тяжести заболевания уровень тромбоцитов снижался до 30 тыс. в 1 мкл, при тяжелом течении - до 10 тыс. в 1 мкл либо определялись единичные тромбоциты в поле зрения. Геморрагический синдром на протяжении болезни отмечался у всех 100% пациенток и проявлялся кожными кровоизлияниями и/или кровоизлияниями из слизистых оболочек. Кожные кровоизлияния встречались в местах инъекций либо имели характер петехиальной сыпи. Изучение менструальной функции женщин с ИТП показало, что менструальная функция у 25 (62,5%) наблюдавшихся женщин была нарушена. Среди нарушений менструального цикла отмечались: гиперменорея в 35% случаев, пройоменорея в 20% случаев и альгодисменорея в 7,5% случаев. В основной группе беременных женщин с легким течением ИТП срочные роды были отмечены в 84% случаев, в 6% отмечались преждевременные и в 2% – запоздалые роды, а также в 8% случаев роды завершились оперативным путём. У беременных женщин со средней степенью тяжести ИТП беременность в 66,6% случаев закончилась срочными родами, в 13,3% случаев – преждевременными, запоздалые роды не отмечались, 20% случаев роды закончились оперативным путем. У обследованных женщин с тяжелой формой ИТП роды преимущественно были оперативными – в 40% случаев, преждевременные роды отмечались в 40% случаев, срочные роды – в 20% случаев.

**Выводы.** У женщин репродуктивного возраста длительность ИТП варьирует от 1 до 30 лет и в 70% случаев протекает в легкой форме. В период обострения ИТП у всех пациенток отмечались различные проявления геморрагического синдрома, среди которых наиболее часто встречались кожные кровоизлияния и сочетание носовых и десневых кровотечений. Наиболее часто идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура встречается у молодых женщин в возрасте до 30 лет, у большинства из которых отмечают нарушения менструального цикла в виде гиперменореи и пройоменореи. Исходы беременности и родов у женщин с тромбоцитопенической пурпурой были более неблагоприятными, чем в группе сравнения, и роды чаще заканчивались оперативным путем. В то же время следует отметить, что ни в одном случае активность ИТП не явилась показанием для оперативного родоразрешения.

*Искандарова З.И., Ходжиева Дж.С., Газиева М.Х., Гоибова Т.Дж.*

## ИЗУЧЕНИЕ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

ЦРЗ при ГЦЗ №1

г. Душанбе Таджикистан

**Цель.** Изучение исхода родов у беременных женщин, страдающих тромбоцитопенической пурпурой.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели были изучены исходы родов 100 беременных женщин, которые наблюдались в Центрах репродуктивного здоровья г. Душанбе и в родильном отделении Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан. Обследуемые женщины были распределены на две группы: основную группу составили 70 женщин, страдающих тромбоцитопенической пурпурой, группу сравнения составили 30 женщин без тромбоцитопенической пурпуры.

**Результаты.** Исследование показало, что в основной группе у 50 женщин (71,4% случаев) заболевание протекало в легкой форме - уровень числа тромбоцитов в крови колебался от 150-100 тыс. в 1 мкл. У 15 обследованных беременных женщин (21,4%) отмечалось течение ИТП средней степени тяжести - уровень тромбоцитов составлял 100 -50 тыс./мкл. У 5 беременных основной группы (7,1%) была отмечена тяжелая форма ИТП - уровень тромбоцитов был ниже 50 тыс./мкл.



Результаты исследований показали, что у женщин группы сравнения беременность в 83,4% случаев закончилась срочными родами, в 10% случаев – преждевременными родами и в 6,6% – запоздалыми родами.

В основной группе у женщин с легким течением ИТП срочные роды были отмечены в 84% случаев, в 6% отмечались преждевременные и в 2% – запоздалые роды, а также в 8% случаев роды завершились оперативным путём. У женщин со средней степенью тяжести ИТП беременность в 66,6% случаев закончилась срочными родами, в 13,3% случаев – преждевременными, запоздалые роды не отмечались, в 20% случаев роды закончились оперативным путем. У обследованных женщин с тяжёлой формой ИТП роды преимущественно были оперативными – в 40% случаев, преждевременные роды отмечались в 40% случаев, срочные роды – в 20% случаев.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что исходы беременности и родов у женщин с тромбоцитопенической пурпурой были более неблагоприятными, чем в группе сравнения, и роды чаще заканчивались оперативным путем. В то же время, следует отметить, что ни в одном случае активность ИТП не явилась показанием для оперативного родоразрешения.

*Исламова Д.Н., Аляви Б.А.*

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Изучить особенности клинического течения заболевания и показателей качества жизни (КЖ) больных анкилозирующим спондилоартритом (АС).

**Материал и методы.** Обследованы 112 больных АС, средний возраст которых составил  $52,4 \pm 10,3$  лет. Критериями включения в исследование пациентов явились: выраженность ночной боли в позвоночнике по ВАШ  $\geq 40$  мм (по 100-мм визуальной аналоговой шкале) или выраженная боль в периферических суставах ( $\geq 40$  мм по 100-мм ВАШ) и наличие не менее одного воспаленного сустава; наличие первичного сакроилеита, псориаз, увеит на момент обследования или в анамнезе, дактилит. Изучение клинического течения заболевания проводили с оценкой активности заболевания по индексу BASDAI и по индексу ASDAS (СОЭ). Показатели КЖ оценивали с помощью опросника SF-36.

**Результаты.** В клинической картине заболевания наиболее часто наблюдались утренняя скованность (93,3%), боли и тугоподвижность в поясничном отделе позвоночника (90%), ночные боли в позвоночнике и суставах (83,3%). Из внесуставных поражений при АС поражения сердечно-сосудистой системы (кардиосклероз, миокардиодистрофия, нарушения проводимости и возбудимости, аортит) наблюдались у 7 (23%) больных, поражения бронхо-легочной системы (хронический бронхит, фиброз верхушек легких) – у 10 (33%), пищеварительного тракта (хронический гастрит, энтероколит) – у 12 (40%), поражение почек (пиелонефрит, почечно-каменная болезнь) – у 3 (10%), поражение глаз (увеит, иридоциклит, катаракта) – у 10 (33%) больных с умеренной и высокой степенями активности процесса. По оценке общей активности АС врачом высокую активность заболевания имели 42% больных, тогда как по индексу BASDAI – 58%; по индексу ASDAS (СОЭ) – 80%. 62% больных с изолированным аксиальным поражением имели высокую активность заболевания по mini-BASDAI и лишь 60% – по BASDAI ( $p=0,001$ ). Среди обследованных больных среднее значение СОЭ составило  $33,8 \pm 9$  мм/ч. У 62% СОЭ была выше нормы ( $>19$  мм/ч) и у 46% – выше 29 мм/ч, среднее значение вЧСПБ – 32 мг/л. У 79% больных уровень вЧСПБ был выше нормы ( $>5$  мг/л). Выявленная корреляция была выявлена между ASDAS и СОЭ ( $r=0,74$ ), в отличие от BASDAI, которые слабо коррелировали с СОЭ ( $r=0,27$ ); ASDAS лучше коррелировал с общей оценкой активности, чем BASDAI ( $r=0,4$ ). При сравнении результатов определения активности заболевания по индексам BASDAI и ASDAS (СОЭ) существенных отличий

у пациентов с высокой активностью заболевания не отмечалось, в то же время 70% больных с низкой активностью по BASDAI имели высокую активность по ASDAS (СОЭ). Значимых отличий активности заболевания у мужчин и женщин не было как по BASDAI ( $4,8 \pm 2,1$  против  $4,8 \pm 2,0$ ;  $p=0,9$  соответственно), так и по ASDAS (СОЭ) ( $3,4 \pm 1,1$  против  $3,3 \pm 1,1$ ;  $p=0,7$  соответственно).

Тестирование пациентов с помощью опросника SF-36 продемонстрировало снижение показателей качества жизни при СпА. В наибольшей степени это касалось показателя физического здоровья - PCS, который на  $>19$  баллов ниже средних значений показателя контрольной группы, что свидетельствовало о значительных ограничениях больных СпА при самообслуживании и выполнении физических нагрузок. В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). Физическое функционирование (ФФ) и ролевое физическое функционирование (РФФ) были снижены на 44,8% и 38,1% соответственно. Среди показателей качества жизни, характеризующих психологическое здоровье, в большей степени были снижены жизнеспособность - на 36,8% и социальное функционирование - на 31,9%.

**Выводы.** Таким образом, у больных АС изучение показателей активности заболевания и параметров КЖ дает возможность прогнозировать течение заболевания.

<sup>1</sup>Исмаилова М.Н., <sup>2</sup>Джаборова М.С.

## НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ

<sup>1</sup>Городской медицинский центр имени Ахмедова Карима

<sup>2</sup>Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Ознакомление с опытом ведения детей раннего возраста с диабетическим кетоацидозом.

**Материал и методы.** Обобщён опыт ведения 167 больных детей с диагнозом «сахарный диабет 1 типа с диабетическим кетоацидозом», госпитализированных в отделение детской эндокринологии ГМЦ. Среди госпитализированных пациентов дети раннего возраста составили 35 чел. (20,9%). Из них 21 девочка и 14 мальчиков. Длительность диабета составила от 7 дней до 1 года. У 27 детей (77,1%) диагноз сахарный диабет 1 типа выставлен впервые, 8 пациентов (22,8%) с СД 1 типа имели стаж от 3-х месяцев до 1 года. В ходе анализа обращали внимание на особенности клинических и лабораторных показателей, а также на тактику ведения больных в ходе комплексного лечения кетоацидоза.

**Результаты.** Из 35 детей, поступивших в состоянии комы II – III степеней, 12 были перенаправлены из других неспециализированных клиник, что обусловлено неправильным диагнозом, поставленным при первичном обращении к врачу. Состояние кетоацидоза устанавливали по степени нарушения сознания. Так, у 21 пациента (60%) состояние оценивалось, как кетоз I степени и у 14 (40%) в сопорозном состоянии – кома II степени. Кетоновые тела в моче определялись у всех наблюдавшихся больных в динамике. Произведён анализ клинических и лабораторных показателей и изучена тактика ведения больных в состоянии диабетического кетоацидоза (запах ацетона во выдыхаемом воздухе, симптомы гипервентиляции, наличие рвоты). Уточнялись сведения о потере массы тела в динамике, о наличии инфекции, об объёме мочи, причем каждая порция мочи тестировалась на глюкозу и кетоновые тела. Одновременно определялись показатели гликемии, кислотно-основного состояния, электролитного обмена, гемоглобина, гематокрита, общего белка, мочевины. Повторное определение глюкозы крови и кислотно-основного состояния производилось каждые 2-4 часа. Интенсивная терапия острого диабетического кетоацидоза включала регидратацию, ликвидацию кетоза и метаболического ацидоза, нормализацию глюкозы и электролитов крови, лечение сопутствующих заболеваний.

Одной из особенностей ведения детей с диабетическим кетоацидозом наиболее тяжелого течения, по нашему опыту являлось применение методики возмещения жидкости, которую следует начинать до инсулиновой терапии. Количество вводимой при ДКА жидкости составило, по

нашим наблюдениям, при массе тела ребёнка менее 10 кг около 4 мл/кг/ч, от 11 до 20 кг – 40 мл/кг/ч, при массе более 20 кг – 60 мл/кг/ч. В зависимости от степени дегидратации к указанным количествам жидкости в ряде случаев добавлялись растворы от 20 до 40 мл/кг/ч. По нашим наблюдениям, в первые 8 часов вводилось около 50% рассчитанного объёма жидкости, оставшиеся 50% - в течение остальных 16 часов.

Спустя 1-2 часа после начала терапии возмещения жидкости осуществляли инсулинотерапию с 0,05-0,1 ед/кг/ч с последующей коррекцией доз под контролем перечисленных показателей гликемии, кислотно-основного обмена, электролитного обмена и др. параметров. Если у пациента наблюдалась гипокалиемия (8 больных), то задерживали возмещение терапии препаратами калия до тех пор, пока не восстанавливался диурез. Введение препаратов калия осуществляли при снижении уровня гликемии до 14,5 ммоль/л.

**Выводы.** Знания приведенных данных клинических и метаболических особенностей ДКА у детей раннего возраста, больных сахарным диабетом 1 типа, позволят своевременно диагностировать это грозное осложнение и предупредить неблагоприятные прогнозы. Опыт интенсивной терапии с выделением этапности будет полезным в отношении предупреждения внутричерепной гипертензии и развития отёка мозга.

*Исмоилзода С.С., Гулшанова С.Ф., Мавлонов Ф.Б., Каримов М.А.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ  
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека

---

**Цель.** Изучить результаты метаболических операций у больных с сахарным диабетом II типа (СД-II).

**Материал и методы.** На базе ННЦТОТЧ выполнено 90 операций (90 пациентов) по методам Hess end Marceau (89 пациентов) и Scopinaro (один пациент) с 2015 по 2019 гг. Средний возраст  $33 \pm 36$  лет (от 33 до 69 лет). Средняя масса тела (МТ) пациентов составляла  $115 \pm 20$  кг, средний индекс массы тела (ИМТ) –  $42 \pm 5,0$  кг/м<sup>2</sup>. Все пациенты страдали морбидным ожирением и СД-II типа. Для подбора пациентов использовали критерии диагностики метаболического синдрома, предложенные в 2001 г. комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (The National Cholesterol Education Program) Adult Treatment Panel III. (АТРИИ). В предложенных дефинициях метаболического синдрома самостоятельное место отведено висцеральному ожирению. Показания к бариатрическим операциям оправданы у пациентов: 1. ИМТ более 43 кг/м<sup>2</sup>; окружностью талии (ОТ) 94-101 см у мужчин и 80 - 87 см у женщин; С-пептид  $\geq 2,5$  нг/мл. 2. ИМТ 35-43 кг/м<sup>2</sup> при наличии сопутствующих ожирению заболеваний (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, поражение суставов, ассоциированные психологические проблемы). Всем пациентам проведено оперативное вмешательство в объеме билопанкреатического шунтирования по модификации Hess end Marceau и N.Scopinaro. Методика предусматривает продольную резекцию желудка с сохранением привратника, а также реконструкцию тонкой кишки, в результате которой последняя разделяется на 3 сегмента: алиментарный, билиопанкреатический и общий. Операция рассматривается как мальабсорбтивная.

**Результаты.** Все пациенты после операции находились под наблюдением на протяжении 4 лет. Основная потеря МТ после оперативного вмешательства происходила в течение первого года: за этот период в целом МТ снизилась на 23,7% от исходной (ИМТ уменьшился с  $43,5 \pm 7,3$  до  $30,0 \pm 5,2$  кг/м<sup>2</sup> и сохранялась практически стабильной на протяжении последующих 4 лет. Уже через месяц после операции в целом у всех пациентов была отмечена нормализация гликемии натощак – 5,6 ммоль/л. Аналогичные тенденции прослежены и в отношении HbA<sub>1c</sub>. Снижение HbA<sub>1c</sub> с 8,5% до 5,7% наблюдалось уже через 3 месяца после БПШ, также было видно и улучшение

липидного обмена. В раннем послеоперационном периоде у 3 пациентов наблюдалась кишечная непроходимость, что составляет 3,33%, у одного пациента 1,11% - кровотечение из пептической язвы в зоне гастроюноанастомоза, у 5 (5,56%) - железодефицитная анемия.

**Выводы.** Операция БПШ на сегодняшний день является единственным методом лечения морбидного ожирения и СД-II типа. У большинство больных уже через 3 месяца после операции БПШ наблюдается значительное улучшение гликемического контроля и липидного обмена, что указывает на эффективность данной операции.

*Исмоилов М.М., Хусейнзода ДЖ., Шаймонов А.Х., Саидов М.С.*

## ПЕРЕКЛЮЧАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ: ПЯТНАДЦАТЕЛЕТНИЙ ОПЫТ

**Цель.** Изучить результаты хирургического лечения больных с варикоцеле посредством наложения сосудистых анастомозов.

**Материал и методы.** В материал исследования вошли 68 больных с варикоцеле, поступивших в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе в период с 2003 по 2018 годы. Средний возраст больных составил  $21,6 \pm 3,1$  года. Продолжительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет. При этом варикоцеле I степени отмечалось у 6 пациентов, II степени – у 33 пациентов, III степени – у 29 больных. Всем больным в до- и послеоперационном периодах выполнялось ультразвуковое исследование, дуплексное сканирование яичек, а также оценивались параметры спермограммы. В большинстве случаев накладывался дистальный тестикуло-иллиакальный анастомоз – 59 случаев, при этом у 4 больных параллельно проводилось наложение проксимальных анастомозов (с целью разгрузки при наличии почечной гипертензии). В 9 случаях при несостоятельности клапанов нижней эпигастральной вены накладывался сефено-илиакальный анастомоз.

**Результаты.** До проведения операции основными жалобами больных являлись боль в области мошонки, отёчность, бесплодие, асимметрия размеров яичка. Если до проведения операции болевой синдром отмечался у 62 (91,2%), после операции боль не отмечалась ни у одного больного. Выраженная асимметрия яичек ввиду отёчности также была устранена во всех случаях, встречаясь до операции у 57 (83,8%). При этом стоит отметить, что лишь у 49 (72,1%) больных отмечались отклонения со стороны показателей спермы. В послеоперационном периоде патоспермию удалось устранить у 46 пациентов, в одном случае до операции наблюдался изначально тяжёлый случай варикоцеле, с третьей степенью, в двух случаях - тромбоз в анастомозирующих сосудах, в результате чего больным была выполнена операция Мар-Мара.

**Выводы.** Таким образом, применение тестикуло-иллиакального и тестикуло-сафенального анастомозов показало себя эффективным при всех гемодинамических видах варикоцеле. Два случая тромбирования скорее являлись признаком нарушения в системе свёртывания, чем последствием оперативной ошибки.

*Исомадинов Х.Г., Бобоалиев С.М.*

## ВЫБОР КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

ОАО “Дили Солим” Бемористони Ибни Сино  
г. Душанбе, Таджикистан



**Цель.** Оценить результаты КАГ у пациентов со стабильной стенокардией напряжения и возможный выбор тактики хирургического лечения.

**Материал и методы.** Было проанализировано 539 историй болезни пациентов, проходивших лечение в кардиологическом отделении Бемористони Ибни Сино в период 2017-2018 гг. Всем пациентам в плановом порядке проводилась КАГ, по результатам которой было рекомендовано чрескожное вмешательство (ЧКВ) и АКШ. 1 группа с рекомендованным АКШ – 351 пациент (61,1%). 2 группа с рекомендованным ЧКВ – 188 человек (38,9%). В 1 группе 51 женщина (14,4%), 300 мужчин (85,6%). Средний возраст – 63,3±0,6 лет. Во 2 группе 28 женщин (15,2%) и 155 мужчин (82,6%). Средний возраст - 59,6±0,9 лет. В обеих группах данное заболевание встречалось чаще у мужчин.

**Результаты.** Артериальная гипертензия (АГ) в 1 группе имела у 83% (n=225), во второй – у 84,3% (n=91). Сахарный диабет (СД) 2 типа в 1 группе был у 31% (n=84), во 2ой – у 17,6% (n=19). У пациентов 1 группы чаще встречалось абдоминальное ожирение (ИМТ 31,5±2,5 кг/м<sup>2</sup>), неудовлетворительная компенсация углеводного обмена (гликированный гемоглобин 9,2±3,6%), дислипидемия на фоне статинотерапии, 40% больных – курильщики со стажем более 10 лет.

По результатам КАГ в 1 группе чаще всего поражались передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА) – 22,9% (n=62), правая коронарная артерия (ПКА) – 22,1% (n=60), огибающая ветвь (ОВ) ЛКА – 18,8% (n=51). Во 2 группе: ПКА – 28,7% (n=31), ПМЖВ ЛКА – 28,7% (n=31), ОВ ЛКА – 16,7% (n=18). Достоверных различий между группами выявлено не было. Стентирование ПМЖВ ЛКА проводилось в 66,7% (n=72) случаев, ПКА – 44,4% (n=48), ОВ ЛКА – 41,7% (n=45). Чаще использовались стенты Xiencel (36,9%) и Resolute Integrity (30,9%). У пациентов с СД 2 типа проводилось стентирование ПМЖВ ЛКА в 26,9% (n=29) случаев, средняя треть ОВ ЛКА – 13% (n=14), проксимальная треть ПКА – 13% (n=14). Наиболее часто использовались стенты Resolute Integrity (45%) и Multi-link (25%).

**Выводы.** У пациентов со стабильной стенокардией напряжения 3 ФК по данным КАГ выявляются поражения ПМЖВ ЛКА, ПКА и ОВ ЛКА. Наличие АГ и СД 2 типа не влияют на локализацию поражения КА. У пациентов с СД 2 типа в 3 раза чаще выявляется многососудистое поражение КА, требующее проведения АКШ. Многососудистое поражение КА чаще развивается у мужчин в более молодом возрасте, с длительным стажем курения, пониженной толерантностью к стрессовым факторам, с абдоминальным ожирением и метаболическими расстройствами, что ухудшает течение заболевания.

*Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф.А., Дустматов А.В.*

## РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ *H. PYLORI* К КЛАРИТРОМИЦИНУ, ИСПОЛЬЗУЕМОМУ В ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** В исследованиях конца XX и начала XI веков эффективность эрадикации при использовании терапии первой линии превышала 90%. Однако в публикациях последних лет отмечается неуклонное снижение эффективности эрадикации *H. pylori* при применении стандартной терапии первой линии до 70%, а в некоторых странах – до 60% .

Основной причиной снижения эффективности эрадикационной терапии является резистентность *H. pylori* к используемым препаратам. В странах Европы такое снижение эффективности эрадикационной терапии связано в первую очередь с ростом резистентности *H. pylori* к кларитромицину, который был предложен для лечения инфекции *H. pylori* в начале 90-х годов прошлого столетия. По данным некоторых авторов, показатели эрадикации снижаются с 87,8% в случае кларитромицин-чувствительных штаммов до 18,3% при применении той же схемы у пациентов с кларитромицин-резистентными штаммами *H. pylori*. Во всем мире продолжается неуклонный рост числа резистентных к кларитромицину штаммов *H. pylori*, что связано, по всей вероятности,

с широким применением этого антибиотика для лечения респираторных инфекций. В целом, резистентность *H.pylori* к кларитромицину возрастает пропорционально его потреблению в данном регионе.

**Цель.** Изучить резистентность штаммов *H.pylori*, циркулирующих в Таджикистане, к кларитромицину, который используют в схемах эрадикационной терапии кислотозависимых заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.

**Материал и методы.** Обследованы 96 больных (мужчин – 55, женщин - 41) в возрасте от 18 до 59 лет, с длительностью заболевания от 2-х месяцев до 8 лет. Больные разделены на 2 группы: 1-ю составили 32 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), 2-ю - 64 больных хроническим неатрофическим гастритом. Диагноз установлен на основании клинико-эндоскопического и морфологического обследования больных. Для определения чувствительности *H.pylori* к кларитромицину использовали микробиологический метод. С целью изучения эффективности эрадикации больные разделены на следующие группы. Первая группа состояла из 26 больных, получавших омепразол по 20 мг × 2 раза, кларитромицин по 250 мг × 2 раза, тинидазол по 250 мг × 2 раза. Во вторую группу вошли 39 больных, получавших омепразол в тех же дозировках, амоксициллин по 1,0 × 2 раза, кларитромицин по 500 мг × 2 раза. Длительность терапии составила 7 дней. Эффективность эрадикации оценивали через 4 недели.

**Результаты.** Из 96 биопсийных материалов исследуемых групп выявлено 96 штаммов чистой культуры *H. pylori*. В группе больных ЯБДК 31 (96,9%) штамм *H. pylori* был чувствителен к кларитромицину. Тогда как в группе больных хроническим неатрофическим гастритом чувствительность к данному макролиду составила 85,9% (55 штаммов). Интересно отметить, что частота кларитромицин-резистентных штаммов *H.pylori* у больных хроническим гастритом выше (14,1%), чем язвенной болезнью (3,1%). Эффективность эрадикации в целом варьировала от 86% (в первой группе) до 98% (во второй группе).

**Выводы.** Таким образом, резистентность штаммов *H.pylori*, циркулирующих в нашем регионе, к кларитромицину составляет 8,6%, что не превышает пороговых значений и позволяет широко применять данный препарат в эрадикационных схемах.

*Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф.А., Саидова Ф.Б.*

## ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Цель.** Сравнить клиническую эффективность и переносимость ИПП в лечении ГЭРБ у пациентов пожилого возраста.

**Материал и методы.** Обследованы 67 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) (мужчин – 29, женщин - 38), в возрасте старше 65 лет, длительностью заболевания от 6 месяцев до 3 лет.

Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного. Критериями исключения были операции на желудке, язвенная болезнь, недавний прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или ингибиторов протонной помпы, а также возраст младше 65 лет. Всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией из слизистой тела и антрального отдела желудка на наличие *H.pylori*. Обсемененность инфекцией определяли быстрым уреазным тестом и цитологически. Больные разделены на 3 группы в зависимости от ИПП, принимаемого в течение 2 месяцев: 1-ю группу составили 32 больных, принимавших омепразол (20 мг/сут), 2-ю – 21 больной, принимавших пантопразол по 40 мг/сут и 3-ю - 14 больных, принимавших рабепразол по 20 мг/сут. Пациентам, инфицированным *H.pylori*, были назначены ИПП и 2 антибиотика: амоксициллин по 1 гр. 2 раза в день и кларитромицин по 500 мг 2 раза в течение 7 дней.

**Результаты.** При ЭГДС у 15 (22,4%) пациентов диагностирована эрозивная (ЭРБ) и у 52 (77,6%) – неэрозивная формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НЭРБ). Среди больных НЭРБ

преобладали женщины – 94,9% - над мужчинами (74,1%). Тогда как в группе больных ЭРБ мужчин было в 5 раз больше, чем женщин (25,5 и 5,1%, соответственно). Больные с ЭРБ в среднем на 10,2 лет были старше больных НЭРБ. При сравнении больных по индексу массы тела (ИМТ) нами выявлена следующая закономерность: больные с ЭРБ имели экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО) 1 ст. (ИМТ - 31,9), тогда как у больных с НЭРБ ИМТ составил 23,1. Клинически НЭРБ чаще протекала с атипичными жалобами: неприятные привкусы во рту (67,2), глоссалгия (44,8%), чувство жжения в животе (78,1%), вздутие живота (89,9%). В группе больных ЭРБ чаще наблюдались грыжи пищеводного отверстия диафрагмы - 47,1%, а в группе НЭРБ - лишь у 11,8% больных. Отмечалась высокая инфицированность *H.pylori* при отсутствии достоверной разницы между больными с ЭРБ и НЭРБ (53,3 и 76,9%, соответственно). В зависимости от применяемого ИПП эффективность заживления эзофагитов были следующими: 83,2% больных первой группы, 93,8 и 94,9% больных второй и третьей группы, соответственно. Обсемененность *H.pylori* выявлена у 48 больных (71,6%), которым была назначена эрадикационная терапия в течение 7 дней. Эффективность эрадикации достигнута у 43 больных (89,5%). Следует отметить, что положительная динамика в лечении ГЭРБ отмечалась при достижении эффективной эрадикации *H.pylori* во всех группах. Исчезновение симптомов в трех группах (омепразол, пантопразол и рабепразол) было следующим: 86,9%, 100% и 100% - для изжоги; 100%, 92,9% и 90,1% - регургитации кислым; 95%, 95,2% и 100% - боли в пищеводе, соответственно. Сравнение между тремя ИПП демонстрирует, что пантопразол и рабепразол были более эффективны, чем омепразол (100% против 86,9% и 100% против 86,9% соответственно;  $p < 0,05$ ) в купировании изжоги.

**Выводы.** ИПП являются эффективными и хорошо переносимыми препаратами при лечении ГЭРБ у пожилых пациентов. Пантопразол и рабепразол значительно более эффективны, чем омепразол, в заживлении эзофагита и купировании симптомов ГЭРБ.

*Кабилова Б.Х., Махмудова М.М., Бакоев Ф.С.*

## ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить динамику артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) у маловесных новорожденных и оценить их адаптационный потенциал.

**Материал и методы.** Исследование проводилось у 3 групп новорожденных детей с массой тела при рождении от 500 до 2500 г, с гестационным возрастом 22-36 недель. Первую группу составили 63 новорожденных, с массой тела при рождении от 2500 до 1500 г; вторую 28 детей с массой от 1499 до 1000 г. В третью группу вошли 12 новорожденных с массой от 999 до 500 г. Контрольную группу составили 20 доношенных новорожденных.

Показатели АД и ЧСС определялись с помощью аппарата Siemens SC 6002 XL и Dush 2000, измерения проводили каждые три часа в течение суток до 10 дней.

Самые низкие показатели АД отмечались у детей с ЧММТ (500-999 г) в первые сутки жизни, затем к 7-8 дню жизни цифры АД ближе к показателям первой и второй групп.

Показатели АД, в частности САД, изменялись в зависимости от степени СДР. Причем, низкие его показатели были прогностическими неблагоприятными для исхода заболевания. В первые 10-15 минут после рождения САД повышается до 66 мм рт.ст., что, возможно, связано с выключением плацентарного кровообращения и соответствующим увеличением общего периферического сопротивления. Затем в течение 6-7 часов снижается до 63 мм рт.ст. Диастолическое давление в первые сутки после рождения составляет около 32 мм рт.ст. В последующие дни АД повышается, и к 7-10 дню САД достигает 68 мм рт. ст., а диастолическое - 39 мм рт.ст.

Таким образом, показатели АД у маловесных детей зависят от массы тела, гестационного и постнатального возраста. Чем меньше масса тела и гестационный возраст, тем ниже показатели АД и, наоборот, чем больше постнатальный возраст, тем выше эти показатели. Показатели ЧСС у маловесных новоро-

жденных по суткам, показало, что изначально низкая ЧСС у новорожденных с ЧНМТ увеличивается, и на 5-6 сутки приближается к таковой у детей второй группы, но значительно меньше, чем в первой группе.

**Выводы.** На основе оценки адаптационного потенциала системы кровообращения можно выделить три уровня адаптации новорожденных:

1. Дети с высокими или достаточными функциональными возможностями организма, с удовлетворительной адаптацией к условиям окружающей среды. В эту группу входят дети группы сравнения ( доношенные).

2. Дети с наличием риска снижения функциональных возможностей организма и ухудшением адаптации к условиям окружающей среды, с напряжением механизмов адаптации. Это дети с малой и очень малой массой тела.

3. Дети со снижением функциональных возможностей организма, с неудовлетворительной адаптацией к условиям окружающей среды, с перенапряжением механизмов адаптации. В эту группу относятся дети с чрезвычайно малой массой тела.

*Кабилова Б.Х., Умаров Х.У., Бакоев Ф.С.*

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ГИПОТРОФИЕЙ

**Цель.** Снижение риска смерти путем улучшения качества ведения детей с тяжелой формой недостаточности питания.

**Материал и методы.** В отделении лечения маловесных детей «КЗ Истиклол» г. Душанбе за 3 месяца было под наблюдением 60 больных с тяжелой недостаточностью питания. Из них 25 девочек и 35 мальчиков. В зависимости от возраста дети были подразделены на 4 группы.

**Результаты.** Основной причиной заболевания были алиментарные факторы со стороны матери, такие как количественный недокорм при гипогалактии у матери или затруднениях при вскармливании, что было выявлено у 15,4% детей из села и у 8,4% из города. Со стороны ребёнка срыгивания, рвота, маленькая нижняя челюсть, короткая уздечка языка отмечены у 64,2% детей из села и у 27,3% из города. Немаловажную роль сыграл инфекционный фактор: острые кишечные инфекции, сепсис и пневмония - у 55,7% детей сельской местности и у 24,6% детей из города, что послужило одной из причин тяжелой недостаточности питания. Из общего количество обследованных детей 10 (16,9%) находились преимущественно на грудном вскармливании, на смешанном вскармливании – 29 детей (48,3%) и на искусственном вскармливании - 28 детей (46,6%). Можно сказать, что основное количество детей, страдающих тяжелой формой недостаточности питания, находились на смешанном и искусственном вскармливании.

Клиническая картина больных с тяжелым нарушением питания характеризовалась значительными нарушениями общего состояния ребёнка; отмечалась слабость, вялость, сонливость, апатия, раздражительность, повышенная плаксивость, резкая задержка в физическом и нервно-психическом развитии, полная анорексия. По внешнему виду ребёнок напоминал скелет, обтянутый сухой кожей бледно-серого или мраморного цвета, лицо старческое, морщинистое. Подкожно-жировая клетчатка отсутствовала по всему телу, тургор мягких тканей был снижен, с признаками гипотонии мышц. Более 20% обследованных детей имели признаки обезвоживания.

Результаты лабораторных и инструментальных данных показали, что у 48 детей имелась анемия различной степени тяжести. Гипокальциемия и гипопропротеинемия были отмечены у 47 (78,3%) и 21 (35%) соответственно. При бактериологическом анализе кала у 31 (51,6%) ребёнка выявлен стафилококк, протей и кандиды, на оппортунистические инфекции результаты крови также были положительными.

Лечение детей с тяжелой формой недостаточности питания проводилось в три фазы: 1. начальное лечение - идентификация состояний, угрожающих жизни, и их лечение в условиях стационара; 2. реабилитация - интенсивное питание с целью восстановления большей части потерянной массы тела; 3. отслеживание состояния после выписки.

**Выводы.** Таким образом, успешное ведение глубоко гипотрофичных детей не требует высокосовременных условий и оборудования, а также высокой квалификации медицинского персонала. Зато необходимо, чтобы каждого ребёнка лечили с должной любовью и сочувствием, и чтобы каждая фаза лечения правильно осуществлялась хорошо обученными медработниками.



*Кабилов К.М., Гуломова М.О., Максудов З.А.*

## ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА БА И ХОЗЛ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В РЦЗ ДЖ. РУМИ

Кафедра семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) представляет глобальную проблему здравоохранения; в мире около 300 млн. больных БА. Сегодня БА – одно из самых распространенных заболеваний человека, астмой страдают более 300 млн человек во всем мире. По смертности от астмы лидируют Китай, Россия, Узбекистан и Албания. Ежегодно от астмы умирает 2 миллиона человек. Самыми эффективными лекарственными средствами, используемыми в лечении бронхиальной астмы, с позиции доказательной медицины на сегодняшний день могут быть признаны две группы препаратов: ингаляционные глюкокортикостероиды и  $\beta_2$ -агонисты.

**Цель.** Изучить состояние легких при проведении пикфлоуметрии и пульсоксиметрии до и после внедрения клинических протоколов.

**Материал и методы.** Обследовано 25 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет, которые обратились с жалобами на приступы кашля и удушья до 5-6 раз в течение месяца. Из них лиц женского пола 15, мужского - 10.

Всем пациентам проведен физикальный осмотр, оценка пульса, частоты дыхания, индекса массы тела, пикфлоуметрия, пульсоксиметрия.

**Результаты.** Исследования показали, что после повторного обследования улучшение было у 78% пациентов, рецидивы составили от 1 до 2 раз в течение одного месяца, которые правильно и вовремя не принимали лекарства. Эти пациенты находятся под нашим наблюдением, состояние у них удовлетворительное, без ухудшения и показаний для госпитализации.

**Выводы.** Показанием к госпитализации являются вторая и третья стадии заболевания, не поддающиеся контролю, при которых заболевание приобретает затяжной характер или осложняется нагноением мокроты при ХОБЛ у пациентов из группы риска.

*Кабилов М.Т., Тагоев Д.К., Бурхонзода Ю.Л., Джамолиддинов М.М.*

## СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ХАТЛОНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

г. Бохтар, Хатлонская область, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить структуру факторов риска ишемической болезни сердца у больных, госпитализированных в кардиологическое отделение Хатлонской клинической областной больницы имени Б. Вохидова.

**Материал и методы.** Изучена медицинская документация 300 больных, госпитализированных в ХОКБ, в возрасте от 35 до 80 лет с диагнозом ИБС. Используются опросники для оценки ФР ИБС: неправильное питание, курение, употребление алкоголя, ожирение, стресс и наследственность. Также проведены биохимические анализы (липидный спектр, уровень глюкозы крови, электролиты и биомаркеры), изучена коагулограмма и выполнены функциональные методы исследования (электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия, тредмил-тест; у части больных проведено холтер-ЭКГ мониторинг и коронарография).

**Результаты.** Среди обследованных больных у 120 (40%) выявлена стенокардия напряжения, у 69 (23%) - инфаркт миокарда передней стенки, у 51 (17%) - инфаркт миокарда передний-распространенный, у 42 (14%) - инфаркт миокарда задней стенки, у 18 (6%) - циркулярный инфаркт миокарда. При этом сахарный диабет, как фактор риска ИБС, диагностирован у 107 (35,6%) больных; среди них (18,6% мужчин и 17,0% женщин), артериальная гипертензия выявлена у 108 (36%) больных (23% мужчин и 13% женщин), ожирение у 52 (17,3%) больных (8,2% мужчин и 9,1% женщин), курение (насвай) у 109 (36,3%) больных (36,3% мужчин, среди женщин не обнаружено), курение (сигарет) у 44 (14,66%) больных (14,66% мужчин, среди

женщин не обнаружено). Гиподинамия имела у 146 (48,7%) больных (21,0% мужчин и 27,7% женщин), употребление алкоголя - у 35 (11,6%) (11,6% мужчин, среди женщин не обнаружено), психоэмоциональное напряжения - у 194 (64,66%) (25,33% мужчин и 39,33% женщин), отягощенная наследственность - у 102 (34%) (19% мужчин и 15% женщин). Таким образом, 172 (57,33%) пациента имели более четырёх ФР, 94 (31,33%) больных имели три ФР и 35 (11,66%) больных имели два ФР. У 80 больных выполнена коронарография. Среди них у 35 (43,75%) (22 мужчин и 13 женщин) имелось трёхсосудистое поражение коронарных артерий, у 27 (33,66%) (16 мужчин и 11 женщин) - двухсосудистое, у 14 (17,5%) (8 мужчин и 6 женщин) – однососудистое, у 4 (5%) (1 мужчин и 3 женщин) - интактные КА.

**Выводы.** Отмечается высокая зависимость заболеваемости ИБС от поражения коронарных артерий, наличия основных модифицируемых факторов риска, что, несомненно, должно помочь в решении вопросов первичной профилактики.

*Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.*

## НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В XXI ВЕКЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Несмотря на то, что в консервативном лечении язвенной болезни (ЯБ) отмечаются значительные успехи, за последние 20 – 30 лет наблюдается резкий рост (более чем в 2 раза) числа больных с такими осложнениями ЯБ, как перфорация и кровотечение. При развитии тяжелых осложнений хирургическая операция чаще всего становится неизбежной. Благодаря усилиям нескольких поколений ученых, хирургия ЯБ стала не только высокоэффективной, но и менее травматичной и вполне безопасной.

Одним из важных направлений научной и практической деятельности Института гастроэнтерологии за 60 лет его существования была проблема диагностики, патогенеза и лечения, в том числе хирургического, язвенной болезни. Вершиной достижений хирургического сектора в этой области науки явилась разработка органосберегающих операций с ваготомией, отражающих требование «сохранить единство формы и функции», реализованное в 1980 – 2000-е годы.

К концу XX века в хирургическом лечении ЯБ утвердились два основных вида операций – резекция желудка и органосохраняющие вмешательства, в основе которых лежат различные виды ваготомии, которая была признана крупнейшим шагом в разработке проблемы оперативного лечения ЯБ. Из всех видов органосохраняющих вмешательств наибольшее признание получила СПВ как самый физиологичный метод операции при дуоденальных язвах, поскольку она избирательно денервирует только кислотопродуцирующую зону желудка, полностью сохраняя иннервацию пилорического отдела, а, значит, – его секреторную и двигательную функцию.

Хронические язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) быстро и навсегда заживают при стойком снижении агрессивной кислотопродукции до определенного безопасного уровня. Именно поэтому в рамках концепции физиологической хирургии органосохраняющие вмешательства призваны создать наиболее благоприятные местные условия для заживления язвы ДПК без удаления какой-либо части желудка, дать возможность всей пищеварительной системе функционировать в оптимальных физиологических условиях и тем самым обеспечить пациенту полное выздоровление, быструю медицинскую, социальную и трудовую реабилитацию, также как и высокое качество жизни. Тем не менее, опыт показал, что резекцию желудка нельзя исключить из оперативного арсенала, особенно при желудочной локализации язв.

После распада системы здравоохранения в постсоветском пространстве «распалась связь времен», кардинальным образом поменялись приоритеты научных исследований, происходит переоценка достижений предыдущих поколений хирургов. Хирурги все реже стали использовать органосохраняющие технологии в плановом хирургическом лечении осложненных и труднозаживающих язв ДПК.

В последние годы большое развитие получила миниинвазивная техника абдоминальных операций, в том числе на желудке и ДПК. Появились многочисленные сообщения о лапароскопическом ушивании перфоративных язв, а также о сочетании лапароскопического ушивания перфоративной язвы ДПК с СПВ, лапароскопической и видеоассистированной резекции желудка, лапароскопической СПВ в сочетании с дуоденопластикой из мини-доступа. Именно в разработке и внедрении эндовидеохи-

рургических технологий отразилось настойчивое стремление хирургов к минимизации операционной травмы, как к одному из наиболее действенных средств улучшения послеоперационных результатов.

В XXI веке хирургия постепенно становится все менее травматичной и в то же время все более прецизионной, надежной и безопасной. Исходя из этого, можно с большой долей уверенности предположить, что перспективы радикального хирургического лечения ЯБ во многом будут связаны с совершенствованием и широким внедрением физиологичных и легко переносимых пациентами миниинвазивных операций. Это дает основание надеяться, что полученные несколькими поколениями хирургов опыт и важные результаты органосохраняющих операций еще будут востребованы, несмотря на пересмотр некоторых основных положений в лечении ЯБ и её осложнений, происходящих в последние годы в хирургической гастроэнтерологии.

Таким образом, разработка органосохраняющих, а затем и миниинвазивных операций на желудке и ДПК отражает весьма прогрессивную тенденцию, связанную с установкой на радикальное излечение язвенного больного с нанесением ему меньшего вреда. Эта концепция была сформулирована в конце XX столетия и остается актуальной в настоящее время.

*Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Сафаров Дж.Б.,  
Амонов У.М., Сайдалиев Ш.Ш., Косимов Х.Ш.*

## **ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ДУОДЕНОПЛАСТИКИ И ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕОДЕНОСТЕНОЗОВ**

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Выбор оптимального варианта восстановления проходимости стенозированной двенадцатиперстной кишки (ДПК), отвечающего требованиям функциональной хирургии.

**Материал и методы.** Изучены результаты интраоперационного исследования пилородуоденальной зоны при органосохраняющем хирургическом лечении 180 больных рубцово-язвенным дуоденостенозом (РЯДС). У 88 больных была выполнена селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с дуоденопластикой (ДП), у 60 – СПВ с пилородуоденальными дренирующими операциями (ДО), в том числе поперечным ГДА – у 50, гастродуоденоанастомоз (ГДА) по Жабуле – у 4, пилоропластикой (ПП) по Финнею – у 6; ДП (21) или ДО (11) без ваготомии выполнена у 32 больных. На основании рентгенологических и эндоскопических данных стеноз в стадии компенсации диагностирован у 33 (18,3%) больных, субкомпенсации – у 73 (40,5%), декомпенсации – у 74 (41,2%) больных. Для выбора способа устранения стеноза проведено интраоперационное обследование пилородуоденальной зоны после снятия рубцово-спаечной «мантии», мобилизации пре- и постстенотического отделов и ДПК по Кохеру.

**Результаты.** При интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны диагностированы следующие морфологические формы дуоденостеноза: язвенно-инфильтративная – у 30 (16,6%), язвенно-рубцовая – у 31 (17,2%), рубцовая – у 119 (66,1%) больных. Выбор способа ДП или ДО осуществлялся на основании интраоперационных данных о локализации и протяженности дуоденостеноза (ДС), степени интактности пилорического сфинктера от рубцово-язвенного процесса, сохранности и ширины престенотического участка луковицы от привратника до стенозированного участка и морфологической формы РЯДС. По локализации пилоростеноз диагностирован у 15 (8,3%). Луковичный ДС с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс – у 30 (16,6%), луковичный ДС без вовлечения привратника в рубцово-язвенный процесс – у 60 (33,3%), залуковичный стеноз – у 75 (50,1%) больных. По протяженности у 135 (75%) больных выявлен циркулярный (кисетный), у 45 (25%) – протяженный (2 – 4 см) стеноз. Выполнение ДП при протяженном стенозе имеет свои особенности. В зависимости от анатомо-морфологических условий в пилородуоденальной зоне применены 6 вариантов ДП. ПП по Финнею применялась при истинном пилоростенозе, ГДА по Жабуле – при язвенно-инфильтративной форме стеноза путем формирования соустья в обход воспалительного инфильтрата.

**Выводы.** При органосохраняющем лечении РЯДС интраоперационное обследование пилородуоденальной зоны позволяет выбрать оптимальный способ восстановления пилородуоденальной проходимости, исходя из анатомо-морфологического принципа.

Кадырова Д.А.

## ДОДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ – ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение этапов развития и перспектив подготовки семейных врачей на додипломном уровне.

**Материал и методы.** Изучены и проанализированы материалы: приказы и документы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, учебные программы, отчеты Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино и двадцатилетний опыт работы кафедры семейной медицины № 1 (1999 - 2019 гг.).

**Результаты.** Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗиСЗН РТ) в 1998 г. на этапе планирования реформы сектора было принято решение о внедрении и развитии семейной медицины (приказ МЗиСЗН РТ № 236 от 23 июня 1998г). Одной из важных задач в деле развития семейной медицины в стране являлась подготовка медицинских кадров – семейных врачей и семейных медсестер.

В 1996г. в ТГМУ имени Абуали ибн Сино на базе лечебного и педиатрического факультетов был создан Общемедицинский факультет, одной из задач которого являлась подготовка семейных врачей на додипломном уровне. В 1999 г. в ТГМУ имени Абуали ибн Сино в целях подготовки семейных врачей была организована кафедра семейной медицины №1, а в 2007 году - кафедра семейной медицины №2. За 20 лет функционирования кафедры семейной медицины №1 (1999-2019 гг.) подготовлено более 80 магистров, клинических ординаторов и интернов по специальности «семейная медицина». За эти годы сотрудники кафедры накопили значительный опыт работы, разработали учебные программы, учебно-методические документы, учебные пособия, учебники и др. Продолжает расширяться число регионов и стран, где работают наши выпускники.

Следующий этап развития додипломной подготовки семейных врачей начался после принятия в 2008 г. Постановления Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан» (№ 512 от 31 октября 2008г.). В связи с этим в ТГМУ имени Абуали ибн Сино был организован «Медицинский факультет». Вновь были созданы учебные программы по специальности «семейная медицина» для студентов 4-6 курсов. После получения шестилетнего базового образования, будущие специалисты, в том числе и будущие семейные врачи, обучаются в двухгодичной клинической ординатуре или годичной интернатуре. Таким образом, в процессе додипломной подготовки семейных врачей наблюдаются этапы развития, направленные, главным образом, на повышение качества и эффективности данной деятельности.

**Выводы.** Перспектива додипломной или первичной подготовки семейных врачей заключается в том, что в течение всех лет обучения в медицинском вузе студенты начинают изначально, постепенно, ступенчато овладевать навыками работы по данной специальности. Реформа высшего медицинского образования с внедрением современных методов обучения и совершенствованием учебных программ будет способствовать повышению качества и эффективности подготовки медицинских кадров.

Кадырова Д.А.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Цель.** Изучить деонтологические аспекты деятельности семейных медицинских сестёр, в частности вопросы их взаимоотношений с врачами. На основе полученных данных разработать рекомендации для оптимизации взаимоотношений в работе медицинского персонала в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

**Материал и методы.** В процессе исследования использованы специальные анкеты для опроса семейных врачей и семейных медсестер. Объектом исследования явились семейные медицинские сестры (40 человек) и семейные врачи (40). Исследование проводилось в течение 2017-2018 гг. на базе Городских центров здоровья №№ 2 и 10 г. Душанбе.

Использован комплекс современных социально-гигиенических и медико-организационных методов исследования, включая статистический, социологический. Статистическая обработка выполнена с использованием стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows XP; Microsoft Excel 2000, SPSS 13.0).

**Результаты.** Результаты опроса семейных медицинских сестер показали, что на их взаимоотношения с врачом влияют такие факторы, как статус и опыт врача (89%), уровень профессиональной подготовки врача (85%), институциональные и профессиональные нормы (78%), обстановка на рабочем месте (65%).

Опрос семейных врачей показал, что на их взаимоотношения с медицинскими сестрами влияют такие качества среднего медицинского работника, как добросовестность (76%), исполнительность (65%), внимательность (83%), доброжелательность (79%) и отзывчивость (68%). Как и в предыдущих наших исследованиях (2006, 2016 гг.), основными причинами низкого качества работы медицинских сестер семейные врачи считают большую рабочую нагрузку (62%) и дефицит профессиональных знаний и умений (63%).

**Выводы.** Для повышения эффективности работы персонала в учреждениях ПМСП в учебных программах семейных врачей и семейных медицинских сестер необходимо больше внимания уделять вопросам медицинской этики и деонтологии, включая вопросы их взаимоотношений. Наряду с этим, важным является обеспечение непрерывного профессионального образования семейных врачей и семейных медицинских сестер.

*Кадырова Д.А., Абдухамедов Н.А., Шарифзода Х.С.*

## ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить эффективность просветительной работы семейного врача и семейной медицинской сестры в профилактике ВИЧ-инфекции среди населения.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 120 человек в возрасте от 18 до 27 лет, проживающих на территории Городского центра № 2 г. Душанбе, до и после просветительных мероприятий семейных врачей и семейных медсестер. Семейные врачи и семейные медсестры проводили просветительную работу среди молодых лиц путем разъяснительных бесед, консультаций с использованием информационно-образовательных материалов (ИОМ) – брошюр, буклетов и статей о путях передачи ВИЧ, методах и способах профилактики данной инфекции.

**Результаты.** Результаты, полученные при письменном опросе молодых лиц, показали, что 47% опрошенных имеют информацию о том, что ВИЧ-инфекция имеет негативные последствия, но при этом большинство из них не имеют четких представлений о путях, методах передачи и способах профилактики данного заболевания. После проведения с ними разъяснительных бесед с использованием ИОМ количество знающих о путях передачи и профилактике ВИЧ и негативных последствиях заболевания достигло 89%. Кроме того, молодые люди в анкетах отметили, что полученную информацию распространят среди своих друзей и родственников.

Анализ официальных статистических данных по ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан показывает, что в стране в 2017 году зарегистрировано 1207 (взрослые и дети) новых случаев ВИЧ (2012г. – 828 случаев), из них мужчин – 737 (61,1%) чел.,

женщин – 470 (38,9%) чел. (2012г. – 537/64,9% чел. и 291/35,1% чел., соответственно). Для достижения целей «Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан на 2017-2020 годы» работникам здравоохранения службы ПМСП необходимо усилить практическую настороженность относительно ВИЧ-инфекции и принимать адекватные практические меры против данного заболевания на всех уровнях своей деятельности. Результаты наших исследований показывают, что знания молодых лиц о путях передачи и профилактике ВИЧ и негативных последствиях данной инфекции в г. Душанбе остаются низкими. Просветительная работа семейного врача о путях передачи и профилактики ВИЧ и негативных последствиях данной инфекции повышает информированность населения.

**Выводы.** Семейным врачам следует широко использовать просветительную работу для профилактики ВИЧ-инфекции среди населения.

*Кадырова Д.А., Абдухамидов М.Н.*

## РАЗРАБОТКА НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить значения психологических факторов в реабилитации больных с болевым синдромом (БС) различного генеза.

**Материал и методы.** Проводилось исследование эффективности реабилитационных мероприятий у 50 больных с БС различного генеза, находящихся под наблюдением семейных врачей на базе Городского центра здоровья №2 г. Душанбе. Критериями исключения были онкологические, психические заболевания, тяжелые и некомпенсированные состояния пациентов. В первую очередь проводилась терапия основного заболевания. Комплекс реабилитационных мероприятий включал в себя физическую реабилитацию, методы психотерапевтических приемов: беседы, групповые занятия, лекции, дискуссии, гипносуггестивную терапию.

**Результаты.** В результате проведенных психотерапевтических мероприятий у 58% пациентов с БС уменьшились боли, у 21% они прошли. Кроме того, у 37% пациентов снизилась тревога, у 45% улучшилось настроение и сон и нормализовались показатели АД. Наибольший эффект имели групповые занятия в виде лекции и дискуссии, проводимые врачами. Именно они помогают больным в непринужденной обстановке высказать свои сомнения и опасения относительно развития своего заболевания и соответственно, получить исчерпывающие ответы на волнующие их вопросы.

**Выводы.** Терапия БС у пациентов должна быть комплексной. Психологическая реабилитация является важной составной частью общих реабилитационных мероприятий больных с БС в амбулаторных условиях.

*Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С.*

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Ранняя диагностика и разработка оптимальных вариантов профилактики гипертонической энцефалопатии (ГЭ) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторных условиях, в практике семейного врача.

**Материал и методы.** Объектом исследования являлись женщины с АГ в возрасте 55 -75 лет, 60 человек, проживающих на территории Городского центра здоровья № 2 и № 10 г. Душанбе. Диагностика АГ и ГЭ у пациенток проводилась на основе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, согласно международным стандартам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Результаты.** ГЭ выявлена у 27% женщин с АГ. Первая стадия ГЭ наблюдалась у 65,3%, вторая стадия - у 32,7%. Наиболее частыми факторами риска развития ГЭ у женщин явились тяжесть течения АГ и такие факторы её риска, как стрессовые ситуации, физическое перенапряжение, нарушения назначенной медикаментозной терапии. Большое значение в развитии ГЭ у женщин с АГ имели сопутствующие заболевания как сахарный диабет, ИБС и др.

У больных с ГЭ чаще наблюдались вестибуломозжечковые симптомы в виде головокружения, пошатывания, неустойчивости при ходьбе; псевдобульбарные в виде нечеткости речи, насильственного смеха и плача, поперхивания при глотании; экстрапирамидные в виде дрожания головы, пальцев рук, гипомимии, мышечной ригидности, замедленности движений; сосудистая деменция наблюдалась в виде нарушения памяти, интеллекта, эмоциональной сферы.

Таким образом, ГЭ нередко встречается у женщин с АГ. Наиболее часто наблюдается 1 стадия ГЭ. Диагностика и лечение 1 стадии названной патологии, симптомы заболевания обратимы и его исход является благоприятным.

**Выводы.** Своевременное выявление факторов риска ГЭ у женщин с АГ предоставит семейным врачам возможность проведения ранней диагностики этой патологии, разработанные оптимальные варианты профилактики сократят количества осложнений ГЭ у данной категории больных в амбулаторных условиях.

*Калдаре Л.Д., Гратий К.Ф., Драган И.Ф.*

## ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Лаборатория аритмий и неотложных состояний Института кардиологии  
Медицинский центр “КардиоПрима”  
г. Кишинев, Молдова

---

**Актуальность.** Желудочковые аритмии (ЖА) являются самыми грозными осложнениями инфаркта миокарда и наиболее важными факторами риска развития внезапной сердечной смерти.

**Цель.** Выявление особенностей электрокардиографического обследования – стандартного и холтеровского мониторирования - у пациентов с документированными постинфарктными ЖА в зависимости от типа перенесенного инфаркта.

**Материал и методы.** В исследование включено 62 больных с постинфарктными ЖА, которые были разделены на 2 группы в зависимости от типа перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) – с зубцом Q и без зубца Q. В 1 группу вошли 45 пациентов с перенесенным Q-ИМ, во 2 группу – 17 больных с ИМ без зубца Q в анамнезе.

**Результаты.** У больных из 1 группы ЖА были представлены фибрилляцией желудочков (11%) и желудочковой тахикардией (ЖТ) (89%), в то время как во 2 группе была зарегистрирована только ЖТ (100%). Интервал времени от перенесенного ИМ и ЖА оказался длиннее у пациентов 1 группы – 54,4±7,7 vs 47,1±8,9 месяцев. Холтеровское мониторирование выявило в 2 группе большее количество полиморфных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) - 71% vs 50% при относительно сниженном процентном значении общего количества ЖЭ – 3,5±0,8% vs 3,9±0,9%. Во 2 группе было больше моментов бигеминии (94,1% vs 63,6%), тригеминии и квадригеминии (94,1% vs 65,9%) ЖЭ, а также эпизодов 3 и более ЖЭ (47,1% vs 20,5%).

Определение показателей variability сердечного ритма не выявило существенных различий между исследуемыми группами касаясь таких показателей, как SDNN (средняя величина в течении 24 часов)  $-116,8 \pm 37,5$  vs  $119 \pm 26,9$  мс SDANN  $103,7 \pm 33,0$  vs  $104,4 \pm 24,6$  мс RMSSD  $34,8 \pm 19,2$  vs  $39,7 \pm 22,1$  мс.

**Выводы.** У пациентов, перенесших ИМ без зубца Q, желудочковые аритмии, а именно ЖТ, возникают раньше, чем у больных после Q-ИМ. У них же при холтеровском мониторинге чаще встречались полиморфные ЖЭ с моментами бигеминии, тригеминии, квадригеминии и коротких пробежек, состоящих из 3 и более ЖЭ. Показатели variability сердечного ритма не различались между исследуемыми группами.

*Камилова У.К., Маширипова Д.Р., Расулова З.Д.*

## ИЗУЧЕНИЕ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА(АСЕ) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить ID полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (АСЕ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у лиц узбекской национальности.

**Материал и методы.** Генотипирование полиморфизма ID гена АСЕ проведено у 114 больных с ХСН и 51 здоровых доноров узбекской национальности. Сопоставление частот встречаемости аллелей и генотипов исследуемого гена среди больных с ХСН и группы сравнения проведено методом «случай-контроль».

**Результаты.** При анализе частот аллелей полиморфизма ID гена АСЕ было отмечено, что в группе больных ХСН частота функционально-значимого аллеля I составляет 48,6%, что ниже, чем в контрольной группе (59,8%), однако, при статистической обработке достоверных отличий получено не было ( $\chi^2=0,5$ ;  $P=0,4$ ; OR=0,8; 95% CI 0,4828, 1,399), тогда как встречаемость аллеля D была достоверно выше в группе больных с ХСН (51,4% против 40,25% в контрольной группе). Частота генотипа I/I снижается в группе больных ХСН (31%), по сравнению с контрольной группой (47,1%). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН при наличии генотипа I/I незначителен. Близким к значимым различиям оказалось и снижение частот генотипа I/D гена АСЕ среди больных 35,2% в отношении контрольной группы 25,5%, что в случае гетерозиготного генотипа можно рассматривать как защитный фактор развития заболевания ( $\chi^2=1,3$ ;  $p=0,6$ , OR=1,6; 95% CI 0,7166, 3,522). Интересно отметить, в группе больных нами была выявлена тенденция к увеличению числа носительства гомозиготного генотипа D/D. Частота встречаемости данного функционально неблагоприятного генотипа составляла 33,8%. Эти данные еще больше укрепляют позицию генотипа D/D гена АСЕ как маркера, ассоциированного с формированием ХСН.

**Выводы.** Таким образом, результаты вычисления функциональной эффективности исследуемого локуса гена АСЕ в качестве самостоятельного маркера ХСН определили статистически незначимые показатели OR.

*Камилова У.К., Расулова З.Д., Тагаева Д.Р.*

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

ГУ«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан



**Цель.** Оценить влияние комплекса физических тренировок на показатели толерантности к физической нагрузке, качество жизни и сердечную гемодинамику больных ХСН с ДП.

**Материал и методы.** Всего было обследовано 137 больных с ИБС с I, II и III ФК ХСН (больные рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (основная) – 55 больных ХСН I ФК (23), II ФК (20), III ФК (12), которым проводился курс физической реабилитации в сочетании с медикаментозной терапией (МТ) и 2 группа (группа сравнения) – 82 больных ХСН I ФК (27), II ФК (30), III ФК (25), получавших только МТ. В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). Курс физической реабилитации включал комплекс физических упражнений: утренняя гимнастика, тренировка аэробной направленности в виде дозированной ходьбы. Продолжительность комплекса занимала 30 минут. Обязательным компонентом тренировочной программы была ежедневная 30-минутная дозированная ходьба с достижением аэробного порога (60-70% максимальной ЧСС).

**Результаты.** У обследованных больных с ХСН I ФК по результатам ТШХ исходные показатели составили 454,4±21,95 метров, II ФК - 384,17±25,3, III ФК - 237,3±33,5. Исходные показатели КЖ больных ХСН по суммарному индексу КЖ (СИ КЖ) «Миннесотского опросника» показали достоверное увеличение СИ при увеличении ФК ХСН и составила у больных с I ФК - 24,3±1,32 баллов, со II ФК - 36,8±2,36, III ФК - 44,67±2,28. У больных как 1, так и 2 группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ( $p<0,01$ ) и III ФК ХСН - на 48% и 47,7% ( $p<0,001$ ) соответственно, по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН, по сравнению с показателями больных с I ФК ( $p<0,001$ ). Оценка показателей КЖ до лечения показала, что СИ КЖ у больных II ФК на 17,1 % и 15,4% ( $p<0,01$ ), у больных III ФК - на 38% и 37,7% ниже, чем у больных I ФК в 1 и 2 группе соответственно.

После 6-месячного лечения в 1 группе больных СИ КЖ и сумма баллов ШОКС уменьшились от исходных значений: у больных I ФК на 35,5% и 50,7% ( $p<0,001$ ), у больных II ФК - на 25,8% и 42,6% ( $p<0,001$ ), у больных III ФК - на 23,8% и 29,2% ( $p<0,001$ ), соответственно. Вместе с тем, дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 15,1%, 16,5% и 16,6% ( $p<0,001$ ). На фоне 6 месяцев лечения у больных 2 группы было отмечено достоверное повышение толерантности к физической нагрузке с увеличением дистанции ТШХ у больных с I, II и III ФК на 14,0%, 14,9% и 12% ( $p<0,001$ ). Повышение толерантности к физической нагрузке сопровождалось улучшением показателей КЖ больных с ХСН, что выражалось в уменьшении СИ КЖ и ШОКС: у больных с I ФК ХСН - на 32,4% и 42,0% ( $p<0,001$ ), со II ФК ХСН - на 23,0% и 41,3% ( $p<0,005$ ), с III ФК ХСН - на 9,5% и 18,2% ( $p<0,05$ ), соответственно, по сравнению с исходными показателями. Была отмечена достоверная обратная корреляционная связь между СИ КЖ с результатами ТШХ с коэффициентом корреляции  $r=-0,809$  соответственно.

**Выводы.** Включение курса физической реабилитации в комплексное лечение больных ХСН с ДП повышает эффективность медикаментозной терапии, улучшает клиническое состояние больных, общего самочувствия, сна, настроения, толерантности к физическим нагрузкам, повышению работоспособности и улучшению КЖ больных.

<sup>1</sup>Камолов А.Н., <sup>2</sup>Рафиев Ф.Р., <sup>1</sup>Собиров С.С., <sup>2</sup>Холов С.К.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННЫХ ВМЕЩАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

<sup>1</sup>ТГМУ им. Абуали ибн Сино,

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

г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка результатов комбинированных методов хирургического лечения при посттромботической болезни (ПТБ).

**Материал и методы.** За период с 2016 по 2018 гг. в отделении хирургии сосудов РНЦССХ прооперированы 32 больных с ПТБ. Средний возраст - 48 лет. Мужчин было 26 (87,5%), женщин - 6 (17,5%). Давность перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей колебалась от 3 до 20 лет. Основной контингент больных (78,1%) - люди молодого и трудоспособного возраста.

Кроме общеклинических методов исследования, больным выполнено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) глубоких вен. Достаточно высокая информативность методики позволило избежать более инвазивных способов диагностики. По классификация CEAP, в 46,9% (n=15) случаях клиника ПТБ соответствовала С III-IV, в 31,2% (n=10) случаях С - V и в 21,9% (n = 7) случаях С -VI.

**Результаты.** Исследования показали, что степень реканализации в глубоких венах зависела от давности перенесенного тромбоза, регулярности курсового приема флеботоников и непрямых антикоагулянтов. У большинства больных диагностированы как горизонтальный, так вертикальный рефлюкс по глубоким и коммуникантным венам.

По стадиям венозной недостаточности и принципу хирургического лечения больные разделены на III группы. Больным I группы (46,9%) с CEAP С III – IV произведена комбинированная флебэктомия (КФ) на голени и коррекция надлобковых вен. Больным II группы (31,2%) с CEAP С-V выполнена КФ на голени с иссечением притекающих вен под язвой и коррекция надлобковых вен. В первых двух группах осложнений не было. Отдаленные результаты были хорошими (n= 18) и удовлетворительными (n = 8). Больным III группы (21,9%) выполнена КФ на голени, иссечение притекающих вен под язвой и резекция задней тibiальной вены. Среди них в 2 случаях отмечен краевой некроз кожи, обусловленный близостью послеоперационной раны с трофической язвой. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде больным назначены: лечебно-охранительный режим, курсовые приемы флеботоников и непрямых антикоагулянтов (в течение 1 года, несколькими курсами), а в отдаленном периоде - компрессионная терапия.

**Выводы.** Таким образом, давая сравнительную оценку существующим методикам, следует добавить несомненное преимущество комбинированных вмешательств., при тяжелых формах ПТБ. Необходимо отметить, что в различных стадиях венозной недостаточности коррекция венозного кровотока если радикально не устраняет патологию, то способствует стойкой ремиссии заболевания, приводит к значительному уменьшению проявлений венозной недостаточности, положительно отражается на качестве жизни пациентов, благоприятствует их скорейшей социальной адаптации.

<sup>1</sup>Камолов Р.С., <sup>1,2</sup>Гаюбов А.Д., <sup>1</sup>Абдусаматов К.А,  
<sup>2</sup>Буриева Ш.М., <sup>2</sup>Зугуров А.Х.

## ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка результатов тромбэмболэктомии из магистральных сосудов у нетранспортабельных больных в условиях хирургического отделения.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 25 больных с тромбозами периферических сосудов, транспортировка которых в специализированное сосудистое отделение не представлялась возможной ввиду тяжелого общего состояния. Возраст больных колебался от 32 до 82 лет, средний возраст 47±3,2 года. Поводом для проведения операции на местах послужило тяжелое состояние больных, обусловленное одновременным развитием острого инфаркта миокарда (ОИМ) или инсульта. Пациенты в основном находились в неврологическом, терапевтическом и кардиологическом отделениях, куда были доставлены в момент острой ишемии конечности. Общее состояние всех больных оценивалось как тяжелое, обусловленное нарушением мозгового кровообращения или инфарктом миокарда. К моменту осмотра ишемия конечности у 13 больных соответствовала IIБ-IIIА степеням по Савельеву. У 2 пациентов отмечалась декомпенсация кровообращения с развитием влажной гангрены конечности.

**Результаты.** Всем больным были выполнены операции в условиях центральных, областных и районных больницах. Пациенты были оперированы под местной анестезией, с использованием в качестве местного анестетика раствора лидокаина, из стандартных доступов: для верхней конечности - из медиальной поверхности локтевого сгиба, для нижней конечности - скарповский треугольник паховой области. Идеальная изолированная тромбозэктомия была выполнена у 15 (56%) пациентов. В 5 (32%) наблюдениях она сочеталась с пластикой общей бедренной артерии заплатой, у 2 (8%) - с профундопластикой. У 3 (12%) пациентов выполнялась имплантация глубокой артерии бедра в поверхностную. Первичная ампутация выполнена у 2 пациентов с декомпенсированным кровообращением.

**Выводы.** Таким образом, наличие специальных инструментов и шовного материала, входящих в мобильный комплект сосудистого хирурга, оказалось достаточным для выполнения тромб- и эмболэктомий и небольших по объему реконструктивных операций в условиях хирургических стационаров общего профиля у нетранспортабельных больных.

*Камолова Н.Т., Мироджов Г.К., Рамазанова З.Д.*

## РЕПЛИКАЦИЯ ВИРУСОВ И АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СМЕШАННОЙ HBV+HDV+HCV ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности репликации вирусов и активность процесса при циррозе печени смешанной HBV+HDV+HCV вирусной этиологии.

**Материал и методы.** Нами обследованы 17 больных с циррозом печени смешанной HBV+HDV+HCV вирусной этиологии.

**Результаты.** Из 17 больных циррозом печени (HBV+HDV+HCV): у 4 (23,5%) при проведении ПЦР обнаруживалась только ДНК вируса В, у 4 (23,5%) - только РНК вируса С, у 7 (41,17%) одновременно присутствовали ДНК вируса В и РНК вируса С и лишь у 2 (11,76%) генетический материал вирусов отсутствовал.

У больных ЦП смешанной HBV+HDV+HCV вирусной этиологии при репликации двух вирусов В и С наблюдалась высокая степень активности ферментов АлАТ (от 4 до 6 раз) и АсАТ (от 2 до 3 раз) с повышением билирубина до 4 раз, щелочной фосфатазы до 2 раз, снижением уровней холестерина и альбумина, что указывает на подавление синтетической функции печени.

При преобладании репликации вируса С активность ферментов повышалась до 2 раз, уровень билирубина достоверно повышался до 3 раз, ЩФ - до 2 раз. При репликации только вируса В активность ферментов повышалась от 2 до 3 раз, билирубин - до 3 раз, ЩФ - до 3 раз. У больных же с отсутствием репликации всех трех вирусов функциональные показатели печени были в пределах нормы, за исключением повышения билирубина до 2-х раз.

**Выводы.** Таким образом, между репликацией вирусов и активностью патологического процесса при циррозе печени смешанной HBV+HDV+HCV вирусной этиологии существует четкая коррелятивная связь.

*Каримов М.Б., Махмадов Ш.К., Хайдаров З.Б.*

## ВОЗРАСТ И ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ

Кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
Республиканский клинический центр эндокринологии  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель исследования.** Изучить влияние возраста на распространенность диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типов.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 262 больных СД 2 типа и 32 больных СД 1 типа. Случайная выборка больных осуществлялась на базе Республиканского клинического центра эндокринологии в период с января по май 2018 года. Возраст больных СД 2 типа колебался от 30 до 76 лет, средний возраст больных составил  $59,1 \pm 7,1$  года. Женщины составили большую часть обследованных - 176 (67,2%). Число мужчин, вошедших в исследование, 86 человек (32,8%). Возраст пациентов СД 1 типа варьировал от 16 до 62, средний возраст составил  $33,6 \pm 11,7$  лет. Мужчин было 14, женщин - 18.

**Результаты.** Установлена взаимосвязь между развитием диабетической ретинопатии и возрастом больных. Среди больных СД 1 типа преобладали лица в возрасте до 40 лет - 22 больных (68,75%). Среди больных СД 2 превалировала возрастная категория 50-59 лет - 114 больных (43,5%). В возрасте 70 и более лет количество больных СД 2 типа сократилось до 13% (34 больных), тогда как при СД 1 типа больных старше 70 лет не было, это связано, вероятно, с тем, что часть больных не доживала до этого возраста. Самое маленькое число пациентов СД 2 типа относится к возрастной группе до 40 лет - 10 больных (3,8%), а при СД 1 типа в возрасте 69 лет - 2 человека (6,2%).

У больных СД 2 типа в возрастной группе 30-39 лет диабетическая ретинопатия (ДР) выявлялась в 40% (4 больных) случаев. В группе 40-49, 50-59, 60-69 лет ДР выявлялась соответственно у 81,8% (18 больных), 84,2% (96 больных) и 82,9% (68 больных). Самая высокая распространенность диабетической ретинопатии наблюдалась в группе старше 70 лет - 94,1%.

У больных СД 1 типа в возрасте до 39 лет диабетическая ретинопатия выявлялась у 55,6% (10 больных). Наиболее часто она обнаруживалась у больных в возрасте 50-59 (100%), 60-69 (100%) лет. Это можно объяснить тем, что эти группы обследованных составили лица с длительностью СД 1 типа более 10 лет.

**Выводы.** Динамика распространённости ДР как при СД 1 типа, так и при СД 2 типа свидетельствует о том, что наиболее высокий риск развития и прогрессирования заболевания имеют лица старших возрастных групп.

*Каримов М.Б., Хайдаров З.Б., Карим-заде Х.Д.*

## ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ

Кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
Республиканский клинический центр эндокринологии  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить влияние индекса массы тела на распространённость диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типов.

**Материал и методы.** Нами обследованы 262 больных СД 2 типа и 32 больных СД 1 типа. Случайная выборка больных осуществлялась на базе Республиканского клинического центра эндокринологии за период с января по май 2018 года. Возраст больных СД 2 типа колебался от 30 до 76 лет, средний возраст больных составил  $59,1 \pm 7,1$  года. Возраст пациентов СД 1 типа варьировал от 16 до 62 лет, средний возраст составил  $33,6 \pm 11,7$  лет. Индекс массы тела рассчитывался по формуле Кеуза:

$$\text{индекс массы тела} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2.$$

При оценке индекса массы тела использовалась классификация ожирения, предложенная ВОЗ в 1997 г. Массу тела считали нормальной при индексе массы тела  $20-24,9 \text{ кг/м}^2$ , избыточной - при индексе массы тела  $25-29,9 \text{ кг/м}^2$ , индекс массы тела  $30 \text{ кг/м}^2$  и более считали признаком ожирения.

**Результаты.** В результате проведенного исследования установлено, что частота развития диабетической ретинопатии была выше у лиц, страдающих ожирением, имеющих индекс массы тела  $> 25,0 \text{ кг/м}^2$ .



У 74,8 % обследованных больных СД 2 типа масса тела превышала нормальную. При этом у 35,1% (92 человека) обследованных имелась избыточная масса тела - индекс массы тела 25 - 29,9 кг/м<sup>2</sup>, а у 39,7% (104 человек) наблюдалось ожирение (индекс массы тела >30,0 кг/м<sup>2</sup>). Недостаточная масса тела (индекс массы тела < 20 кг/м<sup>2</sup>) выявлена у 7,6% (20 человек) больных.

Пациентов с нормальной массой было 17,6% (46) человек.

У больных СД 1 типа данные были статистически незначимы.

**Выводы.** В результате исследования четко прослеживается взаимосвязь между избыточной массой тела пациентов и распространённостью диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

*Каримов М.М., Собирова Г.Н., Абдуллаева У.К.,  
Рустамова С.Т., Нишанов Д.А.*

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПО СИСТЕМЕ OLGA ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Изучить степень морфологических изменений в слизистой оболочке желудка при *Helicobacter pylori* (НР) - ассоциированном хроническом гастрите.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 30 больных (18 мужчин и 12 женщин, средний возраст 49,2±3,9 год) с НР-ассоциированным хроническим гастритом (гастрит типа В). Верификацию диагноза проводили по данным эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией из 5 точек желудка (2 из тела, 2 из антрального отдела и 1 из малой кривизны желудка) и гистологического исследования. Оценку морфологической картины проводили по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Наличие НР подтверждено с помощью неинвазивного дыхательного C14-уреазного теста (HUBT-20P *Helicobacter pylori* detector).

**Результаты.** Исследования выявили, что у всех больных была имеется обсемененность слизистой оболочки желудка НР-инфекцией, по результатам двух тестов. Было показано, что у 13 исследованных больных морфологическая картина желудка соответствовала хроническому неатрофическому гастриту. У 17 обследованных больных была выявлена морфологическая картина хронического атрофического гастрита. Из них у 8 больных гистологическая картина согласно системе OLGA соответствовала атрофии 1 степени, у 5 - атрофии 2 степени и у 4 пациентов - атрофии 3 степени.

**Выводы.** Выявление атрофических процессов в слизистой оболочке желудка у 56,7% больных, особенно выраженной атрофии 2 и 3 степеней у 30,0% больных, диктует необходимость проведения гистологических исследований желудка при НР-ассоциированных хронических гастритах.

*Каримов М.М., Собирова Г.Н., Далимова Д.А., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М.*

## ОЦЕНКА РАСПОСТРАНЕННОСТИ HELICOBACTER PYLORI В УЗБЕКИСТАНЕ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Изучить частоту выявления *Helicobacter pylori* (HP) и её патогенных штаммов в регионах Узбекистана.

**Материал и методы.** Обследовано 69 больных (38 мужчин и 31 женщин, средний возраст  $50,3 \pm 3,1$  лкт) с HP - ассоциированным хроническим гастритом. Верификацию диагноза проводили по данным эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией и быстрым уреазным тестом. Материалом для молекулярно-генетического исследования мутаций служила геномная ДНК HP. Мутации определялись методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с использованием праймеров и зондов. Генотипирование изолятов HP осуществлялось непосредственно на образцах биопсии слизистой желудка.

**Результаты.** Исследования показали, что на территории Узбекистана частота распространённости HP составляла в среднем более 80% в популяции. Изучено географическое распределение генотипов HP, во всех регионах превалирует CagA положительный вариант. VacAs1m1 чаще встречался в Хорезмском регионе и Каракалпакстане, VacAs1m2 - в Намангане и Ташкенте. Среди различных регионов и областей Узбекистана Хорезмский регион отличается особо высоким уровнем инфицированности, что, возможно, связано с факторами окружающей среды и неблагоприятной экологической обстановкой. Также было выявлено, что 41 образец был CagA положительным, что соответствует 59,4% от общего количества образцов. Во всех образцах было обнаружено присутствие гена VacA.

**Выводы.** Таким образом, Узбекистан относится к регионам с высоким уровнем инфицированности населения HP, при этом отмечается превалирование CagA положительных штаммов.

*Каримова Ф.А., Бобоалиев С.М., Одинаев Ш.Ф.*

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Бурный прогресс в области эндоваскулярных технологий и непрерывное совершенствование инструментария способствуют тому, что тактика инвазивного лечения больных ИБС становится более агрессивной, а показания к его проведению постоянно расширяются. Так, внедрение в клиническую практику коронарных стентов позволило обеспечить надежный контроль над непосредственными результатами и выполнять эндоваскулярные вмешательства с минимальным риском развития острых осложнений.

**Цель.** Изучение качества жизни до и после стентирования коронарных артерий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Материал и методы.** За 2017 г. в условиях клиники «Сино» проведен анализ качества жизни у 60 пациентов со стабильной стенокардией до и после стентирования коронарных артерий. До- и послегоспитальные процедуры выполнены согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов (ACC) и Всероссийского Научного Общества кардиологов. Среди обследованных преобладали мужчины - 46 (76,6%) больных (средний возраст  $56,1 \pm 1,8$  года) и 24 (23,4%) женщины (средний возраст  $58,0 \pm 1,9$  года).

Всем пациентам устанавливались не более 2 стентов, покрытых сиролимусом (Taxus). Для оценки качества жизни (КЖ) был использован опросник SF-36, адаптированный к больным с сердечно-сосудистой патологией. В исследование не включались больные, перенесшие ангиопластику или аорто-коронарное шунтирование, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартное отклонение ( $\sigma$ ) и стандартную ошибку (m).

**Результаты.** После стентирования коронарной артерии у пациентов, страдающих ИБС, отмечались положительные сдвиги в клинической симптоматике, выражающиеся в исчезновении болей, одышки и сердцебиения, улучшении настроения, больные ощущали прилив бодрости и

сил. Помимо улучшения клинической симптоматики, у большей части пациентов отмечалась нормализация зубца Т и сегмента ST.

Результаты оценки качества жизни показали, что большинство параметров имеют отчетливую тенденцию к увеличению суммарного количества баллов. Психологические компоненты здоровья улучшились (МН) с  $46,4 \pm 2,5$  до  $71,3 \pm 2,0$ . Основными параметрами улучшения психологического компонента является улучшение жизненной активности (VT) с  $37,0 \pm 1,5$  до  $52,0 \pm 1,2$  балла, а также психического компонента здоровья (МН) с  $58,0 \pm 2,5$  до  $85,5 \pm 2,1$  балла. В меньшей степени улучшаются компоненты социального функционирования (SF) с  $50,5 \pm 3,2$  до  $55,0 \pm 1,5$  и эмоционального состояния (RE) с  $57,0 \pm 2,0$  до  $61,0 \pm 2,5$  балла.

Компонент физического функционирования (Physical Health) повысился с  $34,4 \pm 2,0$  до  $45,5 \pm 1,5$  баллов. Следует отметить, что частота и интенсивность болевого фактора (BR) снизилась, отражаясь повышением активности с  $55 \pm 1,0$  до  $72 \pm 2,0$  баллов. Компоненты общего состояния здоровья (GH) и ролевого функционирования (RP) также имели достоверную картину к увеличению.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о том, что стентирование коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее успешным методом лечения ишемической болезни сердца. Это обстоятельство оправдано не только улучшением клинического состояния, но и психологического и физического компонентов качества жизни.

*Каримова Ф.А., Табаров А., Раджабзода М.Э.*

## ЗАВИСИМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ, ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ И МАССЫ ТЕЛА

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Для профилактики ИБС и артериальной гипертензии большая часть рекомендаций прямо или косвенно направлена на снижение массы тела и таких факторов риска, как снижение содержания холестерина в крови и нарушения толерантности к глюкозе.

**Цель.** Выяснить, в какой степени снижение массы тела может рассматриваться как показатель эффективности профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня холестерина в крови и нарушения толерантности к глюкозе.

**Материал и методы.** Использовались данные обследования 239 мужчин в возрасте 40-59 лет, проходивших диспансерное наблюдений в клинике «Сино» города Душанбе с 2014 по 2017 год. У обследуемых при наличии повышенных уровней риска ИБС проводились профилактические мероприятия и ежегодное повторное обследование. Во время первичного и повторных обследований среди других показателей регистрировались масса (МТ) и рост тела, систолическое (АДс) и диастолическое (АДд), содержание холестерина в сыворотке крови (ХС) и глюкозы через час после нагрузки 75 г глюкозы, для исключения зависимости МТ от роста тела использовался индекс массы тела (ИМТ) представляющий отношение МТ к квадрату роста.

**Результаты.** Полученные при обследовании данные показывают линейную зависимость от ИМТ порядка  $22-23 \text{ кг/м}^2$  как АДс, так и АДд. Увеличение ИМТ на  $1 \text{ кг/м}^2$  соответствует повышению АДс на  $1,9 \text{ мм рт. ст.}$ , АДд на  $1,3 \text{ мм рт. ст.}$  (или при среднем росте соответственно  $0,65$  и  $0,44 \text{ мм рт. ст.}$  на  $1 \text{ кг МТ}$ ). При определении содержания ХС четкая связь наблюдается только при ИМТ до  $28 \text{ кг/м}^2$ , а при больших значениях ИМТ она отсутствует (то есть ХС при изменении ИМТ на  $1 \text{ кг/м}^2$  соответствует изменению содержания ХС примерно на  $0,096 \text{ ммоль/л}$  или  $1,9 \text{ мг\%}$ ). Зависимость содержания глюкозы после нагрузки от ИМТ составляет в среднем  $0,178 \text{ ммоль/л}$ . Эти данные свидетельствуют о наличии четкой зависимости между изучаемыми факторами риска и ИМТ. Для изучения зависимости динамики риска от изменений МТ использовались результаты, полученные у лиц, повторно обследуемых через год после первичного обследования (таких лиц было 108). Исследования показали такую же картину, что и при первичном исследовании. Среднее изменение АДс составляло  $1,8 \text{ мм рт. ст.}$ , АДд –  $1,3 \text{ мм рт. ст.}$ , содержание ХС  $0,140 \text{ ммоль/л.}$ , глюкозы –  $0,078 \text{ ммоль/л.}$

**Выводы.** Таким образом, при изменении МТ по данным повторного, с интервалом 1 год, обследования у одних и тех же лиц сохраняется примерно одинаковая зависимость АД и ИМТ, как и при статическом её рассмотрении по данным одномоментного изучения популяций. Полученные количественные оценки связей между АД, содержанием ХС и глюкозы, с одной стороны, и МТ и её временными изменениями – с другой, открывают возможности прогнозировать изменения уровней факторов риска по динамике МТ при оценке здоровья населения.

*Кароматова Т.И., Мустафакулова Н.И.,  
Абдуллаева С.Н., Мирзокаримова Н.С.*

## КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Продемонстрировать клинический случай у пациентки с кардионеврологическими нарушениями при миеломной болезни (МБ).

Больная А., 1949 г. рождения, жительница Согдийской области. Жалобы на прогрессирующую слабость, боли в области сердца и поясничной области, сердцебиение, появление отёков на нижних конечностях. Из анамнеза заболевания: болеет с сентября 2015 года. Обратилась в районную больницу по месту жительства, где ей был выставлен диагноз: ИБС: стенокардия напряжения, ФК IV, ХСН-II Б стадия, ФК III. Получала в течение года соответствующую терапию. В конце мая 2016 года заметила появление геморрагических высыпаний на коже живота и рук, обратилась к гематологу. Больная в сопровождении родственников обратилась в НИИ гематологии Российской Федерации, где был подтверждён диагноз: множественная миелома. И с этим диагнозом больная находилась на стационарном лечении в гематологическом отделении ОКБ им. Кутбиддинова. Общее состояние тяжёлое. Видимые слизистые оболочки и кожные покровы бледные, геморрагии на коже нижних конечностей. В лёгких аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. ЧД 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/90 мм рт.ст. Пульс 108 ударов в минуту. Язык бледно-розовый, сухой, обложен белым налётом. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Селезёнка выступает на 3,5 см из-под края левой реберной дуги. Симптом поколачивания положительный с двух сторон. В общем анализе крови эритроциты - 1,89; гемоглобин - 56,0; цветной показатель - 0,9; тромбоциты - 45,0 тыс.; миелоциты - 6; метамиелоциты - 3; палочкоядерные - 8; сегментоядерные - 30; эозинофилы - 1; лимфоциты - 44; моноциты - 3; плазмциты - 7. В биохимическом анализе крови: общий белок 63,2 г/л; общий билирубин 17,1 мкмоль/л; СОЭ -70 мм/ч; прямой билирубин -5,2 мкмоль/л; не-прямой билирубин - 16,0 мкмоль/л; ALAT - 18,1; AsAT - 17,5; мочевины 8,7; белок Бенс-Джонса в моче (+). Коагулограмма - ККВ -33 сек, ПТИ -85%, ПГкГ - 17, фибриноген - 2,5 г/л, ретракция кровяного сгустка - 0,15; кальций - 3,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок - 0,33%, плотность - 1008, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - единичные. На рентгенограммах черепа выявлен «симптом пробойника», очаги деструкции и остеолитизиса выявлены и в других плоских костях - лопатках, рёбрах, тазовых костях, диффузный остеопороз. Получала соответствующую терапию и выписана с некоторым улучшением состояния, но через 3 месяца в тяжёлом состоянии обратилась к гематологу с жалобами на боли в области сердца и в пояснично-крестцовом и грудном отделах позвоночника и в рёбрах, прогрессирующую слабость. На ЭхоКГ визуализируется наличие свободной жидкости и утолщение перикарда. На ЭКГ при экссудативном перикардите отмечалось снижение амплитуды всех зубцов.

**Выводы.** Таким образом, при наличии анемии, тромбоцитопении, высокой СОЭ, при упорной сердечной и радикулярной боли необходимо помнить о возможности развития осложнений МБ. Своевременная диагностика ранних кардионеврологических расстройств у пациентов с МБ позволяет предотвратить грозные осложнения и летальность.



*Коваль В.Ю.*

## ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет  
г. Ужгород, Украина

---

**Актуальность.** Низкий уровень витамина Д тесно связан с высоким риском общей смертности, возникновением онкологической патологии, дефицитом мышечной массы, ожирением, метаболическим синдромом, риском инсулинорезистентности и сахарного диабета 1 и 2 типов у взрослых.

**Цель.** Определить уровни витамина Д при разных формах хронического панкреатита.

**Материал и методы.** В исследование включено 48 стационарных больных хроническим панкреатитом (18 – хроническим псевдотуморозным панкреатитом, 16 – хроническим калькулезным панкреатитом, 14 – хроническим паренхиматозным панкреатитом), которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака. Среди обследованных мужчин было 85%, женщин – 15%. Возраст больных составил  $47,64 \pm 3,64$  лет. Давность заболевания  $7,8 \pm 2,76$  лет. Диагноз хронического панкреатита выставляли на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного и ультразвукового обследования, компьютерной томографии поджелудочной железы. Всем больным определяли уровень витамина Д в сыворотке крови. Наиболее оптимальным уровнем 25 (ОН) D в сыворотке крови считают 100-150 нмоль/л.

**Результаты.** В клиническом течении у 85% больных хроническим псевдотуморозным панкреатитом встречалась общая слабость, периодическая – у 50%, постоянная боль – у 30%, вздутие живота – у 55%, изжога – в 65%, горечь во рту – у 30%, запоры – у 40%, поносы – у 30%, снижение аппетита – у 30%, тошнота – у 20%, рвота, сухость во рту и головокружение – у 10%, бессонница – у 20%, повышенная нервозность – у 45%. У больных хроническим калькулезным панкреатитом общая слабость отмечалась в 71% наблюдений, постоянная или периодическая боль – в 29%, тошнота, рвота, изжога, поносы, вздутие живота и снижение аппетита – в 14%, запоры – в 29%, бессонница – в 45%, повышенная нервозность – в 65%. В группе больных хроническим паренхиматозным панкреатитом чаще выявляли постоянную боль – в 50%, общую слабость – в 88%, вздутие живота и изжогу – в 50% наблюдений. Значительно реже выявляли раздражительность – 25% и бессонницу – 10%.

У больных хроническим калькулезным панкреатитом выявлено уменьшение концентрации витамина Д в 1,8 раз ( $p < 0,01$ ) в сыворотке крови –  $32,71 \pm 5,52$  нмоль/л в сравнении с больными хроническим псевдотуморозным панкреатитом –  $59,38 \pm 8,56$  нмоль/л и в 1,9 раза в сравнении с группой больных хроническим паренхиматозным панкреатитом. Уровень витамина Д в сыворотке крови при хроническом паренхиматозном панкреатите составил  $64,0 \pm 10,17$  нмоль/л. Показатели витамина Д у больных хроническим паренхиматозным и псевдотуморозным панкреатитом существенно не отличались, но были ниже оптимального уровня витамина Д в сыворотке крови.

**Заключение.** 1. При хроническом панкреатите независимо от клинической формы в сыворотке крови выявлено снижение уровня витамина Д; 2. При хроническом калькулезном панкреатите отмечен значительный дефицит витамина Д в сыворотке крови, что сопровождается более выраженными клиническими проявлениями; 3. Уровень снижения количества витамина Д у больных хроническим панкреатитом обязательно должен учитываться при их лечении.

*Кодиров Ф.Д.*

## К ПАТОГЕНЕЗУ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНОСТЕНОЗОВ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучить значение метаболизма коллагена, окислительного стресса и цитокинов в патогенезе рубцово-язвенных дуоденостенозов.

**Материал и методы.** В исследовании представлены результаты хирургического лечения 564 больных ЯБ ДПК, осложнённой стенозом, за период с 1990 по 2015 г. Продукты ПОЛ в сыворотке крови изучены путем определения малонового диальдегида (МДА), а в слизистой ДПК - диеновых конъюгат (Д) и диенкетонов (К). Уровни цитокинов - интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли (tumor necrosis factor TNF-а) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) - определены в зависимости от морфологической формы стеноза (язвенно-инфильтративная, язвенно-рубцовая, рубцовая), в биоптатах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки определяли содержание серотонина. Синтез коллагена изучен путем определения содержания пролина и оксипролина в сыворотке крови, экскреции оксипролина в моче и желудочном соке. Морфологические исследования проведены у 77 больных.

**Результаты.** Проведенные исследования показали, что в основе патогенеза рубцово-язвенного дуоденостеноза лежит гиперпластический процесс, как ответная компенсаторная реакция периульцерозных тканей на пенетрацию язвы с деструкцией мышечного каркаса стенки кишки и пролонгированного воспалительно-инфильтративного процесса в язвенной зоне. При пенетрации язвы на базе физиологической регенерации развертывается извращенная репаративная регенерация. В ответ на резкое усиление распада белка клетке усиливаются анаболические процессы. Этот период морфологически выражается в увеличении числа ультраструктур, их гиперплазии и гипертрофии, усилении митотической активности. Репаративная регенерация осложненной язвы сопровождается приспособительной биохимической перестройкой тканей. В роли агентов распада или альтерации выступают вторичные продукты перекисного окисления липидов, а в роли медиаторов воспаления – провоспалительные цитокины, уровень которых резко усиливается при язвенно-инфильтративной форме дуоденостеноза. Продукты ПОЛ, провоспалительные цитокины, серотонин и обусловленные ими альтерация, спазм, периульцерозная воспалительная инфильтрация и патоиммунные нарушения способствуют извращению репаративной регенерации, активации коллагеногенеза и гипертрофическому разрастанию рубцовой соединительной ткани. В роли агента усиления синтетических процессов выступают фибробласты, ферменты и белки, участвующие в синтезе коллагена – пролин, оксипролин и пролингидроксилаза. Причем, именно при язвенно-инфильтративной форме стеноза они достигают своего максимума. При ЯБДК происходит активный метаболизм коллагена в зоне язвенного дефекта. При неосложненном течении заболевания процесс синтеза и деградации коллагена находятся в состоянии динамического равновесия, что препятствует избыточному отложению рубцовой ткани при заживлении язвы. При формировании стеноза синтез коллагена преобладает над его деградацией, что способствует усилению фиброгенеза. Факторами, стимулирующими синтез коллагена, наряду с вторичными продуктами ПОЛ и распада тканей, являются провоспалительные интерлейкины, а также аутоиммунные сдвиги, активирующие пролингидроксилазу. Патогенетическое значение активации ПОЛ, на наш взгляд, заключается в стимуляции некробиотического процесса в зоне язвы, создании условий для гибели клеток, в повышенной проницаемости лизосомальных мембран и выходе из лизосом кислых гидролаз, оказывающих повреждающее действие на окружающие ткани. В результате таких изменений пораженная ткань в области язвенного дефекта приобретает со временем свойства аутоантигена, а формой проявления данного процесса можно считать органоспецифическую иммунокомплексную реакцию (феномен Артюса). Проведено комплексное изучение содержания цитокинов ИЛ-6, TNF-а, ИЛ-10 в сыворотке крови у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при различных морфологических формах дуоденостеноза. Выяснено, что при язвенно-инфильтративной и язвенно-рубцовой формах, как правило, наблюдается повышение содержания провоспалительных интерлейкинов, причем отмечены максимальные показатели ИЛ-6 в 100%, а максимальные показатели TNF-а - в 73,3% случаев. Повышение ИЛ-10 отмечено только в 32% случаев, причем его максимальные показатели отмечены только в 6,7%. Явное преобладание ИЛ-6 и TNF-а над ИЛ-10 свидетельствует об истощении иммунных механизмов и неблагоприятном прогнозе течения язвенной болезни, сопровождающихся развитием воспалительно-деструктивных процессов, что ведет к замедлению регенерации язвенного дефекта. Морфологические формы стеноза – язвенно-инфильтративная, язвенно-рубцовая и рубцовая, по существу, являются стадиями одного патологического процесса - формирования стеноза, в котором существенную роль играет периульцерозное воспаление. Связь между интенсивностью ПОЛ, высоким содержанием ИЛ и снижением Т-супрессорной функции лимфоцитов можно объяснить тем, что продукты ПОЛ оказывают цитотоксическое действие, разобщают окислительное фосфорилирование и тем самым нарушают энергетический обмен в клетке. Не исключено, что тем самым

активация ПОЛ, равно и повышенное содержание интерлейкинов, могут способствовать развитию дефицита Т-супрессоров при осложненном течении язвенной болезни. Факт корреляции между активностью ПОЛ, содержанием провоспалительных интерлейкинов и оксипролина при язвенно-инфильтративной и язвенно-рубцовой формах стеноза позволяет предполагать, что продукты ПОЛ, интерлейкины являются факторами, поддерживающими периаульцерозное воспаление, но и стимулирующими усиленный синтез коллагена. В связи с полученными результатами, механизм формирования стеноза при ЯБ нам представляется следующим образом. Пусковым механизмом развития стеноза является пенетрация язвы с повреждением мышечно-апоневротического каркаса стенки ДПК, на что мышцы реагируют длительным спазмом. Благо, для этого имеется патогенетический субстрат – высокая концентрация серотонина в периаульцерозных тканях. Спазм стенки ДПК на уровне язвы формирует «псевдопривратник», который, постепенно сужаясь, берёт на себя функцию привратника, который превращается в рубцовое кольцо. В дальнейшем происходит фиброзирование и дезорганизация соединительнотканых структур стенки ДПК, которые, постоянно поддерживаясь воспалением и патоиммунными процессами, активируя коллагеногенез, ведут к избыточному образованию соединительной ткани в зоне дуоденальной язвы.

**Выводы.** Последовательность патогенетической цепочки формирования стеноза представляется следующим образом: кислотно-пептическая агрессия - перманентное обострение язвенного процесса - пенетрация язвы – повреждение соединительнотканного и мышечного каркаса кишки - активация ПОЛ – повышение провоспалительных цитокинов и серотонина – воспалительная инфильтрация и спазм – патоиммунные нарушения - активация коллагеногенеза - извращение репаративной регенерации язвы – гипертрофическое разрастание рубцовой ткани.

*Кодиров Ф.Д., Кадыров Д.М., Сафаров Дж.Б.,  
Амонов У.М., Сайдалиев Ш.Ш.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНОСТЕНОЗОМ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Исследование качества жизни больных рубцово-язвенным дуоденостенозом в стадии декомпенсации до и в различные сроки после операции по сравнению с популяционной нормой.

**Материал и методы.** Исследование качества жизни проведено с помощью анкеты-опросника ИКЖ ФХК (М.Н. Кузин, Н.Н. Крылов) у 50 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом в стадии декомпенсации, у 44 больных, перенесших органосохраняющие операции, у 47 больных после резекции желудка по способу Бильрот II. Средний возраст больных до операции составил  $38,5 \pm 2,8$  лет, после операции –  $47,4 \pm 3,2$  лет. В качестве контроля использованы результаты исследования качества жизни у 30 практически здоровых лиц в возрасте до 50 лет. Стадия стеноза определялась рентгенологически и эндоскопически. Морфофункциональное состояние оперированного желудка изучалось лабораторно, рентгенологически и эндоскопически.

**Результаты.** Индекс качества жизни в популяции составил  $129,1 \pm 4,9$  балла. ИКЖ больных декомпенсированным стенозом был значительно понижен ( $76,5 \pm 4,3$  балла) за счет снижения их физического (на 35,9%), экономического состояния (на 26,9%), интеллектуальной (на 33,7%), эмоциональной функций (на 23%), восприятия здоровья (на 25%) и прогрессирования симптомов болезни (на 21%). 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, что находится в пределах среднестатистических колебаний качества жизни в популяции. При изучении качества жизни пациентов после резекции желудка их разделили на две группы: первая – не имеющие пострезекционных синдромов; вторая – имеющие пострезекционные болезни 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.

**Выводы.** Индекс качества жизни больных РЯДС в стадии декомпенсации, по сравнению с популяционной нормой, снижается на 40%. Органосохраняющие операции повышают ИКЖ до показателей популяционной нормы. Резекция желудка не позволяет достичь уровня ИКЖ популяционной нормы. Развитие пострезекционных синдромов способствует максимальному снижению показателей качества жизни больных.

*Козырина Н.В., Беляева В.В., Манукян Ю.А.,  
Оганисян Э., Атаманчук А.А., Ватанова С.,  
Маджитова Т., Джураева Р., Тойтукова М.М.,  
Тостоков Э.Т., Бекметова М.Ю., Шомахмудова Ш.Ш.*

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЖЕНЩИН ПРИЕМУ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ РЕБЕНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ЖЕНЩИН РЕГИОНА ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора

г. Москва, Россия

Республиканский центр по профилактике СПИДа Республики Армения

г. Ереван, Армения

Минский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

г. Минск, Беларусь;

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

г. Душанбе, Таджикистан

Республиканский центр «СПИД»

г. Бишкек, Кыргызстан;

Республиканский центр по борьбе со СПИДом

г. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Соблюдение ВИЧ-инфицированными беременными женщинами рекомендаций по приему препаратов для вертикальной профилактики является принципиальным условием реализации стратегии, направленной на минимизацию риска передачи ВИЧ от матери к ребенку.

**Цель.** Изучить отношение ВИЧ-инфицированных беременных женщин, проживающих в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), к АРВТ, их мнение об эффективности АРВТ для профилактики передачи ВИЧ ребенку во время беременности, а также оценку вероятности рождения здорового ребенка.

**Материал и методы.** В 2017 г. проанкетировано 148 беременных женщин, проживающих в регионе ВЕЦА (55 женщин из Узбекистана, 27 – из Киргизии, 30 – из Беларуси, 30 – из Таджикистана, 6 – из Армении). Участницам исследования предлагалось выразить отношение к приему АРВТ, оценить вероятность рождения здорового ребенка и эффективность АРВТ для профилактики его инфицирования ВИЧ. Средний возраст респондентов составил  $29,5 \pm 5,0$  лет. Стаж жизни с ВИЧ в среднем равнялся 4 годам (4,5 – в Узбекистане, 3 – в Киргизии, 3,9 – в Беларуси, 4,3 – в Таджикистане, 2,3 – в Армении). У половины опрошенных (50,3%) был опыт приема АРВТ до беременности (38,9% – в Узбекистане, 53,8% – в Киргизии, 50% – в Беларуси, 73,3% – в Таджикистане, 16,7% – в Армении). Среднее или незаконченное среднее образование имели 45,6% беременных, средне-специальное – 33,3%; законченное и незаконченное высшее – 21,1%. В среднем 34,2% женщин были трудоустроены (работали полный или неполный рабочий день), 50% женщин были домохозяйками, однако этот показатель варьировал от 70,9% в Узбекистане до 6,9% в Беларуси. Статус «замужем» (официальный или гражданский брак) указали 90% респондентов из Узбекистана, 88% – из Киргизии, 83% – из Беларуси, а также 100% – из Армении и



Таджикистана. При этом наличие ВИЧ-позитивного партнера отметили 47,3% женщин (49,1% – в Узбекистане, 50% – в Кыргызии, 30% – в Беларуси, 56,7% – в Таджикистане, 66,7% – в Армении).

**Результаты.** Максимальную уверенность (100%) в рождении здорового ребенка выразила половина участниц опроса (54%); 91,2% – положительное отношение к АРТ (среди женщин принимавших АРТ до беременности – 94,6%). При этом доля респондентов, согласных с тем, что прием препаратов АРВТ является эффективным для профилактики передачи ВИЧ ребенку, составила 65,5%, и 68,9% – среди женщин, получавших АРТ до беременности. Средний балл самооценки состояния здоровья в когорте беременных составил 8,8 из 10 предложенных, свое здоровье оценили на 5 и менее баллов 5% беременных женщин (10,9% – в Узбекистане, 3,7% – в Кыргызии, по 16,7% – в Беларуси и Таджикистане). Максимально высокая самооценка (10 баллов) отмечена у 81% респондентов, но между странами выявлены существенные отличия: так в Узбекистане свое здоровье на 10 баллов оценили 67% беременных, в Кыргызии – 59,2%, в Беларуси – 30%, в Таджикистане – 26,6%, и в Армении – 100%.

**Выводы.** Положительное отношение женщин к АРВТ имеет принципиальное значение для формирования у них приверженности при наличии полной уверенности в благополучном исходе. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном осознании цели приема препаратов АРВТ для профилактики инфицирования ребенка во время беременности, что может негативно влиять на соблюдение рекомендаций и эффективность вертикальной профилактики. Высокая самооценка состояния здоровья может свидетельствовать как о хорошем самочувствии женщин, так и переоценке своего здоровья, что требует уточнения.

*Комилов И.Ш., Раджбзода С.Р.*

## ВЛИЯНИЕ МИКРОКЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить условия труда медицинского персонала различных отделений многопрофильного стационара и оценить риск здоровья медицинских работников от воздействия химических веществ воздуха рабочей зоны.

**Материал и методы.** На основе карт аттестации рабочих мест проведено исследование по изучению распространенности оптимальных, допустимых и вредных условий труда на рабочих местах медицинского персонала крупного многопрофильного стационара. Всего проанализировано 706 карт аттестации рабочих мест сотрудников отделений клинического и параклинического профиля. Базой проведения исследования являлась многопрофильная больница, рассчитанная на 739 коек и включающая в себя 6 хирургических отделений с 2 операционными блоками, 5 терапевтических отделений,

2 отделения анестезиологии и реаниматологии, 10 параклинических отделений и ряд вспомогательных подразделений.

**Результаты.** При изучении условий и характера труда медицинских работников выявлены различные неблагоприятные факторы, обусловленные особенностью и характером их профессиональной деятельности. В некоторых лечебно - профилактических учреждениях (операционные залы, процедурные кабинеты и др.) в силу специфики выполняемых в них работ возникают неблагоприятные гигиенические условия.

При работе в тёплый период года температура воздуха в операционных в начале рабочей смены в среднем составляло  $24,1 \pm 0,4^\circ\text{C}$ , к 12 часам дня она повышалась до  $32,7 \pm 1,2^\circ\text{C}$ , а в 14 часов, естественно, до  $34,41 \pm 0,8^\circ\text{C}$ , хотя система охлаждения воздуха (кондиционер) работала постоянно. Эти данные свидетельствуют о том, что мощность существующей системы охлаждения воздуха является недостаточной для оптимизации микроклимата в операционных залах.

Анализ материалов социологических исследований показал, что дискомфортные микроклиматические условия на рабочих местах были отмечены хирургами в 82,5% случаев, травматологами в 75% случаев, онкологами в 72,1% случаев.

**Выводы.** Таким образом, следует отметить, что врачи хирургического профиля в процессе своей трудовой деятельности подвергаются влиянию различных неблагоприятных факторов, степень которых зависит от характера выполняемых рабочих операций и сезона года, что диктует необходимость разработки мероприятий, направленных на улучшение условий их труда при работе в условиях жаркого климата.

*Комилов Д.К., Ходжаев И.А., Бобочонов Н.Н.,  
Раупов А.В., Эшонкулов Ш.А., Ёров Ч.Э., Охунова Д.Х.*

## АКТИВНАЯ РЕПЕРFUЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Согдийской областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им проф. Амонулло Орифова

**Цель.** Оценить результаты реперфузионной терапии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материал и методы.** В реанимационном отделении 34 больным со средним возрастом  $63 \pm 5,3$  лет, мужчин - 28 (82%), женщин - 6 (18%), с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST проведена тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 27 пациентов (средний возраст  $63 \pm 5,8$  лет), которым в течение первых 24 часов от развития болевого синдрома проведена ТЛТ (Стрептокиназа 1,500000 Ед в/в согласно утвержденному протоколу), во вторую - 7 больных (средний возраст  $63 \pm 3,7$  лет), которым проведена первичная ЧКВ.

**Результаты.** Всем больным, подвергшимся ТЛТ или ЧКВ, перорально давали аспирин в нагрузочной дозе 250-500 мг и клопидогрель перорально в нагрузочной дозе 300 – 600 мг. Время поступления в реанимацию от начала болевого синдрома в первой группе составило  $127 \pm 89$  минут, во второй -  $129 \pm 83$  минут. Время ТЛТ после регистрации элевации сегмента ST на ЭКГ в первой группе было  $34 \pm 12$  мин., во второй время ЧКВ со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии (ИСКА) составило  $702 \pm 156$  минут. Ранее перенесенный инфаркт миокарда в первой группе выявлен у 5 больных, инсульт - у 3, во второй группе перенесенный инфаркт имелся у 2 пациентов. Лабораторные и инструментальные показатели: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) перед ТЛТ в первой группе в среднем составило  $26 \pm 4,5$  секунд, после ТЛТ -  $64 \pm 8,4$  сек, во второй группе -  $26 \pm 3,3$  секунд, после ЧКВ и ведения гепарина в среднем составило  $71 \pm 12$  секунд. По данным эхокардиографии (ЭХОКГ) фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) у больных, подвергшихся ТЛТ, составила в среднем  $44 \pm 2,9\%$ , перед выпиской из стационара -  $46 \pm 3,4\%$ , во второй группе перед ЧКВ ФВЛЖ -  $43 \pm 1,2\%$ , после инвазивного вмешательства -  $53 \pm 2,1\%$ . Осложнение в виде снижения систолического АД до 80 мм рт. ст. наблюдалось у 15 больных. По данным коронарографии, поражение двух сосудов выявлено у 4, трех - у 3 больных второй группы. Выполнена ранняя инвазивная реваскуляризация ИСКА с поражением ПМЖВ + ОВ 3 больным, ОВ + ВТК двоим и проксимальной части ПКА - двоим пациентам. Во время коронарографии и ЧКВ во II группе больных в первые сутки после инвазивной реперфузии осложнений не наблюдалось. Число проведенных в реанимации койко-дней у больных, подвергшихся ТЛТ, составило в среднем  $6 \pm 2$ , у пациентов, подвергшихся ЧКВ, -  $2,5 \pm 0,4$ . Нарушения ритма после ТЛТ в виде фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии наблюдались у 3 больных, после электрической кардиоверсии им успешно восстановлен синусовый ритм.

**Выводы.** Ранняя ЧКВ у больных ОИМ с подъемом сегмента ST является более эффективной в плане профилактики ранних осложнений и более благоприятного исхода, по сравнению с группой пациентов с применением ТЛТ.

*Комилов Д.К., Дехканов О.Х., Бобоев М.М.,  
Пулатов М.С., Мелибоев К.Н.*

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ А-ТИПА ПО КЛАССИФИКАЦИИ СТЕНФОРДА

Согдийской областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им А.Я. Орифова  
Согдийская область, Таджикистан

---

**Цель.** Сообщить о случае успешного хирургического лечения расслаивающей аневризмы аорты.

**Материал и методы.** Пациентка И., 16.05.1962 г.р., рост 175 см, масса тела 85 кг, поступила в отделение хирургии сердца с жалобами на боли за грудиной давящего характера, одышку. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 98 ударов в минуту. Над аортой и сонными артериями выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Артериальное давление (АД) на верхних конечностях 170/30 мм рт. ст., максимальное повышение АД до 240/30 мм рт. ст. Мочеиспускание свободное, моча светлая, прозрачная. Отеки на ногах при поступлении. ЭКГ: ритм синусовый, 98 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. ЭхоКГ: КДР 63 мм, КСР 47 мм, МЖП 11 мм, ЗСЛЖ 10 мм, ФВ 50%, ЛП 35 мм, ПЖ 24 мм. Клапаны аорты изменены, имеются кальциноз с регургитацией потока до сосочковых мышц, недостаточность III степени и стеноз клапана аорты с градиентом давления 41,5 мм рт. ст. Фиброзное кольцо аортального клапана 2,6 см. Восходящая часть аорты расширена до 12 см. Расслаивающаяся аневризма восходящей части аорты. Рентгенография грудной клетки: гиперволемия легочного рисунка. Конфигурация сердца аортальная. Сосудистый пучок 11 см. КТИ – 56%.

После кратковременной подготовки пациенту выполнена операция. Аорта вскрыта продольно, при ревизии обнаружено расслоение А-типа по классификации Стенфорда ниже 1 см в проекции канюляции аорты. Вскрыта ложная аневризма восходящей части аорты, в передней стенке истинной аорты выявлено надрыв размером 10 мм. Иссечена истинная стенка аорты, 3-створчатый клапан аорты кальцинировано изменен, при проведении пробы отмечается регургитация в полость левого желудочка (ЛЖ) III – IV степени. Протезирована восходящая часть аорты и аортальный клапан по методу Bentall–DeBono с использованием клапаносодержащего кондуита «Мединж d=30 мм, клапан d=27 мм», реимплантация коронарных артерий и наложение фистулы между ушком правого предсердия и аневризматическим мешком по Кабрوليو для предотвращения кровотечения. Общее время ИК составило 222 минуты, пережатия аорты - 158 минут. Больная экстубирована через 10 часов после операции. Артериальное давление (инвазивно) на левой верхней конечности составило 130/70 мм рт. ст. Течение ближайшего послеоперационного периода без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 20 сутки после операции под наблюдение врача-кардиолога по месту жительства.

**Выводы.** Таким образом, расслаивающая аневризма аорты - серьёзная болезнь, которая часто заканчивается летальным исходом в ранние сроки после появления первых клинических признаков. Клинический случай демонстрирует, что своевременно оказанная медицинская помощь: стабилизация артериального давления, купирование болевого синдрома, своевременное хирургическое вмешательство, высокая квалификация медицинского персонала и оснащение центра - позволили сохранить жизнь пациентке.

*Комилов Д.К., Дехканов О.Х., Пулатов О.Н.,  
Махмудов Х.Н., Пулатов М.С., Мелибоев К.Н.*

## НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ПАРАЛЛЕЛЬНО С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Согдийской областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии им А.Я. Орифова  
Согдийская область, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить результаты реваскуляризации миокарда на работающем сердце параллельно с искусственным кровообращением у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В Центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Согдийской области за период 2018 года 62 больным с ИБС проведена прямая реваскуляризация миокарда на работающем сердце параллельно с искусственным кровообращением (ИК). Средний возраст пациентов составил  $59 \pm 5,8$  лет, из них мужчин было 40 (64,5%), женщин - 22 (35,5%). К III функциональному классу (ФК) стенокардии относились 42 (67,74%) больных, к IV – 20 (32,26%). 36 (58,06%) пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 34; сахарный диабет у 12; ожирение у 15 и хроническая язвенная болезнь желудка в стадии рубцевания имелись у 8 больных.

**Результаты.** По данным коронарографии, гемодинамически значимое поражение ствола левой коронарной артерии выявлено у 16 (25,80%); субокклюзия передней нисходящей артерии (ПНА) с гемодинамически значимым сужением правой коронарной артерии (ПКА) - у 12 (19,35%); гемодинамически значимое сужение ПНА, огибающей артерии (ОА) и окклюзия ПКА - у 34 (54,83%) пациентов. Недостаточность митрального клапана с регургитацией в левое предсердие по данным ЭхоКГ II степени имелась у 5 (8,06%) пациентов. Снижение контрактильной функции левого желудочка ( $ФВ < 45\%$ ) выявлено у 8 (12,90%) больных, нарушение локальной сократимости миокарда - у 14 (22,58%). Степень хирургического риска по Euro Score II (2010) – 3, прогнозируемая летальность - 2,2%. Реваскуляризация 2 коронарных артерий выполнена 12 (19,35%), 3 и более коронарных артерий - 50 (80,64%) больным. Операцию реваскуляризации миокарда выполняли по стандартной методике. Больным в качестве шунта были использованы: левая внутренняя грудная артерия (ВГА) и подкожная вена, последняя забиралась открытым способом с голени. Параллельная перфузия проводилась стандартно канюляцией аорты, правого предсердия - двухпросветной канюлей, устанавливаемой через ушко в полость правого предсердия и нижнюю полую вену в условиях нормотермии. Стабилизация участка миокарда с целевой коронарной артерией осуществлялась стандартными одноразовыми вакуумными системами. Общее время ИК в среднем составило  $77 \pm 23,3$  минут. Больные экстубированы через  $4,4 \pm 1,2$  часа.

**Выводы.** Применяемая система ОКТОПУС на фоне параллельного ИК позволяет безопасно реваскуляризовать пораженные коронарные артерии без применения кардиopleгии, что исключает время вынужденной ишемии миокарда и является методом выбора для более полной и безопасной реваскуляризации миокарда.

*Комилов И.Ш., Джураева Н.С.*

## ХРОНОМЕТРАЖ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях требует и больших физических усилий и выносливости, внимания и высокой трудоспособности в экстремальных условиях. Для нас представило интерес исследование режима дня медицинских работников хирургического профиля, как работников специальностей, наиболее подверженных нагрузкам.

**Цель.** Разработка мероприятий, направленных на улучшение условий труда, сохранение здоровья и высокой работоспособности медицинских работников.

**Материал и методы.** Объектами исследования явились врачи Городской клинической больницы скорой медицинской помощи: анестезиологи и реаниматологи, хирурги и др. При исследовании вредных производственных факторов труда было уделено внимание исследованиям степени выраженности физических и нервно-психических нагрузок и их влиянию на организм врачей различных специальностей. Особое внимание уделялось фиксации времени работы в вынужденных позах



во время осмотра и оказания медицинской помощи больным. Всего выполнено более 300 полных хронометража рабочей смены при работе в различные сезоны года.

**Результаты.** Известно, что на врачей и других медработников действует целый комплекс вредных факторов, многие из которых на сегодняшний день не изучены должным образом. Прежде всего, это касается тяжести и напряжённости труда, ряда физических и химических факторов.

С целью оценки тяжести и напряжённости труда малоизученной категории врачей – анестезиологов и реаниматологов, нами проведены хронометражные наблюдения суточных дежурств и санитарно-гигиенические исследования их рабочих мест. Анестезиологи и реаниматологи работают, выполняя достаточно интенсивную и направленную работу, имеют по 7-8 суточных дежурств в месяц. Материалы хронометражных наблюдений показали, что медиана времени, затрачиваемого на основную деятельность (сбор анамнеза, осмотр больного, оказание медицинской помощи) врача в общем составляет  $47,3 \pm 9,2\%$  от общего времени рабочей смены.

Время, идущее на вспомогательную деятельность, расходуется на переодевание, мытьё рук, подготовку медицинской аппаратуры к работе, работу с медицинской документацией, в среднем составляет  $38,4 \pm 5,1\%$ . Непроизводительное рабочее время расходуется на отдых –  $14,3 \pm 3,8\%$ .

**Выводы.** Таким образом, хронометражные исследования показали, что большую часть (85,7%) рабочего времени медицинские работники посвящают непосредственно лечебной работе, подготовке к операции и работе с медицинской документацией, что обуславливает тяжесть и напряженность труда 2 степени.

*Комилов Т.Т., Раджабзода М.Э., Тошматова М.К.*

## **ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить влияние эналаприла в условиях монотерапии, а также при сочетании с верапамилем пролонгированного действия и моксонидином на агрегационную активность тромбоцитов у больных артериальной гипертензией на фоне метаболического синдрома.

**Материал и методы.** В исследование продолжительностью 6 месяцев включены 30 больных с метаболического синдромом. Обязательным критерием включения в исследование было наличие артериальной гипертензии. Лечение начинали после двухнедельной отмены лекарственных средств. Больные были рандомизированы на 3 группы: 1-я группа (n=10) получала внутрь эналаприл (энап) в дозе 5-10 мг/сут и верапамил пролонгированного действия (изоптин СР) в дозе 160 мг/сут; 2-я группа (n=10) - эналаприл в той же дозе и моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2-0,6 мг/сут; 3-я группа (n=10) - эналаприл внутрь в дозе 5-10 мг/сут. Для изучения спонтанной агрегации тромбоцитов анализировали агрегационную кривую, записанную в течение 2 мин. без введения индукторов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Результаты обрабатывали методом парных сравнений по критерию Вилкоксона-Манна-Уитни, вероятность ошибочного вывода не превышала 5% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** До начала терапии во всех группах усиливалась агрегационная способность тромбоцитов под влиянием аденозиндифосфата и коллагена. На фоне проводимого лечения у больных 1-й и 2-й групп агрегация тромбоцитов нормализовалась, достоверно уменьшаясь при добавлении аденозиндифосфата в концентрациях 2,5 мкг/мл ( $65,2 \pm 2,4$  против  $51,0 \pm 2,9\%$ , Д 21,8% и  $66,9 \pm 4,7$  против  $54,2 \pm 3,7\%$ , Д 19,0% соответственно) и 5 мкг/мл ( $76,9 \pm 5,0$  против  $50,9 \pm 5,9\%$ , Д 34,0% и  $77,4 \pm 3,4$  против  $58,8 \pm 4,8\%$ , Д 24,0%, соответственно). При назначении эналаприла показатели вызванной аденозиндифосфатом агрегации значительно не изменялись. Коллаген-индуцированная агрегация к концу терапии осталась повышенной во всех группах, хотя в 1-й и 2-й группах степень агрегации тромбоцитов, оцениваемая по кривой светопротекания, достоверно уменьшалась на 15% ( $87,3 \pm 3,6$  и  $82,2 \pm 5,3\%$  против  $74,5 \pm 4,3$  и  $70,0 \pm 5,9\%$ , соответственно). Во всех

группах больных степень спонтанной и индуцированной агрегации, устанавливаемая по кривым среднего размера агрегатов, находилась в пределах нормы до и после антигипертензивной терапии.

**Выводы.** Совместное назначение эналаприла и верапамила, эналаприла и моксонидина уменьшает индуцированную аденозиндифосфатом и коллагеном агрегацию тромбоцитов. Монотерапия эналаприлом не оказывает достоверного влияния на агрегационную активность тромбоцитов.

*Коробко И.Ю., Нечесова Т.А., Павлова О.С.*

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»  
г. Минск, Беларусь

**Цель.** Определить показатели, характеризующие жесткость сосудистой стенки, и показатель сосудистого возраста у пациентов с артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Обследовано 115 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) I–III ст. (мужчин – 28, женщин – 87). Оценка жесткости магистральных сосудов выполнялась при помощи аппланационной тонометрии «Sphygmocog». Изучались: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), центральное аортальное давление (ЦАД), центральное пульсовое давление (ЦПД), индекс аугментации (ИА) и показатель сосудистого возраста.

**Результаты.** В целом по группе СРПВ составила –  $8,7 \pm 0,15$  м/сек. Показатель ЦАД составил  $141,4 \pm 2,0$  мм рт.ст., ЦПД –  $49,8 \pm 1,2$  мм рт.ст., ИА –  $30,7 \pm 1,3$  %. У женщин СРПВ составила –  $8,4 \pm 0,1$  м/сек, ЦАД –  $143,4 \pm 1,8$  мм рт.ст., ЦПД –  $52,4 \pm 1,3$  мм рт.ст., ИА –  $34,4 \pm 1,1$ %. У мужчин уровень СРПВ был  $9,4 \pm 0,3$  м/сек, ЦАД –  $135,6 \pm 5,8$  мм рт.ст., ЦПД –  $42,5 \pm 2,2$  мм рт.ст., ИА –  $19,7 \pm 2,5$ %. У мужчин СРПВ была достоверно выше ( $p < 0,01$ ), чем у женщин. Напротив, ЦПД и ИА были достоверно выше у женщин, чем у мужчин ( $p < 0,004$  и  $p < 0,0005$ , соответственно).

Показатели паспортного и сосудистого возрастов достоверно различались у обследуемых пациентов с АГ I–III ст. Так, в целом по группе паспортный возраст у пациентов составил  $57,3 \pm 0,81$  лет, а сосудистый возраст –  $63,7 \pm 1,4$  лет ( $p < 0,005$ ). Сосудистый возраст у женщин опережал их паспортный возраст, в отличие от мужчин.

**Выводы.** Выявлено, что у пациентов с АГ I–III ст. отмечается различной степени выраженности нарушения жесткости сосудистой стенки, что отражает процессы ремоделирования сосудов у пациентов с АГ. Нормальные значения скорости распространения пульсовой волны и в то же время повышение центрального пульсового давления и индекса аугментации могут свидетельствовать о начальных процессах сосудистого ремоделирования. В целом по группе, а также у женщин сосудистый возраст достоверно отличался от паспортного. Оценка функционального состояния и структуры сосудистой стенки может не только иметь значение в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, но и в плане их профилактики.

<sup>1</sup>Косимов З.Х., <sup>2</sup>Мурадов А.М.

## ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

<sup>1</sup>Областная клиническая больница им. Кутбидинова  
Согдийская область, Таджикистан

<sup>2</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить показатели системы гемостаза у больных с ишемическими инсультами после комплексной интенсивной терапии.

**Материал и методы.** Проанализированы показатели системы гемостаза у 20 больных с ишемическими инсультами (ИИ), получивших две различные схемы лечения: 1 схема - стандартная терапия (гипотензивная, репаративная, антикоагулянтная и тромболитическая), 2 схема лечения – модернизированная (ингаляции гепарина, аргинина, гелия с кислородом и введение антиоксиданта цитофлавина).

Для дополнительной антиоксидантной защиты был использован метаболический антигипоксикант - цитофлавин - по 10 мл при средней тяжести и по 20 мл - при тяжелом течении ОНМК через каждые 8-12 часов. Ингаляции гепарина проводились в суточной дозе от 150 до 750 ЕД/кг (150-200 ЕД/кг - при компенсированной, 300-500 ЕД/кг - при субкомпенсированных и 500-750 - при декомпенсированных стадиях нарушения гипокоагулирующей функции легких - ГФЛ), по методике, апробированной в Городском научном центре реанимации и детоксикации (ГНЦРиД) г. Душанбе. Ультразвуковым аппаратом UsI-50 производится ингаляция аэрозольных частиц, размером не превышающих 10 мкм, 2 раза в сутки. Гепарин разводили дистиллированной водой 1:4; противопоказанием являлась тромбоцитопения менее 100 г/л, снижение фибриногена менее 1 г/л и протромбина менее 50%. Также 2 раза в сутки производились ингаляции аргинина по вышеуказанной методике. Ингаляция гелий-кислородной смеси осуществлялась по методике, разработанной и внедренной в клинике ГНЦРиД г. Душанбе М.К. Мурадовым и А.А. Аминовым (1968) через спирограф СГ-1М, по закрытому контуру дыхания.

**Результаты.** Необходимо отметить, что сравнение показателей ВСК по Ли-Уайту, АЧТВ, МНО, фибриногена, АТШ и др. после комплексной интенсивной терапии (КИТ) показало улучшение их значений, как и состояния ГФЛ в целом, после 2, модифицированной, схемы лечения, по сравнению с 1, стандартной. Статистический анализ данных ВСК по Ли-Уайту и АЧТВ показал, что они были достоверно увеличены на 38,0% ( $p<0,05$ ) и на 17,0% ( $p<0,05$ ). МНО - на 34,4% ( $p<0,001$ ) и 42,0% ( $p<0,001$ ), фибриноген - на 43,7% ( $p<0,01$ ) и 40,0% ( $p<0,01$ ), АТ-Ш на 34,6% ( $p<0,01$ ) и 5,0% ( $p<0,01$ ) соответственно модернизированной и стандартной схемам лечения.

**Выводы.** Таким образом, у больных ишемическим инсультом КИТ положительно повлияла на систему гемостаза, реологию и состояние ГФЛ, но результаты имели как выраженный положительный, так и недостаточный эффект, так как восстановление гипокоагулирующей функций легких произошло лишь до уровня субкомпенсации, что являлось дальнейшим патогенетическим фоном развития локального в легких остаточного микротромбоза, повышения внутрилегочного давления и исходящих из этого клинических проявлений, что сказывалось на общеклиническом состоянии и исходах больных.

<sup>1</sup>Косимов З.Х., <sup>2</sup>Мурадов А.М., <sup>1</sup>Бурханов Ш.А.,  
<sup>1</sup>Хайдаров С.Г., <sup>1</sup>Юлдошев Ф.Р.

## ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

<sup>1</sup>Областная клиническая больница им. Кутбидинова  
Согдийская область, Таджикистан

<sup>2</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение показателей системы гемостаза у больных с геморрагическими инсультами (ГИ) после комплексной интенсивной терапии (КИТ).

**Материал и методы.** Проанализированы показатели системы гемостаза у 23 больных с геморрагическими инсультами, получивших две различные схемы лечения: 1 схема - стандартная терапия (гипотензивная, репаративная, антикоагулянтная и тромболитическая), 2 схема лечения – модернизированная (ингаляции гепарина, аргинина, гелия с кислородом и введение антиоксиданта цитофлавина).

Для дополнительной антиоксидантной защиты был использован метаболический антигипоксикант - цитофлавин - по 10 мл при средней тяжести и по 20 мл - при тяжелом течении ОНМК через каждые 8-12 часов. Ингаляции гепарина проводились в суточной дозе от 150 до 750 ЕД/кг (150-200 ЕД/кг - при компенсированной, 300-500 ЕД/кг - при субкомпенсированных и 500-750 - при декомпенсированных стадиях нарушения гипокоагулирующей функции легких - ГФЛ), по методике, апробированной в Городском научном центре реанимации и детоксикации (ГНЦРиД) г. Душанбе. Ультразвуковым аппаратом UsI-50 производится ингаляция аэрозольных частичек, размером не превышающих 10 мкм, 2 раза в сутки. Гепарин разводили дистиллированной водой 1:4; противопоказанием являлась тромбоцитопения менее 100 г/л, снижение фибриногена менее 1 г/л и протромбина менее 50%. Также 2 раза в сутки производились ингаляции аргинина по вышеуказанной методике. Ингаляция гелий-кислородной смеси осуществлялась по методике, разработанной и внедренной в клинике ГНЦРиД г. Душанбе М.К. Мурадов

**Результаты.** Необходимо отметить, что сравнение показателей ВСК по Ли-Уайту, АЧТВ, МНО, фибриногена, АТШ и др. после КИТ показало лучшие их значения и показателей состояния ГФЛ после 2, модифицированной, схемы лечения, в сравнении с 1, стандартной, общепринятой. После КИТ, проведенной по 1 схеме, показатели ВСК по Ли-Уайту и АЧТВ увеличились на 36,4% ( $p<0,05$ ) и на 18,1% ( $p<0,05$ ), а после применения 2 схемы - на 39,3% ( $P<0,001$ ) и на 24,7% ( $P<0,001$ ), что указывает на функциональное восстановление ГФЛ в этих группах больных. Отмечено увеличение МНО на 39,7% ( $p<0,001$ ) и 48,1% ( $p<0,001$ ), фибриногена - на 23,1% и 30,8%, АТ-Ш - на 27,4% ( $p<0,01$ ) и 32,7% ( $p<0,01$ ) соответственно модернизированной и стандартной схемам КИТ.

**Выводы.** Таким образом, у больных с ГИ КИТ положительно повлияла на систему гемостаза, реологию и состояние ГФЛ, но результаты имели как выраженный положительный, так и недостаточный эффекты, так как восстановление гипокоагулирующей способности легких произошло до уровня субкомпенсации, что являлось дальнейшим патогенетическим фоном сохранения локального в легких остаточного микротромбоза, повышенного легочного давления и исходящих из этого клинических проявлений, что сказывалось на общеклиническом состоянии и исходах больных.

*Косимов М., Вохидов А.В.*

## НЕОБХОДИМОСТЬ КОНТРОЛЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЕМЕ У СТОМАТОЛОГА

ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Контроль артериальной гипертензии при выборе метода обезболивания у пациентов на амбулаторном приеме у стоматолога-хирурга.

**Материал и методы.** Динамическое наблюдение за 40 пациентами в процессе обезболивания на амбулаторном приеме у стоматолога-хирурга. Среди обследованных 40,0% составили мужчины, возраст пациентов до 25 лет - 25,0%, до 35 - 40,0%, до 45 - 25,0%, остальные 10,0% были больные старше 55 лет.

**Результаты.** В процессе проведения исследования установлено, что перед оперативным вмешательством у пациента, как правило, развивается эмоциональное возбуждение, чувство тревоги - 80,0%. У индивидуумов с тревожным типом личности: частота сердечных сокращений (ЧСС) увеличивалась в 2,5-3 раза, артериальное давление (АД) - на 10-25 мм рт. ст., причиной тому может служить повышение уровня кортикостероидов в крови. Не исключается то, что у больных сохраняется высокий риск развития ситуационной гипертензивной реакции и гипердинамических изменений, в том числе сопровождающихся резким падением артериального давления, что может негативно отразиться на сосудах, миокарде и в значительной степени снизить эффективность и безопасность анестезии.



Следовательно, при подготовке к экстренному оперативному вмешательству у пациента показано проведение мониторинга АД, при условии тенденции к его повышению необходимо внутривенное введение 0,5-1% раствора дибазола с 24% раствором эуфиллина или 25% раствора сульфата магния в терапевтической дозировке. Для премедикации следует использовать седативные средства. Введение препарата «седуксен» стабилизирует артериальное давление. В данной клинической ситуации для местного обезболивания предпочтительно использовать местные анестетики без вазоконстрикторов, либо применять последние в минимальных дозах.

**Выводы.** Таким образом, на амбулаторном приеме у стоматолога-хирурга при обезболивании у пациентов, учитывая возможные эмоциональные реакции со стороны пациента, необходимо проводить мониторинг АД. В тех случаях, когда имеет место повышение показателей гемодинамики, в частности АД, применение гипотензивных и седативных препаратов относятся к обязательным требованиям сохранения качества жизни пациента. Разработка оптимального метода обезболивания и профилактики осложнений, а также прогнозирования возможности их развития представляется целесообразным и оправданным как с социальной, так и с экономической точек зрения.

*Кубикова Б.Т., Тошматова М.К., Зокиров Р.З.*

## **ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
ГЦЗ №5  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить психологические предпосылки эффективности антигипертензивной терапии (АГТ) и оценить изменения психологического статуса (ПС) больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне лечения.

**Материал и методы.** В исследование включены 127 больных ГБ (47 мужчин и 80 женщин) с мягкой, умеренной и тяжелой артериальной гипертензией, установленной соответственно в 51, 44 и 32 наблюдениях. АГТ проводилась на протяжении 12-ти недель эналаприлом в суточной дозе 5-40 мг (33 пациента) в сочетании с гипотиазидом 50 мг/сут (49 больных) и (или) атенололом 25-100 мг/сут (45 пациентов). Эффективность лечения оценивалась с помощью суточного мониторирования СМАД. Для изучения психологического статуса больных использовались: модифицированный тест ММРІ, шкалы реактивной и личностной тревоги Спилбергера.

**Результаты.** Удовлетворительный антигипертензивный эффект был достигнут в 70,2% случаев, нормализация АД отмечена в 50,7% наблюдений. ПС через 12 недель от начала лечения улучшился у 85,1% больных, причем положительная динамика показателей психологического состояния отмечалась в 93,6% случаев эффективной терапии и в 65,0% наблюдений при неэффективном лечении ( $p < 0,01$ ). Снижение показателей 1-й, 2-й, 6-й, 7-й, 8-й и 0-й шкал ММРІ сопровождалось уменьшением уровней реактивной и личностной тревоги по данным теста Спилбергера. Исходный ПС больных с неудовлетворительными в дальнейшем результатами лечения характеризовался повышением средних уровней 0-й и снижением 9-й шкал теста ММРІ (в обоих случаях  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о сочетании повышенных интравертированности и замкнутости со снижением активности и пессимизмом. 26 больных, прервавших регулярный прием лекарственных препаратов в сроки до 1 месяца от начала АГТ, были моложе постоянно лечившихся пациентов (средний возраст соответственно  $49,6 \pm 2,0$  против  $54,4 \pm 0,9$  лет;  $p < 0,05$ ). ПС больных, отказавшихся от регулярного приема антигипертензивных средств, характеризовался более выраженными аутичностью, тенденцией к соблюдению психологической дистанции с окружающими людьми, то есть стремлением к самоизоляции, эмоциональной неустойчивостью, нежеланием следовать общепринятым нормам общения.

**Выводы.** Положительная динамика показателей СМАД на фоне АГТ сопровождается улучшением ПС у 85,1% больных. Психокорректирующее влияние АГТ проявляется независимо от наличия антигипертензивного эффекта. Исходные изменения ПС, характеризующиеся снижением оптимизма и затруднениями при межличностных контактах, способствуют неудовлетворительным результатам АГТ. Пациенты молодого возраста с психологическими особенностями, свидетельствующими о нарушении социально-психологической адаптации, в большей мере склонны к отказу от длительного приема антигипертензивных препаратов.

*Кудратбеков А., Рахимов З.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ В ПРИГРАНИЧНОМ РАЙОНЕ ГОРНОГО БАДАХШАНА ТАДЖИКИСТАНА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
ГЦЗ №5  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить распространенность отдельных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в смежных районах Таджикистана и Афганистана.

**Материал и методы.** Осуществлено когортное исследование популяции Афганистана и Таджикистана в районе трансграничного проживания населения на предмет изучения распространенности ФР ССЗ по классификационным критериям, указанным в методологии CINDI-WHO. Впервые осуществлен скрининг на артериальную гипертензию (АГ). Всего обследовано 4000 человек, по 2000 с каждой стороны. Данное сообщение касается лишь популяции Шугнанского района, где анализу подверглись 895 мужчин и 1104 женщины в возрастном диапазоне 15-55 лет.

**Результаты.** Среди обследованных лиц АГ первой степени была обнаружена у 11,3% в популяции (среди мужчин – 13,2%, женщин – 9,7%). АГ второй степени обнаружена среди мужчин у 4,1%, женщин – у 5,1%. В целом по популяции АГ второй степени выявлена у 4,7% обследованных. АГ третьей степени была обнаружена среди 3% обследованных мужчин и 4,1% женщин. Всего по популяции она зарегистрирована у 3,6% обследованного населения. Число лиц, свободных от АГ, как среди женщин, так и среди мужчин, с возрастом закономерно имело тенденцию к снижению. Так, если в возрастном диапазоне 15-24 лет среди мужского населения АГ отсутствовала у 95,8%, а среди женской популяции – у 98,2%, то в возрастном диапазоне 55 лет и старше отмечена совершенно иная картина: в среде мужской популяции свободных от АГ лиц оказалось 62,7%, а среди женщин – 65,4%. Также нами обнаружена четкая зависимость распространенности АГ с нарастанием возрастного диапазона обследованных лиц. Так, если в возрастном диапазоне 15-24 лет АГ обнаруживалась у 2,6% лиц, то в группе 25-34 лет уже у 7,4%, в диапазоне 35-44 лет – у 17%, в возрастной группе 45-54 лет – у 30,4%, а в возрастной группе 55 лет и старше она выявлялась уже у 64,1% обследованных лиц. При этом в более молодых и зрелых возрастных группах (15-44 лет) АГ преобладает среди мужчин (в мужской популяции 18% против 16,2% женской). Однако, начиная с возрастного диапазона 45-54 лет и старше, АГ четко доминирует среди женщин (65,4% против 62,7% мужской популяции), что, наиболее вероятно, связано с гормональной перестройкой женского организма и присоединением дополнительных факторов риска ССЗ (избыточная масса тела и ожирение, гиподинамия, избыток соли в диете).

**Выводы.** АГ в популяции Горного Бадахшана в среднем статистическом выражении обнаруживалась у 19,5% населения, что ниже показателей городской популяции (28-34%) и аналогичных показателей равнинных регионов (26,8%). В более молодых (15-24 лет) и зрелых возрастных диапазонах (35-44 лет) АГ преобладает по своей распространенности среди мужской популяции, а в уже более старших возрастных группах (45-54 и 55 и старше) АГ явно доминирует среди женщин, что можно связать с возрастной гормональной перестройкой.

*Кузибаева Н.К., Абдуллаева Н.А.*

## О ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРАХ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кафедра терапевтических дисциплин ХГМУ  
Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино,  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить основные предрасполагающие факторы тяжелого течения пневмонии у детей раннего возраста с ВПС.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 50 детей раннего возраста с ВПС в возрасте от 1 года до 3 лет, находившихся на стационарном лечении на базе детского кардиоревматологического отделения НМЦ МЗиСЗН РТ в течение 5 лет. Все дети были госпитализированы с диагнозом «пневмония» на фоне основного заболевания. Из них мальчиков было – 32, девочек – 18. Было проведено клиническое и инструментальное исследование.

**Результаты.** В структуре ВПС у детей преобладали пороки бледного типа, среди них: ДМПП – у 25, ДМЖП – у 15; и среди всех синих пороков преобладала тетрада Фалло – у 10. Анализ факторов риска тяжелого и неблагоприятного течения пневмоний показал, что у всех детей наблюдались частые ОРВИ, более 9-10 раз в год, пневмонии, не менее 2-3 раз в год – у 30 больных. Необходимо отметить, что тяжелое течение пневмоний зависело от неблагоприятного фона состояния детей и сопутствующих заболеваний. Так, наиболее значимыми среди сопутствующих заболеваний чаще всего встречались перинатальная энцефалопатия – у 35, сепсис – у 20, рахит – у 25, гипотрофия – у 40, анемия – у 25, гипотрофия – у 35, болезнь Дауна – у 10 детей. Болезнь Дауна чаще встречалась у детей с ДМПП. У 10 детей тяжесть и осложненное течение пневмонии были связаны с наличием внутриутробной инфекции. Тяжелое состояние при рождении отмечалось у 8 детей. Необходимо отметить, что почти у половины обследуемых наблюдалось сочетание двух и более сопутствующих патологий, что приводило к утяжелению состояния и являлось причиной летального исхода у 10 больных. Кроме анамнестических факторов риска тяжелого течения и летального исхода пневмоний, учитывались и гемодинамические факторы: гипертрофия левого круга кровообращения – у 5, легочная гипертензия – у 8, артериальная гипоксемия – у 4 пациентов.

Диагноз пневмонии был установлен рентгенологически при первом обращении у всех наблюдаемых детей. Инфильтративные изменения, проявляющиеся на рентгенографии грудной клетки у детей, не были связаны с тяжёлым состоянием, течением, летальным исходом пневмонии у больных с ВПС. У обследованных больных чаще всего встречалась верхне- 10, средне- 15 и нижнедолевая- 15 очаговая пневмония. Пневмония, осложненная плевритом, имела у 5 детей, что являлось причиной летального исхода. Легочная гипертензия в зависимости от наличия и выраженности явилась значимым фактором в развитии тяжести течения и летального исхода пневмоний в обследуемой группе детей. Исследования показали, что причинами летального исхода у детей явились: сепсис - 5, нейротоксикоз - 2, плеврит - 5, полиорганная недостаточность - 2, ДВС-синдром - 1.

**Выводы.** Для выявления риска тяжёлого, осложнённого течения и летального исхода пневмоний у детей с ВПС установлены значимые анамнестические, гемодинамические, клинико-рентгенологические предрасполагающие факторы. Дети с «бледными» и «цианотическими» врождёнными пороками сердца с легочной гипертензией и высокой концентрацией факторов инфицирования, сопутствующей патологией, независимо от вида инфильтрации, являются группой риска тяжёлого, осложнённого течения пневмонии и её неблагоприятного исхода.

*Кузиева Л.С., Джафаров Н.Д.*

## МЕСТО НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Восстановление больных, перенесших инсульт, – сложная медико-социальная проблема в связи с тем, что цереброваскулярная патология занимает ведущее место в ряду главных причин смертности и является основной причиной инвалидизации населения при гипертонической болезни.

**Цель.** Проведение оценки частоты острого нарушения мозгового кровообращения при гипертонической болезни и совершенствование научно-обоснованной системы рекомендаций по реабилитации данных больных.

**Материал и методы.** Объектом исследования стали больные с гипертонической болезнью без и с перенесенным инсультом, госпитализированные в клинику института с 2015 по 2017 годы. Основной контингент больных, госпитализируемых в стационар, – инвалиды, для которых в сфере медико-социальной защиты актуальными являются разработка и проведение длительных реабилитационных мероприятий. В процессе работы нами был уточнен статус реабилитируемых, проведена оценка доступности и потребности больных в различных формах реабилитации.

**Результаты.** За указанный период было госпитализировано 258 больных с гипертонической болезнью. Мужчины составили 157 (62%) человек, женщины 101 (38%).

Инсульт является одним из основных осложнений гипертонической болезни, так, его перенесли 135 человек (52%), мужчин – 91, женщин – 44. Городские жители составили 147 (57%), сельские – 111 (43%) человек. Среди госпитализированных 65 (25%) – люди трудоспособного возраста. Среди больных, перенесших инсульт, процент имеющих II и I группы инвалидности более высок и достигает до 96 (37%).

Для восстановления больных в клинике используется комплексная реабилитация, включающая различные методы кинезотерапии, электростимуляцию, реабилитацию с элементами трудотерапии, методы, направленные на снижение спастичности, при речевых нарушениях – занятия с логопедом-афазиологом по восстановлению речи, письма, чтения и счета.

**Выводы.** В реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга важным моментом является индивидуализация реабилитационных программ и социальная установка для повышения уровня медико-социальной адаптации пациента с целью обеспечения самообслуживания и независимости.

*Кузор Т.С., Цуркану В.И., Чебану Н.В.*

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Институт кардиологии  
г. Кишинев, Молдова

---

**Актуальность.** Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 35% в качестве основного прогностического маркера далеко не всегда позволяет выявлять пациентов с повышенным риском возникновения желудочковых тахикардий и внезапной сердечной смерти. Комплексная ЭхоКГ оценка количественных показателей систолической и диастолической функции ЛЖ с применением современной оценки тканевого доплера существенно расширяет возможности данного прогноза.

**Цель.** Оценить параметры систолической и диастолической функции ЛЖ, объем ЛП, индексы тканевого доплера в сравнении с фракцией выброса ЛЖ ( $ФВ \leq 35\%$  и  $ФВ > 35\%$ ) для оценки риска желудочковых тахикардий и внезапной смерти у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

**Материал и методы.** В исследование было включено 90 пациентов с подтвержденным диагнозом инфаркта миокарда (ИМ), у которых в постинфарктном периоде (сроком более 40 дней после ИМ) были зарегистрированы желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков. ЭхоКГ трансторакальное исследование проводилось согласно стандартизированному протоколу,



с дополнительным определением индексов MAPSE, TAPSE, тканевых показателей S'septal, S' lateral, E/e' и нового недавно предложенного индекса E/ e' x S. Объем левого предсердия определялся как планиметрически в режиме 4-х и 2-х камер, так и индексированно по отношению к площади тела.

**Результаты.** Включенные в исследование больные были разделены на две группы: I - с ФВ  $\leq 35\%$  (41 пациент) и II - с ФВ  $>35\%$  (49 пациентов). Сравнительный анализ показал, что у больных с ФВ  $\leq 35\%$ , особенно в группе умерших пациентов, чаще наблюдалась дилатация ЛП  $> 32$  мл/м<sup>2</sup>, конечный систолический диаметр ЛЖ  $> 40$  мм, конечный диастолический диаметр ЛЖ  $> 58$  мм, объем ЛП  $> 64$  мл. Оценка диастолической функции у пациентов с ФВ  $\leq 35\%$  выявила преобладание дисфункции по рестриктивному типу (68,4%), с индексом E / e'  $> 15$  (55,5%), E / A  $> 2$  (60%) и снижением времени релаксации ЛЖ  $< 60$  мсек (60%), снижение индекса MAPSE  $< 8$  mm, TAPSE  $< 15$  mm, повышение тканевого индекса E / e' x S'  $> 2,83$  (80%).

**Выводы.** Данное исследование подтвердило взаимосвязь смертности после перенесенного ИМ с систолической дисфункцией ЛЖ, с ФВ  $\leq 35\%$  и ранним расширением полости левого желудочка, увеличением объема левого предсердия, снижением индексов MAPSE, TAPSE, с диастолической дисфункцией ЛЖ по рестриктивному типу, с выраженной недостаточностью митрального клапана и увеличением тканевого показателя E / e' x S'  $> 2,83$ .

*Кулчинова Г.А., Мамасаидов А.Т.*

## СПОНТАННАЯ ИММУНОГЛОБУЛИНСИНТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова

---

**Цель.** Изучить клинико-патогенетическое значение СИАЛ при различных формах АС.

**Материал и методы.** Нами обследовано 36 больных АС (32 мужчин и 4 женщин) в возрасте от 18-40 лет. В качестве сравнительной группы исследованы 22 больных остеоартрозом (ОА), в качестве контроля – 20 здоровых лиц.

**Результаты.** Уровень СИАЛ был достоверно выше ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ), чем у здоровых лиц и больных ОА. Частота положительных результатов распределилась следующим образом: уровень СИАЛ выше нормы выявлен у 72,2% больных АС, у 36,4% больных ОА и у всего лишь 6,7% здоровых лиц. СИАЛ у больных АС II и III ст. активности был достоверно выше ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ) выше, чем у больных АС с I ст. активности. Отмечено достоверно ( $p < 0,05$ ) высокий уровень СИАЛ у больных АС ранней стадией (продолжительностью болезни менее 2-х лет), по сравнению с поздней стадией (продолжительностью более 2-х лет).

Важное клиническое значение СИАЛ при АС состоит в том, что данный показатель, возрастая от минимальной степени активности до максимальной, позволяет определить не только наличие аутоиммунного воспалительного патологического процесса при АС, но и уточнить степень активности болезни.

Другое важное клиническое значение показателя СИАЛ заключается в том, что данный феномен более высокий в ранней стадии (по сравнению с поздней), что подтверждает необходимость проведения иммунодепрессивной противовоспалительной терапии в ранних стадиях АС.

**Выводы.** 1. Уровень СИАЛ у больных АС был значительно выше, чем у больных ОА и здоровых лиц.

2. Оценка СИАЛ может быть использована для определения активности аутоиммунного воспалительного процесса при АС.

3. Высокий уровень СИАЛ у больных ранней стадией АС может быть использован в качестве показателя для назначения иммунодепрессивной противовоспалительной терапии в начальном периоде этой болезни.

Курбанов В.Р., Носиров К.М., Бобохонова Б.Т.

## ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП ГОРОДА ВАХДАТ

Вахдатское отделение ГУ «РУКЦСМ»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучение причин инвалидизации детей до 18 лет в практике семейного врача по городу Вахдат.

**Материал и методы.** Проведён анализ годовых отчётов (2017, 2018 гг.) учреждений ПМСП г. Вахдат на предмет инвалидности детей до 18 лет, дополнительно произведена выкопировка данных из амбулаторных карт (форма №024) детей-инвалидов. Всего детей-инвалидов за 2017 год – 762, из них мальчиков - 374 (49,1%), девочек - 388 (50,9%), за 2018 год - 896, из них мальчиков - 432 (48,2%), девочек - 464 (51,8%). Показатель детской инвалидности в городе Вахдат за 2017 год составил 62 (на 10 000 детей), за 2018 год - 64 (на 10 000 детей).

**Результаты.** Анализ отчётов и амбулаторных карт исследуемых детей инвалидов показал, что за 2017 год 91, за 2018 год - 113 дети были впервые признаны инвалидами.

Исследование показало, что за 2017 год число детей, впервые признанных инвалидами, составило: 32 в возрасте 1-4 года, 36 в возрасте 5-9 лет, 18 в возрасте 10-14 лет и 5 в возрасте 15-18 лет. За 2018 год число детей, впервые признанных инвалидами, составило: 44 в возрасте 1-4 года, 36 в возрасте 5-9 лет, 18 в возрасте 10-14 лет и 15 в возрасте 15-18 лет. Причины и заболевания, на основании которых дети были признаны инвалидами в 2017 году были следующими: 32 (35,2%) – психические расстройства; 28 (30,8%) – неврологические заболевания; 8 (8,8%) – болезни органов чувств; 7 (7,7%) – заболевания крови и сердечно-сосудистой системы; 6 (6,6%) – врождённые пороки развития; 6 (6,6%) – болезни опорно-двигательной системы; 4 (4,4%) – онкологические заболевания. Причины и заболевания, на основании которых дети были признаны инвалидами в 2018-м году: 31 (27,4%) – неврологические заболевания; 28 (24,8%) – психические расстройства, 19 (16,8%) – болезни органов чувств; 12 (10,6%) – врождённые пороки развития; 9 (7,9%) – заболевания крови и сердечно-сосудистой системы; 8 (7,1%) – болезни опорно-двигательной системы; 3 (2,7%) – эндокринные заболевания; 3 (2,7%) – онкологические заболевания.

Таким образом, выявлено, что за последний год отмечается тенденция роста инвалидности детей до 18 лет за счёт болезней органов чувств (на 8%), врождённых пороков развития (на 4%), заболеваний эндокринной системы (на 2,7%), что свидетельствует об улучшении процесса раннего выявления анатомо-физиологических нарушений. Также следует отметить, что за последний год отмечается тенденция снижения инвалидности детей до 18 лет за счёт психических расстройств на 10,4%, неврологических заболеваний на 3,4%, онкологических заболеваний на 1,7% что свидетельствует об оздоровлении и профилактике заболеваний на ранних стадиях.

**Выводы.** Таким образом, возникшая ситуация по инвалидности детей до 18 лет требует усовершенствования процесса раннего выявления и регистрации инвалидов, что позволит лучше понять тенденции инвалидности. Это послужит ценным компонентом наблюдения за инвалидностью, что имеет огромное значение для выработки и принятия обоснованных решений в плане оздоровления и профилактики заболеваний и медико-социальной реабилитации инвалидов на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи.

<sup>1,2</sup>Курбанов Н.Р., <sup>1,2</sup>Камолов А.Н., <sup>2</sup>Абдусаматов К.А., <sup>1</sup>Солиев О.Ф.

## АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНЫХ ОШИБОК ПРИ ТРАВМАХ ПОДКОЛЕННОЙ И БЕРЦОВЫХ АРТЕРИЙ

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

<sup>2</sup>Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Анализ догоспитальных ошибок, приведших к ампутации нижних конечностей, при повреждениях подколенной и берцовых артерий.

**Материал и методы.** Данный анализ основан на результатах хирургического лечения 122 больных с травматическими повреждениями подколенной и берцовых артерий. Из них 37 больных были с травмой подколенной, 85 - с повреждениями берцовых артерий. Средний возраст больных 23,3 года. Среди пострадавших преобладали лица мужского пола - 88,5%. Открытые травмы имелись у 113, закрытые – у 9. В специализированное хирургическое учреждение пострадавшие поступили в сроках: до 6 часов от момента получения травмы – 82 (67,2%), от 6 до 24 часа – 11 (9%). В промежутке от 1 суток и более госпитализированы 29 (23,8%) из них. При оказании первой хирургической помощи 89 (73%) больным, поступившим из других лечебных учреждений, в 45 (50,1%) случаях были допущены диагностические (33-37,1%), тактические (61-68,5%) и технические (29-32,6%) ошибки. Типичными ошибками догоспитального периода явились ПХО раны без ревизии сосудов, перевязка сосуда в гемодинамически ответственных сегментах, попытка восстановления сосуда при отсутствии навыков и необходимых условий. В 15% наблюдениях хирурги, не принимая всерьез наличие раны в области коленного сустава, вообще отказали в госпитализации.

**Результаты.** Суммарная частота первичной и вторичной ампутации конечности при повреждениях подколенной артерии составила 32,4% (12 больных), в том числе первичная - 7 (18,95%), вторичная – 5 (13,5%). При повреждениях берцовых артерий ампутации выполнены у 21 (24,7%), в том числе первичная – у 16 (18,8%), вторичная – у 5 (5,9%). В 19-ти случаях (15,6%) причинами первичной ампутации нижних конечностей были допущенные догоспитальные ошибки.

**Выводы.** Догоспитальные ошибки, допущенные при оказании первой хирургической помощи на различных этапах доставки пострадавших в специализированное учреждение, отрицательно влияют на исход лечения.

*Курбанов Р.Д., Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р.*

## НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия дефекта (ТКЗ) межпредсердной перегородки (ДМПП) у больных врожденным пороком сердца (ВПС).

**Материал и методы.** С 2017 по 2018 г. нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию ДМПП. Возраст больных составил от 23 до 60 лет. Количество женщин и мужчин было 9 и 7, соответственно. У всех больных имелся ДМПП с центральным вторичным дефектом. Клиническая характеристика: у всех 16 пациентов с ДМПП выслушивался систолический шум во 2-м межреберье слева от грудины. На ЭКГ у 13 больных имелись признаки увеличения правого предсердия и правого желудочка; на рентгенограмме - расширение легочной артерии и усиление сосудистого рисунка за счет гиперволемии; по ЭхоКГ-данным у 6 пациентов Ср.ДЛА составило 35-45 мм рт.ст., у 10 пациентов – в пределах 45-50 мм рт.ст., диастолический градиент на ЛА варьировал от 7 до 19 мм рт.ст.; коэффициент Qp/Qs был в пределах от 1,8 до 2,7. Также измерялись размеры дефекта на Эхо-КГ из субкостальной и апикальной четырехкамерной позиций.

**Результаты.** У всех 16 пациентов ТКЗ проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder фирмы Lifetech (Китай). Производили пункцию правой общей бедренной вены и выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные размеры ДМПП измерялись с помощью специального измерительного баллона и сравнивались с размерами, рассчитанными по данным трансторакальной ЭхоКГ. Под рентгеноскопическим и ЭхоКГ контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюзирующего устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, эхокардиографически оценивали положение

диска относительно митрального клапана и раскрывали правый диск в правом предсердии. Еще раз под Эхо-КГ-контролем проверяли адекватность расположения окклюдера, последний отделяли от доставочного устройства. Инструменты удаляли из вены и после гемостаза переводили больного в палату.

У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder на операционном столе было констатировано отсутствие лево-правого сброса на уровне предсердий. Контрольное Эхо-КГ-исследование проводилось через 3, 12 и 24 часа. Осложнений при имплантации устройства выявлено не было.

**Выводы.** ТКЗ оказалось высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном подборе больных и скрупулезном соблюдении технологии данная операция является практически безопасной. Малая послеоперационная травматичность и отсутствие косметических дефектов, а также короткие сроки госпитализации (до 3-4 дней) являются неоспоримыми преимуществами ТКЗ перед традиционной хирургической коррекцией в лечении ДМПП.

*Курбанов Р.Д., Ярбеков Р.Р., Мурадов М.М., Жалилов А.К.,  
Омонов С.Х., Шарипов И.М., Исматов А.А., Вахидов Т.З.*

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ МНОЖЕСТВЕННОГО КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА (MICSCAB) У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии»  
Узбекистан

**Актуальность.** Сегодня проведение операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце без искусственного кровообращения применяется в передовых кардиохирургических центрах как наиболее безопасная техника. Процесс реабилитации этих пациентов короче, что экономически выгодно. На сегодняшний день в арсенале кардиохирургов есть девайсы для успешного выполнения классической операции АКШ из мини-доступа.

**Цель.** Представить первый опыт успешного выполнения коронарного шунтирования на работающем сердце по методике MICSCAB в Республике Узбекистан.

**Материал и методы.** С осени 2018 по настоящее время в отделении кардиохирургии РСНПМЦК нами выполнены 12 операций по методике MICSCAB. Пациенты имели двух- (5 пациентов) и трех- (7 пациентов) сосудистое поражение. Доступ к сердцу был произведен через левостороннюю передне-боковую торакотомию в 5-м межреберье. Протяженность кожного разреза составила 10-12см. Всем пациентам первым этапом создавали проксимальные анастомозы с аутовенами для шунтирования бассейнов правой коронарной артерии и систему огибающей артерии, далее анастомоз ЛВГА-ПМЖВ. Продолжительность операции КШ из мини-доступа составляло от 2 ч 30 мин (150 мин) до 3 ч (180 мин) мин (в среднем 2 ч 35 мин (155 мин)).

**Результаты.** В послеоперационном периоде случаев послеоперационной пневмонии, тяжелой дыхательной недостаточности не было. Время пребывания пациента в ОРИТ - 1 сутки. Длительность госпитализации после операции - 4-5 дней. При выписке все пациенты отмечали улучшение состояния и качества жизни. Функциональные и лабораторные показатели улучшились на фоне проведенной операции. Предъявляемые ранее жалобы на боли в области сердца, одышку, чувство нехватки воздуха, слабость уменьшились, увеличилась ТФН в виде легкопроходимой дистанции более 500м в сутки.

**Выводы.** Множественное коронарное шунтирование с применением техники из мини-доступа (MICSCAB) является современным и безопасным подходом в лечении пациентов с ИБС. Мини-доступ снижает травматичность операции, улучшает ранний послеоперационный период, уменьшает частоту осложнений и является экономичным. Учитывая высокую эффективность и безопасность MICSCAB для пациентов с ИБС высокого хирургического риска, следует и дальше развивать миниинвазивные операции в кардиохирургической практике в республике Узбекистан.



Курбанов Р.Д., Ярбеков Р.Р., Мурадов М.М., Жалилов А.К.,  
Омонов С.Х., Исматов А.А., Вахидов Т.З., Бекметова Ф.М.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ OZAKI (ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ АУТОПЕРИКАРДА) В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии»  
Узбекистан

---

**Актуальность.** В настоящее время при стенозе АК чаще применяют протезирование искусственными механическими и биологическими клапанами сердца. Альтернативной тактикой является пластическая реконструкция аортального клапана путем неокуспитизации из аутоперикарда по методике Ozaki.

**Материал и методы.** В 2018 г. в отделении кардиохирургии РСНПМЦК впервые в Узбекистане выполнены 11 пластических реконструктивных операций на аортальном клапане с использованием аутоперикарда пациента по методике Ozaki. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиopleгии. Все пациенты имели различную патологию аортального клапана (у 2 пациентов - юникуспидальный клапан, у 5 – бикуспидальный, и у 4 - трикуспидальный дегенеративный). Аутоперикард выделяли размером 12×12 см, далее его обрабатывали глутаровым альдегидом, после иссечения створок АК выкраивали новые створки на основе шаблонов Ozaki. Новые створки АК пришивались к фиброзному кольцу, формировались новые комиссуры. Контроль проводился интраоперационной ЧП ЭХОКГ.

**Результаты.** Среднее время пережатия аорты составило 84,3±13,2 минут, среднее время ИК – 114±14,5 минут. В 10 случаях нам удалось выполнить пластическую реконструкцию АК (в 4 – бикуспидальный, в 6 случаях – трикуспидальный). В одном случае в связи с узким фиброзным кольцом АК (17 мм) не удалось адекватно выполнить неокуспитизацию, пациенту выполнили протезирование механическим протезом. Случаев осложнений и летальности не было. В ОРИТ пациенты находились в среднем 13,4±4,4 часов. Длительность госпитализации после операции составило 6,4±1,2 дня. У всех пациентов на контрольной ЭХОКГ скоростные показатели потока на АК адекватные, градиент давления в среднем 6-8 мм рт.ст, регургитации не было.

**Выводы.** Современная реконструктивная методика Ozaki с использованием аутоперикарда пациента для неокуспитизации АК позволяет эффективно и безопасно восстановить гемодинамические характеристики АК, дает возможность пациенту не принимать антикоагулянты, увеличивает показатели качества жизни пациента. Учитывая высокую заболеваемость населения стенотическим поражением АК, высокую эффективность и безопасность операции Ozaki, следует ее активно внедрять в кардиохирургическую практику в республике Узбекистан.

Курбанов С.Х.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Повышение эффективности консервативного лечения остеоартроза путем оптимизации подбора кандидатов на лечение.

**Материал и методы.** В исследование включено 150 пациентов, из них 127 женщин, 23 мужчины в возрасте от 18 до 79 лет с продолжительностью болезни от 0 до 30 лет. Первую группу составили 60 больных, получивших курс из 5 внутрисуставных инъекций ГЛК с молекулярной

массой 1100-1400 кДа, во вторую группу вошли 60 пациентов, получивших 3 внутрисуставные инъекции ГЛК с молекулярной массой 2100 кДа. В группу сравнения вошли 30 пациентов без внутрисуставных инъекций, принимавшие хондропротектор терафлекс. Схема приема: по 1 капсуле 3 раза в день в течение первых 3 недель, затем по 1 капсуле 2 раза в день до 3 месяцев.

Всем больным выполнялась рентгенография коленных суставов в прямой и боковой проекциях для верификации стадии ОА и ультразвуковое исследование для выявления субклинического синовита, оценки состояния менисков и толщины хрящей. При получении указания на травму коленных суставов в анамнезе, характер травмы устанавливался в соответствии с протоколами магниторезонансной томографии и артроскопии, предоставляемыми пациентами. Проводили оценку оси нижних конечностей.

Для оценки интенсивности болевого синдрома в покое и при ходьбе использовалась ВАШ и альгофункциональный индекс WOMAC.

Лечение остеоартрозов крупных суставов состояло из 3 этапов.

**Результаты.** Клинический анализ показал, что нормальная ось нижних конечностей имелась у 23(44,2%), варусная - у 21 (40,4) и вальгусная - у 8 (15,4%).

Результаты до терапии: боль в покое по ВАШ от 7 до 15,5 мм, боль при движении по ВАШ мм - от 44,0 до 50,0, WOMAC - 70,7 до 81,3. После комплексной терапии: боль в покое по ВАШ - от 1 до 3, боль при движении по ВАШ - от 20 до 30 мм, WOMAC - 40,7 до 50,2.

**Выводы.** Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты больным со II - III стадией гонартроза, по сравнению с использованием терафлекса, является более действенным в плане снижения показателей боли и улучшения функциональных индексов WOMAC с сохранением эффекта не менее 6 месяцев после окончания терапии.

*Курбонов Д.Ф., Собиров П.М., Назаров Ш.Х.*

## ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ И РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить возможность совместного использования уровня общего кальция и шкалы GRACE при остром коронарном синдроме (ОКС).

**Материал и методы.** Обследованы 107 больных (76 мужчин и 31 женщина, средний возраст  $59,5 \pm 9,6$  лет), поступивших экстренно с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) у 58 и без подъема сегмента ST (ОКСбпST) - у 49 больных. Группа сравнения включала 10 пациентов со стабильной стенокардией (СтСт) II-III клинико-функциональных классов. Риск смерти и/или развития инфаркта миокарда (далее - риск) у больных ОКС в период пребывания в стационаре определяли по шкале GRACE. В госпитальном периоде оценивали частоту развития различных кардиоваскулярных осложнений (КВО). У всех больных на 1-3 день госпитализации в сыворотке крови определяли уровень общего  $Ca^{2+}$  (ммоль/л) колориметрическим фотометрическим методом на анализаторе AU400 фирмы «Beckman Coulter» (США). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием параметрических методов (t-критерий Стьюдента, процедура Тьюки). Для сравнения качественных данных использовали критерий  $\chi^2$ . Оценку силы связи между признаками проводили с помощью рангового коэффициента корреляции (r) Пирсона и гамма ( $\gamma$ )-корреляции. Для выявления факторов, связанных с развитием неблагоприятных событий, выполняли логистический регрессионный анализ. Результаты представлены в виде среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (+SD), в%. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При ОКС уровень  $Ca^{2+}$  составил  $2,13 \pm 0,12$  и был достоверно ниже, чем у больных СтСт ( $2,38 \pm 0,1$ ;  $p = 0,02$ ). У больных ОКСпST ( $2,29 \pm 0,15$ ) и ОКСбпST ( $2,31 \pm 0,1$ ) значения  $Ca^{2+}$  были сопоставимы ( $p = 0,3$ ). У 50 (46,7%) пациентов ОКС в госпитальном периоде развились

различные КВО. При этом уровень  $Ca^{2+}$  у больных с ( $2,29 \pm 0,13$ ) и без развития КВО ( $2,31 \pm 0,12$ ) значимо не различался ( $p=0,3$ ). Количество баллов по шкале GRACE было достоверно больше у больных ОКСпСТ ( $128,0 \pm 31,7$ ), по сравнению с ОКСбпСТ ( $109,3 \pm 24,8$ ;  $p=0,001$ ); у лиц с осложненным течением ОКС ( $126,1 \pm 33,5$ ), чем при неосложненном ( $112,8 \pm 25,2$ ;  $p=0,03$ ). У 51 (47,7%) пациента риск по шкале GRACE был оценен как низкий, у 38 (35,5%) – средний, у 18 (16,8%) – высокий. При этом уровень  $Ca^{2+}$  в зависимости от величины риска по шкале GRACE составил  $2,31 \pm 0,12$ ,  $2,29 \pm 0,12$  и  $2,28 \pm 0,16$  соответственно ( $p=0,2$ ). Выявлена положительная связь уровня общего  $Ca^{2+}$  менее 2,2 ммоль/л с количеством баллов по шкале GRACE ( $\gamma=0,27$ ;  $p=0,03$ ). По данным регрессионного анализа совместное использование баллов по шкале GRACE (ОШ 1,03 95% ДИ 1,01 – 1,05) и уровня  $Ca^{2+}$  (ОШ 0,22) вносили значимый вклад ( $p=0,013$ ) в прогнозирование развития различных КВО в госпитальном периоде ОКС.

**Выводы.** У больных ОКС выявлена тенденция к снижению уровня общего  $Ca^{2+}$  с увеличением риска по шкале GRACE. Больные ОКС с уровнем общего  $Ca^{2+}$  менее 2,2 ммоль/л характеризуются более высоким риском по шкале GRACE. Использование баллов по шкале GRACE и уровня общего  $Ca^{2+}$  может быть использовано для прогнозирования течения госпитального периода ОКС.

*Курбонов Д.Ф., Айтмуханов А.А., Бурхонов Ш.Ш., Амонов Ш.Ш.,  
Юлдошев Х.Ф., Назаров Ш.Х.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести анализ ближайших результатов операций по реваскуляризации миокарда на работающем сердце.

**Материал и методы.** С мая 2018 по февраль 2019 гг. в отделении кардиохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии выполнено 34 операции коронарного шунтирования, 32 из них - на работающем сердце.

Общее количество больных 34, женщин - 7, мужчин - 27, Средний возраст  $61,6 \pm 4,9$  года. 26 больных были госпитализированы в плановом порядке со стабильной стенокардией, 11 - по экстренным показаниям: 1 – с нестабильной стенокардией, 8 - с острым коронарным синдромом, 2 - с кардиогенным шоком. Коморбидные болезни были у 67% больных: сахарный диабет и метаболический синдром - 14, гипертоническая болезнь - 10. Фракция выброса левого желудочка в среднем составила 54,6%. У 85% больных по данным коронарографии установлено многососудистое поражение коронарных артерий.

У 2 (5,9%) больных операции выполнены в экстренном порядке, у 1 (2,9%) - в отсроченном периоде (на 4-7 сутки). Средний индекс реваскуляризации составил 2,5 шунта.

**Результаты.** Необходимость перехода на ИК в экстренном порядке при операции реваскуляризации миокарда возникла в 1 случае из-за дестабилизация гемодинамики (стойкое снижение артериального давления, фибрилляция желудочков на различных этапах шунтирования коронарных артерий). Пациентом с исходным тяжелым состоянием, связанным с выраженным поражением коронарных артерий и с низкой сократительной способностью миокарда, ИК использовано в плановом порядке.

В послеоперационном периоде у 2 больных были отмечены осложнения: повторный инфаркт миокарда на вторые сутки, ОНМК - на 7 сутки.

Послеоперационная летальность составила 5,9%.

**Выводы.** Методика коронарного шунтирования в условиях OFF PUMP может быть выполнена больным с ИБС пожилого возраста с низкой фракцией выброса левого желудочка. Тщательный отбор больных для выполнения операций коронарного шунтирования в условиях OFF PUMP значительно снижает количество осложнений и летальных исходов.

Курбонов Р.Б., Рахимов Р.С.

## ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение эффективности гипотензивной терапии эналаприната, каптоприла и коринфара при гипертензивных кризах (ГК) на догоспитальном этапе.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 43 карт вызовов больных с гипертонической болезнью ГБ, осложненной ГК I-II порядка, за период 2018 года в ГУ ГЦСМП в возрасте от 25 до 75 лет, мужчин было 27 (62,8%), женщин – 16 (37,2%).

В целях совершенствования организации оказания неотложной кардиологической помощи при ГК на догоспитальном этапе целесообразны лекарственные формы с быстрым наступлением эффекта и коротким сроком выведения.

В качестве критерия диагноза ГБ считалось повышение систолического артериального давления (САД) выше 180-200 мм рт. ст., симптомы ухудшения периферического или церебрального кровообращения.

**Результаты.** Как показали проведенные исследования, в структуре вызовов СМП в г. Душанбе среди сердечно-сосудистой патологии наиболее распространены заболевания, сопровождающиеся артериальной гипертонией. Число обслуженных за 2018 год составило 41557 вызовов, из них с АГ – 10247 (24,6%).

Анализ структуры вызовов с ГБ показывает, что число больных, впервые обратившихся с ГК, составило 280 (2,7%) от общего количество случаев ГБ.

У 35 больных с неосложненным ГК сублингвальный прием каптоприла в дозе 25 мг или коринфара 10 мг давал медленный гипотензивный эффект, у 8 больных с осложненным ГК при парентеральном введении эналаприната в дозе 1,25 мг в/в болюсно также отмечался медленный гипотензивный эффект. При продолжительности наблюдения за пациентами в течение 3-х часов отмечено улучшение их состояния, осложнения не зарегистрированы ни в одном случае.

**Выводы.** Персонал бригад СМП действовал в соответствии с алгоритмами купирования ГК. Больные с некупирующимся или осложненным ГК, а также больные с неосложненным, но впервые возникшим ГК, после оказания экстренной врачебной помощи были госпитализированы в кардиологическое или терапевтическое отделения. Преимущественное сублингвальное использование коринфара в дозе 10 мг или каптоприла в дозе 25 мг при неосложненной форме ГК, раствор эналаприната в дозе 1,25 мг в/в болюсно при осложненной форме с постепенным гипотензивным эффектом следует рассматривать как препараты выбора на догоспитальном этапе лечения ГК при отсутствии противопоказаний.

Курбонова Ф.У., Шукурова С.М., Рачабова Г., Эшонкулова М.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Актуальность.** В последнее десятилетие отмечается снижение распространенности ревматических пороков сердца, однако они остаются значимой проблемой в развивающихся странах, в том числе в Таджикистане. Во врачебной практике наиболее часто встречаются митральные пороки сердца (МПС). По данным литературы, более половины случаев ППС приходится на поражение митрального клапана. При обследовании больных с МПС наиболее важным показателем является динамика переносимости физических нагрузок, что можно выявить при тщательном сборе данных анамнеза и инструментальных методах диагностики.

ЭхоКГ является золотым стандартом при диагностике пороков сердца. ЭхоКГ необходима для оценки структуры клапанов, расчета объемов и размеров камер сердца, вычисления фракции выброса, степени регургитации и/или стеноза и измерения давления в легочной артерии. ЭхоКГ данные чрезвычайно важны для последующего выбора сроков и вида хирургического лечения.

**Цель.** Изучить гемодинамические изменения по данным эхокардиографии у больных с митральным стенозом при хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

**Материал и методы.** В исследование включены 62 больных с митральным стенозом, которые находятся на амбулаторном наблюдении за период 2015-2018 гг. Из них женщин  $n=48$ , мужчин  $n=14$ . Средний возраст составил  $50,6 \pm 8,8$  года.

Допплер - ЭхоКГ оценка тяжести митрального стеноза проводилась по руководству «ACC/AHA/ASE 2003 guideline update for the clinical application of echocardiography». Больные были распределены на III группы в зависимости от площади отверстий (легкая, умеренная и тяжелая степень стеноза).

**Результаты.** I группа с площадью митрального отверстия более  $1,5 \text{ см}^2$  ( $n=21$ ), где трансмитральный градиент был  $<6 \text{ мм рт.ст.}$ , систолическое давление в легочной артерии составляло  $<30 \text{ мм рт.ст.}$ ; II группа с площадью отверстия  $1-1,5 \text{ см}^2$  ( $n=26$ ), где трансмитральный градиент  $6-10 \text{ мм рт.ст.}$ , систолическое давление в легочной артерии варьировало от  $30$  до  $50 \text{ мм рт.ст.}$ ; III группа с площадью отверстия менее  $1 \text{ см}^2$  ( $n=15$ ), где трансмитральный градиент  $>10 \text{ мм рт.ст.}$ , систолическое давление в легочной артерии  $>50 \text{ мм рт.ст.}$  У 6 пациентов с тяжелой степенью (III группа) стеноза отмечался тромб в левом предсердии. У 32 пациентов отмечалась фибрилляция предсердий вне зависимости от степени сужения площади митрального отверстия.

**Выводы.** Кардиогемодинамические изменения при митральном стенозе прямо пропорционально зависят от степени сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Чем меньше площадь отверстия, тем выше систолическое давление в легочной артерии. В свою очередь легочная гипертензия может свидетельствовать о степени сужения атриовентрикулярного отверстия, что способствует неблагоприятному исходу.

*Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Аблакулова М.Х., Лапасова З.Х.*

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра общей практики / семейной медицины факультета последипломного образования Самаркандского Государственного медицинского института  
г. Самарканд, Узбекистан

---

**Цель.** Оценка распространённости и качества лечения больных с ишемической болезнью сердца в условиях первичного звена медико-санитарной помощи.

**Материал и методы.** Данное исследование проводилось в центральной многопрофильной поликлинике Нуратинского района Навоинской области. Количество общего населения, прикрепленного к данной поликлинике, составило 28690 человек, из них 13366 женщины фертильного возраста, 8240 дети до 14 лет, 545 дети до 1 года и 6539 взрослых. В центральной многопрофильной поликлинике работают 15 врачей общей практики (ВОП). Общее количество больных, состоящих на диспансерном учёте в данной поликлинике, было 2554, из них 225 человек страдали

ишемической болезнью сердца (ИБС). Были использованы следующие способы сбора данных: рутинный анализ данных (амбулаторные карты, журналы регистрации больных, статистические талоны и другие), наблюдение за процессом оказания медицинской помощи, рутинные информационные системы в здравоохранении и управлении / информационные системы в управлении, медицинский аудит и самооценка. Для оценки качества оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца были разработаны и внедрены стандарты и индикаторы.

**Результаты.** Общее число больных с ИБС было 225 человек, что составило 8,8%. При анализе полученных результатов качества оказания медицинской помощи больным с ИБС были получены следующие результаты: в исследуемой центральной многопрофильной поликлинике не оказалось стандартов, протоколов и алгоритмов диагностики и лечения кардиологических больных, из 15 ВОП только 11 ВОП (73,3%) имеют теоретические знания и практические навыки по диагностике и лечению кардиологических больных, из 225 больных с ИБС 123 (54,7%) получали лечение в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению ИБС Европейской Ассоциации Кардиологов (ЕОК, 2013 г) и, наконец, в исследуемой центральной многопрофильной поликлинике в недостаточном количестве имелся информационный материал по профилактике факторов риска развития ИБС среди населения.

**Выводы.** Ишемическая болезнь сердца является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Своевременная диагностика и лечение данного заболевания согласно принципам доказательной медицины имеет немаловажное значение в условиях первичного звена медико-санитарной помощи.

*Леушина Е.А.*

## МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России  
г. Киров, Россия

**Цель.** Факторы риска сердечно-сосудистого континуума встречаются намного чаще при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), чем в общей популяции и составляют 69,9% для артериальной гипертензии (АГ).

**Цель.** Модификация образа жизни у пациентов с АГ и НАЖБП.

**Материал и методы.** Было обследовано 35 человек (мужчины), пациенты НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД». Средний возраст обследуемых составил 41±2,2 года. Проводилось анкетирование с использованием Клинических рекомендаций «Коморбидная патология в клинической практике» 2017 г., для модификации образа жизни у пациентов с АГ и НАЖБП.

**Результаты.** В ходе исследования было выявлено, что сбалансированность питания по содержанию основных пищевых веществ соблюдают 14% пациентов, низкое содержание жира с оптимальным соотношением насыщенных и ненасыщенных жиров - 14% больных, ограничение в рационе простых углеводов (сахаров) - 57% пациентов, повышенное потребление овощей и фруктов выявлено у 28,5% человек, использование цельнозерновых продуктов – у 20%, ограничение промышленно-переработанных мясных (копчености, колбасные изделия) и жировых продуктов - в 14% случаев, разумная кулинарная обработка, без жарки - у 8,5% человек, ежедневная физическая активность в виде ходьбы в среднем темпе не менее 30 минут наблюдается у 86% пациентов.

**Выводы.** Таким образом, установлено, что большая часть пациентов занимается ежедневной ходьбой не менее 30 минут. Диетические рекомендации выполняет лишь малое количество больных. Это говорит о необходимости профилактических бесед с данной категорией пациентов на тему рационального питания и уменьшения калорийности рациона, для снижения активности печеночных ферментов и регресса некровоспалительных изменений в печени. Диета и физические нагрузки способствуют снижению массы тела, повышению инсулиночувствительности, увеличивается эластичность сосудов, улучшается гистологическая картина у больных НАЖБП и АГ.

Леушина Е.А., Шапкина О.С.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России  
г. Киров, Россия

---

**Актуальность.** Регулярная физическая активность умеренной интенсивности, такая как ходьба, снижает риск развития артериальной гипертензии (АГ) и ожирения.

**Цель.** Оценка влияния лечебной физкультуры на качество жизни пациентов с АГ и ожирением.

**Материал и методы.** Проведено проспективное исследование на базе НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД». Было изучено 30 человек с АГ I и II степени, средний возраст которых составил 46 [40,0; 53,0] лет, которым была предложена программа краткосрочных (стационарных) тренировочных занятий дозированной ходьбой. Исходя из результатов индекса массы тела, у 30% пациентов была избыточная масса тела, 30% - страдали ожирением I степени, по 7% имели ожирение II и III степеней, 26% были с нормальной массой тела. В качестве инструмента для оценки качества жизни пациентов использовался общий опросник SF-36. Для обработки данных использовали STATISTICA 10.

**Результаты.** В ходе исследования выявлено: физическое функционирование - 92,5 [85,0; 95,0], ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием - 100,0 [25,0; 100,0], интенсивность боли - 74,0 [72,0; 100,0], общее состояние здоровья - 67,0 [57,0; 80,0], жизненная активность - 67,5 [55,0; 80,0], социальное функционирование - 75,0 [62,0; 100,0], ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием - 100,0 [33,0; 100,0], психическое здоровье - 70,0 [60,0; 76,0]. Общие показатели составили для «Физического компонента здоровья» - 53,0 [47,0; 54,0], для «Психического компонента здоровья» - 45,5 [41,0; 53,0].

**Выводы.** Таким образом, было установлено, что результаты соответствуют удовлетворительным значениям качества жизни по всем шкалам. Для улучшения качества жизни пациентов необходимо рекомендовать долгосрочные занятия лечебной физкультурой. Занятия повышают степень тренированности сердечно-сосудистой системы и являются профилактическим средством в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний и ожирения.

<sup>1</sup>Лолаев А.Н., <sup>2</sup>Хурсанов Н.М.

## КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

<sup>1</sup>Городской медицинский центр №1

<sup>2</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние гормона шишковидной железы мелатонина на когнитивную функцию пожилых больных с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

**Материал и методы.** Обследовано 28 больных ИСАГ с умеренными когнитивными нарушениями в возрасте от 60 до 75 лет. Среди них женщин - 16, мужчин - 12. 9 пациентов имели I тип, 19 - II тип ИСАГ. По клиническому течению у 12 больных наблюдались лабильная и у 16 - стабильная формы заболевания (классификация А.З. Цфасман, Х.Н. Хамидов, 1983). Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давление  $\geq 140$  мм рт.ст.,

диастолическое артериальное давление < 90 мм рт.ст., умеренные когнитивные нарушения по критериям международной классификации болезней (МКБ-10).

Всем больным на фоне получаемых антигипертензивных препаратов (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, тиазидовые мочегонные) назначался мелатонин. Препарат назначался в дозе 3 мг в тёмное время суток (за 2 часа до сна).

Исследование состояния когнитивных функций проводилось в первой половине суток с использованием следующих наиболее информативных методик: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE), проба Шульте, батарея тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), шкала Маттиса. Обследование пациентов проводилось до и после 20-недельного курса лечения.

**Результаты.** Исходные результаты тестирования свидетельствовали о снижении когнитивных функций больных. Усредненные баллы по шкале MMSE составили – 22,7±2,9 балла, FAB – 10,3±3,1баллов, пробы Шульте - 43±6,6 сек, шкале Маттиса - 9,1±3,4. К концу курса лечения отмечалась положительная динамика со стороны изученных показателей. Усреднённые баллы увеличились по шкале MMSE на 15,6%, FAB – на 12,3%, Маттиса - на 9,3%. Результаты по пробе Шульте уменьшились до 36,5±3,4 сек.

**Выводы.** Применение мелатонина в комплексном лечении пожилых больных ИСАГ улучшает когнитивную функцию.

*Магзумова Ф.П., Тиллоева З.С., Олимова М.*

## ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ «ИНСТИТУТ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Провести эпидемиологический анализ показателей организации лечебно-реабилитационной помощи инвалидам на уровне клиники НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Республики Таджикистан за 2013-2017 годы.

**Материал и методы.** Истории болезней больных с 2013 по 2017 годы. Проводились вычисления и анализ структуры госпитализированных больных по различным классам болезней, полу, возрасту, месту жительства, длительности лечения и использованию материальных ресурсов (коечного фонда).

**Результаты.** Проведенный анализ показывает, что за указанный период в клинику за медико-социальной и реабилитационной помощью обратились 4649 пациентов, из них инвалиды различных категорий – 3279 человек, что составило 71% от всех госпитализированных. Из них взрослые составили 3032 человек (65%) и лица до 18 лет - 1617 человек (35%).

Анализ показал, что среди госпитализированных больных лица мужского пола составили больше половины - 2584 пациентов (56%) против 2065 человек (44%) женщин. Также отмечается преобладание удельного веса сельских жителей в общем числе лечившихся в клинике - 2405 человек (52%) против 2244 человек (48%) городских жителей. Тревожно высокой остаётся доля лиц трудоспособного возраста среди всех госпитализированных больных - 2270 человек (49%). При этом доля детей и детской инвалидности среди всех госпитализированных больных составила 1617 человек (35%) и 1120 человека (24%) соответственно. Анализируя госпитализацию детей в стационар, следует отметить её увеличение в течение пяти лет. Анализ показал, что среди взрослых госпитализируемых пациентов основную долю составляют инвалиды II группы - 1257 человек (27%), тогда как I и III группы составили 205 человек (4,4%) и 697 человек (15%) соответственно. При рассмотрении структуры заболеваемости по нозологическим формам видно, что заболевания нервной, опорно-двигательной и сердечно-сосудистой систем в сумме составляют основную часть - 2682 человек (81%) из общего количества госпитализированных



больных. При этом болезни нервной системы занимают одно из ведущих мест среди неизлечимых болезней, приводящих к инвалидности, составив 2138 человек (46%) из общего количества госпитализированных.

**Выводы.** Анализ деятельности клиники НИИ показывает положительные сдвиги в реабилитационной помощи инвалидам за прошедшие годы. Для дальнейшего улучшения организаций деятельности медико-социальной и реабилитационной помощи населению необходимо использовать новые регламенты направления, приёма, организации и контроля в клинике. Необходимо улучшить использование коечного фонда стационара, разработать мероприятия по улучшению использования ресурсов (коечного фонда, кадров), провести перепрофилизацию коечного фонда клиники по потребностям.

*Маликов М.Х., Давлатов А.А., Каримзаде Г.Д.,  
Хайруллои Н., Махмадқулова Н.А.*

## СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ КОМПЛЕКСА ТКАНЕЙ НА ВЕРХНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Ранняя диагностика острого нарушения кровообращения пересаженного комплекса тканей на верхнюю конечность и повторная коррекция наложенных микроанастомозов.

**Материал и методы.** Проведен анализ хирургического лечения 47 пациентов с посттравматическими дефектами кожных покровов (21) и ишемической контрактурой Фолькмана (ИКФ) тяжелой степени (26), которым были пересажены кожно-фасциальные (18) и кожно-мышечные (29) трансплантаты. При посттравматических дефектах кожно-фасциальные (18) и кожно-мышечные (3) трансплантаты были пересажены с целью создания полноценного кожного покрова с последующей реконструкцией поврежденных подлежащих сосудисто-нервных пучков и сухожилий. При ИКФ тяжелой степени были пересажены функциональные реиннервированные мышечные трансплантаты одновременно с целью создания полноценного кожного покрова и восстановления функциональной способности конечностей.

**Результаты.** На вторые сутки среди общего количества трансплантатов, которые были пересажены с целью создания полноценного кожного покрова (21), острое нарушение кровообращения пересаженного свободного пахового лоскута отмечалось в одном наблюдении, что составило 4,1%. При повторной операции развился тромбоз артериальной ножки лоскута с необратимыми изменениями трансплантата. Из-за развития тотального некроза последний был удален. В остальных наблюдениях использованные васкуляризированные трансплантаты прижились.

Среди 26 кожно-мышечных трансплантатов, которые были пересажены при ИКФ тяжелой степени, острое нарушение кровообращения лоскутов было выявлено в 7 случаях. Всем этим пациентам для подтверждения нарушения кровообращения пересаженного комплекса тканей была использована УЗДГ. Тромбоз сосудов трансплантата обнаружен у 5, сдавление вен гематомой с нарушением венозного оттока – у 2 больных, но в последних 2 наблюдениях вены были проходимыми.

Всем пациентам была предпринята повторная неотложная операция, которая имела благоприятный исход в 4 наблюдениях. В 3 наблюдениях реконструкция артериального (2) и венозного (1) анастомозов не привела к успеху, отмечался некроз пересаженного комплекса тканей, потребовавший их удаления.

**Выводы.** Наряду с клиническими критериями оценки нарушения кровообращения пересаженного комплекса тканей достоверные данные можно получить при использовании УЗДГ пересаженного комплекса тканей. Своевременная диагностика и неотложная операция с восстановлением кровообращения пересаженного комплекса тканей в большинстве случаев даёт положительные результаты.

Маликов М.Х., Давлатов А.А., Хайруллои Н., Каримзаде Г.Д.

## АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино,  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения пострадавших с повреждениями сосудов верхних конечностей.

**Материал и методы.** Анализированы результаты хирургического лечения 48 пострадавших с повреждениями сосудов верхних конечностей, которым была оказана первичная помощь в неспециализированных лечебных учреждениях. На этапах оказания первичной помощи пострадавшим были допущены диагностические и тактические ошибки, в результате которых развилось острое нарушение кровообращения конечности.

Больные находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за период с 2010 по 2019 гг. Из дополнительных методов диагностики использовались рентгенография костей и УЗДГ. По показаниям прибегали к ангиографии конечностей. С целью определения степени жизнеспособности ишемизированных мышц выполняли интраоперационную электростимуляцию мышц пораженных конечностей.

**Результаты.** Пульсирующая гематома плечевой (2) и лучевой (3) артерий была диагностирована у 5 пациентов. Тромбоз восстановленных плечевой (11) и лучевой артерий (4) наблюдался у 15 пациентов. Тромбоз временного шунта из силиконовой трубки плечевой артерии имелся в 4 наблюдениях. Оказанные действия привели к расширению объема повторной операции и применению аутовенозной пластики сосудов.

Характер тактических ошибок у остальных 23 пострадавших был таковым: перевязка плечевой (4), лучевой (12) и локтевой артерий (6) была осуществлена у 22 и в одном наблюдении перевязка плечевой артерии была выполнена с иссечением бифуркации артерии. При этом диастаз между плечевой артерией и обеими артериями предплечья составил 7 см. Всем пострадавшим было выполнена аутовенозная пластика поврежденных сосудов.

В послеоперационном периоде проходимость сосудов наряду с объективными данными определялась с помощью УЗДГ. Тромбоз восстановленных плечевых артерий наступил у 3, сосудов предплечья – у 6 пациентов. Повторная реконструкция плечевой артерии привела к успеху. При тромбозе артерий предплечья повторная реконструкция сосуда не была выполнена, так как кровообращение кисти у этих пациентов была компенсированной.

**Выводы.** Допущенные тактические ошибки при повреждениях сосудов верхних конечностей сопровождаются развитием ряда осложнений, намного расширяют объем специализированной помощи. Ранняя диагностика повреждения сосудов и адекватная их коррекция способствует к полной реабилитации пострадавших.

Маликов М.Х., Давлатов А.А., Хайруллои Н.,  
Каримзаде Г.Д., Махмадкулова Н.А.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМАХ АРТЕРИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов реконструкции артерий верхних конечностей при посттравматических пульсирующих гематомах и аневризмах сосудов верхних конечностей.

**Материал и методы.** Оперативному вмешательству подверглись 6 пострадавших с посттравматическими пульсирующими гематомами и ложными аневризмами сосудов верхних конечностей за период с 2013 по 2019 годы. Пациенты находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (5) и один пациент был оперирован в условиях лечебно-диагностического отделения ТГМУ имени Абуали ибн Сино.

Всем пострадавшим с резаными ранами верхних конечностей была оказана помощь в неспециализированных хирургических стационарах города Душанбе и районов республики. Среди поступивших было 2 детей до 14 лет, что составило 33,3%.

Этиологическими факторами повреждения во всех случаях явились резные раны предплечья (4) и колотая рана нижней трети плеча (2). При изучении сопроводительных документов пострадавших было установлено, что объем оказанной помощи ограничивался проведением неадекватной первичной обработки ран. Пульсирующая гематома плечевой артерии была выявлена в сроки до 2 недель у 2 пострадавших, лучевой артерии - у одного пациента, у трех остальных - аневризма лучевой артерии в сроки до 2 месяцев. Таким образом, сроки развития пульсирующих гематом и аневризм сосудов варьировали от 3 дней до 2 месяцев от момента получения травмы.

Среди дополнительных методов диагностики информативным считалась ультразвуковая доплерография сосудов поврежденных конечностей.

**Результаты.** Оперативные вмешательства были выполнены под регионарным обезболиванием. В 5 наблюдениях при резекции патологически измененной области сосудов плеча и предплечья диастаз составил от 3 до 6 см, что потребовало применения аутовенозных вставок. В одном наблюдении при резекции аневризмы глубокой веточки лучевой артерии при диастазе 2 см была выполнен циркулярный шов артерии.

Течение после операции гладкое, при объективном исследовании и УЗДГ проходимость всех восстановленных сосудов удовлетворительная. В отдаленные сроки все сосуды проходимы.

**Выводы.** Своевременное выявление и радикальная коррекция посттравматических гематом и аневризм сосудов во всех наблюдениях приводит к восстановлению адекватного кровотока в пораженных конечностях.

*Мамаджанова Г.С., Аминов Х.Д., Сангинова Н.*

## СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить состояние качества жизни у часто болеющих детей (ЧБД) до и после лечения.

**Материал и методы.** Под наблюдением было 106 ЧБД в возрасте от 5 до 14 лет. Изучалось качество жизни до и после лечения. При изучении качества жизни определялись физические и психологические критерии, уровень состоятельности, эмоциональное и социальное функционирование, жизнь в детском саду, в школе, влияние окружающей среды. Эффективность терапии, интегральные показатели как у детей, так и у родителей.

Критерии качества жизни оценивались в процентах (100%): чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

**Результаты.** По результатам проведенных исследований в период болезни до лечения все перечисленные критерии были снижены в 2-2,5 раза как со стороны родителей, так и самооценки детей. Показано, что наиболее выраженное влияние на все описанные критерии оказывает течение болезни.

При сравнительном анализе детских и родительских оценок качества жизни отмечены статистически значимые различия в отношении критериев.

На фоне проведенной терапии отмечалось улучшение функции мозга, выявлено повышение объема и точности зрительного восприятия, объема и концентрации внимания около 80% детей, при этом их родители считают, что самочувствие детей улучшилось, они стали в 3-4 раза реже болеть в год, улучшилась успеваемость детей. Это подтверждается и данными интегральной оценки качества жизни как у детей, так и у родителей до лечения, показатели качества жизни после лечения повысились в 2,5 – 3 раза.

**Выводы.** Суммируя результаты проведенных исследований, можно констатировать, что качество жизни у детей является важным индикатором в состоянии здоровья и зависит от тяжести заболевания, возраста пациента и наличия сопутствующей патологии.

*Мамаджанова Г.С., Бадалова З.А., Кабилова Б.Х.*

## ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ИЛИ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить характер нарушений сердечного ритма у новорожденных, перенесших гипоксию.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 100 недоношенных новорожденных, родившихся с асфиксией разной степени тяжести.

Проведен анализ особенностей течения беременности и родов у данных женщин с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН). Новорожденным проведено: мониторинговое наблюдение артериального давления (А/Д), частоты сердечных сокращений (ЧСС); общеклиническое и неврологическое обследование, кардиоинтервалография, оценка вегетативной нервной системы по адаптированной схеме Вейна.

**Результаты.** При анализе репродуктивной функции женщин выявлено, что частота самопроизвольных выкидышей и неразвивающаяся беременность составили 14,4%. В анализе у 11% пациенток предыдущая беременность осложнилась плацентарной недостаточностью, перинатальные потери отмечались у 5%, бесплодие - у 15% женщин. Настоящая беременность на фоне анемии и почечной патологии протекала у 60% женщин, заболевания щитовидной железы имелись у 14,4%. Угроза прерывания - в 11,5%, многоводие - в 13,5%. Интранатальная асфиксия была обусловлена частичной отслойкой нормально расположенной плаценты - в 5,2%, преждевременное излитие околоплодных вод - в 15%, предлежание плаценты - в 4%, аномалия родовой деятельности - в 4,6% случаев.

При кардиотокографии в 70% зарегистрирована тахикардия плода. Умеренная асфиксия (Апгар 4-6 баллов) была отмечена в 78% случаев. В асфиксии тяжелой степени на фоне хронической внутриутробной гипоксии родилось 26 новорожденных (Апгар < 4 баллов). Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) легкой степени (I группа) отмечена у 23 новорожденных и имела преходящий характер. Вегетовисцеральные нарушения в виде бледности кожных покровов, цианоза носогубного треугольника имели 12 детей. На КИГ преобладала симпатикотония, ИН составил 289 единиц.

ГИЭ 2-ой степени (II-группа) у 77 новорожденных в раннем периоде адаптации сопровождалось респираторными нарушениями с последующим апноэ в 14% случаев, что в 7,2% потребовало проведения вспомогательной вентиляции легких. Повышение нервно-рефлекторной возбудимости в этот период сохранялось у 22% детей, внутрижелудочковое кровоизлияние - у 11,2%. Бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, «мраморный рисунок кожи» сохранялись у 46 новорожденных до 15-18 суток жизни. На КИГ значение моды (Mo) составило 0,45 сек, при этом амплитуда Mo (Амо) была значительно выше. Индекс напряжения в 2,2 раза выше, чем в первой группе детей. Вегето-висцеральные нарушения проявились увеличением А/Д (85/50 мм рт.ст.), в первые сутки лабильностью частоты пульса, внутричерепное давление сопровождалось стойкой брадикардией (ЧСС 85-125 в мин).



Кардиоинтервалография характеризовалась гиперсимпатикотонией (ИН 690 и 627,4 у недоношенных). Индекс напряжения возрастал соответственно степени тяжести церебральных нарушений.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты дают основание утверждать о том, что у этих детей превалирует активность симпатического отдела нервной системы. В то время как показатель  $Dx=0,14\pm 0,04$  свидетельствует о снижении уровня парасимпатической активности, при возрастании индекса напряжения  $ИН=627,4\pm 96,2$  и  $690\pm 37,11$  условных единиц, что свидетельствует о гиперсимпатикотоническом состоянии и напряженности адаптационно-компенсаторных механизмов.

*Мамаджанова Г.С., Самиева Н.Ш., Махмудова М.М.*

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить клинические особенности перинатальной энцефалопатии и поражения сердечно-сосудистой системы у новорожденных.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением было 218 детей, родившихся в асфиксии с гипоксическим повреждением мозга, в возрасте от 1 недели до 2-х лет. Все дети наблюдались невропатологом. Им проводились общий анализ крови, мочи, УЗИ мозга, УЗИ сердца, ЭКГ.

**Результаты.** У всех наблюдаемых нами детей имелся отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. Почти у всех отмечалось множество неблагоприятных факторов, способствующих развитию хронической гипоксии плода и рождению ребенка в асфиксии. По данным клинических проявлений церебральных нарушений дети были разделены на 3 группы. У 133 детей (61%) первой группы клиническая картина характеризовалась глазной симптоматикой/косоглазие, нистагмом, тремором рук, легким усилением сухожильных и безусловных рефлексов, кратковременным общим беспокойством, что указывало на нарушение мозгового кровообращения. У этой группы больных отмечалась клиника функционального изменения сердца, которая характеризовалась рядом объективных признаков поражения сердца: тоны приглушены, тахикардия, аритмия, функциональный систолический шум, но границы сердца были в пределах нормы и нестойкие изменения формы одного или двух зубцов ЭКГ /QRS/. У 16 (12%) детей на фоне присоединившегося ОРЗ отмечалось нарастание симптомов сердечной недостаточности, и изменения со стороны сердца укладывались в клинику миокардиодистрофии. Усугублялись нарушения неврологической симптоматики. В основном преобладали поражения вегетативной иннервации: мраморный рисунок кожных покровов, стойкий дермографизм.

У 13 детей второй группы и у всех детей третьей группы отмечалась кардиореспираторная депрессия. Синдром характеризовался угнетением основных жизненных функций – брадикардия, понижение мышечного тонуса, нарушение дыхания, гипотония. У них отмечалась кардиомегалия, нарушения проводимости и недостаточность кровообращения. Диагноз различных функциональных классов кардиопатии был выставлен 33 детям, 10 больным диагностировали фиброэластоз эндокарда. Дифференциальный диагноз между ними удалось провести с помощью рентгеноскопии грудной клетки. “Немое” сердце отмечалось у больных с фиброэластозом и отсутствием эффекта от введения карiotонических средств. 20 детей были с врожденным пороком сердца: из них у 12 септальный порок сердца, у 3 незаращение артериального протока, у 5 болезнь Фалло.

**Выводы.** Таким образом, у детей с перинатальной энцефалопатией отмечались различные кардиопатии, которые часто протекают с сердечной недостаточностью, что и является причиной летальных исходов. Поэтому необходима ранняя диагностика изменений со стороны сердца и своевременное назначение карiotонических препаратов.

<sup>1</sup>Мамасаидов А.Т., <sup>2</sup>Кулчинова Г.А., <sup>3</sup>Гонтарь И.П., <sup>4</sup>Сакибаев К.Ш.,  
<sup>1</sup>Абдурашитова Д.И., <sup>5</sup>Турсунов С.Ю., <sup>2</sup>Мамасаидов Ф.А.

## В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И АНТИ-В-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

<sup>1</sup>Ошский государственный университет

<sup>2</sup>Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации

г. Ош, Киргизстан,

<sup>3</sup>Волгоградский НИИ клинической и экспериментальной ревматологии,

г. Волгоград, Россия

<sup>4</sup>Ошская межобластная клиническая больница,

г. Ош, Киргизстан

<sup>5</sup>Андижанский государственный медицинский институт

г.Андижан, Узбекистан

**Актуальность.** В патогенезе системной красной волчанки (СКВ) и ревматоидного артрита (РА) ведущее значение придается гиперактивности В-клеточного иммунного ответа, целенаправленное подавление которого имеет большое значение в терапии этих болезней в настоящее время и, по-видимому, первостепенное значение – в будущем.

**Цель.** Изучение клинического значения показателей В-клеточной активации и эффективности анти-В-клеточной терапии при СКВ и РА.

**Материал и методы.** Исследовано 432 больных СКВ и РА, из них 54 больных СКВ и 378 больных РА. В качестве сравнения исследованы 50 больных остеоартрозом (ОА) и 30 здоровых лиц.

У всех исследованных методом количественной цитофлуориметрии оценивали В-клеточную активацию по уровням спонтанной пролиферативной и Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов (SPABL и SIABL).

Анти-В-клеточную терапию проводили таким анти-В-клеточным препаратом ритуксимаб (Мабте-ра®). Анти-В-клеточная терапия ритуксимабом была проведена у 19 больных СКВ и 37 больных РА с тяжелым течением и с предшествующей неэффективностью, как минимум, одного базисного противовоспалительного препарата (БПВП). Остальные больные СКВ и РА продолжали получать БПВП.

**Результаты.** Уровни SPABL и SIABL у больных СКВ и РА были достоверно ( $p < 0,001$ ) выше, чем у здоровых лиц и больных ОА. При этом у больных СКВ и РА высокие уровни SPABL и SIABL коррелировали с наличием и степенью выраженности клинических и лабораторных признаков активности этих болезней.

Отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение показателей SPABL и SIABL при СКВ и РА к концу 6-месячного лечения ритуксимабом и БПВП.

По итогам 6-месячного лечения ритуксимабом хороший и удовлетворительный эффекты отмечены у 14 (73,7%) больных СКВ и у 29 (78,4% больных) РА.

**Выводы.** При СКВ и РА показатели В-клеточной активации (SPABL и SIABL) могут быть использованы для определения наличия и степени активности и эффективности лечения болезни, а применение анти-В-клеточной терапии ритуксимабом является эффективным методом лечения тяжелых форм этих заболеваний.

*Мамедова Г.А., Тачмурадова М.Р., Абрамова Э.С., Караджаева О.А., Каримова Ф.Ш.*

## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Кафедра внутренних болезней факультета усовершенствования врачей Туркменского государственного медицинского университета  
г. Ашгабат, Туркменистан

**Актуальность.** Дефицит тиреоидных гормонов в первую очередь приводит к нарушению функции сердечно-сосудистой системы (ССС) и прогрессированию атеросклероза.

**Цель.** Оценка особенностей кардиальной патологии у больных первичным гипотиреозом различной степени тяжести.

**Материал и методы.** Обследовано 254 больных с патологией щитовидной железы (ЩЖ). Гипотиреоз был выявлен у 97 больных (мужчин 4, женщин 93), из них манифестный – у 41 больного (42,3%), субклинический – у 56 пациентов (57,7%). Средний возраст больных составил  $41,2 \pm 10,7$  лет, длительность заболевания –  $6,2 \pm 1,5$  года. Контрольная группа (20 практически здоровых лиц) статистически значимо не отличалась по возрасту и полу от основной группы.

Всем обследованным проведены исследования гормонов ЩЖ и липидов крови, УЗИ ЩЖ, ЭКГ и его суточное мониторирование, ЭхоКГ. Определялся ИМТ, среднее значение составило  $29,6 \pm 0,54$  кг / м<sup>2</sup>. Больным с гипофункцией ЩЖ проводилась адекватная терапия L-тироксином.

**Результаты.** При исследовании гормонов ЩЖ было выявлено, что средний уровень ТТГ в группе пациентов с манифестной формой гипотиреоза составил  $8,85 \pm 3,7$  мкМЕ/мл, при субклинической форме -  $3,5 \pm 0,5$  мкМЕ/мл. Кроме того, отмечалось статистически значимое повышение уровней общего холестерина (ОХ)  $6,8 \pm 1,4$ , липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)  $4,6 \pm 1,2$  ммоль/л и триглицеридов (ТГ)  $2,4 \pm 0,6$  ммоль/л и снижение уровня ЛПВП  $0,8 \pm 0,4$ , по сравнению с контролем. У всех больных на ЭКГ отмечено диффузное снижение амплитуды зубцов Т. Утяжеление степени гипофункции щитовидной железы сопровождалось снижением амплитуды зубцов Р, комплексов QRS, брадикардией, замедлением атриовентрикулярного проведения и нарушением реполяризации миокарда. ЭхоКГ признаки характеризовались гипертрофией левого желудочка и его диастолической дисфункцией, которые прогрессировали по мере ухудшения функции щитовидной железы.

**Выводы.** У больных с гипотиреозом на фоне избыточной массы тела выявлено статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение уровней ЛПНП и ТГ, а также значимое снижение содержания холестерина ЛПВП. Со стороны ССС проявлялись признаки гипертрофии ЛЖ и диастолическая дисфункция миокарда при относительно сохранной его сократительной способности. Выраженность кардиальных изменений напрямую коррелирует со степенью тяжести гипотиреоза, возрастом, повышением АД, наличием избыточной массы и гиперлипидемией. Заместительная терапия L-тироксином снижает сердечно-сосудистый риск. Своевременная диагностика нарушений функции ЩЖ и их коррекция позволят улучшить сердечно-сосудистый прогноз.

*Махмадов Ш.К., Халимова З.С. Кадырова Н.А.*

## РОЛЬ РЕТИНАЛЬНОЙ КАМЕРЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ФОТОДОКУМЕНТАЦИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ

Кафедра офтальмологии ТГМУ им Абуали ибн Сино»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить значимость офтальмологического обследования немидриатической ретиальной камерой SmartScore Pro для фотодокументации гипертонических изменений на глазном дне.

**Материал и методы.** В 2017 году на базе кафедры офтальмологии ТГМУ имени Абуали ибн Сино нами было обследовано 28 пациентов с гипертонической болезнью. Традиционная офтальмоскопия была мало информативна вследствие плавающих помутнений в стекловидном теле и склеротических изменений в хрусталике. У всех 28 пациентов гипертоническая болезнь была диагностирована более 8 лет назад. Средний возраст составил  $59,2 \pm 0,01$  лет. Острота зрения в среднем – 0,4 без коррекции и 0,6 - с коррекцией. Всем пациентам было произведено фотографирование глазного дна немидриатической ретиальной камерой SmartScore Pro.

**Результаты.** В связи с помутнениями в оптических средах при прямой офтальмоскопии множество патологических признаков не были диагностированы. У всех 28 пациентов на глазном

дне отмечены признаки гипертонической ангиопатии сетчатки в виде симптома Салюса-Гунна, сужение артерий. У 2 – признаки острой нейропатии зрительного нерва: отёк диска зрительного нерва, ишемические изменения. У 7 пациентов отмечены петехиальные кровоизлияния, у 1 – тромбоз центральной вены сетчатки, что проявилось в виде симптома «раздавленного помидора». У 3 наблюдался отёк в макулярной области, ватообразные очаги.

В случае упущения деталей гипертонических изменений зрительного нерва, сетчатки и несвоевременном их лечении имелся высокий риск потери большей части зрительных функций пациентом.

Также фотодокументация изменений на глазном дне позволила проводить он-лайн консультации ведущих специалистов с минимальными временными потерями.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования позволили выявить высокую информативность немидриатической ретинальной камеры Smartscope Pro для фотодокументации изменений на глазном дне, что позволило выбрать наиболее рациональные методы лечения органа зрения при гипертонической ангионейроретинопатии.

*Махмудова К.Дж., Фараджева Н.А.*

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ СТАДИЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Отделение гепатологии Funda Hospital  
Кафедра терапии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей имени А.Алиева  
г. Баку, Азербайджан

**Актуальность.** Для верификации диагноза цирроза печени всегда возникает необходимость исследования глубинных структур органа. Проводимая для этих целей биопсия травматична, болезненна, часто сопровождается необходимостью купирования возникшего кровотечения и невозможностью точного попадания иглы в область фиброзных образований. В отличие от биопсии, эластография позволяет увидеть полную картину и определить стадии фиброза, что важно для проведения адекватного лечения гепатитов, оценки их прогноза и возможных осложнений.

**Цель.** Выявить раннюю стадию цирроза печени для выстраивания своевременной и адекватной терапевтической тактики.

**Материал и методы.** Обследовано 200 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет с диагнозом «цирроз печени» различной этиологии: вирусной - 100, алкогольной - 40, криптогенной – 36 и аутоиммунной – 24.

Всем пациентам в числе прочих исследований проводилась эластография печени с помощью цифрового ультразвукового аппарата Aixplorer (Франция), в режиме исследования сдвиговой волны (SWE), дающей информацию об упругости тканей в цифровых показателях (кПа). Во всех группах значение SWE 7,1 (кПа) оценивалось как 2-я (F2), 9.2(кПа) - 3-я (F3), 13.5(кПа) – 4-ая степень (F4) цирроза.

**Результаты.** В результате проведенного исследования было выявлено, что в группе пациентов с циррозом печени вирусной этиологии (гепатиты В, С, D) у 65 определялась F2-F3 с величиной SWE в пределах 7,1-13,4 кПа, у 35 - F4 ( стадия цирроза) с показателем SWE >13.5 кПа. При гепатите С и в других этиологических группах F2 стадия цирроза начиналась при значении SWE 7,1, F3 - 9.2 и F4 - 13.5 кПа. Из 24 пациентов с аутоиммунной этиологией болезни у 22 была выявлена F4 (30-35 кПа), а у 2 - F3 (8.8 кПа) стадии цирроза. Из 40 пациентов с алкогольной этиологией болезни у 35 выявлена F4 (25-30 кПа), у 5 - F3 (9.0 кПа), а из 36 пациентов с криптогенной этиологией у 17 - F4 со значениями SWE 14-15 кПа расценивалась как начальная стадия цирроза печени, а показатель SWE, равный 25 кПа - F4 у 18 пациентов - расценивался как поздняя стадия цирроза. У 1 пациента этой группы выявлена F3 (8.7 кПа). В процессе обследования обнаружены нормальный и уменьшенные размеры печени, неоднородность структуры, у большинства пациентов в пораженных зонах выявлялись регенеративные узлы.



**Выводы.** Эластография является ведущим методом диагностики цирроза печени любой этиологии. Этот метод дает возможность диагностировать цирроз печени на ранней стадии, что позволяет начать своевременное лечение, снизить риск возможных осложнений и существенно продлить жизнь пациента

*Мацкевич С.А., Атрощенко Е.С., Бельская М.И.*

## КОМОРБИДНОСТЬ ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Оценка психоэмоциональных нарушений у пациентов с возвратной стенокардией в отдаленном периоде после коронарного шунтирования (КШ).

**Методы исследования.** Обследовано 100 пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией II, III функциональных классов, средний возраст  $58,1 \pm 6,13$  года. Время, прошедшее после операции КШ, составило  $18,8 \pm 4,11$  месяца, симптомы стенокардии возникли спустя  $9,58 \pm 3,03$  месяца от операции. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid – 7 по стандартной методике, фракция выброса левого желудочка составила  $50,2 \pm 5,12\%$ . Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D. Оценка уровня клинической депрессии проводилась с помощью шкалы депрессии А.Бека (BDI), уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) - при помощи теста Спилбергера-Ханина. Качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью «Сиэтлского опросника по стенокардии».

**Результаты.** В результате психологического тестирования (опросник CES-D) установлено, что 25% пациентов имели признаки депрессии. Согласно данным шкалы депрессии Бека, 21% пациентов имели признаки клинически выраженной депрессии. В результате корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ( $r=0,51$ ,  $p<0,001$ ). КЖ у пациентов с сопутствующей депрессией в 1,5 раза хуже, чем у пациентов без депрессии. Выявлено также, что средний уровень СТ отмечался у 69% пациентов, ЛТ - у 50% пациентов. Высокий уровень СТ выявлен у 22% пациентов, ЛТ - у 50% пациентов. Определены взаимосвязи между КЖ и СТ ( $r=0,46$ ,  $p<0,001$ ), КЖ и ЛТ ( $r=0,59$ ,  $p<0,001$ ). КЖ у пациентов с высоким уровнем ЛТ в 1,6 раза хуже, чем у пациентов без коморбидности.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что в отдаленном периоде после операции КШ у пациентов сохраняются признаки психоэмоциональной нестабильности. КЖ значительно ухудшается при наличии тревожности или депрессии.

*Мехмонов П.Х., Одинаев Ш.Ф., Джалилзода С.С.,  
Хамидов И.А., Касымов А.М.*

## ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и биоэлектрическую активность головного мозга у жителей Республики Таджикистан, принимавших участие в ликвидации аварии на ЧАЭС, в отдалённые сроки.

**Материал и методы.** Фактическим материалом работы явилось обследование 500 человек – жителей Таджикистана, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, в возрасте от 41 до 63 лет. В том числе работавшие в ранние сроки (1986-1987 гг.) – 300 человек и работавшие в поздние сроки (1988-1990 гг.) - 200 человек.

Состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось на основании общепринятых методик исследований ЭКГ, ЭхоКГ. Исследование биоэлектрической активности мозга проведено методом спектрального анализа энергетических спектров ЭЭГ.

**Результаты.** Анализ клинических симптомов позволил выявить у 268 (53,6%) обследованных различные жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Среди наиболее частых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы нами выявлена сердечная недостаточность, которая проявлялась наличием застойных явлений как в большом, так и в малом кругах кровообращения, и подтверждалось наличием клинических симптомов. На ЭКГ выявлена большая частота изменений, характерных для нарушения процессов реполяризации, указывающих на начальные стадии формирования патологических процессов в миокарде в виде косонисходящей депрессии сегмента ST (более 2 мм) выпуклостью вверх, особенно выраженных в отведениях V5, V6, I, aVL у 211 (42,2%) обследованных. Исследования внутрисердечной гемодинамики, проведенные 35 ликвидаторам, показали, что такие показатели, как УО, УИ, МОК, СИ, были изменены в сторону уменьшения по мере увеличения полученной дозы радиации. Исследования функционального состояния головного мозга методом электроэнцефалографии показали, что у ликвидаторов, принимавших участие в ранние сроки после аварии, мощность альфа-активности в паттернах в среднем составила  $38,5 \pm 7,5$  мкВ<sup>2</sup>/Гц для левого полушария,  $46,8 \pm 11,4$  мкВ<sup>2</sup>/Гц - для правого полушария (контроль соответственно  $52,1 \pm 8,4$  и  $55,5 \pm 9,1$  мкВ<sup>2</sup>/Гц) с пространственным градиентом распространения от задних отделов коры в передние:  $46,3 \pm 7,9$  мкВ и  $60,1 \pm 11,2$  мкВ<sup>2</sup>/Гц в затылочных отведениях и  $21,6 \pm 5,7$  мкВ<sup>2</sup>/Гц и  $28,5 \pm 5,3$  мкВ<sup>2</sup>/Гц - в лобных отведениях левой и правой гемисфер, соответственно (контроль  $40,5 \pm 14,7$  и  $51,8 \pm 10,4$  мкВ<sup>2</sup>/Гц).

**Выводы.** Сравнительный анализ показателей центральной гемодинамики у ликвидаторов показал, что у лиц с наименьшей полученной дозой радиации поддерживается оптимальный уровень кровоснабжения в соответствии с энергетическими потребностями организма, а у лиц, получивших дозу радиации свыше 15 бэр, прослеживается снижение УО, УИ, МОК, СИ на фоне увеличения ЧСС и ОПСС, что свидетельствует о напряжённой работе сердечно-сосудистой системы и возможном срыве её компенсаторных возможностей. Ведущий тип изменений ЭЭГ представлен дезорганизацией доминирующей альфа-активности, увеличением мощности биоэлектрической активности головного мозга в дельта- и тета-диапазонах частот в височных, лобных и центральных областях коры больших полушарий.

*Мирахмедова М.А., Касымова С.В., Музаффаров Ф.Б., Касымова С.Д.*

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»

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

**Актуальность.** Проблема йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) для населения Таджикистана чрезвычайно актуальна, так как территориально страна относится к зонам йодной недостаточности

**Цель.** Изучить распространённость эндемического зоба и степень тяжести йодной недостаточности среди населения Таджикистана и эффективность мероприятий, направленных на профилактику ЙДЗ.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты профилактических осмотров эндокринологами республики за последние 5 лет по выявлению эндемического зоба, которые сопоставлены с результатами Национального исследования «Микронутриенты в питании населения Таджикистана» (2016 г., ЮНИСЕФ).

**Результаты.** Согласно статистике, за 5-летний период, с 2013 по 2017 гг., процент выявления эндемического зоба, как основного проявления ЙДЗ, среди населения республики возрос с 9,2% (2013 год) до 17,2% (2017 год). Наибольшую опасность ЙДЗ представляют для молодого поколения страны, так как даже на фоне умеренного йододефицита в среднем на 10-15% страдают умственные способности населения.

Если в 2013 году у детей до 18 лет эндемический зоб выявлен 19,9% осмотренных, то в 2017 году уже у 33,9% детей до 18 лет выявлен эндемический зоб.

Представленные статистические данные профилактических осмотров согласуются с результатами Национального исследования. По исследованию йодурии можно достоверно судить о степени йодной недостаточности.

У 1874 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) и у 1724 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет проведено исследование йодурии.

Медиана йодурии у женщин составила 75 мкг/л, а у детей – 86,2 мкг/л, что соответствует легкой степени йодной недостаточности с колебаниями в различных регионах страны

В стране нет стабильности в профилактических мероприятиях ЙДЗ. Так, в 2009 году 82% населения страны потребляло йодированную соль, то в 2016 году только 74% населения потребляло йодированную соль.

**Выводы.** Таким образом, население Таджикистана следует отнести к региону с лёгким, а в некоторых районах - с умеренным йододефицитом, что требует постоянного контроля на государственном уровне.

*Мирзоев С.А., Гулов У.А., Нёматзода О., Авгонов У.М.*

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРОМБОЗАХ ОПЕРИРОВАННЫХ СОСУДОВ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ результатов хирургической коррекции тромбозов синтетических протезов, возникших после реконструктивных операций.

**Материал и методы.** Анализированы результаты повторных реконструктивных операций у 30 больных с тромбозами оперированных сосудов и наложенных синтетических протезов (шунтов). Женщин было 7 (23,3%), мужчин - 23 (76,7%). Средний возраст больных составил 59,7±4,6 лет.

Характеристика ранее перенесенных реконструктивных операций выглядела следующим образом: аорто-бедренное шунтирование было выполнено 8 (26,75), общеподвздошно-общеподвздошное шунтирование - 3 (10,0) и бедренно-подколенное шунтирование - 19 (63,3%) наблюдавшимися.

В зависимости от степени ишемии нижних конечностей (по Фонтейну-Покровскому) больные были распределены следующим образом: II б стадия отмечалась у 7 (23,3%), III стадия – у 20 (66,7%), IV стадия – у 3 (10%) пациентов.

Топическая диагностика тромбозов и изучение особенностей артериального кровообращения проводились при помощи дуплексного сканирования и рентгеноконтрастной ангиографии.

**Результаты.** Основными причинами тромбозов оперированных сосудов и ранее наложенных трансплантатов явились прогрессирование основного заболевания и связанное с ним высокое периферическое сопротивление, гиперкоагуляция и сдавление дистального анастомоза рубцовым процессом. Всем пациентам были выполнены повторные оперативные вмешательства под местным или общим обезболиванием. В отличие от аллогенных трансплантатов, при тромбозах синтетических протезов почти всегда удастся выполнить тромбэктомию из трансплантата. Так,

тромбэктомия с реконструкцией дистального анастомоза выполнена у 24 пациентов, реконструкция обеих анастомозов - у 6. Во всех наблюдениях протез удлинён при помощи надставки, с которым формировали новый дистальный анастомоз с интактными сегментами артерии.

Ретромбоз во время операции отмечен в 2 случаях, причинами явился перегиб протеза из-за его излишней длины. Этим пациентам выполнена резекция излишка протеза. В послеоперационном периоде рецидив ишемии развился у 2 пациентов, которым в последующем была выполнена ампутация конечности. Умер один больной от инфаркта миокарда. Остальные пациенты выписаны с компенсированным артериальным кровообращением.

**Выводы.** Частота поздних тромбозов после реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей остаётся на высоком уровне и обусловлена, главным образом, прогрессированием атеросклероза, техническими погрешностями при выполнении операций, несоблюдением режима применения антикоагулянтной терапии и поражением дистального артериального русла.

*Мирзокалонова М.Дж., Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П.*

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Провести анализ причин перинатальной смертности на уровне первичного звена в Городском центре здоровья (ГЦЗ №15) г. Душанбе за 2017-2018 годы.

**Материал и методы.** В работе использованы данные сводных отчётов (информация о причине перинатальной смертности), выкопировка данных первичной документации (форма 29) городского центра здоровья.

**Результаты.** Анализ отчётно-учётной документации в ГЦЗ №15 за 2017-2018 годы показал, что обращаемость женщин репродуктивного возраста в 2017 году составила 87900 и в 2018 году – 89659 случаев, что указывает на рост обращаемости за медицинской помощью к специалистам первичного звена.

По результатам сводных отчётов данного учреждения (форма 29), за 2017 год количество родов всего составило 896, из них – срочные роды 855 (95,4%), преждевременные роды 27 (3%) и запоздалые роды 15 (1,6%). Также выявлено количество случаев перинатальной смертности всего 10 (1,1%), из них в 9 случаях - преждевременные роды и 1 срочные роды в срок. Причинами ранней неонатальной смертности явились патология со стороны матери - экстрагенитальные заболевания: анемия 3 (0,35%), обострение хронического пиелонефрита 2 (0,23%), ожирение 1 (0,11%), преждевременная отслойка плаценты и тяжёлая преэклампсия 2 (0,23%); осложнения в родах – тазовое предлежание, отягощённый акушерский анамнез, кровотечение и раннее излитие околоплодных вод 2 (0,23%); вакуум-экстракция плода, многоплодие и многоводие 1 (0,11%); патология со стороны плода – задержка внутриутробного развития 6 (0,7%), врождённые пороки развития и внутричерепное кровоизлияние 3 (0,35%), дистресс-синдром и гипотрофия 2 (0,23%), внутриутробная инфекция 1 (0,11%).

В 2018 году зафиксировано родов всего 905, из них – срочные роды 873 (96,5%), преждевременные роды, также как и в 2017 году, - 27 (3,2%), запоздалые роды 5 (0,6%), по сравнению с предыдущим годом - 9, случаев перинатальной смертности в сроке 24-36 недель приблизительно одинаковое количество (8 случаев в 2018 году). Причинами смертности явились экстрагенитальные заболевания со стороны матери: анемия 4 (0,46%), обострение хронического пиелонефрита 1 (0,11%), дефицит массы тела беременной женщины 1 случай; преждевременная отслойка плаценты и кесарево сечение вследствие дорожно-транспортного происшествия 2 (0,23%), тяжёлая преэклампсия у поздней первородящей в 42 года и ожирение 1 (0,11%); осложнения в родах – тазовое предлежание, отягощённый акушерский анамнез и кровотечение 2 (0,23%), раннее излитие околоплодных вод и многоводие 1 (0,11%). Патология со стороны новорожденных: гипотрофия 5 (4,4%), гипоксия и внутричерепное кровоизлияние 3 (0,35%), глубокая недоношенность и дис-



тресс-синдром у 2 (0,23%), врождённые пороки развития, внутриутробная инфекция и правосторонний перелом бедренной кости со смещением 1 (0,11%). При анализе частоты встречаемости факторов, которые могли привести к развитию патологии у детей или служили ее проявлением во время беременности, было отмечено, что у 34% пациенток была угроза прерывания беременности на ранних сроках.

**Выводы.** 1. Наиболее частой причиной гибели детей в перинатальном периоде являются асфиксия, дыхательные расстройства, обусловленные патологией со стороны матери, осложнения в родах и патологией со стороны новорожденных. 2. Перинатальная смертность, по данным проведенного исследования, снижается незначительно. Следовательно, перед работниками первичного звена стоит задача улучшения работы по диспансеризации женщин репродуктивного возраста.

*Мирзокалонова М.Дж., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И.*

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВАКЦИНАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО (АТОПИЧЕСКОГО) ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние вакцинации на течение аллергического (атопического) дерматита у детей в практике семейного врача. Провести сравнительную характеристику охвата иммунизацией детей за 2018 год.

**Материал и методы.** Исследование проведено в Городском центре здоровья №15 (ГУ ГЦЗ №15) в 2018 году. В работе использованы данные официальной статистики и годовые отчёты по показателям обращаемости детей, общественного здоровья. Пентавалентной вакцинацией - I, II и III охвачено всего 1455 детей. Из них больных атопическим дерматитом было 26 детей (1,8%).

**Результаты.** Анализ результатов иммунизации у 539 детей на I пентавалентную вакцину показал, что большинство – 509 (94,4%) - поствакцинальный период перенесли хорошо. Однако в 16 (53,3) случаях из 30 отмечена местная реакция в виде отёка, гиперемии и болезненности на месте инъекции. Вакцинация у детей, страдающих атопическим дерматитом (АД) – 6 (20,0%) - с экссудативной формой и легким течением заболевания, клинически осложнилась лёгкой гиперемией, небольшим шелушением, слабым зудом, которые проходили после приёма антигистаминных препаратов. У 4 (13,3%) детей, наряду с местными, отмечались и общие реакции в виде повышения температуры, беспокойства, нарушения сна и аппетита. Множественные сливающиеся очаги поражения кожи, расчёсы и геморрагические корки, умеренный зуд наблюдались у двоих детей (6,6%) эритематозно-сквамозной формой атопического дерматита со средней степенью тяжести заболевания. У двух детей (6,6%) с эритематозно-сквамозной формой заболевания с лихенификацией, обратившихся по поводу вакцинации, отмечено тяжёлое течение с выраженной экссудацией, глубокие трещины, эрозии, сильный зуд, нарушающий сон ребёнка.

Вторая пентавалентная вакцинация была проведена 487 детям, из них 458 (94,0%) перенесли вакцинацию хорошо, у 20 (4,1%) отмечалась местная реакция. Больных с атопическим дерматитом было 9 человек. У 2 (10,0%) больных с экссудативной формой с легкой степенью тяжести заболевания кожные проявления сопровождались гиперемией, отёчностью и шелушением. У 4 (20,0%) больных с эритематозно-сквамозной и у 3 (15,0%) с эритематозно-сквамозной формой и лихенификацией со средней степенью тяжести после вакцинации кожа приобрела выраженную гиперемию, отёчность, эрозии и шелушение. Практически у всех детей с АД выявлен отягощенный аллергологический анамнез: искусственное вскармливание, неудовлетворительный психологический климат семьи, оба родителя страдали аллергическими заболеваниями.

Третью пентавалентную вакцину получили 429 детей, из них у 422 детей состояние здоровья после вакцинации оценено удовлетворительным. Местная реакция наблюдалась у 7 детей, страдающих атопическим дерматитом случаев: с экссудативной формой - 2 (28,5%), эритематозно-сквамозной - 3 (42,9%) и 2 (28,5%) - с эритематозно-сквамозной с лихенификацией.

**Выводы.** Проведенный анализ вакцинации детей пентавалентной вакциной свидетельствует о том, что иммунизация на фоне обострения процессов АД усугубляет течение заболевания и не может дать хорошую серопозитивность у детей. Следовательно, детей с АД необходимо прививать после достижения длительной ремиссии основного заболевания и на фоне приёма антигистаминных препаратов.

*Мирзокаримова Н.С., Одинаев Ф.И.*

## СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить состояние кардиореспираторной системы у пациентов с лейкемией в условиях жаркого климата Республики Таджикистан.

**Материал и методы.** Обследованы 577 пациентов с лейкемией в возрасте от 18 до 74 лет. Мужчин было 333 (57,7%), женщин - 244 (43,3%). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, приближенных к исследуемым группам по возрасту. Проводили общеклинические, цитохимические, цитогенетические, иммунофенотипические исследования крови и костного мозга; электро-эхокардиографические, рентгенологические методы исследования. Использован архивный материал гидрометеоцентра Республики Таджикистан и получена информация об уровнях метеорологических параметров в течение 8-х лет (2010-2018 гг.) с 6-часовым интервалом.

**Результаты.** Всех больных с ОМЛ разделили на 2 группы: I группа больных – 377 чел. (65,3%), поступившие в жаркий аномальный период года и 200 чел. (34,7%), поступившие в холодный период года. Частота поступивших лиц с ОМЛ в жаркий период года почти в 2 раза превалировала, чем в холодное время года. У пациентов ОМЛ в жаркий летний период года, по сравнению с холодным, превалировали кардиореспираторный, диспептический, диарейный, интоксикационный, геморрагический и анемический синдромы. Гиперпиретическая синдром сопровождался выраженными потливостью, сдвигами в состоянии минерального обмена, реологических свойств крови и гемостаза. При этом более значительно снижалась концентрация минеральных солей в крови, усилилась кожная потеря жидкости, натрия ( $115,0 \pm 0,05$  ммоль/л) и калия ( $2,5 \pm 0,13$  ммоль/л).

Пациенты с ОМЛ в пожилом возрасте хуже переносили жаркую погоду. В этот период чаще развивались сердечные осложнения, по сравнению с холодным периодом года, в виде гипертонического криза (42,1% и 28,0%), миокардита (44,8% и 9,5%), инфаркта миокарда (5,0% и 0,5%), перикардита (8,7% и 4,5%), мерцательной аритмии (5,0% и 0,5%), пароксизмальной тахикардии (4,2% и 2,0%), блокады ножек пучка Гиса (4,2% и 1,0%).

При ЭхоКГ у больных ОМЛ в жаркий период года чаще, чем в холодное время, определяли нарушения диастолической функции левого желудочка по рестриктивному типу вследствие прогрессирования лейкозной инфильтрации.

Жаркий период года более значительно сопровождался развитием интерстициальных пневмоний (59,6% и 34,5%), экссудативных плевритов (59,1% и 27,5%), лёгочных кровотечений (53,0% и 17,5%), лимфаденопатий средостения (30,0% и 12,5%), абсцедирования лёгких (9,5 и 0,5%), эмпиемы плевры (0,7% и 0%). В летний период года отмечено снижение объема сформированного выдоха и отношения ОФВ к форсированной жизненной ёмкости лёгких более значительно (88%; 45%), по отношению к холодному времени года.

**Выводы.** Таким образом, факторами риска развития кардиореспираторных осложнений явились, прежде всего, кардио- и пульмотоксичность химиопрепаратов, присоединение вторичной инфекции, наличие сопутствующей патологии, возрастной аспект пациентов и климатические условия региона.

*Мироджов Г.К., Азимзода С.М., Алимова Н., Тухтаева Н.С.,  
Мирзоев Д., Одинаев Р.И.*

## **ЗНАЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** В последние годы появился ряд исследований, где подчеркивается взаимосвязь между ожирением, системным воспалением, инсулинорезистентностью и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Цель.** Выяснение роли ожирения и воспаления в развитии НАЖБП.

**Материал и методы.** Нами у 46 больных ожирением (11 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 48 до 60 лет проводилось изучение содержания провоспалительных цитокинов (ФНО $\alpha$ , ИЛ-6), С-реактивного белка, инсулина и показателей липидного обмена (общий холестерин, триглицериды, ЛПОНП и ЛПВП). Всем больным проводилось ультразвуковое исследование печени.

**Результаты.** У всех больных с ожирением имела место НАЖБП. При ожирении с НАЖБП наблюдалось повышение содержания ФНО $\alpha$  до  $71,4 \pm 5,2$  (при ИМТ от 25-27 кг/м<sup>2</sup> –  $3,3 \pm 0,2$ ), ИЛ-6 до  $35,0 \pm 4,8$  (при ИМТ 25-27 кг/м<sup>2</sup> –  $1,5 \pm 0,1$ ) и С-реактивного белка. Высокий уровень маркеров воспаления коррелировал с повышенным содержанием инсулина и показателей окислительного стресса (МДА –  $6,64 \pm 0,12$  против  $3,36 \pm 0,11$  у здоровых лиц). Показатели жирового обмена у больных с ожирением и НАЖБП указывали также на тяжелое их нарушение. Наблюдалось достоверное повышение содержания триглицеридов ( $1,8 \pm 0,1$  против  $0,9 \pm 0,4$  у контрольных лиц) и ЛПОНП ( $4,81 \pm 0,2$  против  $2,6 \pm 0,2$  у контрольных лиц) с одновременным снижением уровня ЛПВП ( $1,23 \pm 0,8$  против  $2,2 \pm 0,68$  у контрольных лиц).

**Выводы.** Таким образом, при ожирении развивается воспалительная реакция с нарушением липидного обмена, возникновением инсулинорезистентности и окислительного стресса, которые вызывают развитие НАЖБП.

*Мироджов Г.К., Ганиев Б.И., Шамсудинов Ш.Н.,  
Бахтибеков А.М., Одинаев Р.И.*

## **СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РИФАКСЕМИНА И ЛАКТУЛОЗЫ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЕ**

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучение влияния рифаксемина и лактулозы на микрофлору кишечника при печеночной коме.

**Материал и методы.** Обследовано 46 больных циррозом печени с наличием печеночной комы в возрасте 30-60 лет и 12 здоровых людей (контроль).

**Результаты.** В кишечнике здоровых людей преобладают в основном бифидо- и лактобактерии, количество которых составляют в среднем  $9,3 \pm 0,1$ , и  $10,3 \pm 0,15$ . Одновременно были обнаружены эубактерии  $9,8 \pm 0,20$ , клостридии  $5,0 \pm 0,10$ , E. coli  $7,3 \pm 0,20$ , стафилококки  $2,0 \pm 0,10$  и другие условно патогенные бактерии  $1,0 \pm 0,10$ , дрожжеподобные грибы рода Кандида  $1,6 \pm 0,10$ , в одном мл  $\times 10^{10}$ . У больных циррозом печени с развитием печеночной комы в 90% случаев наблюдалось нарушение кишечной микрофлоры различной степени тяжести. Прежде всего, резко снижаются количества бифидобактерий до  $3,5 \pm 0,10$ , лактобактерий – до  $4,6 \pm 0,10$ , эубактерий  $4,4 \pm 0,11$ , клостридий - до  $2,5 \pm 0,09$ . Одновременно с этим увеличивается количество патогенных бактерий типа стафилококк до  $7,0 \pm 0,11$ , гемолитической микрофлоры - до  $0,40 \pm 0,06$  и дрожжеподобных грибов рода Кандида – до  $2,5 \pm 0,11$  в одном мл  $\times 10^{10}$ . Отмечена достоверная корреляционная связь между уменьшением нормальной и увеличением патогенной флоры.

Всем больным через назогастральный зонд постоянно вводили лактулозу в течение 12 часов, рифаксимин - по 1,0 и пробиотики – Силак в условиях парентерального питания с полным исключением белковых продуктов. Одновременно проводили водно-лактолозную очистительную клизму. Под воздействием проведенной терапии на 7 сутки увеличиваются количество бифидобактерий - до  $6,7 \pm 0,11$ , лактобактерий – до  $7,4 \pm 0,8$ , эубактерий - до  $6,4 \pm 0,9$ , клостридий - до  $3,9 \pm 0,9$ . Одновременно с этим уменьшается количество патогенных бактерий типа стафилококк - до  $3,6 \pm 0,9$ , гемолитической микрофлоры – до  $0,10 \pm 0,03$  и дрожжеподобных грибов рода Кандида – до  $1,8 \pm 0,9$  в одном мл  $\times 10^{10}$ .

**Выводы.** Таким образом, рифаксимин в сочетании с лактулозой восстанавливают микрофлору кишечника со снижением эндотоксинемии и выводят больных из состояния печеночной комы.

*Мироджов Г.К., Ишанкулова Д.М., Одинаев Р.И., Мухшудова Д.*

## МЕТАПЛАЗИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С H.PYLORI

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Выяснение роли H.pylori в развитии апоптоза, дисплазии и метаплазии в слизистой желудка при хроническом гастрите и язвенной болезни желудка.

**Результаты.** Нами установлено, что при хроническом гастрите и язвенной болезни при высокой степени персистенции H.pylori, особенно когда преобладают все три штамма (VacAS+, CagA+ и babA2+), развивается атрофический гастрит с кишечной метаплазией и дисплазией с развитием рака желудка антрального отдела.

При хроническим антральном гастрите и язвенной болезни H.pylori способствует высокой апоптозной активности эпителиоцитов. При эффективной эрадикации H.pylori нормализуется уровень апоптоза и происходит снижение воспалительного процесса, повышение регенерации и заживление язвенного дефекта.

Одновременно нами установлено, что у больных хроническим антральным гастритом и язвенной болезнью желудка с высокой степенью персистенции H.pylori (CagA+ штамм) наблюдается развитие аденоматозного полипа. Успешная эрадикация H.pylori и отдаленные наблюдения в течение 5 лет показали не только уменьшение размеров полипа, но и отсутствие прогрессирования в рак желудка.

**Выводы.** Таким образом, при хронических гастритах и язвенной болезни желудка высокая степень персистенции H.pylori особенно его CagA штаммы вызывают регенерацию, развитие апоптоза, метаплазии и дисплазии, которые способствуют возникновению рака желудка. В связи с этим для профилактики рака желудка крайне необходима эффективная эрадикация H.pylori.

*Мироджов Г.К., Мирзоев Ч.М., Тухтаева Н.С.*

## НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Ожирение способствует нарушению углеводного обмена с развитием сахарного диабета 2 типа и неалкогольной жировой болезни печени. Однако, распознать начальные признаки нарушения углеводного обмена остается сложной задачей.

**Цель.** Выявление начальных признаков нарушений углеводного обмена у больных с ожирением.

**Материал и методы.** Обследованы 43 больных с ожирением первой степени, в возрасте от 35-71 лет, и 16 здоровых лиц. У всех больных изучали уровень глюкозы крови, гликолизированного



гемоглобина, биохимических показателей крови, С-реактивный белок, малоновый диальдегид (МДА) и содержание цитокина фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ).

**Результаты.** У 12 пациентов (32,2%) при нормальном уровне сахара крови  $-5,3 \pm 0,19$  ммоль/л ( $p=0,05$ ) отмечается повышение уровня гликолизированного гемоглобина до 8,1%, с одновременным высоким содержанием ФНО- $\alpha$  до 84 пг/мл, по сравнению с контрольной группой ( $5 \pm 0,7$ ). Одновременно отмечалось повышение СРБ до  $\pm 63$  при норме  $6,2 \pm 3,5$ . Имело место высокое содержание МДА  $-3,75 \pm 0,4$  ( $p=0,01$ ) и активности ферментов процессов переаминирования (АлАТ и АсАТ), что указывает на развитие воспалительного процесса как в жировой ткани, так и в печени.

**Выводы.** Таким образом, при ожирении повышается уровень провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  и признаки системного воспалительного процесса, которые способствуют инсулинорезистентности и нарушению углеводного обмена, это надо учитывать при выборе оптимального метода лечения для конкретного больного.

*Мироджов Г.К., Пулатова С.Д., Пулатов Д.И.,  
Тухтаева Н.С., Одинаев Р.И.*

## ПЕНТОКСИФИЛЛИН В ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучить антицитокиновую эффективность пентоксифиллина у больных циррозом печени.

**Материал и методы.** Обследования проведены у 30 больных циррозом печени класса С по критерию Child Pugh, 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 22 до 71 года, средний возраст –  $38,5 \pm 3,5$  лет. Контрольную группу составили 19 практически здоровых лиц. Определение уровней цитокинов - ФНО- $\alpha$ , интерлейкина-2 (ИЛ-2), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) - в сыворотке определяли методом ИФА с использованием набора реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Пентоксифиллин назначали в дозе 400 мг в сутки в течение 3 мес.

**Результаты.** До лечения исследования концентрации цитокинов в крови больных циррозом печени показали достоверное повышение этих показателей, по сравнению с контрольной группой. Так, уровни ФНО- $\alpha$  у больных циррозом печени были статистически значимо выше ( $130,9 \pm 10,4$ ;  $p < 0,001$ ), ИЛ-2 и ИЛ-6 ( $441,0 \pm 18,7$ ;  $p < 0,05$  и  $135,6 \pm 12,4$ ;  $p < 0,05$  соответственно). Концентрация противовоспалительного интерлейкина-10 (ИЛ-10) в сыворотке крови у этих же больных была достоверно снижена, по сравнению с контрольной группой, и составили  $22,6 \pm 12,4$ ;  $p < 0,001$ . На фоне терапии пентоксифиллином отмечается значительное снижение содержания провоспалительных цитокинов и повышение противовоспалительных цитокинов. Так, ФНО- $\alpha$  после лечения составил  $45,9 \pm 3,5$ ;  $p < 0,001$ ; ИЛ-2  $107,5 \pm 11,7$ ;  $p < 0,05$ ; ИЛ-6  $44,9 \pm 5,9$ ;  $p < 0,05$ ; а уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10  $227,0 \pm 10,1$ ;  $p < 0,01$  соответственно.

**Выводы.** Пентоксифиллин у больных циррозом печени способствовал достоверному снижению уровней провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$ , ИЛ-2, ИЛ-6 и повышению уровня противовоспалительного цитокина (ИЛ-10) с параллельным улучшением клинико-биохимических показателей.

*Москаль О.Н., Архий Э.И., Дербак М.А., Прилипко Л.Б.*

## ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В ОЦЕНКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

ГВУЗ «УжНУ», медицинский факультет, кафедра пропедевтики внутренних болезней  
г. Ужгород, Украина

---

**Актуальность.** Иммунный ответ все больше рассматривается как актуальный вопрос патогенеза воспалительно-фибротичных изменений в поджелудочной железе (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП).

**Цель.** Определение выраженности воспалительной реакции организма по показателям провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов (ИЛ) при хроническом панкреатите в динамике развития внешне- (ВСН) и внутрисекреторной недостаточности (ВНСН) поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Мы наблюдали 75 больных ХП, однородных по гендерным признакам. Концентрацию ИЛ - 1 $\beta$ , ИЛ - 4, ИЛ - 8, ИЛ - 10 и ФНО -  $\alpha$  в сыворотке крови определяли с помощью тест-системы «Вектор Бест» (Россия). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Из 75 больных ХП нами были сформированы группы наблюдения: I группа - ХП без симптомов ВСН ПЖ, но с выраженным болевым синдромом - 16 больных, II группа - ХП с ВСН ПЖ - 17 больных, III группа - с признаками скрытой ВНСН ПЖ - 17 больных, IV группа - ХП, совмещенный с сахарным диабетом (СД) II типа - 25 больных. В контрольную группу включены данные 16 пациентов без жалоб.

Рассчитывая соотношение между нормой и II, III и IV группами, определили, что все показатели исследуемых ИЛ были достоверно измененными. Оценивая изменения показателей ИЛ, по сравнению с показателями контрольной группы, они достоверно изменились в I группе ХП без ВСН ПЖ, с наличием болевого синдрома, в частности это ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-10, что может быть рекомендовано для ранней диагностики воспалительно-деструктивных изменений в ПЖ. В динамике наблюдения при наличии ВСН ПЖ также наблюдалось достоверное повышение провоспалительных ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-8 и резкое снижение противовоспалительных ИЛ-4, ИЛ-10. Между II и III группами изменения оказались менее информативными, поскольку скрытая ВНСН ПЖ не сопровождалась достоверными изменениями всех провоспалительных интерлейкинов, но достоверно повысились ИЛ-6, ФНО- $\alpha$  и ИЛ-8 (от 61,9 $\pm$ 3,8 до 128,8 $\pm$ 31,01). При проведении сравнения III группы больных со скрытой ВНСН ПЖ и больных группы IV (СД II + ХП): достоверно выросли показатели ИЛ-6 (от 71,9 $\pm$ 4,1 против 55,8) и ФНО- $\alpha$  (72,4 $\pm$ 4,3 против 28,5  $\pm$  4,5).

Рост ИЛ-8 был наиболее динамичным и значительным, в зависимости от тяжести воспалительно-фибротичных изменений в ПЖ. Достоверно снижался и показатель противовоспалительного ИЛ-4.

Проведенное нами изучение выраженности воспалительной реакции ПЖ при ее прогрессировании к воспалительно-деструктивным изменениям указывает на важную роль ИЛ в этом процессе и необходимость их определения, особенно при внешне- и внутрисекреторной недостаточности ПЖ.

**Выводы.** Для диагностики начала воспалительного процесса в ПЖ при ХП наиболее информативными являются изменения ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$  и противовоспалительного ИЛ-10, тогда как динамику воспалительно-деструктивных изменений и их прогрессирование наиболее воспроизводят ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$ . Противовоспалительные ИЛ при ХП резко снижаются, но не дают представление о прогрессировании процесса и выраженности фибротизации в ПЖ.

<sup>1</sup>Мурадов А.М., <sup>2</sup>Косимов З., <sup>3</sup>Сафарзода А.М., <sup>3</sup>Мурадов А.А., <sup>4</sup>Шумилина М.В.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>Областная клиническая больница им. Кутбидинова  
Согдийская область, Таджикистан

<sup>3</sup>ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»  
г. Душанбе, Таджикистан

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Цель.** Изучить структурно-функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) сердца у больных с ишемическим и геморрагическим инсультами и его клиническое значение.

**Материал и методы.** Исследованы 70 больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). В 1 группу вошли 35 больных с ишемическим инсультом (ИИ); во 2 группу - 35 больных геморрагическим инсультом (ГИ); в 3 группу 20 здоровых – контрольная. 57,8% составляли мужчины, 42,2% - женщины. Проведенный анализ сроков поступления больных по анамнезу заболевания и историям болезни показал, что в острейшем периоде (от 3 до 6 часов с момента появления первых признаков ОНМК) в клинику поступило всего 21,4%. В остром периоде ОНМК (до 12 часов) в стационар поступило 31,4%, с первых до вторых суток - 25,7%, со вторых до третьих суток - 14,3% и более 4 суток - 7,1% пациентов.

Для объективизации состояния больных при поступлении и в динамике использовалась шкала Scandinavian Stroke Study Group (1985), степень нарушения сознания оценивали по шкале Глазго, тяжесть состояния при субарахноидальном кровоизлиянии - по шкале Hunt-Hess, а также балльная оценка по АРАСНЕ III.

В зависимости от тяжести состояния при поступлении больные с ИИ были разделены на три подгруппы: 1.1 подгруппа - легкий инсульт - у 13 (37,1%); 1.2 подгруппа - инсульт средней тяжести - у 15 (42,9%); 1.3 подгруппа - тяжелый инсульт - у 7 (20,0%). Больные ГИ с внутримозговой гематомой также были разделены на 3 подгруппы: 2.1 подгруппа - легкий инсульт - у 3 (12,0%); 2.2 подгруппа - средней тяжести - у 8 (32,0%) пациентов; 2.3 группа - тяжелый инсульт - у 14 (56,0%). У 10 больных, которым подтвержден диагноз субарахноидального кровоизлияния (САК), состояние оценивали по шкале Hunt-Hess: II степени - 3 (30,0%); III - 5 (50,0%); IV - 2 (20,0%) пациентов.

Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам. Изучены общие параметры гемодинамики и изменения структурно-геометрических показателей и ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) сердца по показателям КДО, КСО, ФВ, ИММЛЖ, ОТСЛЖ (2н/д). Все результаты рассчитаны относительно показателей контрольной группы здоровых.

**Результаты.** Показатели ИММЛЖ и индекса 2н/д у больных ИИ и ГИ во всех группах значительно повышены, что указывает на наличие гипертрофии ЛЖ и его структурно-функциональные изменения при ОНМК. Наиболее выражены эти процессы во 1.2 и 1.3, а также в 2.2 и 2.3 подгруппах больных ИИ и ГИ, вследствие чего у этих пациентов развивается ремоделирование и последующая дисфункция ЛЖ. Сравнивая рассчитанные аналитические данные структурно-геометрических показателей и систолической функции ЛЖ, можно сделать вывод, что у больных с ИИ и ГИ в зависимости от тяжести течения основного и фоновых заболеваний отмечаются изменения и увеличение толщины межжелудочковых перегородок, задней стенки и общей массы миокарда левого желудочка, что способствует снижению КДО, ФВ, развитию концентрического ремоделирования этого отдела сердца, или концентрической гипертрофии, с нарушением его контрактильной способности, усугубляющихся от 1 к 3 группам больных.

**Выводы.** Доказано, что эксцентрический тип геометрии ЛЖ у больных с ОНМК прогностически является крайне неблагоприятным. Патологическое ремоделирование ЛЖ является причиной развития гемодинамических нарушений как по большому, так и по малому кругам кровообращения, что требуют специальной прицельной коррекции.

<sup>1</sup>Мурадов А.М., <sup>2</sup>Косимов З., <sup>3</sup>Сафарзода А.М., <sup>3</sup>Мурадов А.А., <sup>4</sup>Шумилина М.В.

## ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>Областная клиническая больница им. Кутбидинова  
Согдийская область, Таджикистан

<sup>3</sup>ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»  
г. Душанбе, Таджикистан

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

**Цель.** Изучить диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) сердца у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

**Материал и методы.** Исследованы 70 больных с ОНМК. В 1 группу вошли 35 больных с ишемическим инсультом (ИИ), во 2 группу - 35 больных с геморрагическим инсультом (ГИ), в 3 группу (контрольную) - 20 здоровых. Из общего количества больных 57,8% мужчин, 42,2% - женщин. В острейшем периоде (от 3 до 6 часов с момента появления первых признаков ОНМК) в клинику поступило всего 21,4%, в остром периоде ОНМК (до 12 часов) - 31,4%, с первых до вторых суток - 25,7%, со вторых до третьих суток - 14,3% и более 4 суток - 7,1% пациентов.

Для объективизации состояния больных при поступлении и в динамике использовалась шкала Scandinavian Stroke Study Group (1985), степень нарушения сознания оценивалась по шкале Глазго, тяжесть состояния при субарахноидальном кровоизлиянии - по шкале Hunt-Hess, с балльной оценкой по АРАСHE III.

В зависимости от тяжести состояния при поступлении больные с ИИ были разделены на три подгруппы: 1.1 подгруппа - легкий инсульт - у 13 (37,1%); 1.2 подгруппа - инсульт средней тяжести - у 15 (42,9%); 1.3 подгруппа - тяжелый инсульт - у 7 (20,0%). Больные ГИ с внутримозговой гематомой были также разделены на 3 подгруппы: 2.1 подгруппа - легкий инсульт - у 3 (12,0%); 2.2 подгруппа - средней тяжести - у 8 (32,0%) пациентов; 2.3 группа - тяжелый инсульт - у 14 (56,0%). У 10 больных, которым подтвержден диагноз субарахноидального кровоизлияния (САК), по шкале Hunt-Hess тяжесть состояния: II степени - 3 (30,0%); III - 5 (50,0%); IV - 2 (20,0%).

Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам. Оценка диастолической функции ЛЖ (ДДЛЖ) проводилась по показателям трансмитрального/транстрикуспидального кровотока из апикальной позиции по следующим показателям: E пик (см/с); A пик (см/с); E/A; DT (мс); IVRT - (мс).

**Результаты.** Выявлено, что компонентом перестройки ЛЖ у больных с ОНМК является его диастолическая функция. У больных ИИ и ГИ выявляются тяжелые структурно-геометрических изменения ЛЖ, вследствие чего развиваются систолическая и диастолическая дисфункции левого желудочка. ДДЛЖ протекает по I и II типам, что проявляется снижением скорости раннего диастолического наполнения, увеличением скорости позднего диастолического наполнения, значительным снижением соотношения скоростей наполнения, увеличением времени замедления раннего диастолического наполнения и увеличением времени изоволюмического расслабления, прогрессирующие от в зависимости от тяжести ОНМК от 1 к 3 группе. Эти процессы свидетельствуют о нарушении внутрисердечной гемодинамики, что является неблагоприятными признаками течения и прогноза как ИИ, так ГИ.

**Выводы.** У больных с ОНМК ремоделирование ЛЖ приводит к трем разновидностям ДДФ ЛЖ. В основном выявляются гипертрофический и рестриктивный типы, но при этом у части пациентов имеется псевдонормальный кровоток, что имеет важное значение в подборе комплексной интенсивной терапии.

<sup>1</sup>Мурадов А.М., <sup>2</sup>Сафарзода А. М., <sup>2</sup>Мурадов А.А., <sup>2</sup>Шумилина О.В.,  
<sup>1</sup>Ризоев М., <sup>1</sup>Хамрокулов К.А.

## ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У РОДИЛЬНИЦ С ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЛЕГОЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить режимы гемодинамики и их особенности у родильниц с сочетанием острой печеночной недостаточности и легочного повреждения.

**Материал и методы.** Обследованы 54 родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гепато-пульмональным синдромом, и 20 практически здоровых женщин



(ПЗЖ). Исследования и лечение осуществлялись в Городском научном центре реанимации и детоксикации (ГНЦРиД). Для диагностики и лечения использовались Федеральные клинические рекомендации (Россия, 2013) «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.», балльная оценка АРАСНЕ III, острая печеночная недостаточность (ОПечН) - по «Международной ассоциации по изучению острой печеночной недостаточности», острое легочное повреждение (ОЛП) по протоколу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 августа 1999 г. №303.

Больные условно разделены на 3 группы: 1 группа - 15 (27,8%) со средней тяжестью течения, 2 группа - 22 (40,7%) с тяжелым течением и 3 группа 17 (31,5%) с крайне тяжелым состоянием. У исследованных нами родильниц с ОПечН гиперострая форма развилась в 75,5%, острая - в 24,5% случаев. Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам с последующим проведением расчетов показателей гемодинамики общеизвестными методами.

**Результаты.** У родильниц 1 группы со средней тяжестью течения отмечается эукинетический режим кровообращения (ЭРК), что указывает на компенсаторные возможности контрактильной способности левого желудочка (ЛЖ) на фоне недостаточно скорректированного и сниженного ОЦК. Во 2 группе с тяжелым течением также выявлялся ЭРК, но со значительной нагрузкой на систолическую функцию ЛЖ, что требовало проведения дальнейшей коррекции нарушения ОЦК, показателей СД, ДД, СДД и других выраженных нарушений гомеостаза. В 3 группе с крайне тяжелым течением отмечался гипокинетический режим кровообращения, который компенсировался тахикардией, при систолической дисфункции ЛЖ, со снижением УО и СВ, что требовало прицельной коррекции нарушения ОЦК и других глубоких нарушений гомеостаза, а также инотропной поддержки.

**Выводы.** Для корректного лечения родильниц с сочетанным осложнением острой печеночной недостаточностью и легочным повреждением в комплекс диагностических мероприятий необходимо обязательное включение определения режима кровообращения, так как каждый из видов нарушения кровообращения требует особого медикаментозного сопровождения.

<sup>1</sup>Мурадова З.М., <sup>2</sup>Мурадов А.А., <sup>3</sup>Сафарзода А. М., <sup>3</sup>Шумилина О.В.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У РОДИЛЬНИЦ С СОЧЕТАННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЛЕГОЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

<sup>1</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

<sup>3</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

---

**Цель.** Изучить структурно-функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) сердца у родильниц с сочетанным осложнением острой печеночной недостаточностью и легочным повреждением.

**Материал и методы.** Обследованы 54 родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гепато-пульмональным синдромом, и 20 практически здоровых женщин (ПЗЖ). Исследования и лечение осуществлялось в ГНЦРиД. Для диагностики и лечения использовались Федеральные клинические рекомендации (Россия, 2013) «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.», балльная оценка АРАСНЕ III, тяжесть острой печеночной недостаточности (ОПечН) по «Международной ассоциации по изучению острой печеночной недостаточности», острого легочного повреждения (ОЛП) - по протоколу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 августа 1999 г. №303.

Больные условно разделены на 3 группы: 1 группа - 15 (27,8%) со средней тяжестью течения, 2 группа - 22 (40,7%) с тяжелым течением и 3 группа 17 (31,5%) с крайне тяжелым состоянием. Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам с последующим проведением расчетов индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и индекса толщины стенок ЛЖ (2Н/Д).

**Результаты.** У родильниц с сочетанным осложнением ОПечН и ОЛП выявляется 3 типа ремоделирования сердца. Концентрическая гипертрофия отмечалась у 40,7% родильниц 2 группы и у 31,5% - 3 группы (ИММЛЖ повышен и 2Н/Д превышает 0,45). Концентрическое ремоделирование выявляется у 28,7% (ИММЛЖ в пределах нормы и 2Н/Д превышал или равнялся 0,45), в основном у 1 группы родильниц.

**Выводы.** Выявленные изменения структуры и ремоделирование ЛЖ у родильниц с сочетанным осложнением ОПечН и ОЛП приводят к значительным нарушениям параметров не только внутрисердечной, но также легочной и общей гемодинамики, что требует прицельной коррекции с учетом типа ремоделирования.

*Мурадова И.Г., Атаджанова М.А.*

## СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Актуальность.** В настоящее время в диагностике системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) основную роль играют лабораторные методы. Определение в крови больных антинуклеарных антител (АНА) – скрининговый метод, который позволяет диагностировать заболевание в ранней стадии, оценить степень активности, тактику лечения, результаты.

**Цель.** Определение в крови данной патологией больных АНА скрининг методом.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 25 больных с неустановленным аутоиммунным заболеванием. Всем больным проведен иммуноферментный анализ (ИФА) – определение в крови антинуклеарных антител, рассматриваемых в качестве критерия в диагностике заболеваний соединительной ткани. Этим методом верифицирован диагноз: системной красной волчанки (СКВ) у 9 больных, системной склеродермии (ССД) – у 7 больных, у 6 больных - синдром Шарпа, у 3-х больных – дерматомиозит (ДМ). Возраст больных составил 18-46 лет. Все женского пола, лишь 1 мужчина - больной дерматомиозитом. Время от начала заболевания, с первых симптомов до полной постановки диагноза, составило от 6 месяцев до 1 года.

**Результаты.** Метод исследования показал себя высокоинформативным, специфичным, точным для диагностики на ранних стадиях и до полной диагностики неясных случаев аутоиммунных заболеваний, в том числе СКВ, ССД, ДМ и синдрома Шарпа.

**Выводы.** СЗСТ подвержены молодые люди, с полной потерей трудоспособности, инвалидизацией и высокой смертностью; метод обязателен, информативен, чувствителен, точен и оказывает огромную помощь в поставке окончательного диагноза СЗСТ, назначении своевременного адекватного лечения и может широко быть использован в амбулаторных и стационарных условиях.

*Мураталиев Т.М., Звенцова В.К., Мухтаренко С.Ю.,  
Раджапова З.Т., Жанышбекова Н.Ж., Ибраимова А.С., Султан У.Э.*

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

---

**Цель.** Изучить гендерные особенности клинико-фенотипических характеристик у больных с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией (СГХ).

**Материал и методы.** Данное исследование проводилось в рамках международного проекта ScreenPro FH. Диагноз СГХ устанавливали на основании критериев The Dutch Lipid Clinic Network. Для анализа результатов использовали статистический пакет STATISTICA 6.0. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Из 78 обследованных 40 (51,3%) составили мужчины, 38 (48,7%) – женщины, при этом различия в возрастном аспекте выявлены не были ( $46,2 \pm 10,4$  лет и  $49,2 \pm 12,9$ , соответственно,  $p > 0,05$ ). Гендерный анализ показал идентичную частоту встречаемости различных диагнозов СГХ. Так, согласно критериям The Dutch Lipid Clinic Network, «определенный» диагноз СГХ выявлен у 12 (30%) мужчин и у 14 (37%) женщин, «вероятный» - 17 (42,5%) и 15 (39%), «возможный» - 11 (27,5%) и 9 (24%), соответственно.

По данным физикального обследования, липоидная дуга роговицы (у 12 (30%) мужчин и у 10 (26,3%) женщин,  $p > 0,05$ ), сухожильные ксантомы (7 (17,5%) и 6 (16%), соответственно,  $p > 0,05$ ) и ксантелазмы (5 (12,5%) и 9 (24%), соответственно,  $p > 0,05$ ) встречались почти с одинаковой частотой.

Гендерные различия в средних значениях уровня ОХС ( $8,0 \pm 1,64$  ммоль/л у мужчин и  $8,81 \pm 1,97$  ммоль/л у женщин,  $p > 0,05$ ) и ТГ ( $2,0 \pm 1,14$  ммоль/л и  $1,96 \pm 1,30$  ммоль/л, соответственно,  $p > 0,05$ ) не обнаружены, а значения ЛПНП ( $5,44 \pm 1,15$  ммоль/л и  $6,32 \pm 1,61$  ммоль/л, соответственно,  $p \leq 0,05$ ) и ЛПВП ( $1,13 \pm 0,24$  ммоль/л и  $1,35 \pm 0,32$  ммоль/л, соответственно,  $p < 0,05$ ) достоверно были выше у женщин. Анализ нелипидных факторов риска показал, что курение (у 20 (50%) против 2 (5,3%),  $p < 0,001$ ) чаще встречалось у мужчин, а артериальная гипертензия (19 (47,5%) против 17 (45%),  $p > 0,05$ ), сахарный диабет (5 (12,5%) против 3 (8%),  $p > 0,05$ ) и ожирение (21 (52,5%) против 20 (53%),  $p > 0,05$ ) регистрировались с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин.

У 25 (62,5%) мужчин и 27 (71%) женщин ( $p > 0,05$ ) диагностирована коронарная болезнь сердца (КБС), при этом у мужчин дебют КБС отмечался на 7 лет раньше, чем у женщин (средний возраст  $42,4 \pm 6,31$  лет против  $49,4 \pm 5,2$  лет,  $p < 0,001$ ), перенесенный инфаркт миокарда (у 22 (55%) против 11 (30%),  $p < 0,05$ ) и хроническая сердечная недостаточность (у 21 (52,5%) против 8 (21%),  $p < 0,001$ ) чаще встречались у мужчин. На момент включения в исследование среди пациентов, имеющих КБС, инвазивные диагностические и лечебные вмешательства выполнялись с одинаковой частотой, как у мужчин, так и у женщин (коронароангиографическое исследование - 15 (60,0%) и 7 (25,9%), чрескожное коронарное вмешательство - 10 (40,0%) и 4 (14,8%), коронарное шунтирование – 4 (16,0%) и 3 (11,1%),  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, по результатам обследования существенных отличий между мужчинами и женщинами СГХ по фенотипическим данным (ксантомы, ксантелазмы, липоидная дуга роговицы) выявлено не было. Существенные гендерные различия были выявлены по уровню ХС ЛПНП и ХС ЛПВП, которые были достоверно выше у женщин. Артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение встречались в одинаковой степени, а курение – достоверно чаще у мужчин. Процент КБС у лиц СГХ был высоким, при этом гендерных различий выявлено не было. Однако дебют КБС у мужчин на 7 лет раньше, чем у женщин, перенесенный инфаркт миокарда и наличие хронической сердечной недостаточности отмечались достоверно чаще у мужчин.

*Муродов Н.М.*

## ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Повышение эффективности диагностики заболеваний коленных суставов в амбулаторных условиях.

**Материал и методы.** Были обследованы 4390 пациентов, которые обратились в Городской центр здоровья №10 в 2016-2018 гг., в возрасте от 20 до 70 лет. Всем пациентам проведены

клиническое обследование (опрос, ортопедическое обследование, динамическое наблюдение), инструментальные методы обследования: рентгенография, магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) коленных суставов, а также биохимическое и иммунологическое исследования крови.

Пациенты с патологией коленных суставов были разделены на четыре группы. Первая группа – пациенты с гонартрозом – им проводилось стандартное рентгенологическое обследование коленных суставов в двух проекциях с физиологической нагрузкой (обязательное сравнение обоих коленных суставов), УЗИ, по показаниям исследование синовиальной жидкости и крови. Вторая группа – пациенты с реактивными артритами, синовитами коленных суставов. Им проводилось рентгенологическое обследование, клиническое и биохимическое исследования крови, исследование синовиальной жидкости. Третья группа – пациенты с острой травмой коленного сустава – им проводилось стандартное обследование: рентгенография суставов, по необходимости МРТ. Исследование синовиальной жидкости проводилось при синовитах. Четвертая группа – пациенты с последствиями травм коленных суставов – проходили обследование, аналогичное третьей группе.

**Результаты.** Из 4390 пациентов у 435 (9,9%) чел. выявлена патология коленных суставов. Последние в зависимости от характера патологии коленных суставов были разделены на следующие группы: первая группа – 105 (24,1%) чел. – с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава; вторая группа – 82 (18,8%) чел. – с недифференцированными реактивными артритами коленных суставов; третья группа – 94 (21,6 %) чел. – с острой травмой коленного сустава; четвертая группа – 154 (35,5 %) чел. – больные с последствием травм (поражения менисков, артрозы, хондромалиция, синовит и др.). Наиболее информативными методами исследования для диагностики у пациентов патологии коленных суставов, по нашему мнению, являются: рентгенография коленного сустава в двух проекциях, УЗИ, МРТ. При реактивных синовитах необходимо проводить цитологическое исследование синовиальной жидкости, исследование крови на С-реактивный белок, ревматологический фактор и бруцеллез.

**Выводы.** Патология коленных суставов различного генеза часто встречается при диагностике в амбулаторных условиях. Для уточнения диагноза необходимо использовать дифференцировано и в комплексе все доступные инструментальные и лабораторные методы исследования.

*Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н., Абдуллаева С.Н.*

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ КАРДИО- И ВТОРИЧНЫХ АРТРОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ НА ФОНЕ СИНДРОМА ЛИЗИСА ОПУХОЛИ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить особенности течения кардио- и артропатий у пациентов с лейкемией на фоне синдрома лизиса опухоли (СЛО) с учётом возрастного аспекта больных.

**Материал и методы.** Работа проведена на кафедре внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе гематологического отделения ГУ НМЦ РТ за период с 2015 по 2018 гг. В исследование были включены 63 больных с ОМЛ. Пациенты распределены на возрастные группы: I группа с ОМЛ в возрасте 18-44 лет (23 чел.); II группа в возрасте 44-59 лет (20 чел.) и III группа в возрасте 60-74 лет (20 чел.).

Проводили цитохимические, цитогенетические, иммунофенотипические исследования крови и костного мозга; электро-эхокардиографические, рентгенологические методы исследования. Определяли электролиты и содержание мочевой кислоты в сыворотке крови. Использовалась гериатрическая шкала оценки (CGA) состояния онкологических больных пожилого или старческого возраста.

**Результаты.** У пациентов III группы кардиоваскулярные осложнения развивались более значительно, по отношению к лицам I и II групп, за счёт кардиотоксичности химиотерапии: ми-



окардит (47,8%; 5,0%; 25,0%), перикардит (39,1%; 5,0%; 10,0%), симптоматическая гипертензия (73,9%; 30,0%; 45,0%), инфаркт миокарда (30,4%; 0%; 5,0%) и гиперкалиемии в виде брадикардии (52,1%; 15,0%; 20,0%), тогда как желудочковая фибрилляция (17,3%), асистолия (30,0%), вторичный урикемический бестофусный подагрический артрит (65,2%) и гипокальциемические тонические судороги (15%) наблюдались в основном у лиц пожилого возраста. Уратный нефролитиаз почти в 3 раза чаще встречался у пациентов III группы (47,5%), по отношению к больным II группы (15,0%), почечная недостаточность (52,1% против 10,0%) в 5 раза чаще отмечалась в III группе, по сравнению со II группой. Сопутствующими заболеваниями пациентов пожилого возраста явились: ИБС (91,3%), стенокардия напряжения (73,9%), артериальная гипертония (69,5%), хроническая обструктивная болезнь лёгких (65,2%), бронхиальная астма (60,8%) и панкреатит (43,4%), дисциркуляторная энцефалопатия (65,2%), варикозное расширение вен нижних конечностей (39,1%), заболевания мочеполовой системы (34,7%), сахарный диабет 2 типа (26,0%).

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с лейкемией в пожилом возрасте отмечалась высокая частота и степень выраженности кардиотоксичности химиотерапии и проявлений СЛО (гиперкалиемия, гипокальциемия и гиперурикемия), чем у больных среднего и молодого возраста. Выбор вводимых химиопрепаратов должен учитываться в соответствии с физиологическими, коморбидными и возрастными факторами риска и применением безопасных основных средств сопроводительной терапии.

*Мустафакулова Н.И., Султанов А.И., Абдуллаева Д.Ю.*

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Продемонстрировать трудности диагностики экзогенного аллергического альвеолита (ЭАА) грибковой этиологии на примере клинического случая. Больная Ж., 1953 г.р., жительница района Бохтар, поступила в пульмонологическое отделение ГУ НМЦРТ с предварительным диагнозом: «Бронхопневмония с двух сторон». Больная жаловалась на кашель с трудноотделяемой слизисто-гноющей мокротой, повышение температуры тела до 38-39°C, одышку, недомогание. Со слов, болеет в течение 3-х лет. Из анамнеза выяснено, что она подрабатывала уборщицей в овощном ларьке, который размещался в полуподвальном сыром с плесенью помещении. На догоспитальном этапе больная неоднократно получила антибиотикотерапию. Общее состояние тяжёлое, определяется акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких с обеих сторон в нижних долях выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 94 в мин. Язык умеренно обложен белым налётом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и слезёнка не пальпируются. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. В общем анализе крови: гемоглобин 115 г/л, лейкоциты  $11,1 \times 10^9$ /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, до 17% палочкоядерных, 9% эозинофилов. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и на КТВР определяются округлые тени с ровными краями с чёткими очертаниями в виде колец размерами 2,5-5 см в поперечнике. При исследовании вентиляционной функции лёгких объём форсированного выдоха за первую секунду 51% должной величины, установлено наличие дыхательной недостаточности 2-й степени. Был выставлен диагноз: «Полисегментарная пневмония». Назначена терапия: цефтриаксон, метронидазол, дезинтоксикационная терапия. Через 10 дней после проведенной антибактериальной, дезинтоксикационной и глюкокортикостероидной (ГКС) терапии ни клинических, ни гематологических, ни рентгенологических изменений отмечено не было. Общее состояние ухудшилось: боли в грудной клетке и одышка нарастали, интоксикационный синдром прогрессировал, температура тела достигала до 40°C, появилось кровохарканье. Исследование крови на онкомаркеры и антитела к микоплазменной инфекции были отрицательными, доплеровское исследование сосудов исключило наличие тромбоза лёгочных сосудов. Туберкулёз и онкопатология лёгких были исключены. Учитывая неэффективность

антибактериальной терапии, было заподозрено грибковое поражение лёгких. В сыворотке крови по методике использования полимеразной цепной реакции, в мокроте и в БАЛ обнаружены антигены *Aspergillus*. Была назначена терапия амфотерицином В, на фоне которой улучшилось общее самочувствие, снизилась температура тела до 37,0-37,2°C, улучшились гематологические, рентгенологические показатели, нормализовались показатели ФВД: ОФВ1 возрос до 88% д.в., ЖЕЛ – до 95% д.в. Анализ на IgE в крови (антитела к аспергиллам) были в пределах нормы.

**Выводы.** Таким образом, ЭАА протекает под «маской» многих заболеваний. В случаях обнаружения неясных инфильтратов в легких и при отсутствии эффекта от антибактериальной и кортикостероидной терапии, необходимо дообследовать больных на грибы рода *Aspergillus* в мокроте, в сыворотке крови и БАЛ. Проведённая этиотропная терапия является высокоэффективной.

*Мухамадиева С.М., Рустамова М.С., Курбанова М.Х., Негматова С.С.,  
Бадалова М.Х., Бобоходжаева М.О.*

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить клиничко-лабораторные изменения липидного и углеводного обменов у женщин с менопаузальным метаболическим синдромом (ММС).

**Материал и методы.** Обследованы проспективно, сплошным методом 140 женщин менопаузального возраста, из них 100 женщин с ММС составили основную группу и 40 - без ММС (группа сравнения). Проведен сбор анамнеза, общесоматический и гинекологический осмотр, антропометрия, измерение АД, лабораторное обследование крови (глюкоза, инсулин, гликолизированный гемоглобин, липопротеиды низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, триглицериды, холестерин, ФСГ, ЛГ, Пролактин, Эстрадиол, Тестостерон, Кортизол, Т3, Т4, ТТГ). Оценку степени тяжести климактерических нарушений (нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные) проводили с помощью индекса Купермана в модификации Е.В. Уваровой (1996 г.). Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel и критериям Стьюдента, Манна-Уитни и Пирсону.

**Результаты.** Установлено, что при ММС статистически значимо повышается уровень глюкозы ( $5,8 \pm 0,05$  ммоль/л), инсулина ( $18,6 \pm 1,1$  мкЕД/мл), ЛПНП ( $3,3 \pm 0,09$  ммоль/л), триглицеридов ( $1,8 \pm 0,06$  ммоль/л), общего холестерина ( $5,7 \pm 0,09$  ммоль/л) и гликолизированного гемоглобина ( $6,5 \pm 0,09\%$ ), в то же время содержание ЛПВП ( $1,5 \pm 0,02$  ммоль/л) снижается. Разница аналогичных показателей углеводного и липидного обмена ( $4,9 \pm 0,06$  ммоль/л,  $12,2 \pm 1,3$  мкМЕ/мл,  $1,4 \pm 0,07$  ммоль/л,  $1,3 \pm 0,03$  ммоль/л и  $4,6 \pm 0,5$  ммоль/л,  $5,9 \pm 0,09\%$  и  $2,1 \pm 0,04$  ммоль/л, соответственно) женщин контрольной группы была статистически значима ( $p < 0,001$ ). Следовательно, у женщин с ММС выявлены нарушения обменных процессов в виде ожирения, инсулинорезистентности и дислипидемии. Среди нейровегетативных расстройств в основной группе установлено повышение АД (65%), вестибулопатии (31%), сердцебиение (27%), периодические судороги (31%), потливость (80%), сонливость (31%), нарушение ритма сна (50%) и приливы жара (84%), что приобретало статистическую достоверность ( $p < 0,05$ ). Психоэмоциональные расстройства также были более выражены в основной группе в виде изменения аппетита (в 3,4 раза) и настроения (в 1,5 раза) ( $p < 0,05$ ). Выявлена достоверная положительная корреляционная связь средней силы между уровнями ФСГ и степенью выраженности нейро-вегетативных нарушений ( $r = 0,5$ ), слабая отрицательная - между уровнем эстрадиола и степенью выраженности нейро-вегетативных нарушений ( $r = -0,4$ ), слабая положительная - между уровнем ЛПНП и массой тела ( $r = 0,4$ ), средняя положительная - между уровнем ЛПНП и ИМТ ( $r = 0,53$ ), слабая положительная - между уровнем холестерина и цифрами А/Д ( $r = 0,39$ ), средняя положительная - между уровнем глюкозы и цифрами

А/Д ( $r=0,51$ ). Корреляционный анализ между степенью проявлений психо-эмоциональных нарушений и лабораторными показателями установил слабую положительную связь между уровнем ТТГ и оценкой психо-эмоциональных проявлений ( $r=0,43$ ), отрицательную связь средней силы между уровнем эстрадиола и оценкой психо-эмоциональных проявлений ( $r=-0,6$ ).

**Выводы.** У женщин с ММС выявлены достоверно значимые изменения углеводного и липидного обменов. Обменные нарушения усугубляют нейро-вегетативные и психо-эмоциональные проявления ММС. Своевременное выявление и коррекция избыточной массы тела, нарушений углеводного и липидного обменов, при наличии факторов риска развития изменений обменных процессов в организме еще в позднем репродуктивном возрасте позволят снизить количество женщин с ММС и улучшить качество жизни данной категории пациенток.

*Мухаммадиева Х.С., Негматзода О., Рахмонов Дж.К., Абдусаматов К.А.*

## АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ результатов эндоваскулярного лечения диабетической макроангиопатий нижних конечностей.

**Материал и методы.** Проводился ретроспективный анализ историй болезни 21 пациента, оперированных по поводу макроангиопатий артерий нижних конечностей, находившихся на лечении в отделении хирургии сосудов и рентгеноэндоваскулярной хирургии РНЦССХ в период с 2010 по 2018 годы. Мужчин было 17, женщин - 4. Возраст пациентов варьировал от 51 до 79 лет. Во всех случаях имел место сахарный диабет 2 типа, средняя продолжительность которого составила  $14,1 \pm 3,2$  лет.

Субкомпенсированная ишемия конечности имело место у 10 пациентов, декомпенсированная ишемия - в 11 наблюдениях. Среди последних в 6 (54,5%) наблюдений имелось сухая гангрена пальцев стоп. Одностороннее значимое поражение артерий нижних конечностей наблюдалось всего лишь в 2 случаях, тогда как у абсолютного большинства пациентов констатировался двухсторонний процесс. У 18 (85,7%) пациентов имелся коморбидный фон, т.е., кроме поражения артерий нижних конечностей, 12 (57,1%) обследованных страдали ИБС, 20 (95,2%) – артериальной гипертензией, 4 (19,1%) - ХОБЛ и 2 (9,5%) - ХБП.

Всем пациентам из-за тяжести состояния, обусловленной коморбидностью и мультифокальным поражением сосудов, проводилось эндоваскулярное лечение – ангиопластика пораженных сегментов артерий, которую в 7 случаях из-за относительно короткого поражения заканчивали имплантацией стентов. В 4 наблюдениях было выполнено симультанное стентирование других артериальных бассейнов: в 3 случаях коронарных и в 1 наблюдении левой почечной артерии. Проводилась диспансеризация пациентов с изучением как непосредственных, так и отдаленных послеоперационных результатов.

**Результаты.** Технический успех эндоваскулярных вмешательств достигнут у 95,2%. В 6 случаях был имплантирован стент в позиции общей (4) и наружной (2) подвздошной артерий, в одном случае стентирована общая бедренная артерия. Также во всех случаях произведена поэтажная баллонная дилатация суженных участков артерий голени. У 19 пациентов удалось восстановить магистральный кровоток конечности. В 2 (9,5%) случаях после дилатационной ангиопластики отмечался ретромбоз сосудов с прогрессированием ишемии, которые заканчивались ампутацией конечностью.

В раннем послеоперационном периоде после эндоваскулярных процедур в 2 случаях развились гематомы на месте пункции артерии, которые были опорожнены и пролечены консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было. В среднем, и отдаленном периоде наблюдения были обследованы 16 пациентов, у 7 из которых (все после ангиопластики) отмечался возврат ишемии

конечности из-за прогрессирования основного процесса. Среди них в 3 случаях была выполнена ампутация конечности в среднем через 36 месяцев, в 4 случаях проводилась патогенетически обоснованная современная ангиотропная терапия с включением как вазопростана, так Вессел Дуэ Фа и Тивортина. Таким образом, эффективность ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей в отдаленном периоде наблюдения составила 56,3%, в 43,7% отмечалось прогрессирование ишемии, на фоне чего в 18,8% наблюдений была выполнена ампутация конечности.

**Выводы.** Результаты эндоваскулярного лечения диабетической макроангиопатии нижних конечностей напрямую зависят от сохранности дистального артериального русла и прогрессирования основного процесса и в целом желают оставлять лучшего.

*Мухаммедова Д.Г., Тангиева О.А.*

## СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашхабад, Туркменистан

**Актуальность.** Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) продолжают занимать лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности в общей популяции. Роль таких факторов риска (ФР) как возраст, гиперхолестеринемия, курение, избыточная масса тела, в развитии ССЗ известна давно. Сочетание различных ФР у одного больного повышает частоту развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в большей степени, чем этого можно было ожидать от вклада каждого из них. Поэтому изучить особенности диастолической функции левого желудочка является важным аспектом в обследовании больных с АГ.

**Цель.** Изучить особенности ДФ ЛЖ у больных АГ в условиях зависимости от сменного характера работы.

**Материал и методы.** Обследовано 85 больных АГ I–II степени (средний возраст  $41,5 \pm 3,1$  года), которые были разделены на 2 группы: I группа – 53 человека, работающих в дневную смену; II группа – 32 человека, работающих посменно (в дневную и в ночную смены). Длительность АГ –  $9,5 \pm 2,9$  года. Эхо-КГ проводилась в состоянии покоя по стандартной методике на аппарате System Five (США). ДФ ЛЖ оценивалась по характеристикам трансмитрального кровотока в режиме импульсного доплера из верхушечной 4-камерной позиции по стандартной методике. Определялись максимальная скорость кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ ( $V_m E$ ); максимальная скорость кровотока позднего диастолического наполнения ЛЖ ( $V_m A$ ); их соотношение ( $E/A$ ); время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИР); время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT). Признаками нарушения ДФ ЛЖ считались увеличение ВИР свыше 100 мс и/или уменьшение отношения  $E/A$  менее 1.

**Результаты.**  $V_m E$  была достоверно выше в I группе по сравнению со II группой ( $0,60 \pm 0,07$  и  $0,47 \pm 0,05$  м/с соответственно;  $p < 0,05$ ). Отмечалось недостоверное увеличение показателя  $V_m A$  во II группе по сравнению с I группой ( $0,54 \pm 0,08$  и  $0,49 \pm 0,07$  м/с соответственно;  $p > 0,05$ ). В группе лиц с АГ, работающих в ночь,  $E/A$  был меньше единицы ( $0,87 \pm 0,14$ ). Определялось выраженное увеличение ВИР во II группе, по сравнению с I группой ( $96,5 \pm 7,9$  и  $77,2 \pm 7,5$  мс соответственно;  $p < 0,05$ ). Показатель DT был выше во II группе, по сравнению с I группой ( $176,8 \pm 15,8$  и  $164,4 \pm 17,2$  мс соответственно;  $p > 0,05$ ). Нарушение ДФ ЛЖ во II группе выявлено в 56% случаев; в I группе – в 37% случаев. Установлена четкая зависимость характера диастолического наполнения ЛЖ от выраженности его гипертрофии. ИММЛЖ прямо коррелировал с ВИР и  $V_m A$ ; обратно коррелировал с  $V_m E$  и  $E/A$ .  $V_m E$  обратно коррелировал со средне суточными: ДАД, ИВ САД и ДАД; со средне ночными: САД и ДАД, ИВ САД. ВИР прямо коррелировал со средне суточным ДАД; средне ночными: САД и ДАД, ИВ САД.

**Выводы.** 1. У больных АГ была установлена четкая зависимость характера диастолического наполнения ЛЖ от выраженности его гипертрофии. Выявлена взаимосвязь ДФ ЛЖ с повышением АД в ночные часы, особенно за счет САД. 2. У больных АГ, работающих в ночь, отмечается более частое нарушение ДФ ЛЖ, проявляющееся в увеличении вклада систолы ЛП в заполнение ЛЖ.



Мухаммедова З.Р., Акмырадова М.Х.

## АДАПТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ СИРОПА СОЛОДКИ НА СТУПЕНЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра патологической физиологии ГОУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
Кафедра факультетской терапии ГОУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Цель.** Изучение влияния сиропа солодки и его разведений 1:2 и 1:4 на реакцию прямой гемагглютинации крови (РПГА) на ступенях формирования хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

**Материал и методы.** Были обследованы 80 человек 18-44 лет, из них 20 здоровые лица (контрольная группа - КГ). 20 чел. (I ступень) лица, находящиеся под влиянием факторов риска (вирусные и бактериальные болезни верхних дыхательных путей с рецидивом 1-2 раза в год, рецидивы пневмоний и бронхитов, болезни уха, горла и носа), 20 чел. (II ступень) - состояние предболезни (кашель курильщика, кашель из-за раздражителя, продолжительные и рецидивирующие пневмонии, вирусные и бактериальные болезни верхних дыхательных путей с рецидивом более 3 раз в год, понижение функционального дыхания), 20 больных ХОБЛ в период ремиссии (III ступень). Всем обследованным определяли двоичный логарифм титра гемагглютинирующих антител ( $\log_2$ Т ГАГГ Ат) крови (Г. Фримель, 1987). Чувствительность к реакции прямой гемагглютинации (РПГА) определяли *in vitro* в присутствии препарата сиропа солодки и его разведений 1:2 и 1:4.

**Результаты.** У всех лиц на I-ой ( $4 \pm 0,03$ ), II-ой ( $4,5 \pm 0,04$ ) и III-ей ступенях ( $4,7 \pm 0,09$ ) был повышен  $\log_2$ Т ГАГГ Ат, по сравнению с показателем в КГ ( $2,4 \pm 0,08$ ) ( $P < 0,05$ ). На I-ой ступени  $\log_2$ Т ГАГГ Ат в присутствии препарата сиропа солодки составил  $2,45 \pm 0,38$ , на II-ой -  $2,75 \pm 0,25$ ; в разведении 1:2 -  $2,6 \pm 0,32$  и  $2,8 \pm 0,58$  соответственно; в разведении 1:4 -  $3,6 \pm 0,51$  и  $3,8 \pm 0,32$  соответственно, на III-ей ступени  $\log_2$ Т ГАГГ Ат в присутствии препарата сиропа солодки  $3,2 \pm 0,38$  и его разведений 1:2 -  $3,9 \pm 0,24$  и 1:4 -  $4,1 \pm 0,4$ . На всех ступенях ХОБЛ отмечалось достоверное снижение  $\log_2$ Т ГАГГ Ат ( $P < 0,05$ ).

**Вывод.** На ступенях формирования ХОБЛ наблюдалась нормализация повышенного количества двоичного логарифма титра гемагглютинирующих антител. Это показывает адаптогенное действие препарата в компенсаторных иммунных реакциях.

Мухаммедова З.Р., Тайлакова А.Н., Акмырадова М.Х.

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РЕАКЦИЮ ПРЯМОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ КРОВИ И ПУТИ ЕЕ РЕГУЛЯЦИИ НА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СТУПЕНЯХ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра патологической физиологии ГОУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
Кафедра факультетской терапии ГОУ «Государственный медицинский университет Туркменистана»  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Цель.** Изучение влияния факторов риска (курения, вирусных и бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей) на реакцию прямой гемагглютинации крови (РПГА) и пути ее регуляции на донозологических ступенях развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

**Материал и методы.** Были обследованы 60 человек 18-44 лет, 20 чел. здоровые лица (контрольная группа - КГ), 20 чел. курящие (1-я исследуемая группа - ИГ) и 20 чел. с вирусными и бактериальными заболеваниями верхних дыхательных путей с рецидивом 1-2 раза в год (2-я ИГ).

Всем обследованным определяли двоичный логарифм титра гемагглютинирующих антител ( $\log_2 T$  ГАГГ Ат) крови (Г. Фримель, 1987). Чувствительность к РПГА определяли *in vitro* в присутствии препарата сиропа солодки и его разведений 1:2 и 1:4.

**Результаты.** В 1-ой ( $4,0 \pm 0,03$ ) и во 2-ой ( $4,5 \pm 0,04$ ) ИГ был повышен  $\log_2 T$  ГАГГ Ат, по сравнению с показателем в КГ ( $2,4 \pm 0,08$ ) ( $P < 0,05$ ). В 1-ой ИГ при сравнении с первоначальным показателем ( $4,0 \pm 0,03$ )  $\log_2 T$  ГАГГ Ат в присутствии препарата сиропа солодки ( $2,45 \pm 0,38$ ) и его разведении 1:2 ( $2,6 \pm 0,32$ ) достоверно понизился ( $P < 0,05$ ), а в разведении 1:4 ( $3,6 \pm 0,51$ ) имел тенденцию к снижению ( $P > 0,05$ ). Во 2-ой ИГ при сравнении с первоначальным показателем ( $4,5 \pm 0,04$ )  $\log_2 T$  ГАГГ Ат в присутствии препарата сиропа солодки ( $2,75 \pm 0,25$ ) и его разведений 1:2 ( $2,8 \pm 0,58$ ) и 1:4 ( $3,8 \pm 0,32$ ) понизился ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** Под влиянием факторов риска иммунный ответ понижается. Под влиянием препарата сиропа солодки и его разведений наблюдалась нормализация титра антител в РПГА. В связи с этим на донозологических ступенях развития ХОБЛ, сопровождающейся вторичным иммунодефицитным состоянием, применение иммуномодулятора может снизить риск развития болезни.

<sup>1</sup>Мухторова П.Ш., <sup>1,2</sup>Турсунов Р.А., <sup>1</sup>Пирова Г.Д.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОБЩИННОМ УРОВНЕ

<sup>1</sup>Республиканский центр формирования здорового образа жизни,

<sup>2</sup>Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка детерминантов/приоритетов здоровья общин и разработка единого подхода по укреплению здоровья с участием населения в пилотных районах Республики Таджикистан.

**Материал и методы.** Для выявления детерминантов и приоритетов здоровья на общинном уровне авторами был адаптирован и применён подход «Совместное обсуждение и действие» (СОД). Данный подход был применён в пилотных районах Республики Таджикистан: Рудаки, Файзабад, Канибадам, Восе и Хамадони. При анализе здоровья общин был использован ряд инструментов подхода СОД: ранжирование детерминантов здоровья, ранжирование по частоте встречаемости, ранжирование болезни по степени обременительности. До и после предоставления информации проводилось также социологическое исследование по оценке уровня знаний общин по вопросам здоровья.

**Результаты.** Данные, полученные при использовании первого инструмента подхода СОД «ранжирование детерминантов здоровья», где участникам сессии был задан вопрос: «От каких факторов зависит здоровье населения Вашего села?», констатируют наличие следующих выявленных детерминантов: питание, питьевая вода, баня, планирование семьи, грудное вскармливание, иммунизация, необходимые лекарства, советы врача/консультации и лечение. Для оценки второго инструмента «ранжирование по частоте» был сформулирован вопрос: «Какие болезни наиболее часто встречаются в Вашем селе?». По полученным данным, участники перечислили всех наиболее часто встречающихся заболеваний у них в селе (например, 14 болезней). Далее обозначили 7 (50%) болезней как наиболее часто встречающихся из всех названных заболеваний: гипертония, анемия, зоб, туберкулёз, бруцеллёз, грипп и женские болезни. При анализе «ранжирование болезни по степени обременительности» участникам сессии был задан следующий вопрос: «Какие из названных Вами наиболее часто встречающихся заболеваний являются наиболее обременительными с точки зрения риска (психологического, физического, финансового, социального)?». Самой обременительной болезнью для сельчан был определён туберкулёз, далее – зоб, гипертония, анемия, женские болезни, бруцеллёз и грипп. Данные социологического исследования показали, что уровень «знаний – навыки – ответственности» членов общин после внедрения подхода СОД выросло от 62% (2015 г.) до 76% (2017г.).

**Выводы.** В ходе проведённых с населением СОД-встреч был установлен ряд наиболее важных детерминантов и приоритетов здоровья общин в каждом селе пилотных районов, где в

настоящее время созданы Общинные команды здоровья, деятельность которых направлена как на укрепление здоровья членов общин, так и для решения собственных приоритетов здоровья. С учётом внедрения подхода СОД специалистам медицинских учреждений следует повысить свои навыки работы с населением по вопросам здоровья.

*Набиев А.Д., Домлоджонова Д.Р., Норматов Д.С., Тошматов К.К.*

## О ПРИМЕНЕНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУ «Согдийский областной клинический эндокринологический центр»  
Согдийская область, Таджикистан

---

**Актуальность.** Многочисленными исследованиями доказано, что решающее значение в сохранении здоровья и профилактике сосудистых осложнений сахарного диабета (СД) имеет достижение стойкой компенсации заболевания. На современном этапе имеются усовершенствованные средства для введения инсулина, в том числе шприц-ручки, инсулиновые помпы (ИП) и средства контроля гликемии. Установлено, что интенсивный режим инсулинотерапии, с рассчитанными подколками на еду, предполагающий 4-5-кратное введение инсулина может обеспечить компенсацию СД. ИП используется для введения инсулина вместо традиционных шприцов и шприц-ручек. Инсулин из помпы поступает под кожу через тонкий катетер, который меняют 1 раз в 3 дня.

**Материал и методы.** С целью внедрения современных инновационных методов достижения компенсации СД проводится лечение ИП 22 больных. Из них 9 детей в возрасте 7-16 лет и 6 взрослых в возрасте 19-35 лет с СД 1 типа. Инсулинопотребный СД 2 типа был у 7 больных в возрастном диапазоне 39-62 лет. Исследование проведено в течение 3-6 месяцев. Используется модель ИП «Метроник 715». Необходимо отметить, что ИП 2 «не умеет» самостоятельно менять дозу инсулина. Пациент должен уметь сам регулировать режим инсулинотерапии. Техническому обслуживанию ИП, методам обучения пациентов на ИП обучались 2 врача Согдийского областного клинического эндокринологического центра в Российской Федерации в 2018 году.

**Результаты.** За период применения ИП отмечалось улучшение общего самочувствия пациентов, уменьшение случаев гипогликемии. Улучшились показатели компенсации заболевания. У больных СД 1 типа до ИП уровень гликированного гемоглобина был высоким и составлял  $10,5 \pm 0,4\%$ . После перевода на ИП гликированный гемоглобин достоверно снизился до  $7,6 \pm 0,3\%$ . При СД 2 типа также значительно улучшились показатели углеводного обмена и комплаентность пациентов к инсулинотерапии.

**Выводы.** Таким образом, применение ИП даёт позитивный прогноз на улучшение течения СД при хорошем обучении пациентов принципам самоконтроля диабета.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СТОПЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка отдаленных последствий хирургических вмешательств на стопе у больных с синдромом диабетической стопы.

**Материал и методы.** В кабинете «Диабетической стопы», функционирующем на базе ГМЦ №3, в течение трёх лет под нашим наблюдением находились 53 больных с нейропатической формой СДС с последствиями хирургических вмешательств на стопе в анамнезе. Среди них мужчин было 28 (51,9%), женщин – 25 (48,1%). Возраст колебался от 30 до 54 лет. СД 1-типа выявлен у 6 (6,5%), СД 2-го типа - у 47 (93,5%).

**Результаты.** Нами проанализированы результаты лечения после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей с иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 25, с трансметатарзальной ампутацией стопы - 23 больных, 5 - после вскрытия флегмоны стопы.

Все больные получали регулярное профилактическое лечение два раза в год, которое состояло из общеукрепляющей, иммуностимулирующей, сахарокорректирующей, ангиотропной терапия и препаратов, улучшающих реологические свойства крови, методов гемоквантовой терапии, а также симптоматического лечения сопутствующих заболеваний.

Рецидивы СДС явились причиной повторной госпитализации у 23 (92,1%) больных после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей. Наибольшая частота повторных госпитализаций приходилась на группу больных, ранее перенесших экзартикуляции одного и более пальцев стопы. После трансметатарзальной ампутации стопы с последующей ортопедической коррекцией у 3 (13,1%) отмечен рецидив СДС в области культи с образованием трофических язв и участков гиперкератоза. Анализ анамнестических данных повторно поступивших больных показал, что большинство из них не владели навыками ухода за стопой.

Ретроспективный анализ результатов произведенных экзартикуляций показывает, что сохранение одного или двух пальцев стопы у больных с ОФ СДС функционально не оправдано. Возникающее при ходьбе перераспределение давления на новые опорные точки и несвоевременная ортопедическая коррекция нарушенной функции стопы у больных, способствуя постоянной травматизации дистальных отделов стопы при ее перекате, увеличивает вероятность развития рецидива СДС.

**Выводы.** Таким образом, у 49,2% пациентов после хирургических вмешательств, проводимых в пределах стопы, в течение трёх лет возникли рецидивы язвенных дефектов либо культи, либо области проекции головок плюсневых костей, что связано с перераспределением или формированием патологических зон опорного давления при ходьбе в сочетании с нейропатией. Наличие у пациента ампутаций пальцев, части стопы или каких-либо хирургических вмешательств в пределах стопы является абсолютным показанием для ортопедической коррекции.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

## ВЛИЯНИЕ АКТОВЕГИНА НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка эффективности актовегина в комплексном лечении осложненных форм синдрома диабетической стопы (СДС).

**Материал и методы.** В исследование включены результаты использования актовегина в лечении 28 больных с СДС, которым были выполнены малые хирургические вмешательства на стопе в Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГКБ № 3 г. Душанбе. Больные разделены на две группы: контрольную и основную, по 14 человек в каждой. Возрастной спектр больных - от 35 до 73 лет. Женщин было 16, мужчин – 12. Длительность сахарного диабета от 5 до 20 лет, у всех II типа. Обе группы по полу, возрасту, и тяжести сахарного диабета сопоставимы.

В комплексное лечение включены 100 мг актовегина в/в капельно 1 раз в сутки. Больным основной группы после тщательного туалета раны антисептическими растворами на рану местно



с помощью стерильной салфетки распределена 5% мазь актовегина с последующим наложением асептической повязки. В контрольной группе после тщательного туалета ран антисептическими растворами местно применяли мазь левомеколь. Оценка влияния комплексного лечения с применением актовегина на течение раневого процесса проводилась на основании изучения данных динамики цитогрaмм раневых отпечатков на 1, 3, 7 и 14 сутки после оперативного вмешательства и на основании клинических признаков в исследуемых группах.

**Результаты.** Анализ результатов цитологического исследования показал, что в 1-е сутки после хирургического вмешательства в цитогрaммах у больных как основной, так и контрольной групп определялось большое количество дегенеративно-измененных, полиморфно-ядерных лейкоцитов. Количество сегментоядерных лейкоцитов достигало 80%. По мере очищения гнойных ран от некротических масс в цитогрaммах уменьшалось количество дегенеративно-измененных, полиморфно-ядерных лейкоцитов, увеличивалось количество молодых форм нейтрофильных лейкоцитов с нормальной структурой и четкими контурами. Цитологическая картина нормализовалась быстрее у больных основной группы, причем процесс очищения ран от некротических масс происходил эффективнее. Увеличение количества макрофагов, наличие в ранах полибластов и созревание их в профибробласты и фибробласты в более ранние сроки, чем у больных контрольной группы, является показателем благотворного влияния актовегина на течение раневого процесса, как препарата, ускоряющего регенерацию. В целом у больных основной группы анализ динамики клеточных элементов цитогрaмм отражает благоприятное течение раневого процесса и соответствует воспалительному и воспалительно-регенераторному типу.

Клиническое исследование показало, что при использовании актовегина к 7 дню от начала курса прекратилось гноетечение у 11 больных, раны очистились и покрылись хорошей грануляцией с активной краевой эпителизацией. У остальных 3 больных уменьшение гноетечения было отмечено к 9 дню. В контрольной группе гноетечение прекратилось к 16 дню с последующим очищением и образованием грануляционной ткани. Положительные результаты от применения актовегина были отмечены у 92,6% больных с сокращением срока стационарного лечения с  $43,4 \pm 5,8$  до  $29,5 \pm 3,1$  суток.

**Выводы.** Таким образом, применение актовегина способствует усилению процессов регенерации, что позволяет использовать его как препарат выбора в практике лечения гнойных ран у больных сахарным диабетом.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

## СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение состояния иммунной системы у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 110 больных с осложнённой формой СДС за период 2013-2014 г., леченных в хирургическом отделении ГКБ №3 г. Душанбе, мужчин было 42 (42,5%), женщин – 68 (57,5%) в возрасте от 38 до 84 лет. Наибольшее число больных приходилось на возраст от 42 до 73 лет. Длительность заболевания от момента выявления колебалась до 21 года. Абсолютное большинство пациентов страдали тяжёлой формой сахарного диабета, в том числе СД I типа - 3,2%, СД II типа - 96,8%. Пациенты поступали в клинику с выраженными клиническими признаками заболевания, уровень гипергликемии составлял от 8,8 до 20 ммоль/л; у 64 больных гипергликемию сопровождала глюкозурия до 4-6%. По характеру поражения больные распределены следующим образом: осложненные формы синдрома диабетической стопы имелись у 23 (39,6%), флегмона - у 44 (27,2%), карбункулы - у 33 (33,2%). Гнойно-некротический процесс сопровождался эндотоксикозом с нарушением функции органов и систем.

Состояние больных при поступлении, контроль за динамикой, течением раневого процесса оценивали по данным клинических, лабораторных и инструментальных методов. Объем поражения магистральных артерий нижних конечностей диагностировали с помощью дуплексного сканирования, а также иммунологического исследования клеточного и гуморального звеньев иммунитета методом ИФА в аппарате Cobase 411 и Cobas INTEGRA 400 plus.

**Результаты.** При поступлении у больных во всех группах отмечалось повышение показателей иммунограмм в два раза относительно нормальной величины. Расширенное иммунологическое исследование выявило изменения во всех звеньях иммунной защиты. На фоне нормального содержания в крови CD3 снижалось содержание CD<sub>3</sub>, CD<sub>16</sub>, CD<sub>4</sub>, CD<sub>32</sub>. Отмечался Т-иммунодефицит, угнетение функции Т-лимфоцитов, а также гиперактивация фагоцитарной функции. Концентрация в крови IgA и IgG в 50% случаев оставалась в норме, что говорит о слабом иммунном ответе, у 50% больных показатели Ig M и IgG были повышены.

**Выводы.** Таким образом, снижение функциональной активности Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета создаёт предпосылки для присоединения вторичной инфекции у больных с ГСО СД, для которых характерно затяжное течение.

*Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.*

## ЧАСТОТА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В СТРУКТУРЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучение частоты синдрома диабетической стопы в структуре эндокринных заболеваний населения Хатлонской области.

**Материал и методы.** Нами проанализированы 2116 историй болезней госпитализированных больных с хирургической патологией эндокринной системы в течение 5 лет в хирургические отделения Хатлонской области. Возраст обследованных колебался от 20 до 72 лет. Из них заболевания щитовидной железы имелись у 129 человек – 6,09%, в т.ч. эндемический зоб – 32/1,5%, диффузный зоб – 63/3%, узловой зоб – 29/1,4%, тиреоидиты – 5/0,2%, опухоли щитовидной железы – 11/0,5%, заболевания надпочечников – 3/0,1%, гнойно-септические осложнения СД – 808 /38,2%, в т.ч. СДС – 357/16,9%, заболевания половых желез – 808/38,2%, в т.ч. крипторхизм – 51/2,4%, кисты яичников – 746/35,3%, гинекомастия – 11/0,5%. Изучение госпитализированных больных с хирургической патологией эндокринной системы выявило, что большинство из них страдали гнойно-септическими осложнениями СД – 808 /38,2%, в т.ч. СДС – 357/16,9%.

**Результаты.** При поступлении в хирургические отделения диагноз СДС у больных устанавливался только на основании клинических данных и по показаниям выполнялись оперативные вмешательства - вскрытие гнойников, метатарзальная резекция и экзартикуляция пальцев пораженной конечности.

Частота первичных высоких ампутаций у больных с СДС составила 44,3%. Общая летальность после ампутации достигла 23,7%. Основными причинами послеоперационной летальности больных были: острая сердечно-сосудистая недостаточность и прогрессирующий эндотоксикоз. Причиной повторных госпитализаций у 73% больных явилась несвоевременность ортопедической коррекции нарушенной опорной функции пораженной ипсилатеральной конечности после произведенных метатарзальных резекций и экзартикуляции пальцев стопы

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ показал, что частота синдрома диабетической стопы, занимая первое место в структуре госпитальной заболеваемости хирургической патологией эндокринной системы, у населения Хатлонской области имеет явную тенденцию к увеличению роста числа больных с эндокринной патологией, подлежащих хирургическому лечению. Значимым резервом снижения частоты данной патологии являются профилактические мероприятия в условиях кабинетов диабетической стопы.

Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.

## АНТИОКСИДАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оптимизация комплексного лечения осложнённых форм СДС.

**Материал и методы.** Под наблюдением за период 2010-2012 г. находились 310 больных с осложнённой формой СДС. Мужчин было 132 (42,5%), женщин – 178 (57,5%). Возраст больных варьировал от 38 до 84 лет. Наибольшее число больных было в возрасте 42-73 лет. Длительность заболевания с момента выявления - до 21 года. Абсолютное большинство пациентов страдали тяжёлой формой сахарного диабета, в том числе СД I типа - 8,2%, СД II типа - 91,8%. Необходимо отметить, что пациенты поступали в клинику с выраженными клиническими признаками заболевания и гипергликемией от 8,8 до 21 ммоль/л, а у 64 больных гипергликемию сопровождала глюкозурия до 4-6%.

Всем больным проведено комплексное обследование: клинико-лабораторное, инструментальное, микробиологическое и цитологическое для оценки степени ишемии нижних конечностей. Больные разделены на 3 группы: в 1-ю вошли 104 (33,5%), которые получали традиционную терапию. Хирургическое вмешательство у них сочеталось с применением антибиотиков широкого спектра действия. Во 2-ой группе было 104 (33,5%) больных, которым наряду с традиционной терапией проводили внутривенные инъекции антиоксиданта мексидола 2,0 на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия один раз в день в течение 10 дней. В 3-ю группу вошли 102 (33%) больных, которые на фоне традиционной терапии получали антиоксидант мексидол (400 мг мексидол + 20 мл изотонического раствора натрия хлорида и вазопростан) регионарно путём катетеризации нижней эпигастральной артерии. В течение 30 дней нахождения катетера внутри артерии с помощью перфузатора ДЛВ-1 два раза в день вводили коктейль мексидола в сочетании с вазопростаном.

Эффективность лечения оценивали по выраженности местных признаков воспаления. Интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам периксидации - малоновый диальдегид (МДА) и диеновый конъюгат (ДК) по методике С.Г. Конюковой.

**Результаты.** При поступлении у всех больных отмечалось повышение уровня ПОЛ (МДА) в плазме крови в два раза относительно нормальной величины. На 8-10 сутки традиционного лечения содержание МДА в плазме крови составило 51,3%. Внутривенная инфузия мексидола к 8-10 суткам приводит к снижению МДА в плазме крови до 42,4%. Регионарное внутриартериальное введение мексидола в сочетании с вазопростаном в течение 1 ч способствовало снижению уровня МДА в плазме на 33,7%. Установлено, что после курсового введения мексидола в сочетании с вазопростаном, по сравнению с другими методами, снижалось количество высоких ампутаций на уровне бедра и голени, увеличивалось количество операций, сохранивших опорную функцию. Следует отметить, что разработанный метод лечения способствовал снижению уровня продуктов ПОЛ (МДА) в плазме крови на 60%. Оценка течения раневого процесса в этих группах больных показала, что отёк и гиперемия вокруг раны купировались на 7-8 сутки лечения, а очищение раны от гнойно-некротических тканей и появление грануляции происходило на 9-10 сутки.

**Выводы.** Таким образом, внутриартериальное введение мексидола в сочетании с вазопростаном при ингибировании процесса ПОЛ оказалось более эффективным, по сравнению с традиционным лечением, в комплексе с мексидолом у больных с осложнёнными формами СДС. Этот способ снижает содержание продуктов ПОЛ и положительно влияет на динамику раневого процесса, уменьшается число высоких ампутаций конечностей.

Навджуанов Н.М.

## ДОСТИЖЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЦЕЛЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА, АМЛОДИПИНА, ИНДАПАМИДА (КО-АМЛЕССА) У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Выбор наиболее подходящей комбинации, обеспечивающей быстрое и надежное достижение целевого артериального давления (АД), а также улучшающей приверженность лечению, является важным фактором в терапии пациентов с АГ. Согласно современным рекомендациям, оптимальная комбинация должна содержать блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, блокатор кальциевых каналов и/или диуретик.

**Цель.** Оценка эффективности применения тройной фиксированной комбинации периндоприла, амлодипина, индапамида для контроля АД у пациентов, не достигших целевого уровня АД при предшествующей комбинированной терапии.

**Материал и методы.** Все больные получали препарат Ко-Амлесса в дозе 2/5/0,625мг; 4/5/1,25мг; 8/5/2,5мг; или 8/10/2,5мг без периода вымывания с возможностью индивидуального подбора дозы. Продолжительность наблюдения составила 6 мес. Проводилось общеклиническое исследование. Для изучения приверженности лечению был использован стандартизированный опросник. Пациенты заполняли данные опросники в начале исследования и через 6 мес. от начала терапии. Критериями исключения явились: симптомная ортостатическая гипотензия в анамнезе, вторичная гипертензия, наличие противопоказаний к любому препарату, входящему в состав фиксированной комбинации, наличие любых острых заболеваний или хронических в стадии обострения или декомпенсации, прием бета-адреноблокаторов.

**Результаты.** Из 244 пациентов, включенных в исследование, 16 не завершили его. Причинами выбывания явились: аллергическая реакция (n=3), кашель, связанный с приемом ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (n=5), тахикардия, отеки нижних конечностей (n=8). В исследование вошли 109 мужчин, 135 женщин. Средний возраст пациентов составил 58,59±10,57 года. Ожирением страдали 59% больных, дислипидемия выявлена у 80%. Длительность АГ: менее 5 лет – у 9% пациентов, 5–10 лет – 23%, более 10 лет – 68%. Фиксированная комбинация амлодипина, индапамида и периндоприла показала достаточно высокую антигипертензивную активность – 100% пациентов достигли целевого уровня АД через 6 месяцев от начала терапии. Каждый препарат в отдельности хорошо изучен и обладает доказанной эффективностью.

На фоне проводимого лечения все пациенты достигли целевого уровня АД, пульсовое АД снизилось на 30,3 мм рт. ст. (p<0,001). Приверженность увеличилась до высокого уровня (с 3,4±1,8 до 6,5±1,0 балла, p<0,01). Случаев ортостатической гипотензии не выявлено.

**Выводы.** Гипотензивная терапия тройной фиксированной комбинацией периндоприла/индапамида/амлодипина (Ко-Амлесса) обеспечивает достижение целевого уровня АД, достоверное снижение пульсового АД, повышение уровня приверженности и качество жизни при хорошей переносимости и метаболической нейтральности.

Навджуанов Н.М., Навджуанова Г.С., Асрори Х.М., Джаббарова Х.Р.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И КОМБИНАЦИИ ЛОЗАРТАНА С АМЛОДИПИНОМ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан



**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим прогностическим фактором развития инфаркта миокарда (ИМ), нарушения мозгового кровообращения и сердечной недостаточности. Среди лиц, страдающих АГ, ишемическая болезнь сердца встречается в 4,5 раза, ИМ - в 2,6 раза, нестабильная стенокардия – в 2,3 раза, а острое нарушение мозгового кровообращения – в 9,8 раза чаще, чем у нормотоников.

Несмотря на большое количество антигипертензивных препаратов, доказавших свою эффективность и безопасность, имеющих дополнительные органопротективные эффекты, недостаточность контроля уровня АГ остается актуальной проблемой и в настоящее время. Поэтому для достижения поставленных целей, согласно современным рекомендациям, необходимо шире использовать комбинированную терапию.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность лозартана (лориста) и комбинации лозартана с амлодипином (лортенза) в терапии артериальной гипертонии.

**Материал и методы.** Исследование состояло из двух этапов. Все 26 больных с АГ I-II степеней (16 женщин и 10 мужчин, средний возраст  $50 \pm 12$  лет) проходили 1 этап исследования на фоне терапии лозартаном в дозе 50-100 мг/сут в течение 8 недель. На втором этапе исследования с 9-ю по 17-ю недели лечение проводилось комбинированным препаратом лортенза в дозе 5/50-10/50 мг/сут. Оценивалась динамика уровня АД по данным офисного измерения и суточного мониторирования артериального давления (СМАД), биохимические показатели крови. Анализировали переносимость терапии.

**Результаты.** На фоне монотерапии лозартаном уровень АД снизился со  $150 \pm 11 / 92 \pm 7$  мм рт.ст. до  $132 \pm 12 / 81 \pm 8$  мм рт. ст., по данным офисного измерения, и со  $144 \pm 10 / 86 \pm 9$  до  $128 \pm 12 / 76 \pm 10$  мм рт. ст., по данным СМАД ( $p < 0,05$ ). Выявлено также уменьшение частоты сердечных сокращений с  $74 \pm 8$  до  $70 \pm 8$  в минуту ( $p < 0,05$ ). Уровень АД у пациентов, завершивших 2 этап, составил  $122 \pm 6 / 73 \pm 6$  мм рт. ст., что было достоверно ниже, чем до начала лечения ( $147 \pm 9 / 87 \pm 9$  мм рт. ст.;  $p < 0,001$ ). По данным СМАД, среднесуточные показатели систолического и диастолического АД снизились со  $144 \pm 10$  до  $128 \pm 12$  мм рт. ст., ЧСС с  $86 \pm 9$  до  $76 \pm 10$  уд. в минуту ( $p < 0,001$ ). Целевой уровень АД был достигнут к окончанию 1 этапа у 19 (73%), а к окончанию 2 этапа - у 24 (95%) пациентов. Значимых изменений биохимических показателей крови не выявлено. Развития серьезных побочных эффектов не зафиксировано.

**Выводы.** Комбинированная терапия приводит к более быстрому снижению АД до целевых значений. Такая тактика сопровождается уменьшением числа визитов, необходимых для достижения целевого АД, повышением приверженности к лечению и более высокой эффективностью терапии.

*Навджуванов И.М., Табаров А.И., Касирова Г.С.*

## МЕСТО АНГИОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С МНОЖЕСТВЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность одномоментного многососудистого стентирования коронарных артерий у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

**Материал и методы.** В Республиканском клиническом центре кардиологии эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда выполнили 77 пациентам с диагнозом: «Ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда», у которых при экстренной коронарографии выявлено атеросклеротическое поражение правой и крупных ветвей левой коронарной артерии. Возраст больных составил от 41 до 73 лет ( $52 \pm 4,2$  лет). До вмешательства системный тромболитический с использованием стрептокиназы провели 32 больным. Всем пациентам в экстренном порядке выполнили коронарографию, реканализацию, баллонную ангиопластику и стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии. Из них 16 пациентам провели одномоментную полную

анатомическую реваскуляризацию миокарда. Остальным пациентам в зависимости от тяжести поражения коронарных артерий было рекомендовано аорто-коронарное шунтирование.

**Результаты.** Эффективность системного тромболитика, по данным клинико-электрокардиографического обследования, составила 48%, по результатам коронарографии - 29% (6 больным) ( $n < 0,005$ ). Результаты первичной ангиопластики и стентирования инфаркт-зависимой коронарной артерии показали высокую эффективность эндоваскулярного метода лечения. Возобновления кровотока ТМІ 3 по инфаркт-зависимой коронарной артерии удалось достигнуть в 100% случаев, при этом непосредственная клиническая эффективность составила 97,4% ( $n < 0,005$ ). Осложнений во время операций не было. Отсутствие симптомов стенокардии (по данным объективного обследования и тредмил-теста) в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали только в группе больных, которым провели полную анатомическую реваскуляризацию миокарда. У остальных больных сохранялась стенокардия напряжения различных функциональных классов.

**Выводы.** Результаты лечения показали высокую эффективность применения рентгенохирургического метода в комплексном и своевременном лечении ОИМ у больных с множественным атеросклеротическим поражением венечных артерий, а одномоментная полная анатомическая эндоваскулярная реваскуляризация миокарда позволяет полностью устранить симптомы ишемии миокарда.

*Назаров Ш.Х., Гультурадов Т.Г., Курбонов Д.Ф.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКСОМЫ ПРЕДСЕРДИЙ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Оценка эффективности диагностики и хирургического лечения миксомы сердца.

**Материал и методы.** В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии за период с 2005 по 2018 гг. обследованы 20 больных с миксомой предсердия в возрасте от 13 до 65 лет (средний возраст составил 38,4 года). Мужчин было 7, женщин – 13. При поступлении большинство больных беспокоили одышка и сердцебиение (15), боли в области сердца (5). У 3 больных в анамнезе был ишемический инсульт с левосторонней гемиплегией (2) и бульбарным синдромом (1). Диагноз верифицировался на основании клинических, лабораторных, морфологических, рентгенологических исследований, ЭхоКГ и КТ.

**Результаты.** По данным лабораторных исследований, у 11 больных обнаружена анемия, у 7 – повышение СОЭ до 32 - 69 мм/час. На рентгенограммах грудной клетки отмечалось расширение тени сердца (9) и застойные явления в малом круге кровообращения (16). По эхокардиографическим данным у 4 больных миксома располагалась в правом предсердии, а у 16 – в левом. Фракция выброса при поступлении у 6 больных была в пределах 55 - 60%, у остальных 14 - выше 60%. Размеры левого предсердия у большинства (15) колебались в пределах 40-54 мм. Размеры правого предсердия у 14 больных были выше нормальных значений и колебались от 47 до 50 мм.

У всех больных выявлены признаки относительного митрального стеноза с регургитацией I – II степеней, а у 13 обследованных была регургитация на трехстворчатом клапане II – III степеней.

Размеры опухоли в 9 наблюдениях колебались от 24×13 мм до 57×33 мм. У 11 больных размеры миксомы были внушительными и колебались от 61×21мм до 100×80 мм.

Удаление миксомы предсердий выполнялось в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакоологической кардиopleгии. Во всех случаях производили иссечение опухоли с её основанием. Дефект межпредсердной перегородки восстанавливали с помощью заплатки из аутоперикарда.

Миксомы имели сосочковое и гроздьевидное строение.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, заживление раны было первичным натяжением. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В отдаленные сроки до 6 лет рецидива заболевания не было.

**Выводы.** Миксома предсердий является тяжелым заболеванием и часто сопровождается эмболиями сосудов жизненно-важных органов. Иссечение миксомы с её основанием с последующей пластикой создавшегося дефекта межпредсердной перегородки в условиях ИК с фармакоологической кардиopleгией является методом выбора хирургического лечения.

Назарова М.К., Расулов У.Р.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка эффективности дополнительно назначенной к базисной терапии ВЛОК у больных ХОБЛ с АГ.

**Материал и методы.** В пульмонологическом отделении ГУ НМИЦРТ «Шифобахш» нами обследовано 40 больных в возрасте 45-75 лет, 28 мужчин, 12 женщин с подтверждённым диагнозом ХОБЛ и АГ. Больные были разделены на две группы. В первую группу включены 20 больных с диагнозом ХОБЛ с АГ, которые получали ВЛОК. Вторую группу составили 20 больных ХОБЛ с АГ, которые не получали ВЛОК.

В комплекс общеклинических исследований входили: данные объективного осмотра и обследования больных, инструментальные методы исследования, измерение ПСВ (с помощью пикфлоуметра), рентгенография лёгких, ФВД, ЭГДС, ЭКГ и лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, исследование мокроты и др.). Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики, вычислялись средние арифметические значения, среднеквадратическая ошибка средней (М и m соответственно), достоверность различий между средними величинами и частотой встречаемости признаков (t) определяли на компьютере типа «Pentium 166», вероятность ошибки по таблице Фишера-Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В клинической картине у больных 1 группы до лечения преобладали: головные боли (70%; n=14), шум в ушах (80%; n=16), головокружение (50%; n=10), сердцебиение (80%; n=16), боли в области грудной клетки (60%; n=12), одышка (95%; n=19), кашель (100%; n=20), отрыжка (55%; n=11). Сравнительный анализ распространённости основных клинических проявлений, сочетанных заболеваний, проведённый до и после лечения курса ВЛОК, выявил в первой группе более выраженную статистическую значимую, чем во второй группе, динамику клинической симптоматики: головные боли (10%; n=2), шум в ушах (15%; n=3), головокружение (15%; n=3), сердцебиение (15%; n=3), боли в области грудной клетки (10%; n=2), одышка (15%; n=3), кашель (20%; n=4), отрыжка (10%; n=2). Согласно клиническим данным, больных ХОБЛ в сочетании с АГ, по сравнению с комплексным лечением, получали ВЛОК, которое улучшило показатели бронхолегочных и кардиологических симптомов. ВЛОК может рассматриваться как эффективный и безопасный метод патогенетической коррекции нарушения ХОБЛ и АГ.

**Выводы.** Таким образом, достоверное улучшение симптоматики ХОБЛ и купирование симптомов АГ отмечается при дополнительном получении ВЛОК.

Назарова М.М., Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Расулов Р.Н.

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018 ГОД

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан  
Учебно-клинический центр семейной медицины  
Хатлонская область, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить структуру заболеваемости детского населения Хатлонской области по результатам обращаемости за медицинской помощью к семейным врачам.

**Материал и методы.** Проанализированы данные годового отчёта Хатлонской области за 2018 год, форма №12. Всего, по данным обращаемости за отчётный период, в возрастном аспекте от 0 до 17 лет зарегистрировано 138400 детей. Из них мальчиков было 73726 (53,3%), девочек - 64674 (46,7%). Все дети были распределены на 3 возрастные группы. Первую группу составили 72199 (52,2%) детей в возрасте от 0-4-х лет, во вторую группу вошли 49333 (35,6%) ребёнка в возрасте от 5-14 лет и в третью группу были включены 16836 (12,2%) детей в возрасте от 15-17 лет.

**Результаты.** Изучение структуры заболеваемости контингента детского населения показало, что первое место по нозологии занимают заболевания органов дыхания, в том числе острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). В первой возрастной группе – 36377(26,3%) случаев патологии дыхательного тракта, во второй группе - 19971 (14,4%) и в третьей группе - 5049 (3,6%), что, в общем, составило 61597 (44.5%) случаев. Гриппозную инфекцию перенесли 2210 (3,6%) детей, большая часть которых приходится на долю детей в возрасте до 14 лет. ОРВИ осложнились пневмонией у 1495 детей - 1,1% от общего количества детей. Хронических тонзиллитов зарегистрировано 783 случая, встречающиеся, в большей степени, во второй возрастной группе.

Вторую позицию по количеству обращений заняли эндокринные заболевания и составили 5738 (4,1%) случаев, среди которых сахарный диабет выявлен у 117 (20,0%) детей, из которых в 72 случаях - сахарный диабет II типа и 45 случаев - I типа. По поводу эндемического зоба было 1493 (26,0%) обращения, расстройства питания по типу гипотрофии составили 663 (11,5%) случая, паратрофии - 46 (0,8%) обращений.

На третьем месте по количеству обращений заболевания органов пищеварения - 19107 случаев (1.4% от общего количества обратившихся в 2018 году), среди которых гастроэнтериты зарегистрированы у 4264 (22,3%) детей, больше первой возрастной группы. Желчнокаменная болезнь – 81 (0,4%) случай, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявлена у 49 (0,2%) детей, в основном у второй и третьей групп.

Выявлено, что четвертое место занимают заболевания крови, в том числе анемия дефицитного генеза зарегистрирована у 4261 детей (3,1%), в основном среди детей первой и второй возрастной групп, что, вероятнее всего, связано с характером питания данного возрастного контингента.

Пятое место по количеству обращений занимали заболевания нервной системы – 2195 (1,5%) эпизодов, среди которых ведущее место занимает детский церебральный паралич (828 случая – 37,7%) и эпилепсии (445 случая). Далее по количеству идут травмы и заболевания кожи. Следует отметить, что наиболее уязвима группа детей в возрасте 0-14 лет, а по половой принадлежности чаще болеют мальчики, чем девочки.

**Выводы.** Анализ структуры заболеваемости детского населения Хатлонской области за 2018 год показал, что наиболее часто дети обращаются к семейным врачам по поводу ОРВИ, заболеваний желудочно-кишечного тракта, системы кровообращения и ЦНС.

*Нарзуллаева А.Р., Ситораи Акбар*

## НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТАМИ ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить влияние антагонистов кальция на параметры гемодинамики в лечении гипертензионных расстройств у беременных.

**Материал и методы.** Обследованы 90 беременных женщин с преэклампсией, а также исходы беременности и родов для матери и плода. I группу составили женщины, в лечении которых применялся препарат длительного действия - амлодипина бесилат по 5, 10 мг в сутки. Во II группу вошли женщины, в лечении которых включен препарат короткого действия - нифедипин по 10 мг 2-3 раза в день. Оценку состояния центральной гемодинамики у беременных проводили при



помощи эхокардиографии с вычислением объемных показателей функции миокарда и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

**Результаты.** В I группе обследуемых женщин тяжелая преэклампсия выявлена у 80%, умеренная – у 13,3% и у 6,6% - хроническая гипертензия. Во 2 группе обследованных тяжелая преэклампсия составила 66,7%, умеренная преэклампсия - 30%, хроническая гипертензия – 3,3%. На фоне применения амлодипина наблюдалось улучшение показателей, характеризующих насосную функцию сердца: ударный объем (УО) повысился на 11,9%, сердечный индекс (СИ) – на 15%, фракция выброса (ФВ) – на 12,5%, минутный объем крови (МОК) – на 37,4%,  $\Delta S\%$  – на 8,3%, тогда как при применении нифедипина эти показатели не имели столь выраженной положительной динамики: УО увеличился только на 0,23%, СИ – на 3,5%, ФВ – на 1,9%, МОК – на 2,4%,  $\Delta S\%$  – на 3,7%. Также отмечалось уменьшение ОПСС, что способствовало снижению давления в малом круге кровообращения после лечения амлодипином на 26%, нифедипином – на 7,4%. На фоне применения амлодипина систолическое артериальное давление (САД) снизилось на 24,5%, диастолическое артериальное давление (ДАД) - на 16,2%, при применении нифедипина эти показатели снизились на 13% и 11% соответственно. Кроме того, отмечено, что во II группе снижение АД было неравномерным и имелась тенденция к периодическому его повышению. Что касается перинатальных потерь, то в I группе наблюдалось только 2 случая (5,7%) антенатальной гибели плода, а во II группе – 5 случаев (7,4%), интранатальная гибель плода - в 2 случаях (2,9%), ранняя неонатальная гибель плода - у 10 (14,7%), поздний выкидыш - в 2 случаях (2,9%).

**Выводы.** Таким образом, анализ медикаментозной терапии гипертензионных расстройств препаратами длительного действия и динамического наблюдения за состоянием гемодинамики выявил положительное влияние на состояние центральной гемодинамики, что имеет существенное значение при решении вопроса возможности дальнейшего пролонгирования беременности.

*Нармухамедова Н.А., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Цой Е.С., Хусинова Ш.А.*

## ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ «STEPS»

Проект «Здоровье-3», ВОЗ  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Актуальность.** В Узбекистане, как и в других странах, высока распространенность неинфекционных заболеваний (НИЗ), приводящих к преждевременной инвалидизации населения и увеличению показателей неблагоприятных исходов. Основной причиной смертности являются заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и их осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.).

**Цель.** Оценка проведенного исследования ВОЗ «STEPS» по выявлению распространенности факторов риска НИЗ среди населения 18-64 лет в Узбекистане.

**Материал и методы.** На первом этапе был проведен опрос 4350 жителей республики по стандартному вопроснику для выявления факторов риска. На втором этапе проведено измерение физических данных и уровня артериального давления, на 3 этапе - лабораторное обследование.

**Результаты.** Только 10,9% населения не имеет ни одного фактора риска, 66,4% имеет 1-2 фактора риска и 22,6% имеют 3-5 факторов риска. 30,8% населения имеет повышенное артериальное давление (более 140/90 мм рт.ст.), включая больных, находящихся на диспансерном учете. Из них у 26,1% взрослого населения ранее не измерялось АД, причем мужчин среди них значительно больше, чем женщин. У 15,8% жителей ранее было выявлено повышение АД. Повышение АД впервые было выявлено у 22,1% населения, причем среди них у 27,8% мужчин и 15,7% женщин, оказалось, что с возрастом статистически достоверно увеличивается число лиц с повышенным уровнем АД, причем среди них мужчин больше, чем женщин. Среди лиц с повышенным уровнем АД выявлено, что 63,8% составляют лица, не принимающие лечения по поводу артериальной гипертензии, среди них мужчин значительно больше, чем женщин. У 20,8% обнаружено повышенное артериальное давление на фоне приема антигипертензивных препара-

ратов и только у 15,4% АД снижено на фоне лечения. Это говорит о том, что даже несмотря на назначенное врачом лечение, уровень артериального давления контролируется недостаточно, и они находятся в группе риска развития сердечно-сосудистых осложнений. У 11,4% пациентов с повышенным уровнем АД достоверно выявлено наличие в анамнезе боли в груди - сердечных приступов, связанных с заболеваниями сердца.

Во время опроса 84,8% опрошенных не могли вспомнить, когда у них проверяли уровень глюкозы в крови. У 13,3% обследованных лиц ранее не было выявлено повышение уровня глюкозы. При проведении лабораторного обследования обнаружено, что у 82,5% населения имеется нормальный уровень глюкозы в крови натощак (5,0 ммоль/л). У 8,4% жителей обнаружена нарушенная толерантность к глюкозе, а у 9,1% населения – повышен уровень глюкозы в крови, среди них пациенты, находящиеся на диспансерном учете и в настоящее время принимающие антидиабетические лекарства.

96,0% населения к моменту опроса никогда не проверяли уровень холестерина в крови, хотя было выявлено, что 8,3% населения имеет повышенный уровень общего холестерина в крови более 6,2 ммоль/л, среди них 39% лица молодой возрастной группы, статистически достоверно, что женщин среди них больше, чем мужчин. У 1% населения диагностировано в прошлом повышение уровня холестерина, а 1,3% жителей регулярно принимают статины.

**Выводы.** Таким образом, данный аналитический обзор ситуации по распространенности основных факторов риска НИЗ показал, что выявлена незаинтересованность населения к обращению к врачу, измерению АД и даже при выявленном повышении АД отмечается низкая приверженность пациентов к лечению. Не всем пациентам с избыточной массой тела и ожирением измеряют уровни глюкозы и холестерина в крови, требуемые согласно стандарту – клиническим протоколам по диагностике и лечению больных с АГ.

*Насырова Б.С., Юлдошева М.У.*

## НАШ ОПЫТ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г.Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить способы ранней диагностики полинейропатии (ДПН) у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.

**Материал и методы.** Нами проведено расширенное обследование 66 больных сахарным диабетом 1 и 2 типа. Учитывались жалобы больных, данные анамнеза, уровни гликемии, гликолизированного гемоглобина, определялись нарушения 4 видов чувствительности: тактильной и болевой при помощи монофиламента, температурной - при помощи прибора Temp-Test и вибрационной - градуированным каммертоном. Степень тяжести ДПН была определена с помощью шкал – Общий балл симптомов (шкала TSS), основанная на субъективных ощущениях больного (парестезии, онемение, жжение, боль); нейропатический симптоматический счет (NSS) определялся с помощью опросника, заполненного больными, в котором они оценивали свои субъективные ощущения в баллах (парестезии, жжение, онемение, боли, судороги и гиперестезии); нейропатический дисфункциональный счет (NDS) – нами определялись болевая, температурная, тактильная и вибрационная чувствительность. В перечень комплексных исследований также была включена электронейромиография (ЭНМГ) электронейромиографом «Синапсис» (Россия 2010), которая позволила контрольно оценить ситуацию с ДПН у обследуемых больных.

**Результаты.** В процессе исследования распространенность ДПН у больных СД 1 типа составила 46,6% и 52,7% у больных СД 2 типа. По шкале TSS легкую степень тяжести ДПН имели 32 больных: 18 пациентов с СД 1 типа (60%) и 14 с СД 2 типа (38,9%), средней степени тяжести 34 человека: 12 пациентов с СД 1 типа (40%) и 22 с СД 2 типа (61,1%). Тяжелая степень ДПН по шкале TSS не была выявлена. По шкале NSS легкую степень ДПН имели 30 больных: 19 человек с СД 1 типа (63,3%) и 11 с СД 2 типа (30,6%), среднюю степень тяжести 23 человека: 9 с СД 1 типа

(30%) и 14 с СД 2 типа (38,9%), тяжелую степень ДПН имели 13 больных: 2 с СД 1 типа (6,7%) и 11 с СД 2 типа (30,6%). По шкале NDS число больных, у которых отсутствовала ДПН составило 11 человек: 9 пациентов с СД 1 типа (30%) и 2 с СД 2 типа (5,6%), легкую степень тяжести имели 43 пациента: 20 человек с СД 1 типа (66,7%) и 23 с СД 2 типа (63,9%), средней степени тяжести 12 человек: 1 с СД 1 типа (3,3%) и 11 с СД 2 типа (30,6%). Средний уровень гликемии у больных СД 1 типа составил  $13,0 \pm 0,6$  ммоль/л, HbA1C –  $9,1 \pm 0,3\%$ , у больных СД 2 типа –  $12,0 \pm 0,6\%$  ммоль/л, HbA1C –  $7,4 \pm 0,3\%$ . Согласно полученным нами данным, тяжесть ДПН определяли уровни гликемии и гликолизированного гемоглобина. Так, легкую степень ДПН имели пациенты с уровнем гликемии натощак –  $11,7 \pm 1,0$  ммоль/л, HbA1C –  $7,4 \pm 0,3\%$ ; среднюю степень тяжести ДПН –  $12,0 \pm 0,6$  ммоль/л, HbA1C –  $8,0 \pm 0,6\%$ ; тяжелую степень – с уровнем гликемии –  $12,3 \pm 0,6$  ммоль/л, HbA1C –  $8,2 \pm 0,4\%$  соответственно. Результаты проведенной элетронеуромиографии свидетельствовали о значительном снижении скорости распространения возбуждения по моторным нервам голени, по мере увеличения длительности течения СД и степени его компенсации. Следует отметить, что в группе больных, даже не имеющих отчетливых клинических признаков ДПН (12 человек), было выявлено снижение скорости распространения возбуждения и снижение амплитуды М-ответа, свидетельствующее о скрытых нарушениях. Последнее свидетельствует о высокой диагностической значимости ЭНМГ в практике эндокринолога.

**Выводы.** Проведенные комплексные методы исследования с включением шкал субъективных ощущений больного, шкал объективных симптомов и элетронеуромиографического исследования позволят обеспечить раннюю диагностику ДПН.

*Неъматзода О., Гаибов А.Д.*

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИЛЕОФЕМОРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить этиологические факторы острых илеофemorальных венозных тромбозов (ИФВТ).

**Материал и методы.** Анализированы результаты комплексной диагностики 432 больных с острым ИФВТ. Из них 289 (66,9%) явились лицами женского пола, 143 (33,1%) – мужского, в возрасте от 19 до 84 лет. Диагноз устанавливали на основании клинических проявлений заболевания и результатов ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС). Состояние системы гемостаза оценивали путем определения уровня активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПТВ), протромбинового индекса (ПТИ), международного нормализованного отношения (МНО), тромбинового времени, фибриногена, количества тромбоцитов и коагинового времени.

**Результаты.** У 266 (61,6%) больных были выявлены факторы развития ИФВТ, которые, по нашему мнению, могли способствовать образованию венозного тромба. Так, среди них наиболее важными явились гиповолемия и гиперкоагуляция крови у лиц, соблюдавшие пост во время месяца Рамадан ( $n=87$ ), беременность ( $n=17$ ), осложненные роды и послеродовой период ( $n=43$ ), операции на органах брюшной полости и малого таза ( $n=41$ ), длительная иммобилизация конечности у травматологических пациентов ( $n=19$ ), проведение лучевой и химиотерапии по поводу злокачественных опухолей ( $n=16$ ), синдром Мея-Гернера ( $n=13$ ), тромбоз вен подкожных вен ( $n=5$ ), инъекция наркотиков в паховую область ( $n=9$ ), применение гормональных контрацептивов ( $n=5$ ), а также тяжелое течение брюшного тифа и некоторых других тяжелых инфекционных заболеваний ( $n=11$ ). Вместе с тем, у 166 (38,4%) пациентов при всестороннем обследовании не удалось установить генез тромботического процесса, в связи с чем они были отнесены к идиопатической форме заболевания.

**Выводы.** В патогенезе развития острого ИФВТ, кроме инфекционного начала, немаловажное значение имели способствующие факторы, которые были изложены выше. Выявленные факторы риска могли сами по себе и, в большей степени, в сочетании с другими факторами увеличить риск развития тромбоза.

*Неъматзода О., Сайфиддинов А.С.*

## ЦВЕТНОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определить возможность дуплексного сканирования в диагностике острых венозных тромбозов системы нижней полой вены.

**Материал и методы.** Проведено обследование 119 человек с тромбозами магистральных вен нижних конечностей. Из них 53 (44,5%) женщины, 66 (55,5%) мужчин, в возрасте от 17 до 82 лет. Двухсторонние поражения наблюдали в 30 (25,2 %) случаях. Правосторонние поражения вен нижних конечностей были у 44 (37,0%) пациентов, левосторонние – у 45 (37,8 %).

УЗДС вен нижних конечностей и таза проводили с помощью ультразвукового аппарата «Acuson» Toshiba (Япония, 2013). Конвексный низкочастотный датчик сменной частоты 2,5-4,0 МГц применяли для обследования нижней полой вены и вен таза, с абдоминальным режимом и гармониками, с доступом через переднюю брюшную стенку, а также для обследования бедренных вен. Линейный датчик сменной частоты 5,0-12,0 МГц применяли для обследования основного ствола БПВ на бедре и голени, подколенной, передних, задних большеберцовых, малоберцовых, суральных и МПВ с расположением соответственно проекциям на поверхность кожи подкожных и глубоких вен.

Обследование нижней полой вены, тазовых, бедренных, БПВ, задних и передних большеберцовых вен проводили в горизонтальном положении. Подколенную, суральные, переднюю и заднюю большеберцовые и малоберцовую вены, а также МПВ исследовали в положении стоя.

С использованием ультразвукового В-режима и цветного доплеровского картирования исследовали ход и строение глубоких и подкожных вен, наличие и характер тромботического поражения (определение проксимальной и дистальной границы, окклюзивный, или неокклюзивный).

Также проводили компрессионные пробы с компрессией датчиком на исследуемую область для определения наличия тромботических масс. При описании проксимальной границы тромбоза обращали внимание на длину и наличие флотации верхушки тромба. По эхогенности и однородности тромба и соответственно анамнестическим данным определяли характер тромбоза, наличие рецидива и реканализации.

Для установления рефлюкса в глубоких и подкожных венах подколенной области и голени использовали пробы проксимальной и дистальной компрессии по Sigel. При обследовании БПВ и МПВ исследовали их ход, место впадения, наличие и ход коммуникантных и перфорантных вен, варикозных изменений, компенсаторных расширений и тромботического поражения.

**Результаты.** При обследовании 119 больных у 56 были обнаружены структурные изменения в нескольких системах глубоких и подкожных вен одновременно. Тромботические поражения в бассейне БПВ были обнаружены в 44 случаях, МПВ - в 9 и обоих указанных бассейнах - у 3 пациентов. При обследовании 63 нижних конечностей тромботических поражений подкожных вен обнаружено не было. Локализация тромботического поражения глубоких вен выглядела следующим образом: тромбоз нижней полой вены отмечалась у 3 пациентов, илеофemorального сегмента – у 76, бедренно-подколенного сегмента – у 27 и вен голени - в 13 случаев.

У большинства пациентов на момент осмотра не определялись признаки реканализации венозного тромбоза, что соответствовало сроку тромботического поражения (острое тромботическое поражение – на 78 (52,3%) конечностях, подострое – 43 (28,9%) конечностях).

Также был проведен анализ на предмет наличия рецидива тромботического поражения магистральных вен нижних конечностей, по результатам которого преобладали пациенты с



первичными тромботическими поражениями глубоких и подкожных вен и одновременным их вовлечением в патологический процесс.

Флотация верхушки тромба была обнаружена во время УЗДС на 23 обследованных нижних конечностях (15,4%). При обследовании 126 нижних конечностей признаков флотации верхушки обнаружено не было (84,6%).

При обследовании 119 больных с помощью ДС обнаружены расширенные перфорантные вены у 12 из них (10,1%), у 107 (89,9%) пациентов расширенных перфорантов обнаружено не было.

**Выводы.** Методика ультразвукового дуплексного сканирования, которая была использована при обследовании пациентов с тромбозами магистральных вен нижних конечностей, позволила вовремя детализировать параметры тромботического процесса: давность тромбоза, реканализацию на момент обследования, наличие рецидива поражения и вероятные пути распространения тромботического процесса.

*Ниязова Н.Ф.*

## ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить клинико-лабораторно-функциональные особенности поражения костной ткани у больных тиреотоксикозом в условиях йодного дефицита в Таджикистане.

**Материал и методы.** Обследовано 38 больных тиреотоксикозом (16 пациентов с диффузным токсическим зобом, 22 больных смешанным токсическим зобом) находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГМЦ №1 им. Ахмедова Карима. Возраст обследованных составил от 19 до 64 лет (средний возраст  $39,74 \pm 2,20$  лет). Длительность заболевания - от 1 года до 12 лет. Преимущественный контингент больных был со средней степенью тяжести заболевания - 34 чел. (89,4%), 1- рецидив токсического зоба через год после струмэктомии и 3 больных (7,9%) с тяжелой формой болезни.

Функциональное состояние щитовидной железы оценивали на основании определения уровней тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (св.Т3) и тироксина (св.Т4) в сыворотке крови, исследования которых проводили твердофазным иммуноферментным методом. Состояние костной ткани определялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометрия, DEXA). Измерения проводились в двух областях: в поясничном отделе позвоночника (L2-L4) в передне-задней проекции, в проксимальном отделе бедренной кости.

Для оценки состояния кальций-фосфорного обмена определяли концентрацию ионизированного кальция, общего кальция, фосфора, щелочной фосфатазы и витамина Д в крови. Были определены маркеры костной резорбции (оксипролин в моче и  $\beta$ -СТх в крови).

**Результаты.** Анализе жалоб больных тиреотоксикозом показал наличие боли в спине при длительном пребывании в одном положении, наряду с характерными симптомами основного заболевания. Изменение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных тиреотоксикозом выявило снижение плотности костной массы, преимущественно в проксимальных отделах бедренной кости и поясничном отделе позвоночника по типу остеопении (36,2%) в группе больных со средней и тяжелой формами заболевания и по типу остеопороза (9,8%). Сниженные показатели МПКТ выявлены как у больных тиреотоксикозом женщин с сохраненным менструальным циклом, так и пациенток постменопаузального периода с большей выраженностью изменений в последней группе ( $p < 0,001$ ).

Отмечена зависимость частоты встречаемости костных поражений как от длительности тиреотоксикоза, возраста больных, так и его тяжести. Так, наибольшая частота остеопенического синдрома (более 50%) зарегистрирована при длительности тиреотоксикоза свыше 2-х лет и тяжелом течении заболевания. Костные поражения преимущественно выявлены у женщин, больных тиреотоксикозом, как с сохраненным менструальным циклом с указанием в анамнезе на многоплодность (более 4 родов), так и постменопаузального периода.

Выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение ионизированного кальция и витамина Д в крови. Обнаружено изменение содержания маркеров костной резорбции.

**Выводы.** Полученные данные обосновывают необходимость ранней диагностики, как основного заболевания, так и поражения костной ткани у больных тиреотоксикозом в проведении своевременной патогенетической терапии.

*Ниязова Н.Ф., Джураева С.Д.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ПРОГРАММЕ ПОШАГОВОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить результаты лечения больных сахарным диабетом 2 типа по программе пошаговой терапии, утвержденной МЗиСЗН РТ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней 2073 пациентов (мужчин 42,6%, женщин 57,4%) с диагнозом «сахарный диабет 2 типа» (СД 2 типа), находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГМЦ им. Ахмедова Карима за 2016-2017 гг. Возраст обследованных колебался от 48 до 83 лет. Длительность диабета составила от 1 до 25 лет. В ходе анализа обращали внимание на особенности анамнестических, клинических и лабораторных показателей, целевые параметры гликемии и гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), а также на тактику и лечение различными сахароснижающими препаратами и инсулином.

**Результаты.** Как известно, основной целью лечения сахарного диабета является снижение уровня гликемии, достижение целевых показателей HbA<sub>1c</sub>, прежде всего направленного на уменьшение риска развития сосудистых осложнений данного заболевания. Для реализации указанной задачи и достижения компенсации диабета у больных СД 2 типа проводится интенсивная терапия, зарекомендовавшая себя положительно в эндокринологических центрах и специализированных отделениях республики. В процессе проведения пошаговой терапии препаратом первой линии является метформин, в основном у пациентов с наличием ожирения и целевых показателей HbA<sub>1c</sub> 6,5-7,5%. При HbA<sub>1c</sub> 7,6-9% следует начинать лечение в комбинации 2-3 сахароснижающих препаратов, воздействующих на разные механизмы развития болезни. Если уровень HbA<sub>1c</sub> превышает 9%, следует начинать лечение инсулином в виде монотерапии или в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами. Из общего числа больных целевые показатели HbA<sub>1c</sub> до 7,0% имели только 7% больных. Уровень HbA<sub>1c</sub> до 9% был у 67% больных, выше 9% - у 37%.

В зависимости от вида получаемой сахароснижающей терапии больные распределены следующим образом: пациенты, получавшие лечение пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) – 55,6%, на комбинированном лечении (ПССП и инсулин) – 10,3% и только на инсулине – 33,2%. В группе больных, получавших ПССП, 10,5% получали только один сахароснижающий препарат, 52,1% находились на терапии 2 препаратами. В качестве ПССП первого ряда 16,5% больных использовали метформин, 83,5% получали препараты сульфаниламочевинного ряда (глибекламид - 2,7%, гликлазид - 24,8%, глимепирид - 57,7%, гликвидон - 14,8%). Менее 0,7% больных принимали препараты агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептид-1 (ГПП-1) и ингибиторы дидипептидилпептидазы-4 (иДПП-4). Из-за высокой стоимости эти препараты были недоступны основному контингенту больных СД 2 типа. При комбинированном лечении ПССП с инсулином чаще назначались препараты сульфаниламочевинного ряда (глимепирид - 60%, гликлазид - 18,4%, глюренорм - 4,6%), реже из группы бигуанидов (метформин) - 3,4%. В группе больных, получавших только инсулин, 11,3% получали аналоги инсулина (Ново-Рапид и Лантус), 2 больных находились на лечении инсулиновыми помпами.

В процессе лечения пациентов СД 2 типа нашей тактикой ведения больных является подбор такой адекватной терапии сахароснижающими препаратами и инсулином, которая обеспечивает эффективное снижение гликемии и достижение уровня HbA<sub>1c</sub> в пределах 7% для предупреждения развития микро- и макрососудистых осложнений.

**Выводы.** Таким образом, для достижения целевых параметров гликированного гемоглобина и компенсации СД 2 типа необходимо применить активную тактику лечения со своевременной коррекцией сахароснижающей терапии для предотвращения развития поздних осложнений заболевания.

*Новикова Т.П., Доценко Э.А.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

---

**Актуальность.** Одна из форм аллергии, формирующаяся в результате биоповреждений жилых помещений, – грибковая бронхиальная астма (ГБА). Грибковая сенсibilизация не всегда своевременно диагностируется и учитывается в качестве этиологического фактора заболевания, что является причиной недостаточной эффективности стандартных методов терапии БА.

**Цель.** Изучение иммунного статуса, характеристика сенсibilизации пациентов с ГБА с выделением патогенетических вариантов ГБА.

В исследовании приняли участие 72 пациента, 40 пациента с ГБА и 32 здоровых добровольца. Возраст пациентов от 18 до 60 лет, 42% пациентов женщины, 58% мужчины.

Обследование включало: сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, прик-тесты с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми и грибковыми аллергенами, определение специфического иммуноглобулина Е методом иммуноблоттинга (RIDAllergy Screen, «R-Biopharm», Германия). Выполнялась спирометрия, проба с бронхолитиком, пикфлоуметрия (ПФМ). Пациенты с ГБА получали сублингвальную аллергенспецифическую иммунотерапию (СЛИТ) смесью плесени домашней, производства Севафарма, Чехия в течение 12 месяцев.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы Statistica 6.0. Данные представлены Me, (Q25; Q75). Статистическая значимость различий между группами определена по U-критерию Манна-Уитни ( $p < 0,01$ ).

**Результаты.** В результате обследования выделены следующие патогенетические варианты ГБА: моно-сенсibilизация к одному или нескольким видам грибковых аллергенов - группа 1 ( $n=13$ ) и полисенсibilизация - группа 2 ( $n=27$ ), т.е. сочетание сенсibilизации к грибковым и бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам в разных вариантах. Установлено, что полисенсibilизация утяжеляет течение ГБА. В группе 2 получены достоверно более низкие значения ОФВ<sub>1</sub> 77,9 (65,8; 89,4)% и ПФМ макс 445,2 (412,3; 476,7) л/мин в сравнении с контрольной группой: ОФВ<sub>1</sub> 95,9 (92,8; 114,2)% и ПФМ макс 512,3 (497,4; 525,3) л/мин. и группой 1: ОФВ<sub>1</sub> 85,4 (76,9; 92,1) % и ПФМ макс 493,5 (452,6; 529,3) л/мин. На фоне СЛИТ у пациентов обеих групп стабилизировалось течение ГБА, однако в группе 1 в течение 12 месяцев после окончания лечения количество обострений ГБА было в 2,6 раза, а госпитализаций в стационар в 2,3 меньше, чем в группе 2.

**Выводы.** ГБА неоднородна, патогенетическая гетерогенность ее выражается в наличии разных вариантов сенсibilизации пациентов к разным группам аллергенов. Знание этих вариантов позволяет обосновать алгоритмы дифференцированного лечения ГБА на ранней стадии развития заболевания, предотвратить прогрессирование заболевания, сформировать у пациента механизмы иммунологической толерантности к «виновным» аллергенам.

*Нозимов Х.О., Раҷабзода М.Э., Ҳақназаров Ҳ.Ш.*

## АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО ВА ФАЪОЛИЯТИ Ӯ ДАР СОҲАИ ТИБ

Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои дил»  
шаҳри Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

---

**Мухимият.** Яке аз бузургтарин нобиғаҳои ҷаҳонӣ дар ҳама давру замон, олим ва мутафаккири тоҷик Абуали ибни Сино буд, ки дар охири асри X ва аввали асри XI зиста дар соҳаҳои ниҳоят гуногуни илм, хусусан дар инкишофи фалсафа ва тибби дунё саҳми босазо гузоштааст. Дар рушди соҳаи тиб фаолияти илмӣ ва амалии Абуали ибни Сино ниҳоят босазоро мебозад. Ӯ дар қатори бузургтарин олимони Осиёи Миёна ва Ҷаҳон дохил мешавад, ки илми ҷаҳониро бо дастовардҳои беназири худ бой гардондааст. Аз он ҷумла ӯро яке аз олимони забардасти сорҳои тиб, дар ҳаёти инсоният мешуморанд, ва ҳамчун Ависена дар дунё имрӯза машхураст.

**Мақсади тадқиқот.** Омузиши саҳми илмӣ, назариявӣ, педогогӣ ва амалии Абуали ибни Сино дар тибби Шарқи Қадим ва саҳми ӯ дар рушди тибби муосир.

**Масолеҳ ва усулҳо.** Санчиши пойдорӣ асарҳои асосии Абуали ибни Сино. Таҳлили мухтасари бузургтарин асари ӯ бо номи Ал-Қонун-фит-тиб.

**Натиҷаҳо.** Асари асосии тиббии Абуали ибни Сино, ки бо ӯ шуҳрати бисёр асра дар фарҳанги ҷаҳонӣ мавқеи худро гузоштааст, ин Ал-Қонун-фит-тиб мебошад. Ин яке аз энциклопедияи машҳури тиббӣ мебошад, ки дар он оиди пешгирӣ ва муолиҷаи бемориҳо бо шуҳрати баланд навишта шудааст. Тули чандин асрҳо, асари машҳури Абуали ибни Сино Ал-Қонун-фит-тиб, дастурамали асосӣ дар донишгоҳҳои Аврупо ба шумор рафта, саҳми бузурге дар сатҳи дониши табибони асри-миёнагии Аврупо гузоштааст. Ал-Қонун-фит-тиб яке аз китобҳои машҳур дар таърихи тиб мебошад. Дар ҳақиқат ин энциклопедияи машҳури тиббӣ бо як маҳорати баланд масъалаҳои ҳалталаби саломатӣ ва табобати бемориҳоро таҷассум мегардонад. Абуали ибни Сино бештар донишу маҳорати худро ба асари машҳури худ Ал-Қонун-фит-тиб гузоштааст. Усулҳои табобатӣ ва пешгирии ин китобро табибон ҳамарӯза истифода мебаранд. Ин асари бузург аз 5 китоб иборат аст. Дар китоби аввал тибби назариявӣ дарҷ шудааст. Дар китоби дуюм маводҳои доругии оддӣ таҳлил шудааст. Дар китоби сеюм оиди патология, ва муолиҷаи бемориҳои алоҳида қайд шудааст. Китоби чорум дар бораи ҷароҳӣ ва шикастабандӣ, омузиши умумии табларза дарҷ шудааст. Дар китоби панҷум оиди табобати маводҳои доруворӣ, аз он ҷумла захр ва позахр навишта шудааст.

**Хулоса.** Аз гуфтаҳои дар боло зикршуда чунин хулоса баровардан мумкинаст, ки Абуали ибни Сино саҳми бузурги худро дар олами тибб гузошта аст. Ӯ ҳамчун инсонии донишманд дорои зеҳни тез, иродаи мустаҳкам ва хотироти хуб мебошад. Асарҳои машҳури Абуали ибни Сино то ба имрӯз баҳри омузиши илми тиб истифода бурда мешавад. Алалхусус китоби Ал-Қонун-фит-тиб барои омӯхтани табобат тавасути гиёҳҳои шифобаҳши Ҷумҳурии Тоҷикистон, саҳми босазою муҳимро мебозад.

*Нозиров Дж.Х., Нозиров А.Дж., Ходжиев С.Х.*

## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, КАК ФАКТОР РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ, И ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определить место и роль фактора риска (ФР) злоупотребления алкоголем в развитии ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии

**Материал и методы.** Объектами исследования явились 16500 человек в возрасте от 15 до 59 лет, проживающие на разных административных территориях РТ. Опрос населения осуществлён согласно методическим рекомендациям ВОЗ (опросник Роуза) и содержал пункты, касающиеся употребления алкоголя (употребление алкоголя в настоящее время, количество, продолжительность, вид употребления). К категории злоупотребляющих алкоголем отнесены лица, регулярно употребляющие спиртные напитки в дозах, превышающих международные рекомендации (до 2-х доз для мужчин и 1 дозы для женщин) (ННВ, 1997; WHO, 1999), то есть из расчёта 60 мл этанола для мужчин и 30 мл этанола для женщин.



**Результаты.** Скрининговые исследования выявили, что в целом  $5,4 \pm 0,4\%$  населения страны периодически злоупотребляет алкоголем. Среди лиц, употребляющих алкоголь, основную массу составляли мужчины ( $12,2 \pm 0,8\%$ ). Женщин, приверженных к употреблению алкоголя, оказалось в 122 раза меньше, чем мужчин ( $p < 0,001$ ). Результаты исследования позволили выявить, что приверженность к употреблению алкоголя у мужчин развивалась уже в молодом возрасте – до 25 лет ( $3,0 \pm 0,8\%$ ), с возрастом отмечается дальнейший рост потребления алкоголя. Высокие показатели обнаружены у мужчин в возрасте 45–54 лет –  $19,8 \pm 2,3\%$ . В последующем динамика характеризовалась снижением потребления алкоголя в 1,6 раза ( $p < 0,005$ ). Женщины, употребляющие алкоголь, были в возрастных диапазонах 35–44 и 45–54 лет ( $0,1 \pm 0,2\%$  и  $0,6 \pm 0,3\%$  соответственно). Резкое (в 2 раза) сокращение числа употребляющих алкоголь в диапазоне 55–59 лет у мужчин нами объясняется определенным рациональным менталитетом, складывающимся в этом возрасте, который обусловлен повышенным ответственности за семью, религиозным воспитанием. У жителей регионов самая высокая распространенность употребления алкоголя отмечена среди обследованных Турсунзадевского района –  $9,9\%$ , чаще всего у мужчин ( $23,9\%$ ). Также высокая частота употребления алкоголя обнаружена среди мужчин Ванджского района –  $15,1\%$ , а низкая распространенность – среди обследованных Деваштичского района –  $2,9\%$  (у мужчин  $6,5\%$ , у женщин отсутствует вообще). По сравнению со среднереспубликанскими данными ( $5,4\%$ ), распространенность употребления алкоголя среди обследованных Турсунзадевского и Ванджского районов оказалась высокой, в основном за счёт распространения этой вредной привычки среди мужчин.

**Выводы.** Выявленные нами особенности распространенности злоупотребления алкоголем с учетом возраста, пола и региона проживания среди обследованных следует учесть при организации профилактических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи. Употребление алкоголя является важным ФР кардиоваскулярной патологии.

*Нозиров Дж.Х., Рахимов З.Я., Одинаев Х.*

## ГИПОДИНАМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить половозрастные и регионарные особенности распространения гиподинамии среди сельских жителей республики, определить зависимость заболеваемости населения артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) от частоты и уровня гиподинамии.

**Материал и методы.** Осуществлены скрининговые исследования среди 16500 человек в возрасте 15–59 лет, проживающих в различных административных территориях республики. Гиподинамия оценивалась по двум критериям (опросник Роуза): проведение 50% и более рабочего времени в положении сидя; активные движения (ходьба, бег, занятия физкультурой и спортом, работа в саду, огороде, спортивные игры) 10 часов и менее в неделю.

**Результаты.** Скрининговые исследования населения Вахшского района на гиподинамию показали на её наличие среди  $24,6 \pm 1,51\%$  респондентов, в 1,6 раза чаще у лиц мужского пола. Среди обследованных Деваштичского района малоподвижный образ жизни наблюдался реже ( $14,7 \pm 1,3\%$ ) с достоверным преобладанием (в 2,2 раза) у мужчин ( $P < 0,005$ ). Обследование населения Ванчского района показало, что каждый третий житель района вел малоподвижный образ жизни ( $33,5 \pm 1,6\%$ ). При этом гиподинамия выявлялась в 2 раза чаще среди лиц мужского пола. Скрининг Турсунзадевского района на малоподвижный образ жизни показал на его наличие среди  $48,4 \pm 2,3\%$  лиц. При этом одинаково высокие его уровни обнаружены как у мужчин, так и у женщин ( $46,4 \pm 3,5\%$  и  $49,8 \pm 3,0\%$  соответственно). Аналогичные скрининговые исследования в Вахдатском районе выявили гиподинамию у  $32,3 \pm 1,3\%$  респондентов. При этом в 1,6 раза чаще страдали лица мужского пола. В целом по стране  $29,7 \pm 0,7\%$  лиц из числа обследованных вели

малоподвижный образ жизни, особенно лица мужского пола. Высокая его частота обнаружена чаще в возрастных группах 15-24 и 55-59 лет, а наименьшая – в возрастном интервале 25-54 года. При этом во всех возрастных группах уровень мужчин с гиподинамией преобладал над женщинами. Сравнительный анализ показал, что гиподинамией чаще страдали обследованные лица Турсунзадевского района (48,4%). Установлено, что каждый второй обследованный обоих полов этого района (46,3% и 49,8% соответственно) и каждый второй мужчина Ванчского района (47,5%) вели малоподвижный образ жизни. Низкая распространенность гиподинамии обнаружена у обследованных в Деваштичском районе - 14,7%. Выявленный высокий уровень гиподинамии в Турсунзадевском районе, по сравнению с Ванчским и Вахдатским регионами, объясняет более раннее начало развития АГ (в 15-24 лет), особенно у лиц женского пола, распространенность которой растет пропорционально возрасту, коррелируя с высокими значениями гиподинамии ( $r=0,91$ ).

**Выводы.** Выявленные региональные и возрастно-половые особенности в распространенности гиподинамии и зависимость заболеваемости по ИБС и АГ от её уровня и частоты являются ключом для разработки профилактических программ, направленных на её модификацию.

*Норов Ф.Х., Сафаров Д.М., Гулахмадов А.Д., Шарипов У.А.,  
Бочалов Дж.Ф., Рузиев Ф.*

## ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЗАКРЫТИЕ СЕПТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ СЕРДЦА И ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОККЛЮДЕРОВ AMPLATHZER

ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить результаты транскатетерного закрытия септальных дефектов и открытого артериального протока (ОАП) с помощью окклюдера Amplatzer.

**Материал и методы.** Эндоваскулярное закрытие септальных дефектов сердца и ОАП было выполнено 244 больным с января 2013 по январь 2019 года. Возраст больных варьировал от 6 месяцев до 49 лет. Мужчин было – 88 (36%), женщин – 156 (64%). Транскатетерное закрытие с помощью окклюдера выполнено при вторичном дефекте межпредсердной перегородки (ДМПП) 129 пациентам, при ОАП – 67, при дефекте межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 68 больным.

Пациенты прошли общеклиническое обследование, включая рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ). Операции проводились в рентгенооперационной, оборудованной ангиографической установкой Toshiba Infinix. Ультразвуковой контроль на до-, интра- и послеоперационном этапах осуществлялся с помощью аппарата Mindray. Для закрытия септальных дефектов и ОАП использовались окклюдеры YTFD/ASD, YTFD/VSD и YTFD/PDA производства фирмы Yatai Scientific и Lifetech диаметрами для ДМПП от 10 до 40 мм, для ДМЖП – от 6 – 16 мм и для ОАП от 4 до 28 мм. Всем детям до 15 лет операция выполнялась под внутривенным наркозом, а в старшей возрастной группе - под местной анестезией.

**Результаты.** Результаты эндоваскулярных вмешательств контролировались при помощи ЭхоКГ исследования как на операционном столе, так и при выписке и через месяц после операции. После эндоваскулярного закрытия септальных дефектов и ОАП у 243 (98,8%) пациентов достигнут хороший клинический эффект. Осложнения в виде миграции окклюдера наблюдались у 3 (1,2%) пациентов с ДМПП, в 2-х случаях окклюдер удален эндоваскулярно, в одном случае было выполнено хирургическое удаление. Госпитальный период составил 24 часа.

**Выводы.** Транскатетерное закрытие септальных дефектов и ОАП с использованием окклюдеров Amplatzer является методом выбора, так как является минимально инвазивным вмешательством без использования искусственного кровообращения, низким риском анестезиологического пособия и послеоперационных осложнений, а также коротким сроком госпитализации.

Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И.

## НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение возрастных особенностей и нозологической структуры детской инвалидности в практике семейных врачей.

**Материал и методы.** Распространённость детской инвалидности по городу Душанбе изучена выборочным методом в динамике за 2014–2017 гг. В исследование были включены дети до 17 лет, находящиеся на диспансерном учёте у семейных врачей. Анализ причин инвалидности проводился по основным классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра. Полученные результаты обработаны современными статистическими методами, методологией доказательной медицины (когортный метод), способствующими элиминированию систематической и уменьшению случайной ошибки.

**Результаты.** В ходе ретроспективного исследования было установлено, что количество детей, находящихся на диспансерном учёте, год от года увеличивается (2014 - 2518; 2015 – 2602; 2016 – 2697; 2017 – 2698 детей-инвалидов), также имеет тенденцию к возрастанию число взятых на диспансерный учёт с впервые установленной инвалидностью (2014 год - 51% (328 детей) и в 2017 году - 294 ребёнка - 80,5%). Снято с диспансерного учёта в 2014 году 475 детей, из них оздоровленных 17,9% (85 детей). В 2015 году снято с учёта 412 детей, из них оздоровленных 19,4% (80 детей). Соответствующие данные по 2016 году: снято с учёта – 718, из них оздоровленных 9,9% (71 ребёнок); по 2017 году: снято с учёта – 364, из них оздоровленных – 18,7% (68). Как видно из выше изложенного, количество оздоровленных детей-инвалидов в исследуемые года остаётся приблизительно одинаковым, кроме сниженного показателя в 2016 году.

Наибольшее количество, более трети, детей-инвалидов приходится на возраст 5 – 9 лет (2014 год – 34,6%; 2015 – 35,1%; 2016 – 35,5%; 2017 – 36,5%), с тенденцией к возрастанию. Немногим более 30% инвалидности встречается в возрастном коридоре детей от 10 до 14 лет (2014 год – 32,5%; 2015 – 30,7%; 2016 – 31,1%; 2017 – 30,4%). Около 18% детей-инвалидов в возрасте от 1 до 4 лет. Инвалидность к подростковому возрасту незначительно снижается.

Изучение распространённости детской инвалидности по полу в городе Душанбе выявило, что уровень её среди мальчиков, в исследуемые года, превышает таковую среди девочек в 1,3 раза. Среди всех причин детской инвалидности по классам болезней в возрастном коридоре от года до 4 лет первое место занимают болезни нервной системы (до 45%), второе - врождённые аномалии (около 20%), третье - психические расстройства и ЛОР-заболевания (около 8%), четвертое - глазные и болезни костно-мышечной системы, пятое - эндокринные и болезни системы кровообращения. В другие возрастные периоды первое место также занимают болезни нервной системы, на втором - психические расстройства, врождённые аномалии занимают третье место. Перечисленные классы болезней составили 75,0–80,4% всех причин детской инвалидности за изучаемые годы.

Установлено, что 41,6 % детей получали лечение в условиях стационара, многие из детей находились под наблюдением в амбулаторных условиях, т. е. лечение сводилось к наблюдению специалистами в рамках диспансеризации, 12,3% лечились в стационарах на дому и лишь 9,7% для восстановительной терапии использовали реабилитационные центры.

**Выводы.** Детская инвалидность в г. Душанбе имеет определённые возрастно-половые особенности: уровень инвалидности у мальчиков превышает таковую у девочек. С увеличением возраста детей врождённые причины детской инвалидности незначительно уменьшаются, а приобретённые увеличиваются, во всех возрастных группах имеет место выявление детей-инвалидов с врождённой патологией. Ведущими причинами детской инвалидности являются болезни нервной системы, врождённые аномалии, психические расстройства, глазные и болезни костно-мышечной системы, эндокринные и болезни системы кровообращения.

Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Дж.

## ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НИЗКОЧАСТОТНЫМ ЛАЗЕРНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучение эффективности современных подходов, а именно лазерного излучения, в терапии атопического дерматита у детей.

**Материал и методы.** В течение 2 лет на базе городских центров здоровья №№12 и 15 г. Душанбе проведено наблюдение за 62 детьми, страдающими атопическим дерматитом. Возрастной состав больных представлен категорией от 3 до 13 лет. До начала исследования и в процессе проводимой терапии всем пациентам проводились комплексные общелaborаторные исследования. Производились посевы отделяемого из очагов экссудации, гиперемии на флору и чувствительность к антибиотикам, а также консультации специалистов: аллерголога, дерматолога, гастроэнтеролога, отоларинголога, педиатра. В комплексном лечении больных детей, кроме стандартно назначаемой терапии, исключение аллергена и десенсибилизация (диетотерапия и антигистаминные препараты), избавление от симптомов (противовоспалительные, противогрибковые препараты и др.), профилактика рецидивов (витамины, иммуностимуляторы и т.д.), назначалась лазерная терапия. Лазерное облучение клеток приводит к стимуляции кроветворения, усилению реакций клеточного и гуморального иммунитета.

**Результаты.** Наблюдаемые больные были разделены на 2 группы: 1-ая группа, состоящая из 35 больных, кроме стандартного лечения, получала лазеротерапию наружно и путем пункции в локтевую вену в амбулаторных условиях. Контрольную группу составили оставшиеся 27 детей с экссудативной (20 детей) и эритематозно-сквамозной (7 детей) формами заболевания, получивших стандартное лечение. Лазерное излучение световода фокусировалось на сгибательных поверхностях локтевых и лучезапястных суставов, на локтевых и коленных складках, а также на других поражённых участках кожи. В неделю проводилось до 6 сеансов. Сопоставление полученных результатов исследования выявило изменения в клинической картине заболевания у детей, получающих лазеротерапию, уже после 4-5 сеансов. Дети стали более спокойными, отсутствовало желание к почесыванию кожи, что свидетельствовало об исчезновении (11%) или об уменьшении зуда у определённой части исследуемых (36%). Также отмечалось улучшение характеристик кожи, уменьшение эритемы, инфильтраций, кожа становилась светлее (28%). Количество высыпаний имело тенденцию к снижению, отёчность значительно уменьшалась (26%).

Дополнительно проводилось внутривенное лазерное облучение клеток крови детям с эритематозно-сквамозной формой заболевания с лихенификацией, лихеноидной и пруригинозной формами атопического дерматита, как наиболее тяжёлыми формами заболевания. Наблюдаемые ранее сухость и ощущение стянутости кожи начали исчезать, раздражённые участки кожи немного сгладились и смягчились. Отмечено уменьшение количества высыпаний, экскориаций и пластинчатых чешуек в очагах поражения (47%), инфильтрация и отёчность кожи значительно снизилась (33%). Количество пруригинозных папул уменьшилось (у всех детей), лимфатические узлы пальпировались до начала лечения размером с лесной орех, после 5-ти сеансов ВЛОК – уменьшались в среднем на 5-6 мм.

**Выводы.** Выявлено, что воздействие наружного и эндоваскулярного лазерного облучения сопровождалось выраженной положительной динамикой у детей, страдающих атопическим дерматитом, проявляющейся снижением эритемы, инфильтрации и шелушения, что, в свою очередь, приводило к быстрому уменьшению площади поражённой кожи. Возникновение ответа на проведение внутривенной лазерной терапии наступало в более ранние сроки, а эффективность воздействия значительно выше, чем в группе детей, получавших только стандартное лечение.



Носирова М.П., Мукарамова Д.А., Мухамадиева С.И.

## ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить основные проблемы, возникающие у детей с ограниченными возможностями здоровья, в практике семейного врача.

**Материал и методы.** Исследования проведены на базе сельских центров здоровья района Рудаки в течение 2016-2018 годов. Было выявлено 312 детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в возрасте от 0 до 16 лет. По частоте зарегистрированных заболеваний дети распределены следующим образом: резидуально-органические поражения центральной нервной системы с отставанием психоречевого развития (21,8%), детский церебральный паралич (26,2%), синдром Дауна (16%), умственная отсталость от легкой до средне тяжелой степени (3%), нейросенсорная тугоухость легкой и средней степени тяжести (9,1%), аутизм (0,6%), умственная отсталость тяжелой степени (3,5%), поражение органов зрения (8,5%), другие соматические заболевания (27,7%).

**Результаты.** Проведенный анализ сложностей, возникающих в семье, имеющей ребёнка-инвалида, выявил множество проблем психологического, медико-социального характера, необходимости педагогического и материального обеспечения. Всеобщее медицинское обследование детского населения выявило, что по району Рудаки количество детей с ОВЗ школьного возраста (189 – 60,6%) было значительно больше, чем дошкольного – 123 (39,4%). Для улучшения климата в семье, снятия психологической напряжённости, нивелирования отрицательного отношения окружающих, соседей создана и функционирует методическая психолого-педагогическая консультативная помощь родителям детей-инвалидов. По 2 часа в определённый день недели родители, чаще всего мать, получают информацию по уходу, воспитанию, обучению, профилактике обострений заболевания, возможностях адаптации и интеграции своего ребёнка в общество. Следует отметить, что среди находящихся под наблюдением семей неполные семьи - 24%, а в 4 семьях – 2 ребёнка инвалида. Медицинскую помощь дети-инвалиды получали в стационаре – 30 больных (9,6%), стационаре на дому - 58 (18,6%), в дневной стационаре и физиоотделении при центрах здоровья – 41 (13,1%). Большое значение придавалось предотвращению изоляции детей с ОВЗ от общества и налаживанию контактов, общению со своими сверстниками. Так, в занятиях с логопедом участвовали 34 ребёнка (10,9%) старше 3 и до 5 лет, что привело к улучшению коммуникативности и развитию частичной речи. Отдельные занятия для развития альтернативной коммуникации проводились педагогами для детей с тугоухостью, что привело к улучшению жестовой речи у 26 детей (8,3%). К тому же, своевременно организованное протезирование слабослышащих позволило 6 детям успешно обучаться в обычных школах. Благодаря проделанной социально-педагогической работе 44 ребёнка (14,1%) дошкольного возраста интегрировано в детские сады, 63 (20,2%) получают образование в обычных школах, в том числе и инклюзивное образование (31 - 9,9%). Для решения некоторых материально-финансовых проблем семьи обеспечивались креслами-колясками (5 – 1,6%), ходунками (11 – 3,5%), специальной доской, «доска-стояк», (14 – 4,5%), ортопедической обувью, некоторыми лекарствами.

**Выводы.** Своевременная систематическая помощь детям с ограниченными возможностями, консультативно-методическая поддержка их родителей привели к улучшению крупной моторики, познавательной способности, улучшению коммуникативности и развитию частичной речи, улучшению жестовой речи. Организованное воспитание и обучение детей улучшило социальную адаптацию детей-инвалидов при поступлении в детский сад, школу. Материально-бытовые, финансовые, медико-социальные, психолого-педагогические проблемы, возникающие в семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья должны решаться масштабно, с различными инфраструктурами общества. Материально-финансовую помощь необходимо ещё больше увеличивать, совершенствовать систему социального образования, поддерживать экономическую активность родителей.

Нурғалиева Н.К., Сейсембеков Т.З., Айнабекова Б.А., Айткали Р.Н.

## ВЛИЯНИЕ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИЗЕМНОГО ВОЗДУХА НА СМЕРТНОСТЬ ОТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АО «Медицинский университет Астана»  
г. Астана, Казахстан

**Цель.** Изучить влияние низких температур атмосферного воздуха на смертность от артериальной гипертензии (АГ) в г. Астане.

**Материал и методы.** Записи о смерти от АГ за 2000-2001, 2006-2010 годы из органов регистрации актов гражданского состояния г. Астаны. Проведена оценка влияния показатели средней и минимальной эффективных температур (ЭТ) на 580 случаев смерти от АГ с использованием многомерного регрессионного анализа Пуассона.

**Результаты.** Из общего числа смертельных исходов от АГ, в холодные сезоны года было 298 (51,38%) случаев. Критическим значением ЭТ был определен 10-й перцентиль, равный  $-12,8^{\circ}\text{C}$  для среднесуточной и  $-14,6^{\circ}\text{C}$  - для минимальной ЭТ холодного сезона. Достоверного увеличения случаев смерти от АГ при понижении температуры ниже  $-12,8^{\circ}\text{C}$  не было, а рассчитанные коэффициенты были отрицательными, что свидетельствовало об обратной пропорциональной связи между температурой и смертностью от АГ. Для проверки гипотезы увеличения смертности от АГ при низких температурах были построены модели на всем диапазоне температур в холодные сезоны года. Большинство коэффициентов диапазона температур были отрицательными, что указывало на их обратную пропорциональную связь. Однако, только один коэффициент достиг уровня статистической значимости: при уменьшении минимальной ЭТ температуры на  $1^{\circ}\text{C}$  количество смертей от АГ увеличивалось в среднем на 10,3% (95% ДИ: 1,6-19,0) среди мужчин с АГ старше 60 лет.

**Выводы.** Широкие доверительные интервалы не позволяют однозначно ответить на вопрос о связи между понижением температуры воздуха и увеличением смертности от АГ. При анализе без стратификации по возрасту коэффициенты также были отрицательными и превышали полученные в аналогичных европейских исследованиях. При этом у женщин с АГ анализ показал заметно выраженную чувствительностью к высоким температурам, коэффициенты для низких температур стремились к нулю. Это свидетельствует об отсутствии влияния низких температур на увеличение смертности от АГ среди женщин в холодное время года. Однако, это положение требует подтверждения на материале длинных временных рядов.

Нурляминова З.А., Аббасова Д., Маджитова Т.,  
Ефремова О.С., Юрин О.Г.

## АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ И МОНИТОРИНГ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ. АНАЛИЗ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД  
г. Душанбе, Таджикистан  
Программа развития ООН  
г. Душанбе, Таджикистан  
Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора  
г. Москва, Россия

**Актуальность.** Для эффективного лечения больных ВИЧ-инфекцией необходимо качественное диспансерное наблюдение. Одним из факторов, влияющих на приверженность пациентов наблюдению и лечению, являются их возрастные и гендерные особенности.

**Цель.** Оценить качество наблюдения и предоставления антиретровирусной терапии (АРТ) пациентам, посещающим центры СПИД в Таджикистане, с учетом гендерных различий.

**Материал и методы.** Проанализированы амбулаторные карты 146 взрослых больных ВИЧ-инфекцией (65 мужчин и 81 женщина), посетивших Центры СПИД в 25 населенных пунктах Таджикистана за период 20–28 января 2016 года, согласившихся на участие в исследовании.

**Результаты.** Медиана возраста пациентов составила 36 лет (мужчины – 38 лет, женщины – 35 лет). Медиана интервала между выявлением ВИЧ-инфекции и постановкой на диспансерное наблюдение составила 27 дней. В течение первого месяца под наблюдение встали 51% пациентов (45% мужчин, 56% женщин). В течение 3 месяцев – 68% (59% и 76%), в течение года (69% и 90%). Более чем через 2 года встали на учет 15% пациентов (19% и 11%). АРТ получали 93% пациентов (97% женщин, 89% мужчин). Медиана продолжительности нахождения на АРТ составила 23 месяца (22 у мужчин и 24 у женщин). Медиана интервала между постановкой на диспансерный учет и началом АРТ составила 6 дней (3 дня у мужчин и 9 дней у женщин). В течение месяца после постановки на учет начали АРТ 68% пациентов (75% мужчин и 63% женщин). В течение 3 месяцев – 78% (86% и 73%), в течение года – 83% (88% и 81%). Количество CD4-клеток в крови было определено у 90% пациентов. Медиана этого показателя при последнем тестировании составила 391 клеток/мкл (323 – у мужчин, 440 – у женщин). Медиана давности последнего исследования уровня CD4 составила 3 месяца. Давность менее 3 месяцев отмечена у 44% пациентов (48% у мужчин, 40% у женщин), менее 6 – у 76% (75% и 77%), менее года у 97% (95% и 99%). Определение вирусной нагрузки (ВН) проведено только 55% пациентов. Средний уровень Вирусной нагрузки (ВН) составил 5 918 копий/мл (максимум – 93 292). Неопределяемый уровень ВН отмечен у 68% пациентов, уровень менее 1 000 копий/мл – у 74%.

**Выводы.** Большинство пациентов, посещающих центры СПИД в Таджикистане, находятся в активном рабочем и репродуктивном возрасте. Около половины пациентов встали под медицинское наблюдение уже в течение месяца после выявления ВИЧ-инфекции. Однако 15% сделали это только более чем через 2 года. Исследование количества CD4-клеток доступно и проводится в большинстве случаев своевременно. Однако мониторинг вирусной нагрузки проблематичен. АРТ доступна и назначается без задержек, но, учитывая проблемы с мониторингом ВН и наличие ее определяемого уровня почти у 1/3 пациентов возникает вопрос о способах повышения эффективности АРТ.

<sup>1</sup>Нурляминова З.А., <sup>2</sup>Аббасова Д.М., <sup>1</sup>Маджитова Т.П., <sup>3</sup>Юрин О.Г.

## СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОСЕЩАЮЩИХ ЦЕНТРЫ СПИД В ТАДЖИКИСТАНЕ

<sup>1</sup>Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД  
г. Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Программа развития ООН  
г. Душанбе, Таджикистан;

<sup>3</sup>Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора  
г. Москва, Россия

---

**Актуальность.** Лечебно-профилактическая помощь больным ВИЧ-инфекцией может быть эффективной только при взаимодействии оказывающих ее специалистов и пациентов. Для того, чтобы достичь такого взаимодействия, необходимо хорошее знание особенностей и потребностей пациентов.

**Цель.** Охарактеризовать популяцию взрослых больных ВИЧ-инфекцией, посещающих Центры СПИД Республики Таджикистан.

**Материал и методы.** Лицам, посетившим центры СПИД (26 центров в 25 населенных пунктах Таджикистана), предлагалось в добровольном порядке заполнить опросник, содержащий

сведения о социальном и образовательном статусе пациентов, семейном положении, трудоустройстве, причинах обследования на ВИЧ-инфекцию. Также лечащим врачом пациента заполнялись несколько пунктов, отражающих медицинские данные пациента (дата заражения, АРТ, вирусная нагрузка, уровень CD4-клеток, прохождение рентгенографического исследования). Проанализированы 146 заполненных анкет. Поскольку один из вариантов ответов во всех пунктах был «не знаю, не хочу отвечать», на некоторые вопросы ответы были получены не от всех пациентов. В данную работу вошел только анализ вопросов, касающихся социального статуса пациентов.

**Результаты.** Среди заполнивших анкету было 65 (44%) мужчин и 81 (56%) женщина. Возраст пациентов на момент заполнения анкеты колебался от 20 до 65 лет, медиана – 36 лет. Для мужчин эти цифры составили 26-64 и 38 лет, а у женщин - 20-65 и 35 лет соответственно. При этом на возрастную группу до 30 лет приходилось 13% мужчин и 25% женщин. Женщины были моложе мужчин не только на момент заполнения анкет, но и при выявлении ВИЧ-инфекции (34 и 29 лет), постановке на учет (36 и 30 лет), начале АРТ (37 и 31 год). При выявлении ВИЧ-инфекции подавляющее большинство пациентов (98%) находились в трудоспособном возрасте - 18-59 лет. На возрастную группу 30-49 лет, когда трудовая квалификация и работоспособность достигают максимума, приходилось 58% (в группе мужчин – 75%). В этот период почти половина женщин (46%) была в возрасте до 39 лет, то есть входила в возрастную группу, характеризующуюся наибольшей репродуктивной активностью. Большинство пациентов (82%) имели детей: 78% мужчин и 85% женщин. В том числе детей до 18 лет имеют 46% пациентов: 48% мужчин и 44% женщин. То есть, почти половина пациентов имела на иждивении детей нетрудоспособного возраста. В официальную трудовую деятельность были вовлечены 54% пациентов (61% мужчин и 48% женщин). Работавшие женщины в основном были заняты по трудовому договору, мужчины занимались частным предпринимательством. На вопрос «Употребляли ли Вы наркотики внутривенно» отрицательно ответили 60% пациентов (49% мужчин и 68% женщин). Утвердительно на этот вопрос ответили 19% (35% мужчин и 6% женщин). Отказались на него отвечать 21% респондентов (15% мужчин и 26% женщин). Внутривенное употребление наркотиков в течение последнего года подтвердили 4% пациентов (8% мужчин и 1% женщин). Отказались отвечать на этот вопрос 28% пациентов (31% мужчин и 26% женщин). На вопрос «Имели ли Вы сексуальные отношения в течение последних 6 месяцев» положительный ответ дали 77% пациентов (88% среди мужчин и 68% среди женщин). Отметили, что имели 1 партнера 64% пациентов (62% среди мужчин и 67% среди женщин), двух и более партнеров имели 13% пациентов (27% мужчин и 1% женщин). Ответили, что не жили в течение последних 6 месяцев половой жизнью 17% пациентов (мужчин 7%, женщин 25%). На вопрос о ВИЧ статусе своего полового партнера не пожелало отвечать 16% пациентов (11% мужчин и 21% женщин). О том, что их половой партнер ВИЧ+ сообщило 34% пациентов (25% мужчин и 52% женщин). О том, что он ВИЧ отрицателен – 38% (мужчин – 51%, женщин – 28%). Не знало статуса своего полового партнера 11% пациентов, среди мужчин – 14%, среди женщин 9%.

**Выводы.** Пациенты, посещающие Центры СПИД в Таджикистане, находятся в трудоспособном и репродуктивном возрасте. Группы женщин и мужчин существенно различаются не только по возрасту, но и по таким факторам, как трудоустройство, употребление наркотиков, сексуальное поведение, что требует дополнительного изучения и дифференциации подходов при оказании медико-социальной помощи. Значительное число пациентов, отказавшихся отвечать на вопросы, касающихся употребления наркотиков и сексуального поведения, вероятно, свидетельствует об их табуировании и о возможности стигматизации.

*Овезова Г.К., Аннамырадова Г.Г.*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У ЖЕНЩИН

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Государственного медицинского университета Туркменистана

г. Ашхабад, Туркменистан



**Актуальность.** Вопросы сохранения, поддержания здоровья и качества жизни женщин приобретают все большее медицинское и социально-экономическое значение. Одной из важных проблем современной гастроэнтерологии является язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), встречающаяся, по данным мировой статистики, у 5-15 % населения земного шара. В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) среди женщин, которая составляет, по данным литературы, 4-8% от общего числа населения. Из них 15-30% пациенток нуждаются в хирургическом лечении. Соотношение мужчин и женщин при ЯБ колеблется от 14:1 в возрасте 18-25 лет до 3,1:1 в зрелом возрасте, а среди больных пожилого и старческого возраста этот показатель снижается до 1,6:1 и 1:1. Язвенная болезнь у женщин часто протекает атипично и не выявляется при жизни в 34% наблюдений.

**Цель.** Изучить особенности клинического течения язвенной болезни желудка у женщин.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 27 женщин и 15 мужчин, находившихся на стационарном лечении в лечебно-консультативном центре им. С.А. Ниязова. Основное значение в диагностике ЯБ имели лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Больные были разделены на две группы. Женщины составили I группу, мужчины - II группу. Клинические проявления определялись локализацией язвы, общим состоянием, возрастом, частотой обострений в прошлом, сопутствующим токсикозом у женщин. Нередкими у женщин являлись жалобы на чувство тяжести, переполнения в подложечной области, связанные с приемом пищи, тошноту, но при этом болевые ощущения были не такие интенсивные как у мужчин, в некоторых случаях бессимптомные, что являлось одной из причин возникновения желудочных кровотечений, у мужчин же боли были более интенсивными, присутствовали ночные, «голодные» боли, уменьшающиеся после приема антацидов, тошнота, рвота, приносящая облегчение, изжога, появление (усиление) запоров. В обеих группах при пальпации отмечалась болезненность в подложечной области и/или правом верхнем квадранте живота. Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений, анамнестических данных, результатов эндоскопического и ультразвукового исследований.

**Выводы.** Клинические проявления и течение ЯБ у женщин, в отличие от мужчин, имели ряд отличительных особенностей: интенсивность болевого синдрома была существенно ниже, преобладали диспепсические расстройства, наблюдались желудочные кровотечения. При эндоскопическом исследовании у женщин степень активности воспаления оказались ниже, а частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка - значительно выше, чем у мужчин. Сохраняется высокая частота рецидивов и осложнений этого заболевания, что является основной причиной потери трудоспособности у женщин.

*Овезова Г.К., Тангиева О.А.*

## **ИЗМЕНЕНИЯ ЛИНЕЙНОГО КРОВОТОКА ВО ВНУТРЕННИХ И НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Актуальность.** При оценке общего сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией (АГ) особое внимание следует уделять поражению органов-мишеней. Одним из наиболее важных органов-мишеней, которые страдают при АГ, является головной мозг, поэтому оценка параметров линейного кровотока сонных артерий (СА) является важным аспектом в обследовании больных с АГ.

**Цель.** Оценка средней скорости кровотока (TAV – timeaveragevelocity) во внутренней и наружной сонных артериях (ВСА, НСА) у больных гипертонической болезнью в сочетании со стабильной стенокардией.

**Материал и методы.** Было обследовано 56 больных АГ в сочетании со стабильной стенокардией. Усредненная во времени средняя скорость кровотока ВСА и НСА измерялась в доплеровском режиме по методике Лелюка В.Г. на ультразвуковом сканере “EnVisorHD” (Philips, USA). Пациенты в зависимости от стадии АГ и функционального класса (ФК) стабильной стенокардии (СС) были распределены следующим образом: гипертоническая болезнь II стадии (ГБII) – 11 больных (группа 1), ГБССПФК – 20 (группа 2), ГБИС-СПФК – 14 (группа 3), ГБССПФК – 11 (группа 4) больных в возрасте 35-49 лет. В качестве контроля использовались показатели линейного кровотока у практически здоровых лиц этой же возрастной категории. Статистическая обработка проводилась в StatisticaforWindowsverci 6.0.

**Результаты.** Было отмечено снижение усредненной во времени средней скорости кровотока ВСА у больных всех обследуемых групп как на фоне изолированного течения АГ (группа 1), так и при АГ в сочетании со стабильной стенокардией (группы 2-4,  $p < 0,05$ ), в сравнении с группой контроля. Причем в 1-й группе изменения были симметричного характера между правой и левой ВСА, в 3-й и 4-й – асимметричного (асимметрия соответственно 20,0 и 23,5%). В то же время в наружных сонных артериях у обследованных пациентов отмечалась противоположная тенденция относительно средней скорости кровотока – в 1-2-й группах больных показатель достоверно увеличивался ( $p < 0,05$ ), в 3-й – не изменялся, в 4-й – незначительно снижался ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** У больных АГ происходит перераспределение кровотоков в сонных артериях, одним из проявлений которого является снижение средней линейной скорости кровотока во внутренней СА, при сохранении либо повышении показателя в наружной СА.

*Овезова Г.К., Солтанмаммедов Т., Бегмырадова Ш.Д., Нурсахедова Б.Т., Чопанова М.А., Мамметязов М.С.*

## ПРЕПОДАВАНИЕ ТЕМЫ «ОСОБЕННОСТИ МИКРОКЛИМАТА РАЙОНА КУРОРТА "АВАЗА"» СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Актуальность.** Курорты Туркменистана сегодня - это природные источники здоровья, экологическая стабильность, гармоничное сочетание с окружающей средой, древние легенды, восхитительный мир старины и культурного наследия народа. Новый, открытый на берегу Каспийского моря, курорт “Аваза” - это оздоровительная природная территория, комфортабельный, с бассейнами морской воды, прибрежный гостиничный комплекс, велосипедный спорт, прогулки на катерах, стоунтерапия, комплексные программы омоложения организма и здорового образа жизни, фитнес, теннис, уютное кафе, современный кинозал, вкусная кухня с обилием морепродуктов. На таком курорте можно гулять, получать SPA-процедуры на основе туркменских лечебных трав, ягод, хвои, чай на травах с медом и минеральной воды. Морская вода имеет высокую концентрацию соли, йода и брома. Основными показаниями для проведения лечения являются: заболевания органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, переутомление.

**Цель.** Изучение особенностей микроклимата района курорта «Аваза».

**Материал и методы.** Изучены моменты перемещения барометрического минимума к морю или к пустыне. При этом возникает движение воздушных масс из пустыни, дующееся один-два дня, а порой и больше, и приводящие к возникновению сухого климата. Определены средние температуры июля – от +24 до +32°C, января от 0 до +7 °C. Осадки являются самыми низкими в июне. В среднем 153 мм, наибольшее количество осадков выпадает в феврале. Климат в районе курорта «Аваза» - пустынный, характеризующийся серьезными перепадами суточных температур. Разница дневных и ночных температур может составлять 15-20 градусов.

**Результаты.** Характерные для субтропиков влажная зима и сухое лето, короткие и не всегда явные осень и весна подвержены в районе курорта «Аваза» воздействию таких контрастных факторов, как близость моря на западе и зоны пустыни на востоке, которая охватывает также

почти всю территорию Туркменистана, и сложный рельеф региона. Летом преобладают пассаты в направлении с запада на восток, то есть от моря к пустыне, где перегрев сухой и обнаженной поверхности вызывает восходящие потоки воздуха и образуется пониженное атмосферное давление. Это движение воздушных масс становится особенно заметным в послеполуденные часы в нижних слоях атмосферы, и тогда влажный бриз с моря несет с собой прохладный воздух, порой с облаками, недостаточно, однако, насыщенными и охлажденными для появления дождя. Часто возникающие циклоны, движутся к региону и приносят с собой на курорт «Аваза» резкое похолодание с ветрами и дождями. С их перемещением к востоку в это движение вовлекаются проникающие с востока, юго-востока, то есть из районов пустынь, потоки холодного и сухого воздуха, сосредоточение которого на какое-то время повышает давление, и в регионе устанавливаются ясные дни с исключительной видимостью. Лето длинное (с апреля по октябрь), жаркое, сухое. Самое жаркое время - с июля по сентябрь. Поэтому, собираясь на курорт даже среди жаркого лета, не забудьте положить в чемодан что-нибудь теплое для вечерних прогулок. А вот зонтик брать ни к чему: вероятность выпадения дождя в этих краях крайне мала. Лишь иногда, весной или осенью, небо могут затянуть тучи, однако, они, скорее всего, лишь ненадолго закроют солнце.

**Выводы.** Внедрение сегодня принципиально новых, инновационных технологий по изучению микроклимата района курорта «Аваза» позволяет унифицировать и оптимизировать учебный процесс, улучшает качество обучения и приобретения студентами медицинского университета более глубоких знаний.

*Овезова С.О., Акмурадова М.Х., Худайбердыева Д.П.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА САЛМЕТЕРОЛ/ФЛУТИКАЗОН ПРОПИОНАТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Туркменский Государственный медицинский университет Туркменистана  
г. Ашхабад, Туркменистан

---

**Цель.** Изучить эффективность применения комбинированного препарата салметерол/флутиказон пропионат в лечении больных бронхиальной астмой.

**Материал и методы.** Обследовано 48 больных бронхиальной астмой средней степени тяжести согласно 10 Международной классификации болезней (Женева, 1992), средний возраст которых составил –  $34,88 \pm 3,62$  лет. Из них женщин – 35, мужчин – 13. Длительность заболевания составила  $7,52 \pm 1,18$  года. Диагноз БА устанавливался на основании клинической картины, лабораторных данных, инструментальных и функциональных методов диагностики. Функцию внешнего дыхания изучали методом спирометрии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Средний возраст  $31,4 \pm 4,17$  лет.

**Результаты.** Для изучения эффективности комбинированного препарата салметерол/флутиказона пропионат в лечении бронхиальной астмы больным была назначена терапия в виде дозированного аэрозольного ингалятора в дозе 25/250мкг по 1-2 ингаляции дважды в день в течение 4-х недель. Эффективность лечения оценивалась через 4 недели после его использования. На фоне лечения у большинства больных БА отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшалось чувство заложенности в груди, кашля, количество сухих хрипов. Экспираторная одышка уменьшилась у 12 больных (25%), возникновение приступов удушья значительно снизилось и они были кратковременны. У больных бронхиальной астмой после лечения улучшились показатели функции внешнего дыхания, клиническая симптоматика, снизилась частота обострений бронхиальной астмы и улучшилось качество жизни.

**Выводы.** Назначение препарата салметерол/флутиказона пропионата в лечении больных бронхиальной астмой является эффективным и целесообразным.

*Одинаев М.Ф., Ходжамурадов Г.М.,  
Шаймонов А.Х., Шодиев Ш.Ш.*

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ результатов экстренного ведения больных с повреждением сосудисто-нервных пучков верхних конечностей.

**Материал и методы.** Материал исследования составили 115 больных с повреждением сосудисто-нервных пучков верхних конечностей различной этиологии, поступивших в отделение пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2010 по 2018 годы. Всем больным проводились стандартные методы исследования, включавшие врачебный осмотр, рентгенографию верхней конечности и дуплексное исследование сосудов.

**Результаты.** Больные были разделены на две клинические группы. В первую группу вошли пациенты с изолированными повреждениями нервов – 37 (32,2%), во вторую группу – с сочетанными повреждениями сосудов и нервов – 78 (67,8%). Во всех случаях наблюдались односторонние поражения сосудисто-нервных пучков. В первой клинической группе повреждения на уровне плеча отмечались у 5 (13,5%), на уровне предплечья – у 12 (32,4%) пациентов, в 20 (54,1%) случаях травма локализовалась на уровне кисти. Вторая группа имела более различную локализацию повреждений, в частности на уровне предплечья повреждения имели 32 (41,02%) больных, на уровне кисти – 27 (34,6%), на уровне пальцев кисти – 19 (24,4%) пациентов. Одноэтапное экстренное восстановление нервов в первой группе было выполнено в первой группе у 19 (51,4%) больных, отсроченное – в 18 (48,6%) случаях. Оценка отдалённых функциональных результатов выявила лучшие показатели при одномоментном экстренном восстановлении, однако, возможность его выполнения ограничена размером дефекта и анатомическими особенностями. Во второй группе восстановить сосуды удалось в 64 (82,1%) случаях, в 14 (17,9%) в конечности отмечались необратимые процессы, в результате чего сохранить конечность не представлялось возможным. При этом одновременное восстановление сосудов и нервов конечности стало возможным лишь у 21 (26,9%) больного, в остальных случаях – 43 (55,1%) пациента – восстановление нервов было отсрочено на второй этап.

**Выводы.** При экстренном обращении больных с повреждением сосудисто-нервных пучков верхних конечностей оптимальным является одномоментное восстановление нервов, однако, оно далеко не всегда выполнимо, что значительно ограничивает возможности достижения оптимальных функциональных результатов в послеоперационном периоде. Дальнейшие исследования помогут оптимизировать тактику ведения данной группы больных и улучшить отдалённые функциональные результаты.

*Олими М., Амонов Ш.Ш., Бокиев Ф.Б., Исхаки Ф.Ю.*

## ПОЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КЛАПАННЫХ ПОРОКАХ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Цель.** Оптимизация хирургической тактики при желчнокаменной болезни у больных с клапанными пороками и ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов клинического обследования и хирургического лечения 38 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) больных кардиохирургического профиля, находившихся на стационарном лечении в отделении эндоскопической хирургии РНЦССХ с 2014-2018 годы.

В зависимости от выбора доступа оперативного вмешательства больные были разделены на три группы: I - составили 27 пациента, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), II – 8 больным из мини-доступа (МД) и III – в 3 случаях операция выполнено из верхнесрединной лапаротомии (ВСЛ).

В экстренном порядке с острой формой ЖКБ было оперировано 9 (23,7%) больных. Из них: водянка желчного пузыря 3 (7,9%), эмпиема желчного пузыря 2 (5,3%) и перивезикальный инфильтрат у 4 (10,5%). Холедохолитиаз отмечен у 7 (18,4 %) больных, во всех случаях пациенты поступили в стационар с желтухой легкой и средней степенью выраженности.

В анализируемых группах: артериальная гипертония имела у 26 (68,4 %) больных, ишемическая болезнь сердца - у 12 (31,6 %), аритмии - у 4 (10,5 %), пороки сердца - у 5 (13,2%) и перенесенные операции на сердце - у 6 (15,8%), из которых 3 (7,9%) после стентирования коронарных артерий, 2 (5,3%) после протезирования митрального клапана и 1 (2,6%) после аорто-коронарного шунтирования. При этом на первом этапе проводилась операция на сердце, на втором этапе - холецистэктомия.

Такой подход позволил выделить ситуации, которые требовали консервативного лечения на первом этапе и разработки дооперационных критериев отбора пациентов для различных видов доступа оперативного вмешательства при ЖКБ.

У больных острым калькулёзным холециститом и холедохолитиазом консервативную терапию проводили до 3 суток, после 3 суток выполняли операции – холецистэктомия, холедохолитотомия, интраоперационное холедохоскопия и дренирование хоедоха.

Традиционная холецистэктомия выполнялась из верхнесрединного доступа (ВСД). Минула-протомную холецистэктомию выполняли из трансректального доступа с использованием набора инструмента «Мини-Ассистент», ЛХЭ из стандартного 4-портового доступа.

**Результаты.** Продолжительность холецистэктомии из ВСД составила  $62 \pm 7$  мин, из мини-доступа -  $53 \pm 10$  мин, а при ЛХЭ -  $48,5 \pm 3,5$  мин. Интраоперационные осложнения не отмечены. У 1 больного при ВСД развилось местное осложнение в виде инфильтрата в области раны. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после холецистэктомии из ВСД составила  $9 \pm 2$  койко-дня, из МД -  $5 \pm 2$  койко-дня и при ЛХЭ -  $4,0 \pm 1$  койко-дней. Летальных исходов не было.

**Выводы.** У больных с клапанными пороками, ИБС и желчнокаменной болезнью первым этапом показана коррекция пороков сердца и реваскуляризация миокарда, вторым этапом – холецистэктомия. Оперативные вмешательства на желчных путях при желчнокаменной болезни из мини-доступа и лапароскопическим способом являются методами выбора у данной категории больных.

*Орифшоева М.И., Ходжиев С.Х.*

## ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ДИНАМИКУ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Окисленные ЛПНП, образующиеся в результате снижения антиоксидантного потенциала плазмы и активации перекисного окисления липидов, играют критическую роль в раннем развитии и прогрессировании атеросклероза. Показана способность С-реактивного белка

взаимодействовать с липопротеинами низкой и очень низкой плотности. ЛПНП, ассоциированные с С-реактивным белком, активно поглощаются макрофагами, что приводит к трансформации их в пенистые клетки и является ключевым звеном в формировании атеросклеротического поражения сосудов. По данным многочисленных исследований, определение уровня С-реактивного белка рассматривается как информативный тест, позволяющий оценить риск развития и прогрессирования атеросклероза.

**Цель.** Оценка влияния 6-месячной терапии аторвастатином в дозе 40 мг на уровень окисленно-модифицированных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), антител к ним у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В исследование было включено 20 пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Клинический диагноз верифицировали с помощью клинико-инструментальных методов исследования. В контрольную группу было включено 14 здоровых добровольцев, не страдающих сахарным диабетом, ожирением, с нормальным артериальным давлением, без сосудистых и эндокринных заболеваний в анамнезе. Группы пациентов и здоровых были сопоставимы по возрасту и полу. Определение уровня С-реактивного белка (мг/дл) проводили методом прямого флуоресцентно-поляризационного иммуноанализа. Достоверность различий параметров сравниваемых групп оценивали по непараметрическим критериям Манна-Уитни и Вилкоксона.

**Результаты.** Анализ полученных данных свидетельствует о том, что до лечения у больных, по сравнению с группой здоровых доноров, отмечалось повышенное содержание окисленных ЛПНП ( $55,81 \pm 2,05$  и  $46,15 \pm 2,99$  соответственно,  $p < 0,05$ ) и С-реактивного белка ( $0,490 \pm 0,103$  и  $0,010 \pm 0,001$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Уровень антител к окисленным ЛПНП был снижен, по сравнению с группой здоровых доноров ( $414,45 \pm 88,81$  и  $753,89 \pm 126,37$  соответственно,  $p < 0,05$ ). На фоне 6-месячной терапии аторвастатином в терапевтической дозе 40 мг у пациентов наблюдалось достоверное снижение уровней окисленных ЛПНП ( $48,05 \pm 2,16$ ), С-реактивного белка ( $0,265 \pm 0,088$ ), при этом уровень антител к окисленным ЛПНП остался неизменным ( $376,27 \pm 74,37$ ).

**Выводы.** У больных с ишемической болезнью сердца отмечается увеличение уровня окисленных ЛПНП и С-реактивного белка. Уровень антител к окисленным ЛПНП у больных с ишемической болезнью сердца снижен, по сравнению с группой здоровых доноров. Шестимесячная терапия аторвастатином в дозе 40 мг приводит к снижению содержания окисленных ЛПНП и С-реактивного белка, но не оказывает влияния на содержание антител к окисленным ЛПНП у больных с ишемической болезнью сердца.

*Ортикова М.М., Ахмедов А., Мирзоева З.А., Шодиев И.Н.*

## НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕЛЬМИНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОИ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить и анализировать мнение членов семьи о путях передачи гельминтозов, оценка состояния их здоровья и приверженности к лечению при обнаружении яиц паразитов в кале среди членов семьи города Истаравшан, Аштского района Согдийской области, района Хамадони Хатлонской области, города Душанбе Республики Таджикистан.

**Материал и методы.** Материалом служили результаты анкетирования 7050 членов семьи города Истаравшан, Аштского района Согдийской области, района Хамадони Хатлонской области, города Душанбе Республике Таджикистан. Проведен социологический опрос о жилищно-бытовых условиях проживания, как фактор передачи гельминтозов. Опрос проводился по следующей анкете: «Распространенность часто встречаемой глистной инвазии в Республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитар-

ной помощи». Объектом исследования являлись члены семьи с рождения до пожилого возраста. Анкеты детей в возрасте до 7 лет заполнялись родителями.

**Результаты.** В ходе исследования применялся метод анкетного интервью, часть членов семейства отвечали интервьюерам в личном интервью, часть заполняли анкеты сами. Нами изучены знания о переносчиках яиц гельминтов через продукты или через домашних насекомых (мухи, тараканы). Из общего числа опрошенных лиц 57,0% не знают о том, что переносчиками яиц гельминтов через продукты питания могут быть мухи, тараканы. В ходе исследования был задан вопрос: «Считают ли члены семьи себя здоровыми». Из общего числа опрошенных лиц 75,0% считают себя здоровыми, 25,0% не считают себя таковыми. Результаты опроса мнения опрошенных лиц о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников, 38,3% из общего числа опрошенных лиц могут привести пример о наличии глистной инвазии у членов семьи и родственников. Следующим этапом был вопрос, будут ли лечиться члены семьи при обнаружении в кале яиц глистов, 66,8% ответили, что хотят и будут лечиться, 33,2% - не хотят лечиться. Причины, по которым опрошенные лица не будут лечиться, 1,5% - финансы семьи недостаточны для покупки медикаментов, 16,3% займутся диетотерапией. Из общего числа опрошенных лиц только 23,4% привержены лечению при выявлении глистной инвазии, остальные 61,5% не будут соблюдать условия лечения при выявлении у них глистной инвазии, 16,1% воздержались от ответа.

**Выводы.** Показатели здоровья членов семьи являются одним из основных индикаторов, характеризующих состояние здоровья общества. Таким образом, в новых экономических условиях развития Таджикистана выявлены определённые недостатки в плане профилактики глистной инвазии среди членов семей, обусловленные несоблюдением правил личной гигиены, низким уровнем информированности населения о путях передачи переносчиках глистной инвазии, их приверженности к лечению, что требует проведения соответствующих мер, направленных на совершенствование как диагностики, так и профилактики.

*Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Муратова Ч.А.*

## ОСОБЕННОСТИ РИСКОВ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРНОГО НАРЫНСКОГО РЕГИОНА КЫРГЫЗСТАНА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызстан

---

**Актуальность.** Кыргызцы - коренные жители Центральной Азии - живут в горных условиях, имеют особенности образа жизни и питания. Высокогорная «долина» Ак-Сай Нарынского региона считается "полусом холода" Кыргызстана, расположена на высоте свыше 3000 м над уровнем моря и имеет своеобразные природно-климатические условия. В ней постоянно проживает около 500 человек, занимающихся в основном животноводством. В высокогорных регионах Кыргызстана продолжают осваиваться промышленность, сельское хозяйство и строятся магистрали. Возникает необходимость в изучении влияния комплекса факторов горного климата на особенности риска развития СД 2 у коренных жителей в этих регионах.

**Цель.** Изучить особенности 10-летнего риска развития СД 2 у коренных жителей высокогорья Ак-Сай Нарынского региона Кыргызстана для разработки научно-обоснованных рекомендаций по использованию горного климата для профилактики рисков развития СД2.

**Материал и методы.** Методом одноступенчатой территориальной выборки обследованы 152 постоянных жителя высокогорной «долины» Ак-Сай Нарынского региона (3260-3680 м), из них мужчин - 50, женщин - 102. Для сравнения обследованы 177 жителей низкогорной Чуйского региона, из них мужчин - 56, женщин - 121. Исследование одномоментное. Рандомизация проведена по регионам и по полу. Для оценки риска развития СД 2 в баллах применяли тест-опросник FINDRISC.

**Результаты.** Факторы 10-летнего риска развития СД 2 распределены следующим образом: у женщин достоверно ( $p < 0,05$ ) преобладает ОТ  $> 80$  см, как в высокогорном (80,38 %), так и в

низкогорном регионах (81,4%), затем ИМТ>25 кг/м<sup>2</sup> (55,9% и 62% соответственно), затем нерегулярный прием овощей и фруктов (40,2% и 56,3% соответственно), которые в высокогорном регионе преобладают в возрасте старше 55 лет ( $p<0,05$ ), в низкогорном регионе - в возрасте до 54 лет ( $p<0,05$ ). ФР среди мужчин распределены несколько иным образом. В высокогорном и низкогорном регионах на первом месте выявлено нерегулярное употребление овощей и фруктов (100% и 48,8%), затем ИМТ>25 кг/м<sup>2</sup> (26% и 46,2%), ОТ> 94 см (22,4% и 45,3% соответственно), которые преобладают в возрасте до 54 лет в обоих регионах ( $p<0,05$ ). Преобладание частоты встречаемости высоких ИМТ и ОТ в возрасте у женщин и мужчин в высокогорье и у мужчин в высокогорье, возможно, связано с преобладанием мужчин трудоспособного возраста в высокогорном регионе, а также особенностями образа жизни и питания населения.

При стратификации 10-летнего риска развития СД2 у женщин преимущественно низкий риск как в высокогорном, так и в низкогорном регионах (82,3% и 45,6% соответственно), высокий риск встречается гораздо реже (у 1,96% и 4,7% соответственно) в основном за счет высокого ОТ, ИМТ, затем нерегулярного употребления овощей и фруктов. У мужчин в обоих регионах также встречается преимущественно низкий риск (64% и 69% соответственно), а высокий риск также гораздо реже (2,1% и 2,0% соответственно), в основном за счет нерегулярного употребления овощей и фруктов, высокого ИМТ, затем ОТ.

**Выводы.** Несмотря на высокую частоту встречаемости отдельных ФР у трудоспособного населения, при стратификации 10-летнего риска развития СД2 выявлено преобладание низкого риска, как у мужчин, так и у женщин в высокогорном и низкогорном регионах.

*Очилзода А.А., Начимов М.С., Имонгуев И.О., Камолова М.М.,  
Джуроева М.Р., Исмоилова Ш.Т., Саидолимова З.С.*

## РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ ГРУПП РИСКА

Городской центр здоровья  
г. Худжанд, Таджикистан

**Актуальность.** Ранее выявление дефектов слуха в детском возрасте продолжает оставаться весьма актуальной проблемой. У многих глухих или тугоухих детей изменение слуховой функции наступает уже во внутриутробном периоде или во время родов.

**Цель.** Определение факторов риска возникновения нарушений слуха и оценка результатов исследования слуха у новорожденных детей с использованием прибора Clinical OAE Analyzer (производство Иран).

**Материал и методы.** Нами в условиях семейного отделения Городского центра здоровья г. Худжанда в 2013 – 2018 гг. проводили скрининг и анкетирование 1500 карт новорожденных, находящихся на учете у семейных врачей, для выявления наиболее значимых факторов риска нарушения слуха.

Всем больным проведено полное клиническое обследование: сбор анамнеза, выяснение жалоб, тщательное оториноларингологическое и неврологическое обследование. Оценку состояния слуховой функции производили методом задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ВЗОАЭ) при помощи прибора Clinical OAE Analyzer (Иран) и регистрация ориентировочных реакции с использованием детского аудиометра типа АУД-174 (ПНР) (Польша).

**Результаты.** В результате обследования и анкетирования 1500 карт новорожденных выявили следующие факторы риска, влияющие на развитие врожденной нейросенсорной тугоухости: у 225 (15%) матерей во время беременности отмечались отклонение от нормы (у 110 - отягощенный акушерский анамнез, у 25 (11,1%) - токсикоз первой половины беременности, у 24 (10,6%) - угроза преждевременных родов, у 22 (9,7%) - многоводие, у 8 (3,5 %) - анемия, у 5 (2,2%) - рубцы или узла на матке). Во время беременности 156 (10,4%) человек перенесли ОРВИ, у двоих была асфиксия в родах, у 19 (4%) произведена аппендэктомия, по поводу чего получал ототоксический антибиотик, у 2 (0,8 %) - коревая краснуха, 10 (4,4 %) - нефропатия, у 6 (2,6 %) - гипертония, у 2 (0,8 %) - отравление, сохранение беременности – у 23 (0,1%). Нормальные роды протекали у 224



(14,4%) рожениц, в остальных случаях течение их было осложненным (раннее отхождение вод и длительный безводный период - у 91 (8,4%), стремительные роды - у 25 (11,1%), преждевременное отслоение плаценты - у 14 (6,2%), кесарево сечение – у 12 (5,3%), слабость родовых сил - у 11 (4,8%), механическое вмешательство с помощью плоскостных щипцов у 8 (3,5%). В период новорожденности отклонения от нормы отмечены у 222 (14,8%) наблюдаемых детей, среди них у 13 масса тела при рождении была до 1500 г, недоношенность выявлена у 47, нарушение мозгового кровообращения 1-2 степени - у 31 (13,7%), обвитые пуповины вокруг шеи – у 31 (13,7%), гипербилирубинемия, резус-конфликт - у 23 (10,2%), асфиксия в родах - у 19 (8,4%), врожденная патология - у 8 (3,5%). Кроме того, крупный плод имелся в 20 (8,8%) случаях, двойня – в 11 (4,8%), перекошенность – в 5 (2,2%), сочетанная патология – в 29 (12,8%). Родство родителей – 18 (8%), генетическая отягощенность – 9 (4%), аномалия развития ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода – 2 (0,8%).

При скрининговом исследовании слуха новорождённых с использованием детского аудиометра типа АУД-174 (ПНР) ответная психомоторная реакция на звук интенсивностью 40 Дб наблюдалась у 1366 (91,0%) детей, у 121 (8%) зафиксирована реакция на звук интенсивностью 80 Дб, у 23 (15%) обследованных ответная реакция отсутствовала. Полученные данные отоакустической эмиссии по результатам теста (ВЗОАЭ) и (ПНОАЭ) с ответом «тест прошел» слуховая реакция была положительной у 1477 (98,4%), что позволило констатировать нормальный слух, у 23 (1,53%) детей – «тест не прошел» слуховая реакция была отрицательной, можно заподозрить нейросенсорную тугоухость и глухоту.

**Выводы.** Таким образом, семейные врачи играют большую роль в ранней диагностике нарушений слуха у новорожденных. Ранняя диагностика нейросенсорной тугоухости с применением аудиологического скрининга предопределяет эффективность своевременно начатого консервативного лечения и в дальнейшем предупреждает развитие осложнений и инвалидизации детей. Важным в профилактике нарушения слуха и речи является санитарно–просветительная работа среди населения.

*Очилзода А.А., Бободжанова Б.Н., Атаханова Ф.И., Очилова Б.А.,  
Очилова З.А., Муродова М.М.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Согдийская областная клиническая больница, Согдийский областной центр эндокринологии Городской центр здоровья  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Сахарный диабет является актуальной проблемой не только для врача-эндокринолога, но и для врачей других специальностей. Общее число больных СД в мире в настоящее время составляет 230 млн. человек, а к 2025 году число их достигнет 380 миллионов человек. При этом доля больных с СД 2 типа составляет 85 - 90%.

Поражение органа слуха различной степени тяжести отмечается практически у всех больных сахарным диабетом, но, как правило, остается без внимания на фоне более тяжелых осложнений или расценивается как возрастные изменения слуха.

**Цель.** Оценка результатов исследования слуха у больных сахарным диабетом, определение факторов риска по прогрессирующему снижению слуха у больных сахарным диабетом.

**Материал и методы.** В условиях ЛОР–клиники за период 2017-2019 гг. всестороннему обследованию подверглись группа из 20 пациентов в возрасте от 41 до 68 лет, находящихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении в 2017-2018 гг. Среди обследованных пациентов было 16 (80%) женщин и 4 (20%) мужчин. Время с момента постановки клинического диагноза сахарного диабета до настоящего исследования - от 1,5 до 20 лет. Всем больным кроме тщательного оториноларингологического обследования и общепринятых исследований (общий анализ крови, мочи) определяли уровень глюкозы трехкратно в течение суток: утром натощак, через 2 часа после еды (постпрандиальная гликемия) и перед сном. Для оценки состояния слуховой функции

применяли комплекс аудиологических исследований, включающих исследования слуха шепотной и разговорной речью, камертональные методы обследования, тональную пороговую аудиометрию.

У 19 (95%) пациентов был диагностирован сахарный диабет 2 типа, у 1 (5%) пациентки - сахарный диабет 1 типа. 18 (90%) пациентов для коррекции гликемии получали таблетированные сахароснижающие препараты (глюкофаж, метформин, манинил), 2 (10 %) пациента - инсулин.

**Результаты.** По результатам исследования слуха шепотной и разговорной речью, данным аудиометрии и камертональных проб, была оценена слуховая функция пациентов: 8 больных имели тугоухость I степени, 10 – II степени, 2 пациента - III степени (классификация ВОЗ). При анализе аудиограмм было установлено значительное отклонение слуха на тоны, по сравнению с возрастной нормой, у лиц, страдающих сахарным диабетом. Для оценки выраженности нарушений слуха все больные были объединены в две группы: группа А – лица, страдающие сахарным диабетом до 5 лет, – 12 (60 %) человек; группа В – лица, страдающие сахарным диабетом больше 5 лет – 8 (40 %) человек. Анализировались данные отклонения слуха от возрастных норм (в дБ) в конвекциональном диапазоне частот (от 0,125 до 8 кГц) в группах А и В, а также у лиц контрольной группы. Отклонение слуха от возрастной нормы определялось отдельно для каждого пациента из групп А, В и контрольной группы, суммировалось, а затем делилось на число пациентов в соответствующей группе.

По данным аудиометрии у больных сахарным диабетом было выявлено двухстороннее нарушение слуха по типу нарушения звуковосприятия с потерей слуха в пределах 30 – 40 Дб.

**Выводы.** 1. Поражение органа слуха является закономерным при сахарном диабете наряду с другими осложнениями этого заболевания, снижение слуха происходит быстрее возрастной нормы. Слуховые нарушения при СД связаны не только с сосудистыми нарушениями, но и отклонениями в обмене веществ.

2. Тяжесть нарушения слуха находится в прямой зависимости от длительности основного заболевания и степени компенсации сахарного диабета: чем более длительным является диабетический анамнез и чем выше показатели гипергликемии, тем более выраженные нарушения наблюдаются у пациентов. У больных острой нейросенсорной тугоухостью наблюдается нарушение толерантности к глюкозе в 48,7% и в 84 % жирового обмена.

3. Наиболее сильно страдает слух на высоких частотах, в меньшей степени – на средних и низких. Функция вестибулярного анализатора нарушается уже в ранних стадиях диабета, что указывает на необходимость проведения исследования на сахар у больных с вестибулопатиями неясного генеза.

4. На скорость прогрессирования тугоухости в значительной мере влияют эндогенные факторы, такие как избыточная масса тела и отягощенная наследственность.

<sup>1</sup>Петух П.В., <sup>1</sup>Коваль Г.Н., <sup>1</sup>Карбованец Е.И., <sup>2</sup>Дербак М.А.

## ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕПТОСПИРОЗА ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет

<sup>1</sup>Кафедра микробиологии, вирусологии, эпидемиологии с курсом инфекционных болезней

<sup>2</sup>Кафедра пропедевтики внутренних болезней

г. Ужгород, Украина

**Актуальность.** На Украине лептоспироз регистрируется во всех областях и сохраняется тенденция к дальнейшему росту заболеваемости. В эпоху доказательной медицины прежде всего очень важно правильно оценить состояние больного и спрогнозировать тяжесть протекания данного заболевания. Ведь опыта и знаний клиницистов не всегда достаточно для принятия решений относительно исхода течения заболевания у конкретного пациента и дальнейшего правильного выбора необходимой лечебно-диагностической тактики.

**Цель.** Проанализировать клиническое течение лептоспироза в зависимости от различных факторов и создать математическую модель для прогнозирования его течения.

**Материал и методы.** Проанализировано 96 историй болезни больных, находящихся на стационарном лечении в областной инфекционной больнице г. Ужгород в период с 2010-2018 год. Статистический анализ и прогнозирование летального исхода проводили с помощью компьютерной программы SPSS Statistics. Для определения формулы расчета прогноза летального исхода использовали метод логистической регрессии. Два класса: смерть и выздоровление служили бинарным откликом модели, а данные из историй болезней - возможными предикторами. В ходе работы были использованы такие предикторы: СОЭ, гранулоциты, общий билирубин, прямой билирубин, АлАТ, креатинин, мочевины, тромбоциты, этиологический фактор. Для оптимизации предельного уровня выполнялся анализ операционной характеристики модели (ROC - анализ).

**Результаты.** В ходе проведенного исследования были установлены наиболее важные предикторы летального исхода лептоспироза, а именно: повышенный уровень креатинина в сыворотке крови, тромбоцитопения и гипербилирубинемия. Воздействия определенной серогруппы при лептоспирозе на летальность выявлено не было. У 46% умерших диагноз лептоспироз был поставлен клинически, с последующей верификацией диагноза путем выделения РНК лептоспир из секционного материала методом ПЦР.

Для прогнозирования летальности при лептоспирозе создана специальная формула. Чувствительность данного метода прогнозирования составляет 72,7%, а специфичность - 90,9%. На основании данной формулы в будущем будут созданы соответствующая компьютерная программа и оценочная шкала.

**Выводы.** Установлены основные, наиболее значимые предикторы летального исхода при лептоспирозе. Создана модель для предсказания возможного летального исхода при лептоспирозе, которая характеризуется высокой специфичностью и может быть использована в медицине для прогноза летальности.

*Пирматова М.А.*

## О НЕКОТОРЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ КОСТНОЙ ТКАНИ И ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абаули ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить некоторые аспекты метаболических изменений со стороны костной ткани и печени при гиперпролактинемии

**Материал и методы.** Обследовано 130 больных с диагнозом «гиперпролактинемия» (ГПРЛ), среди них 90 женщин и 40 мужчин, средний возраст которых составил  $30,3 \pm 1,0$  лет. Обследование пациентов включало уточнение уровней гормонов, содержания витамина D (25-ОН-гидроксикальциферол, 25-ОН-Д), а также маркеров костного метаболизма (остеокальцин (ОК) и С-терминальный телопептид (СТх)). Функциональное и морфологическое состояние печени оценивали общепринятыми методиками. Биопсия печени проводилась у 9 больных под ультразвуковым контролем. Всем больным исследовали минеральную плотность костной ткани (МПКТ) при помощи двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Контрольная группа составила 30 здоровых лиц (15 муж. и 15 жен.) в возрасте  $28 \pm 1,3$  года. Анализ полученных данных проводили на ПК с помощью прикладной программы «Statistica 6.0».

**Результаты.** В процессе проведенной денситометрии снижение плотности костной ткани выявлено у 47 (36,4%) больных, из них 13 (27,7%) мужчин и 34 (72,3%) женщины. В ходе обследования выявлена остеопения у 41 (31,7%) больного (из них 12 муж. и 29 жен.), остеопороз - у 6 (4,6%) пациентов (из них 1 муж. и 5 жен.).

Показатели уровня остеокальцина у больных с ГПРЛ были достоверно снижены, по сравнению с лицами контрольной группы, и составили  $13,1 \pm 1,1$  и  $18,9 \pm 1,8$ , соответственно ( $p < 0,05$ ). Уровень же С-терминального телопептида значительно превышал группу контроля -  $0,85 \pm 0,09$  и  $0,37 \pm 0,03$  соответственно. Была выявлена прямая корреляция между уровнем пролактина и СТх ( $r = 0,5284$ ;  $p < 0,05$ ) и обратная зависимость между пролактином и ОК ( $r = -0,4015$ ;  $p < 0,05$ ). Отмечена четкая зависимость показателей МПКТ и маркеров костного ремоделирования. Также

у больных с гиперпролактинемией выявлено значительное снижение уровня витамина D, по сравнению с лицами контрольной группы ( $31,6 \pm 1,4$  и  $42,8 \pm 2,2$  соответственно) ( $p < 0,001$ ). В процессе обследования у 61 (46,9%) больного с ГПРЛ выявлена избыточная масса тела и ожирение. При оценке состояния печени больных с ГПРЛ, по данным УЗИ, жировая дистрофия была выявлена у 52 (40%) пациентов, причём у 45 (34,6 %) из них наблюдалась избыточная массы тела и ожирение, а у 7 (5,4%) выявленных – ИМТ был в пределах нормы. Обнаруженная при этом гиперэхогенность встречалась у 43 (33,1%) больных, умеренная же гепатомегалия - у 34 (26,1%) пациентов с гиперпролактинемией. Наряду с этим наблюдалось повышение АЛат и АСаТ, выявленное у 41 (31,6%) пациентов, имеющих избыточную массу и ожирение, и лишь у 5 (3,8%) лиц с ГПРЛ и нормальной массой тела. Нами изучены биоптаты печени у 9 больных гиперпролактинемией с сонографическими признаками стеатоза. При микроскопии выявлены различные степени жировой дистрофии гепатоцитов. При минимальной и средней степенях жировой инфильтрации дольковое и балочное строение печени было сохранено, гепатоциты без резкого полиморфизма, цитоплазма мелкозернистая с четкими межклеточными границами и нормохромными ядрами. Портальные тракты были без особых изменений. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что поражение печени у пациентов с ГПРЛ и избыточной массой протекает по типу неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) различной степени.

**Выводы.** Изменения костной ткани при гиперпролактинемии выражаются в снижении МПКТ, коррелируют с повышением уровня С-терминального телопептида и снижением уровня остеокальцина, с развитием остеопенического синдрома. Гиперпролактинемия сопровождается в 40% случаев развитием неалкогольной жировой дистрофии печени на фоне наличия избыточной массы тела и ожирения.

*Пирназарова М.М., Исмоилзода С.С., Достиев У.А.*

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХБП В АССОЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка показателей качества жизни пациентов с сахарным диабетом (СД-2 типа) после аллотрансплантации почки с применением опросника SF-36.

**Материал и методы.** Обследованы 26 больных с СД-2 типа, осложненным ХБП (vст), находившихся на программном гемодиализе за период 2010-2018 гг. Среди них 9 женщин (34,6%) и 17 мужчин (65,3%). Медиана возраста составила 55 (35;74) лет. Средний индекс массы тела (ИМТ) 27 (18,5;35,5) кг/м<sup>2</sup>. Продолжительность заболевания к моменту трансплантации колебалась от 10 до 25 лет, медиана составила 17,5 (10;25) года. Заместительную почечную терапию получал 21 пациент (80,7%) в виде программного гемодиализа. Продолжительность получаемой заместительной почечной терапии варьировала от 1 до 72 месяцев, медиана составила 4 (1,5; 35) месяца. Трансплантацию до начала заместительной почечной терапии диализными методами удалось выполнить 5 пациентам (19,2%). Всем больным была проведена операция родственной аллотрансплантации почки от живого донора. Показанием к пересадке почки являлась скорость клубочковой фильтрации 20 мл/мин и менее. Пациенты получали трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию. У 26 пациентов (100%) в качестве основного компонента иммуносупрессивной терапии использовали циклоспорин А. У 21 (88,6%) больного в качестве индукции применяли ингибитор интерлейкина-2 базиликсимаб, а у 5 (11,4%) – поликлональные антилимфоцитарные антитела.

**Результаты.** Оценка параметров качества жизни (физические, ролевые, социальные, психические и т.д.) у пациентов с СД-2 типа после трансплантации почек показала положительную динамику. Так, 85,4% пациентов, перенесших трансплантацию почек, не испытывали существенных ограничений при выполнении физических нагрузок (ходьба, подъём по лестнице, самообслуживание, переноска тяжести и т.п.). Параметры качества жизни тесно ассоциировались и с другими



показателями. Отмечалось снижение показателей АД у 88,4%, нормализация креатинина - у 83,5%, мочевины – у 78,1%, исчезновение отеков почти у всех больных. Существенным сдвигом были показатели СКФ - у 79,8%-99,1%, что отразилось на самочувствии больных.

**Выводы.** Показатели качества жизни пациентов после аллотрансплантации почки, оцененные по шкалам опросника SF-36, установили прямые корреляции с биохимическими и функциональными параметрами у больных с СД 2 типа. Улучшение качества жизни после трансплантации связано прежде всего с устранением уремии, гипопроотеинемии, стабилизацией гипертензии, и устранением осложнений со стороны дыхательной системы.

*Плескановская С.А.*

## ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ

Научно-исследовательский центр Государственного медицинского университета Туркменистана  
г. Ашхабад, Туркмениста

---

**Актуальность.** Доклиническая диагностика остается одним из самых сложных вопросов профилактики заболеваний в любой области медицины. В настоящее время в Израиле, США, России, Туркменистане ведутся интенсивные исследования по доклинической диагностике патологии внутренних органов. Эти исследования начаты в конце 80-х годов XX века и приобретают все большую актуальность.

Лейкоциты – лимфоциты и нейтрофилы - играют важнейшую роль в системе иммунологического надзора. Известно, что сенсibilизированные (т.е. «знакомые с антигеном») лейкоциты вызывают ускоренную дифференцировку тех клеточных рядов, которые реагируют на внедрение конкретного патогена. Наличие в циркуляции некоторого (физиологического) количества сенсibilизированных лейкоцитов является результатом процессов регенерации и поддержания гомеостаза как конкретного органа, так и организма в целом. При усиленной деструкции ткани, обусловленной развитием патологического процесса в том или ином органе, интенсифицируются процессы их обновления, в результате значительно увеличивается пул сенсibilизированных лейкоцитов.

**Цель.** На основании совокупности полученных автором данных и анализа современной литературы обосновать концепцию доклинической диагностики патологии внутренних органов и в их числе сердца при помощи иммунологических тестов.

**Материал и методы.** При выполнении исследований использованы общепринятые клинические (клинико-лабораторные, инструментальные) и иммунологические методы исследования. Основным методом иммунологических исследований – реакция торможения миграции лейкоцитов в модификации автора (Плескановская С., 1982). В целом выполнено более 20 тысяч исследований.

**Результаты.** Нами установлено, что степень сенсibilизации организма к тканевым антигенам, выражающаяся величиной пула сенсibilизированных лейкоцитов, находится в прямой зависимости от вида ткани, функциональной нагрузки на орган и его функциональных возможностей, от возраста и пола пациента на момент обследования. Установлено, что численность популяции сенсibilизированных лейкоцитов значительно увеличивается при воспалительных заболеваниях почек, поджелудочной и предстательной желез, яичников, желчного пузыря, легких, миндалин, а также при миокардитах и травматическом воспалении тканей глаза. Численность сенсibilизированных лейкоцитов снижается при склеротических и атрофических процессах в органах и тканях, их перерождении (малигнизации). Численность сенсibilизированных лейкоцитов коррелирует с результатами определения общепринятых клинико-лабораторных методов обследования как практически здоровых лиц, так и пациентов с заболеваниями или с подозрением на заболевание внутренних органов.

**Выводы.** Численность сенсibilизированных к тканевым антигенам лейкоцитов четко соответствует функциональному состоянию органа или ткани. Определение численности сенсibilизированных лейкоцитов может быть использовано в качестве доклинической диагностики патологии внутренних органов.

<sup>1</sup>Подпалов В.П., <sup>1</sup>Журова О.Н., <sup>1</sup>Сурунович Ю.Н., <sup>1</sup>Устинович Т.Н.,  
<sup>3</sup>Маханькова А.А., <sup>2</sup>Подпалова О.В.

## КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ И РАЗВИТИЕ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНСУЛЬТА И СМЕРТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

<sup>1</sup>УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

г. Витебск, Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

г. Минск, Беларусь

<sup>3</sup>УЗ «Ореховская участковая больница»

г. Ореховск, Беларусь

**Цель.** Изучить влияние коморбидной патологии на развитие новых случаев инфаркта миокарда, инсульта и смерти от болезней системы кровообращения (БСК) в городской неорганизованной популяции.

**Материал и методы.** С 2007/2008 по 2012/2013 гг. в г. Витебск проведено 5-летнее проспективное исследование. Методом случайных чисел из поликлиник №3 и №6 г. Витебска было отобрано 3500 лиц. Данные обследования вносились в разработанную регистрационную карту, включающую кардиологические опросники и опросники для оценки дыхательных нарушений, результаты инструментальных и лабораторных исследований. В ходе исследования регистрировались новые случаи инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК. Статистический анализ проводился с помощью SAS 6.12.

**Результаты.** По результатам 5-летнего проспективного исследования зафиксировано 70 новых случаев инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК. Определена связь развития новых случаев инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) ( $p < 0,05$ ), хронической сердечной недостаточностью ( $p < 0,001$ ), отеками нижних конечностей ( $p < 0,01$ ), стенокардией напряжения ( $p < 0,01$ ), артериальной гипертензией ( $p < 0,01$ ), перемежающаяся хромотой ( $p < 0,05$ ), уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности  $\leq 1,08$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), уровнем триглицеридов  $\geq 1,87$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), инфарктом миокарда ( $p < 0,05$ ), низкой физической активностью ( $p < 0,1$ ), наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям ( $p < 0,1$ ) независимо от пола и возраста. В результате множественного регрессионного анализа была получена многофакторная модель ( $df=7$ ;  $\chi^2$  Вальда=107,55;  $p < 0,001$ ), включающая ХОБЛ ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** На развитие новых случаев инфаркта миокарда, инсульта и смерти от БСК значимое влияние оказывает наличие коморбидной патологии.

*Полякова Е.О., Доценко Э.А.*

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Беларусь

**Цель.** Оценить качество жизни (КЖ) кардиологических пациентов, выявить факторы, ассоциированные с приверженностью к антигипертензивной терапии.

**Материал и методы.** Тест Мориски-Грина, опросник качества жизни SF-36, клиническая беседа, критерий Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** 48 пациентов участвовало в исследовании (мужчины и женщины старше 44 лет, уровень САД 140-179 мм рт.ст., ДАД до 100 мм рт.ст.). Пациенты разделены на группы: пациенты с низкой приверженностью к лечению; пациенты с высокой приверженностью к лечению. Пациентов с НПЛ - 61,1%, пациентов с ВПЛ - 38,9%.

Пациентов с АГ, ИБС, сахарным диабетом в 2-ой группе было больше, чем в 1-ой группе. Уровень АД у пациентов НПЛ был выше, чем в группе ВПЛ. Пациенты из группы НПЛ реже лечились, принимали антигипертензивные препараты.

Опросник SF-36 в общей выборке: снижение физического функционирования, снижение ролевого функционирования, высокие показатели психического компонента здоровья. У каждого третьего пациента отмечались проблемы с передвижением в пространстве, сильное ограничение движения отмечали 1,4%. 15,7% пациентов отмечали трудности при мытье и одевании, 2% обследованных нуждаются в посторонней помощи. Около 40% пациентов имели проблемы с выполнением повседневных дел, 4,5% затрудняются в выполнении данных дел. Каждый третий пациент не чувствует боли и дискомфорта, у 4% - выраженный болевой синдром. У пациентов группы НПЛ доля лиц с небольшой и сильной болью чаще по сравнению ВПЛ.

Большинство пациентов с ВПЛ отмечают небольшую тревогу и депрессию, каждый третий не жалуется на наличие тревоги и депрессии. Среди пациентов с НПЛ - доля пациентов с отсутствием и наличием небольшой депрессии сопоставима.

**Выводы.** У пациентов с НПЛ оценка КЖ снижена по всем шкалам. Резкие отличия по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, боли и социального функционирования. Каждый второй пациент с НПЛ отмечал ухудшение состояния здоровья за последний год, 77% лиц с ВПЛ отметили улучшение КЖ.

*Полякова Е.О., Доценко Э.А.*

## КОПИНГ-СТРАТЕГИИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА БГМУ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Изучить наличие различий в реагировании на стресс; выявить взаимосвязи между копинг-механизмами и спецификой структуры личности.

**Материал и методы.** Общий опросник; анкета по выявлению риска БСК; опросник депрессии Бека; гиссенский опросник соматических жалоб; опросник SCL-90; опросник SF-36; «Способы совладающего поведения» Лазаруса, методы математической статистики.

**Результаты.** Всего 171 студент (Мн=38, Жн=133, 5 групп в зависимости от наличия/отсутствия депрессии). Более 50% отмечают наличие болей в различных частях тела, усталость. 75% отмечают наличие стресса, связывают с учебой и психическим перенапряжением.

Депрессии выявлена более чем у 50% студентов. Баллы по шкале истощение намного выше среднего. Средние баллы опросника SCL-90 выше нормы практически по всем показателям, ситуация значительно усугубляется по мере утяжеления депрессии. По SF-36 у студентов в пределах нормы показатели ФЗ. Происходит снижение показателей ПЗ по мере утяжеления депрессии на фоне сохранения показателей физического функционирования.

При отсутствии депрессии преобладают копинг-стратегии: планирование решения проблем (ПРП), самоконтроль (С), принятие ответственности (ПО). При легкой депрессии: ПРП, ПО, С. При умеренной: ПО, ПРП, С. При выраженной: ПО, С, ПРП. При тяжелой: ПО, С, бегство-избегание.

**Выводы.** У 53% студентов проблемы во взаимоотношениях с родителями, с соседями. Отсутствует риск БСК у 3 студентов. У большинства отсутствует правильное питание и достаточная физическая активность,отягощена наследственность, избыточная масса тела.

Наличие депрессии выявили более чем у половины студентов. Даже при отсутствии депрессии баллы по шкале истощение намного выше среднего.

У студентов с выраженной и тяжелой депрессией весьма снижены показатели по шкалам ПЗ.

Выявлены различия в копинг-стратегиях. У студентов с тяжелой депрессией существует краткосрочный эффект предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта, что в дальнейшем ведет к накоплению трудностей.

*Полякова Е.О., Доценко Э.А.*

## СОСТОЯНИЕ ТРЕВОГИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ПАЦИЕНТОВ, У КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Выявить особенности состояния тревоги у пациентов с АГ и без нее.

**Материал и методы.** Шкала Ч.Д. Спилбергера; шкала Дж. Тейлора; опросник А.Т. Бека; методика института им. В.М. Бехтерева ТОБОЛ; методы статистической обработки эмпирической информации.

**Результаты.** Всего 35 пациентов с АГ и пациенты без нее,  $M_n=20$ ,  $J_n=15$ , средний возраст  $47,2 \pm 3,7$  лет.

К профилю «Тревожный» относятся 43% пациентов КГ, 40% пациентов с АГ. Среди пациентов с АГ и без нее преобладают «эргопатический», «тревожный» и «смешанный» профили. К «диффузному» типу относится 4% пациентов КГ, с АГ 6,71%. К «гармоничному» типу 10% пациентов КГ и 6,61%, страдающих АГ.

Степень выраженности «лёгкой депрессии» 10% у пациентов КГ и 6% у пациентов с АГ, «умеренная депрессия»: 27% среди КГ, 40% пациенты с АГ, «выраженная депрессия»: 47% среди КГ, 37% среди страдающих АГ, по 16% с «тяжёлой депрессией».

На уровне «низкой тревожности» оценили состояние 5,02% КГ, 30% пациентов с АГ, «умеренная тревожность» - 36,89% в КГ и 42,99% гипертоников, «высокая тревожность» у 60% КГ, у страдающих АГ 27%. Среди КГ «высокая» личностная тревожность у 25% пациентов, у пациентов с АГ в 66%. «Умеренная» личностная тревожность в КГ у 25%, у страдающих АГ 27%. «Низкая» личностная тревожность у 50% КГ, у 7% пациентов с АГ.

В КГ более выражена реактивная тревога, чем у пациентов с АГ. Личностная тревожность более свойственна группе с АГ. В КГ выше значения анозогностического типа, неврастенического типа.

**Выводы.** Среди гипертоников уровень депрессии выше, чем в КГ. Реактивная тревожность переживается пациентами с АГ одинаково, уровень личностной тревоги находится в области высокого и очень высокого уровня. В КГ: высокий уровень реактивной тревоги; «высокий» уровень личностной тревожности свойственен гипертоникам, у пациентов без АГ личностная тревожность находится на «низком» или «умеренном» уровне. Основные факторы риска гипертоников: общая тревожность, чувство опасности; пациентов КГ: реакции в конкретных ситуациях.

*Полякова Е.О., Доценко Э.А.*

## ФАКТОРЫ РИСКА И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК МАРКЕРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ИБС

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

---



**Цель.** Изучить поведенческие, психологические факторы, связанные с возникновением и течением ИБС.

**Материал и методы.** «Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости»; самооценка уровня тревожности Спилбергера–Ханина; госпитальная шкала HADS; опросник депрессии Бека, критерий Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** 59 пациентов 60-75 лет с ИБС, две группы в половозрастном аспекте (группа 1 - 29 мужчин, группа 2 - 30 женщин). У женщин более высокая степень стрессовой нагрузки (80,37% против 46,9%); преобладает наследственность (40,17% против 26,79%).

Тип А встречается в группе женщин в 20,01%, в группе мужчин не отмечался. Лица со склонностью к типу Б в группе женщин в 19,88%, мужчин - 44,89%.

В группе мужчин и женщин: низко-тревожных 5,04% и 4,99%, умеренно-тревожных 49,68% и 54,11%, высоко-тревожных 44,98% и 39,97%. Личностная тревожность у мужчин и женщин: умеренно-тревожных 55,01% и 44,99%, высоко-тревожных 45,03% и 54,97%. Большая частота субклинического уровня тревожности у женщин (44,77% против 14,87%).

В группе мужчин связь между личностной и госпитальной тревожностью ( $r_s = 0,65$ ;  $p < 0,05$ ). В группе женщин ( $p < 0,05$ ): реактивная и личностная тревожность ( $r_s = 0,57$ ); реактивная и госпитальная тревожность ( $r_s = 0,57$ ); реактивная тревожность и госпитальная депрессия ( $r_s = 0,60$ ); личностная тревожность и госпитальная депрессия ( $r_s = 0,61$ ); госпитальная тревожность и госпитальная депрессия ( $r_s = 0,67$ ).

**Выводы.** Значение в развитии тревожно-депрессивных расстройств: тяжелые болезни родственников, смерть близких, одиночество. Факторы риска: низкий уровень доходов, физической активности, низкий уровень поддержки в семье; социальная изоляция.

У женщин более высокие количественные значения теста "Оценка типа стрессоустойчивости", увеличение частоты реагирования на стресс по типу А, более частое развитие субклинической формы госпитальной тревожности.

Усиление структуры функциональных связей между исследованными индикаторами существенно изменяет социальные возможности данной категории лиц.

*Раджабзода М.Э., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф., Табаров А.*

## КИНИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить степень изменений показателей калликреин-кининовой системы (ККС) крови у больных с различными формами ИБС.

**Материал и методы.** Материалом исследований послужило обследование 81 больного ишемической болезнью сердца, проходивших стационарное лечение в Кардиологическом центре г. Душанбе. Группу больных с инфарктом миокарда составили 40 пациентов. Группу больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) составили 37 пациентов со стенокардией напряжения II и III функциональных классов. Средний возраст пациентов 64,0±1,2 года. Контрольная группа - 25 практически здоровых лиц.

Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина, прекалликреина, А1-антитрипсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Сурувикина М.С., 2005). Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Stat plus».

**Результаты.** У больных со стенокардией в межприступный период показатели калликреина (КК), прекалликреина (ПКК) незначительно повышены и составляли соответственно 14,38±0,32 нмоль/л; 44,3±1,7 нмоль/л, существенно не отличаясь от показателей контрольной группы. Активность ингибиторов КК А-1 антитрипсина и А-2 макроглобулина также не имеет достоверных различий с контрольной группой и составила 5,15±0,26 ие/мл и 22,15±0,45 ие/мл соответственно. Достоверные изменения со стороны кининовой системы крови регистрируются у больных с инфарктом миокарда,

что выражено двукратным увеличением КК ( $28,34 \pm 1,32$  нмоль/л), по сравнению с контрольными показателями. Уровень кининообразующего фактора (ПКК) снижается до  $21,23 \pm 0,2$  нмоль/мл. Аналогичная картина наблюдается по отношению к ингибиторной ёмкости, которая выражается в снижении А-1 ангирипсина до  $16,45 \pm 0,31$  ие/мл и А2 –макроглобулина  $3,3 \pm 0,12$  ие/мл.

Результаты исследований свидетельствуют, что задолго до развития инфаркта миокарда у больных со стенокардией регистрируется повышенная активность ККС. Это выражается в увеличении КК, снижении кининообразующего компонента ПКК и снижении ингибиторной емкости КК. Состояние массивного кининогенеза, значительное снижение ингибиторной активности КК с первых дней заболевания являются прогностически неблагоприятными признаками и могут быть следствием развития стойкой гипотензии, шока и других осложнений инфаркта миокарда.

**Выводы.** Организация кининовой системы крови, позволяющая быстро реагировать и контролировать метаболизм, может быть использована в практической деятельности. Изменения кининов системы крови (быстрое и массивное их образование, а также быстрое их исчезновение) в биохимической регуляции могут быть предиктором инфаркта миокарда. В практической деятельности кардиолога исследование содержания кининов в крови представляется весьма трудоёмким и дорогостоящим анализом, но вполне оправдывает себя в тактике ведения пациентов с длительными и хроническими формами стенокардии с целью доклинической диагностики инфаркта миокарда, а также профилактики инфаркта миокарда и его осложнений с помощью своевременной и адекватной коррекции калликреин-кининовой системы крови.

*Раджабзода М.Э., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф., Табаров А.*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА СРЕДНЕГОРЬЕ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время чаще рассматриваются вопросы влияния высокогорного климата и гипоксии в рамках оптимального развития адаптационных механизмов организма. Среди множества экстремальных факторов горного климата на первый план выступает гипоксия. Среди многих практических врачей распространено мнение только о патологическом влиянии гипоксии на организм человека. В наши дни возникает необходимость изучения влияния различной степени высокогорной гипоксии в лечебно-профилактическом аспекте.

**Материал и методы.** Для выяснения механизма лечебного эффекта природно-климатических факторов среднегорного климата обследована группа больных ИБС (37 чел.) в возрасте 60-65 лет, коренных жителей низкогорья (20 мужчин, 17 женщин). Жители в течение 30 дней находились в условиях среднегорного курорта «Ходжаобигарм». За время пребывания на курорте принимали 12-14 парорадонных ванн в течение 15-17 мин при температуре  $37-38^{\circ}\text{C}$ . В качестве контрольной группы служили практически здоровые жители низкогорья (30 чел.) того же возраста (высота 860 метров над уровнем моря).

Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Stat plus».

**Результаты.** В условиях среднегорного курорта «Ходжаобигарм» пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, прилив жизненных сил, повышение работоспособности, улучшение сна.

Со стороны липидного обмена наблюдается тенденция понижения уровня общего холестерина, по сравнению с первыми днями пребывания на курорте и контрольными величинами, соответственно  $4,67$  и  $4,34$  ммоль/л. Уровень лецитина был достоверно повышен, по сравнению с контрольной группой, и существенных изменений не претерпевал. Заметная динамика наблюдается со стороны липопротеидов. В первые дни на курорте уровень В-липопротеидов составил  $84,2 \pm 1,3\%$ , А-липопротеидов  $15,8 \pm 1,2\%$ . К концу пребывания на курорте уровень В-липопротеидов понизился до  $77,4 \pm 1,4\%$ , а уровень А-липопротеидов повысился до  $22,6 \pm 1,3\%$ . Повышенным оказался коэффициент В/А-липопротеиды, составляя до лечения  $3,3 \pm 0,2\%$ , а к концу лечения снизился до  $2,7 \pm 0,3\%$ . Пребывание на курорте положительно отразилось и на коэффициенте прочно связанного с белками холестерина

(КПСБХ), составляя в первые дни 72,2, а на 28-30 день - 74,6. Уровень лецитина был достоверно понижен, по сравнению с контрольной группой.

Исследование состояния окисления липидов показало значимое снижение концентрации самого токсичного продукта перекисного окисления липидов - малонового диальдегида, который в динамике снизился с  $14,3 \pm 0,23$  нм в мл эритроцитов до  $11,9 \pm 0,18$  нм в мл эритроцитов, а также диеновых конъюгат. На фоне снижения промежуточных и конечного продукта перекисного окисления липидов повышается активность фермента, характеризующего состояние антиоксидантной защиты организма -  $720,3 \pm 11,3$  усл. ед.

**Выводы.** Благоприятное влияние природно-климатических факторов среднегорья характеризуется усилением антиоксидантной защиты в сочетании со снижением концентрации продуктов перекисного окисления липидов, т.е. умеренной её активацией. Следовательно, среднегорные природно-климатические факторы можно рекомендовать как средство реабилитации для пациентов с различной патологией, а также практически здоровым лицам с целью повышения резистентности организма.

*Раджабзода М.Э., Одинаев Ш.Ф., Вильданшин Д.К.,  
Солиев Ф.Г., Саидова О.К.*

## КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВАЯ СИСТЕМА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЖИТЕЛЕЙ НИЗКОГОРЬЯ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** В настоящее время не является дискуссионным влияние не только факторов риска различных болезней, но и природно-климатических условий на патогенетические механизмы болезней. В этом плане климато-географические условия, в частности высота проживания, имеют немаловажное значение. Известно, что с подъёмом на высоту на организм человека оказывает влияния комплекс факторов, характерных для высокогорья, ведущим из которых является в различной степени выраженности высотная, гипобарическая гипоксия. Результаты многолетних исследований выявили сдвиги в организме здоровых и больных различными заболеваниями, расцениваемые как адаптационные к условиям высотной гипоксии.

Следует отметить, что в процессах адаптации к гипоксии значительная роль принадлежит механизмам регуляции гемодинамики, микроциркуляции и транскапиллярного обмена, процессам свертывания и потивосвертывания крови.

**Цель.** Исследование калликреин-кининовой системы крови, играющей ведущую роль в регуляции макро- и микроциркуляторной гемодинамики и транскапиллярном обмене, свертывающей системе крови.

**Материал и методы.** В данном сообщении представлены результаты исследований основных компонентов кининовой системы крови (калликреина, прекалликреина, кининогена и их ингибиторов –  $\alpha$ -анти-трипсина,  $\alpha 2$ -макроглобулина) у 86 больных ишемической болезнью сердца, жителей низкогорья (высота 860-880 м над уровнем моря, г. Душанбе) Таджикистана методом М.С. Сурувикиной (1981).

**Результаты.** Концентрация калликреина у больных ишемической болезнью сердца у жителей низкогорья достоверно выше, чем у здоровых жителей этих же высот (соответственно  $20,1 \pm 1,2$  и  $12,8 \pm 0,3$  ммоль/л.).

Концентрации кининообразующего фермента прекалликреина были достоверно снижены, по сравнению с контрольной группой (соответственно  $21,6 \pm 0,7$  и  $42,5$  ммоль/л) у больных ишемической болезнью сердца - жителей низкогорья.

Ингибиторные ёмкости калликреина и прекалликреина у жителей низкогорья с ИБС оказались сниженными, в сравнении с контрольными ( $\alpha$ -антитрипсин  $18,2 \pm 0,5$ ;  $22,5 \pm 0,9$  ие/л контр,  $\alpha 2$ -макроглобулин  $5,1 \pm 0,6$  и  $6,08 \pm 0,5$  ммоль/л у лиц контрольных групп).

Наблюдаемое нами повышение концентрации калликреина, снижение концентрации кининообразующего фермента прекалликреина, снижение концентрации их ингибиторов  $\alpha$ -антитрипсина и  $\alpha 2$ -макроглобулина свидетельствуют об активации кининовой системы у больных ишемической болезнью сердца, жителей низкогорья (усиленный кининогенез), чему способствует и снижение активности кининразрушающих ферментов.

**Выводы.** Сбалансированное состояние кининов у здоровых жителей низкогорья нарушается при ишемической болезни сердца, и сдвиги в кининовой системе направлены на поддержание нормального баланса.

Раджабзода М.Э., Файзуллоев Х.Т.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОРАСЕМИДА (МИДАТОР) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Сравнительное определение клинической эффективности торасемида и фуросемида у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** В исследование были отобраны 40 больных ИБС, осложненной ХСН (20 мужчин и 20 женщин), поступивших на стационарное лечение в связи с прогрессированием патологии. Средний возраст пациентов составил  $62,1 \pm 6,24$  года.

Наиболее частым клиническим проявлением ИБС являлась стенокардия напряжения II-III функциональных классов - 13 пациентов (43,3%), у 3 (20,6%) больных имелась нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда в анамнезе встречался у 12 человек. У всех пациентов была выявлена артериальная гипертензия. Степень выраженности ХСН у 28 обследованных соответствовала III функциональному классу (ФК) по NYHA, а у 12 диагностирован IV ФК.

Всем больным проводились основные лабораторные и инструментальные методы исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, биохимические анализы крови).

Для наблюдения были сформированы две группы по 20 больных. Все больные получали стандартную терапию, включавшую диуретики - фуросемид (98,2%),  $\beta$ -адреноблокаторы (85,4%), статины (20,7%), аспирин (85,1%), нитраты (51,3%), антагонисты кальция (10,2%). Больным основной группы, помимо стандартной терапии, назначали торасемид (мидатор) в дозе 10 мг на приём внутрь в течение 30 дней наблюдения.

**Результаты.** Торасемид (мидатор) в терапии оказался более эффективным 58,1% пациентов, по сравнению с фуросемидом. Частота сердечных сокращений в процессе наблюдения в обеих группах значимо не отличалась. При приёме лекарства побочных эффектов зафиксировано не было.

Функциональный класс ХСН достоверно снизился в обеих группах, но степень его уменьшения была более выражена в группе, принимающей торасемид. В динамике также наблюдалось улучшения клинического состояния, увеличение фракции выброса в группе больных, дополнительно получивших торасемид (от  $57,4 \pm 7,45$  до  $59,6 \pm 1,32\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Препарат торасемид при включении в базисную терапию у больных с ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью, оказывает благоприятное воздействие на основные показатели функции миокарда и клиническое состояние пациентов, что улучшает качество их жизни.

Райхонов Ш.Н., Ходжиев С.Х.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОНТРУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Наметившаяся тенденция увеличения частоты и тяжести течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) и смертности населения от этого осложнения диктует



необходимость поиска новых методов лечения. Лечение ХСН на фоне артериальной гипертензии остаётся актуальной задачей современной медицины. В структуре смертности ХСН занимает одно из ведущих мест. Несмотря на определенные достижения в вопросах диагностики и лечения ХСН, прогноз у этих больных до настоящего времени остаётся неблагоприятным. Уже через год после развития этого осложнения в живых остаются 50-60% больных, лишь меньшая часть переживает 5-летний период. В 30-40% случаев смерть наступает внезапно. С появлением признаков ХСН резко ухудшается качество жизни и работоспособность больных. В связи с этим в последнее время при лечении больных с ХСН все более широкое применение находят новые методы вспомогательного лечения.

**Цель.** Изучить возможность и эффективность метода наружной контрпульсации у больных с ХСН на фоне артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Обследовано 136 пациентов, мужчин – 53, женщин - 83 в возрасте от 35 до 65 лет. Среди обследованных ИБС, стенокардия напряжения II-III функциональных классов имела у 73 больных, артериальная гипертензия – у 63. Была изучена клиника ХСН на фоне артериальной гипертензии. Для исследования были отобраны больные с ХСН II-III функциональных классов (NYHA) с исходной фракцией выброса (ФВ) ниже 45%, а также больные артериальной гипертензией с исходной фракцией выброса 48%. Всем пациентам проведена наружная контрпульсация (The P- ECP/PI Exteral Counterpulsation with SpO<sub>2</sub>) от 8 до 12 сеансов.

**Результаты.** Исследования показали что под влиянием сеансов наружной контрпульсации, начиная с 8-го сеанса лечения, состояние больных существенно улучшалось. Увеличились ФВ левого желудочка, его диастолическая функция. Структурно-функциональный анализ ЭхоКГ данных показал, что ФВ, конечно-систолический и конечно-диастолический размеры имели заметную положительную динамику, у мужчин ФВ выросла до 48%, у женщин - до 51%.

**Выводы.** Наружная контрпульсация в составе комплексной терапии оказывает благоприятное влияние на центральную гемодинамику. Отмечается развитие ремоделирования миокарда, что способствует повышению толерантности к физической нагрузке.

*Расулов У.Р., Джамолова Р.Д., Рахмонова О.Д., Рахмонов Д.Т.*

## НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить особенности течения бронхиальной астмы (БА) с гипертонической болезнью и выбрать наиболее целесообразные препараты при лечении артериальной гипертензии у больных БА.

**Материал и методы.** В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» под нашим наблюдением находилось 40 больных в возрасте от 45 до 75 лет, 31 мужчина и 9 женщин, с подтвержденным диагнозом БА. Контрольную группу составили 30 больных БА в возрасте от 45 до 75 лет, среди них мужчин – 25, женщин – 5, без сопутствующей артериальной гипертензии. Гипотензивная терапия проводилась препаратом «верапамил» в дозе 160 мг/сут.

Всем больным проводились клинико-лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, коагулограмма) и инструментальные (рентгенография грудной клетки, функция внешнего дыхания (ФВД), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ)) методы исследования. Критериями исключения были наличие бронхиальной астмы, симптоматической гипертензии, тяжёлые нарушения ритма, инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе.

**Результаты.** У 40 больных БА, сочетанной с артериальной гипертензией, была изучена динамика бронхиальной проходимости (по клиническим данным, показателям функции внешнего дыхания), а также профиля артериального давления на фоне двухнедельной традиционной бронхолитической, противовоспалительной и гипотензивной терапии.

У 36 пациентов в возрасте 49-75 лет в клинической картине наряду с симптомами БА отмечено наличие головных болей, тяжести в голове, шум в ушах, головокружения, сердцебиения, бессонницы, повышения цифр АД (систолическое АД свыше 140 мм рт. ст., диастолическое свыше 90 мм рт. ст.). Выраженная одышка наблюдалась у 48% больных, что связано с наличием сердечной астмы. При исследовании сердца у 68% больных отмечались: усиленный приподнимающий верхушечный толчок, смещение сердечной тупости влево, аускультативно – акцент II-го тона над аортой.

У 12 больных контрольной группы в возрасте 45-75 лет наряду с симптомами БА также отмечались головные боли, головокружение, сердцебиение, которые были связаны с гипоксическим состоянием и атеросклеротическими изменениями головного мозга.

Изучали показатели ФВД в обеих группах: жизненную ёмкость лёгких (ЖЕЛ), форсированную жизненную ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). В 1 группе больных ЖЕЛ составляла  $63,31 \pm 2,60$ , а во 2 группе  $70,08 \pm 2,40$ . ФЖЕЛ у больных 1 группы была  $55,2 \pm 2,09$ , у больных 2 группы  $61,2 \pm 1,1$ . У больных 1 группы ОФВ1 составлял  $52,2 \pm 1,2$ , а у больных 2 группы ОФВ1 -  $57,1 \pm 2,3$ . Следовательно, у пациентов всех групп имелись нарушения бронхиальной проводимости, но при БА, сочетанной с гипертонической болезнью, отмечались резкие изменения бронхиальной проводимости.

Эффективность антигипертензивной терапии контролировалась измерениями АД в дневное время. Верапамил продемонстрировал хорошую переносимость и безопасность у больных БА с сопутствующей гипертонической болезнью вне зависимости от степени выраженности бронхообструктивного синдрома. Побочных явлений, потребовавших отмены препарата, отмечено не было.

**Выводы.** Полученные нами данные исследования определяют целесообразность применения препарата верапамил больными обструктивными заболеваниями лёгких и артериальной гипертензией.

*Расулов У.Р., Назарова М.К.*

## ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЕЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить особенности клинических проявлений, взаимоотношающего влияния хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

**Материал и методы.** В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами обследовано 60 больных в возрасте 45-80 лет, 22 мужчины, 38 женщин с подтверждённым диагнозом ХОБЛ с ГЭРБ и АГ. Больные были разделены на две группы. В первую группу было включено 30 больных с диагнозом ХОБЛ с ГЭРБ. Вторую группу составили 30 больных с ХОБЛ с ГЭРБ и АГ.

В комплекс общеклинических исследований входили: данные объективного осмотра и обследования больных, инструментальными методами исследования, измерение пиковой скорости форсированного выдоха - ПСВ (с помощью пикфлоуметра), рентгенография лёгких, ФВД, ЭГДС, ЭКГ и лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, исследование мокроты и др).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики, вычислялись средние арифметические значения, среднеквадратическая ошибка средней (M и m соответственно), достоверность различий между средними величинами и частотой встречаемости признаков (t) определяли на компьютере типа «Pentium 166», вероятность ошибки - по таблице Фишера-Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Наши наблюдения показали, что у больных ХОБЛ с ГЭРБ, ХОБЛ с ГЭРБ и ГБ имеются различные показатели. В клинической картине у больных 1 группы преобладали: одышка (80%; n=24), кашель (93,3%; n=28), отрыжка (53,3%; n=16), изжога (53,3%; n=16), слабость (63,3%; n=19), боли в области грудной клетки (60%; n=18) больных.

В клинической картине у больных 2 группы преобладали: одышка (96,6%; n=29), кашель (100%; n=30), отрыжка (80%; n=24), изжога (83,3%; n=25), слабость (76,6%; n=23), боли в области грудной клетки (93,3%; n=28). При оценке частоты возникновения обострений ХОБЛ у больных с изолированным ХОБЛ более чем в половине случаев выявлены обострения 2 раза в год (33,3%), чем в группе с сопряженной патологией (46,6%), где чаще выявлены обострения - 3, (изолированный ХОБЛ (50%) в группе же с сопряженной патологией (66,6%), (изолированный ХОБЛ (76,6%), в группе с сопряженной патологией (93,3%) - 4 раза в год.

**Выводы.** Клиническая картина ХОБЛ, ГЭРБ при сочетании с гипертонической болезнью характеризуется более тяжелым течением в виде увеличения частоты ежегодных обострений, усугубления вентиляционных нарушений, нарастания степени дыхательной недостаточности, легочной и артериальной гипертензии.

*Раупова Ш.А., Усмонова Н.А., Косимов М.С.*

## ПРИЧИНЫ НЕАДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии  
г. Худжанд Согдийской области, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка уровня знаний больных о своем заболевании и адекватность терапии артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Проведен анамнестический анализ группы из 200 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении артериальной гипертензии Согдийского областного центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии по поводу артериальной гипертензии II-III степеней, риск 3-4 в возрасте от 30 до 70 лет. Основное внимание было уделено факторам риска, вопросам лечения (препараты, следование советам врача) и профилактики (регулярность и правильность измерения артериального давления, образ жизни) артериальной гипертензии.

**Результаты.** Средний возраст 200 отобранных для анализа больных составил  $53,5 \pm 5,5$  лет. Мужчин было 42%, женщин - 58%. Средний уровень систолического АД составил  $170,5 \pm 10,5$  мм рт.ст., диастолического -  $100 \pm 5,5$  мм рт.ст. Выяснилось, что только 41% больных регулярно принимали гипотензивные препараты, 35% - только при повышении артериального давления, 17% считали правильным курсовое лечение, а 7% больных впервые узнали о своем заболевании и до этого гипотензивные препараты не принимали. При выборе лекарственных препаратов, снижающих артериальное давление, 49% больных с АГ лечились ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, 17% - бета-адреноблокаторами, 24% - антагонистами кальция, 6% - диуретиками, 4% - препаратами центрального действия. Подавляющее большинство пациентов (65%) в качестве лечения использовали монотерапию, остальные 35% - комбинированную. У 56% больных отмечалось превышение нормальной массы тела, только 17% из опрошенных знали о повышении холестерина в крови. Большинство больных (83%) при поступлении в стационар не знали своего уровня холестерина и, соответственно, не получали лекарственные препараты, снижающие уровень липидов крови. 85% пациентов не курили, более 80% не употребляли алкоголь или употребляли изредка.

**Выводы.** Анализ изученных больных показал, что большинство из них не получали должных врачебных рекомендаций по лечению артериальной гипертензии. Одной из главных причин неадекватного лечения АГ являлась низкая приверженность к терапии (комплаентность). Пациенты не выполняли предписанные рекомендации по изменению образа жизни, нерегулярно принимали назначенные препараты или вообще самостоятельно прекращали лечение после стабилизации АД. В таких условиях подобранная врачом терапия не обеспечивала желаемого эффекта.

Рафиев Ф.Р., Рахмонов Д.А., Султанов Д.Д.

## ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Анализ результатов инструментальных методов исследования и обоснование показаний к хирургическому лечению синдрома рудиментарного шейного ребра (СРШР).

**Материал и методы.** Рудиментарное шейное ребро (РШР) наблюдались у 47 больных. Преобладали женщины – 38, мужчин было 9. Средний возраст составил  $29,3 \pm 0,93$  года. У всех больных рентгенологически диагностировано наличие РШР длиной до 2,5 см. Для диагностики РШР проводились функциональные тесты, рентгенография и КТ. Кровообращение конечности исследовали методом УЗДАС. Неврологические нарушения верифицировались электронейромиографией (ЭНМГ).

**Результаты.** У всех пациентов с РШР превалировала неврологическая симптоматика заболевания, сосудистые нарушения не отмечались. Анатомические предпосылки для оперативного лечения были следующие: расположение утолщенного ребра между тремя первичными стволами плечевого сплетения; сращения их со всех сторон с мышцами; суженное пространство вокруг ребра. Неврологические тесты были положительными у всех больных. Проба Эдсона и Райта были отрицательными.

У 13 больных отмечались выраженные гипотрофии мышц кисти. У 32 (68,8%) больных имелась картина вторичного синдрома Рейно. При УЗДГ в дистальных артериях верхних конечностей отмечено достоверное снижение ( $P < 0,05$ ) кровотока за счет спазма периферических артерий. Мы сравнивали показатели ЭНМГ срединного и локтевого нервов у 20 больных с нормальными показателями. Выявлено достоверное ( $P < 0,05$ ) снижение проводимости по чувствительным волокнам (СПИ афф.) локтевого и срединного нервов обеих верхних конечностей. Также проводимость по двигательным волокнам (СПИ эфф.) была достоверно снижена. Количество двигательных единиц (ДЕ) было уменьшено, при этом средние показатели ДЕ с обеих сторон составляли  $234,0 \pm 82,2$  и  $219,0 \pm 63,1$  соответственно, а в норме –  $307,0 \pm 39,2$  ( $P < 0,05$ ). Максимальная амплитуда М-ответа была сниженной. Вышеизложенные неврологические нарушения явились показанием к операции. Всем больным выполнена резекция РШР. Осложнения после вмешательств в 10,6% случаев обусловлены посттравматическим брахиоплекситом, которые на фоне лечения регрессировали. Летальных исходов не было. Эффективность операции отмечена у 89,4% больных.

**Выводы.** Обоснованием для хирургического лечения синдрома рудиментарного шейного ребра являлись: рентгенологически установленное его наличие, признаки компрессии нервов по данным ЭНМГ и клинические признаки неврологических нарушений.

<sup>1</sup>Рафиев Ф.Р., <sup>2</sup>Садуллозода Д.Н., <sup>1</sup>Камолов А.Н.,  
<sup>2</sup>Кутбеддинов Х.С., <sup>1</sup>Холов С.К.

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ МО РТ

<sup>1</sup>Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
<sup>2</sup>Центральный военный госпиталь Министерства обороны Республики Таджикистан  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить возможности выполнения флебэктомии в условиях военного госпиталя.

**Материал и методы.** Специализированная хирургическая помощь в военном госпитале оказана 90 пациентам с варикозной болезнью (ВБ), проходивших срочную службу в рядах вооружен-



ных сил Министерства обороны Республики Таджикистан (МО РТ) с 2015 по 2018 гг. У больных в момент прохождения призывной комиссии имелись ретикулярные изменения подкожных вен или же сегментарные флебэктазии. Ни одному пациенту не была рекомендована консультация специалиста-флеболога. В течение 3 – 6 месяцев прохождения службы наблюдалось прогрессирование заболевания, что было обусловлено физической нагрузкой и боевой подготовкой. По классификации СЕАР, ВБ у подавляющего количества соответствовал С II – С III. По данным дуплексного ангиосканирования вен нижних конечностей выявлена несостоятельность остеального и поплетеального клапанов у 48 пациентов (53,3%), несостоятельность перфорантных вен голени - у 22 (24,4%) больных, смешанный патологический рефлюкс, как по основному стволу большой подкожной вены, так и по перфорантным венам отмечен у 10 (11,1%) больных.

**Результаты.** Все больные были оперированы в условиях хирургического отделения центрального военного госпиталя МО РТ. У 77 (85,5%) больных имело место ВБ бассейна большой и малой подкожных вен, которым выполнена комбинированная флебэктомия и надфасциальная перевязка перфорантных вен по Коккету. Остальным 13 (14,5%) пациентам, кроме флебэктомии, выполнена склерооблитерация ретикулярных вен. Осложнений и летальных исходов не было. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего прохождения военной службы, с рекомендациями компрессионной терапии и использования флеботоников в последующие 3 месяца. При контрольных осмотрах в различные периоды, отличий в качестве прохождения военной службы от таковых с другими военнослужащими не отмечалось.

**Выводы.** При наличии специальных инструментариев и подготовленного флеболога оперативные вмешательства по поводу варикозной болезни возможно выполнять в условиях военного госпиталя. На фоне компрессионной терапии отличий в качестве прохождения военной службы среди оперированных солдат не наблюдалось.

*Рахимзода Х.Б., Рахмонов Х.Э.*

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРЦА**

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение факторов и степени приверженности к рекомендуемой терапии больным с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, как показатель эффективности и прогрессирования течения болезни и госпитализации

**Материал и методы.** Проведено исследование за состоянием 210 больных, наблюдавшихся в условиях поликлиники центра, по поводу приверженности к терапии. Из них женщин составило 96 больных 48%, со средним возрастом  $64 \pm 4$  лет, мужчин 114 больных 53,2%, со средним возрастом  $58 \pm 6$  лет. Больные находились под диспансерным наблюдением в условиях консультативной поликлиники центра. Им было рекомендовано терапия в соответствии протоколам лечения ИБС с учетом сопутствующих патологий. Лечебная рекомендация больным предлагалась компьютерным шрифтом с указанием доз и длительности приёма. Наблюдение за состоянием больных проводилось участковыми врачами и врачами отделения стационара в течение 1-года. Оценка приверженности проведена по шкале Мориски – Грин. Согласно критериям данного теста приверженными считаются пациенты, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» более 3 раз (набравшие более 3 баллов): 1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да). 2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да). 3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да). 4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (13).

**Результаты.** Приверженные к назначенной терапии больные по шкале Мориска-Грин составило  $4,0 \pm 0$  баллов, не приверженные  $2,0 \pm 1$  баллов. Приверженными оказались 44 больных 20,9%, (мужчин: - 27 человек 61,3%; женщин: - 17 человек 38,6%). Среди приверженным к терапии больные с высшим

образованием составило 28 человек 63,6%, со средним образованием 16 человек 36,6%. Средний возраст больных приверженным к терапии составили  $58 \pm 3$  лет, не приверженным к терапии  $64 \pm 3$  лет. Количество рекомендованных препаратов у приверженных больных составило  $3,8 \pm 2$  препарата, а у не приверженных  $4,3 \pm 2$ . Осложнение ИБС в виде хронической сердечной недостаточности III-IV ст. по NYHA среди приверженных к терапии диагностировано у 6 больных 13,6%, среди не приверженных у 15 больных 34,0%. Желудочковые экстрасистолы высокой градации зарегистрированы у приверженных к терапии у 10 больных 22,7% в то время, как у 18 больных (40,9%).

**Выводы.** Приверженность пациентов зависит от уровня образования, медицинской осведомленности, количества применяемых препаратов, а также их возраста. У пациентов не приверженных к терапии, часто встречается осложненное течение болезни. Было изучено, что приверженность к рекомендуемой терапии является основным фактором, определяющим эффективность профилактических мер развития обострения, и осложнения основной патологии.

*Рахимзода Х.Б., Шоев Ф.С., Аликулов А.Г., Шарипов З.Р.*

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных феохромоцитомой путем оптимизации предоперационной подготовки и анестезиологического обеспечения.

**Материал и методы.** В исследование было включено 12 больных с феохромоцитомой. Диагноз установлен на основании клинических проявлений, лабораторных исследований, УЗИ, КТ надпочечников и данных гистологического исследования удаленных опухолей надпочечников. Основной стратегической целью предоперационной подготовки явилось увеличение функциональных резервов органов-мишеней в преддверии предстоящей операции и неизбежных гемодинамических кризов. Для лечения больных феохромоцитомой предпочтение отдавали доксазозину, празозину и феноксibenзомину. Критерием готовности больных к адреналэктомии являются нормализация центрального венозного давления, достижение полного гипотензивного эффекта, нормализация кислотно-основного состояния и др. Известно, что любая операция и наркоз сопровождаются повышением концентрации катехоламинов в крови. Препаратами выбора для проведения анестезии у пациентов с феохромоцитомами являются пропофол, тиопентал натрия, седуксен, фентанил. В настоящее время применяют современные ингаляционные анестетики - изофлюран, севоран, десфлюран. Инфузионная терапия занимает одно из главных мест в анестезиологическом пособии при удалении феохромоцитомы. После перевязки центральной надпочечниковой вены под контролем центрального венозного давления струйно вводят плазмозамещающие препараты, свежемороженную плазму, растворы глюкозы и др., а после стабилизации АД скорость введения уменьшают.

**Результаты.** Избыточная продукция катехоламинов при феохромоцитоме приводит к серьезным эндокринным нарушениям, в основе которых лежит повышение уровня катехоламинов, положительный хронотропный эффект, связанный с воздействием на сердечные  $\beta_1$ -адренорецепторы. Хронотропный эффект сопровождается повышением АД, из-за норадреналина. Гипотензивная терапия проводилась 1-2 препаратами, такими как доксазозин, празозин и бисопролол, а для коррекции гиповолемии проводилась инфузионная терапия.

Примененная нами тактика предоперационной подготовки и анестезиологического обеспечения позволила у всех пациентов успешно выполнить удаление опухоли надпочечника.

**Выводы.** Оперативное вмешательство по поводу феохромоцитомы показано только после стабилизации гемодинамики на безопасном уровне с применением  $\alpha$ -адреноблокаторов (доксазозин, празозин). Оптимизация течения предоперационного и послеоперационного периодов сокращает частоту интраоперационных и послеоперационных осложнений, что влияет на время пребывания больных в стационаре, что экономически выгодно.

<sup>1</sup>Рахимов З., <sup>2</sup>Кудратбеков А.

## ЦИТОПРОТЕКЦИЯ И ДОНАТОРЫ ОКСИДА АЗОТА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ВЫСОКОГОРЬЯ

<sup>1</sup>Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИРПОВСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Кардиологический центр Горно-Бадахшанской автономной области  
г. Хорог, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить эффективность фармакотерапевтических возможностей донаторов оксида азота и метаболической кардиоцитопротекции р-FOX ингибиторами в условиях гипоксемических состояний.

**Материал и методы.** Исследования осуществлены на различных высотах Республики Таджикистан (в городе Душанбе – 800 м над уровнем моря, где парциальное давление кислорода ( $PO_2$ ) составляет 136 мм рт. ст., в городе Хороге – 2200 м,  $PO_2=114$  мм рт. ст., в районе поселка Мургаб – 3660-4000 м над уровнем моря,  $PO_2=87$  мм рт. ст.). За период 2012-2018 годов на указанных трех высотах проживания обследованы шесть урвненных по клиническим признакам групп больных мужского пола в возрастном диапазоне 35-60 лет, верифицированные по диагнозу стабильной стенокардии напряжения II - III функциональных классов и артериальной гипертензии II степени с высоким риском осложнений, а также имеющие клинические признаки сердечной недостаточности I-II функционального класса NYHA. Изучена эффективность и безопасность препарата Милдронат® в трех испытываемых группах на фоне базисной фармакотерапии. Базисная фармакотерапия осуществлялась в соответствии с рекомендациями Российского кардиологического общества (РКО) (2013), а также Европейского общества кардиологов (ESC) (2013).

**Результаты.** На фоне приёма препарата Милдронат® в суточной дозе 1000 мг отмечено достоверное улучшение ( $p<0,01$ ) таких показателей, как КСО, см;  $\% \Delta S$ ; Vcf, с1. Одновременно отмечено снижение средней частоты приступов стенокардии в сутки с  $2,87 \pm 0,22$  до  $1,12 \pm 0,18$  ( $p<0,01$ ). Параллельно шло уменьшение суточного количества потребляемого нитроглицерина (НГ) с  $3,3 \pm 0,21$  до  $1,2 \pm 0,13$  таблеток ( $p<0,01$ ), то есть снижение дозы НГ с 1,65 мг до 0,6 мг и достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, обнаруженной тестом 6-минутной ходьбы: с  $308 \pm 33$  м до  $514 \pm 35$  м ( $p<0,01$ ). В группах, получавших только стандартную терапию, сдвиги были также положительными, но менее значимыми, и они отставали в среднем на 3-5 дней в сравнении с испытываемой группой ( $p<0,05$ ). Результаты данного наблюдения подтвердили аддитивный эффект милдроната к ряду групп препаратов стандартной терапии.

**Выводы.** Обнаружена четкая тенденция повышения эффективности лечения р-FOX ингибиторами по мере нарастания уровня высотной гипоксии. Чем выше находились испытываемые пациенты, тем эффективнее проявлялись кардиоцитопротективные воздействия препарата. Это доказывает регулирующую роль р-FOX ингибиторов на обменные процессы большого организма в условиях его кислородного голодания.

<sup>1</sup>Рахимов Н.Г., <sup>2</sup>Олимзода Н.Х., <sup>1</sup>Мурадов А.М.

## ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИРПОВСЗ РТ

<sup>2</sup>Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИРПОВСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить спектральный анализ вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с тяжёлой преэклампсией.

**Материал и методы.** Проанализированы показатели спектрального анализа вариации сердечного ритма у 35 беременных с тяжёлой преэклампсией (ТПЭ), получивших комплексную интенсивную терапию (КИТ) по двум различным схемам лечения: 1 - 18 (51,4%) больных, которым проведена стандартная терапия (магнезиальная и гипотензивная, в зависимости от режима кровообращения); 2 - 17 (48,6%) больных, дополнительно к стандартной схеме КИТ в программу включены: малые дозы симпатолитика октадина по 10-12,5 мг/сутки, L-аргинин в/в 20 г/сут на фоне диеты с пониженным содержанием азота. Наложением электродов по схеме первого стандартного отведения производилась регистрация и запись R-R-кардиоинтервалов. В результате компьютерной обработки анализа длительности и характера R-R-кардиоинтервалов определялись параметры  $\Delta f_{\text{нч}}$ ,  $\Delta f_{\text{вч}}$ , индекс вегетативного баланса (ИВБ).

**Результаты.** Сравнительный анализ показателей  $\Delta f_{\text{нч}}$  у беременных ТПЭ при поступлении и после КИТ выявил различия между группами: в 1 группе больных отмечено недостоверное повышение показателя на 20,0%; во 2 группе - достоверное повышение на 30,0% ( $p < 0,01$ ). При сравнении  $\Delta f_{\text{нч}}$  1 группы с показателями при поступлении отмечается достоверное его снижение на 17,9% ( $p < 0,001$ ); во 2 группе - на 26,9% ( $p < 0,001$ ). При сравнении  $\Delta f_{\text{вч}}$  у беременных с ТПЭ при поступлении с показателями после КИТ в 1 группе отмечается достоверное его повышение на 61,5% ( $p < 0,05$ ); во 2 группе - на 92,3% ( $p < 0,01$ ). При сравнении ИВБ у беременных с ТПЭ при поступлении и после лечения выявлено, что в 1 группе отмечается его достоверное снижение на 53,5% ( $p < 0,001$ ), во 2 группе - на 58,7% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, полученные данные спектров мощностей в группе беременных с ТПЭ после различных схем КИТ показали эффективность лечения в 1 группе у 55,5% больных, во 2 группе - у 70,6% пациентов, которым по показаниям впоследствии проведены самостоятельные роды. Однако у 44,5% беременных с ТПЭ 1 группы и 29,4% 2 группы проведенная КИТ не дала ожидаемого положительного клинического результата. При этом показатели  $\Delta f_{\text{нч}}$ ,  $\Delta f_{\text{вч}}$  и ИВБ находились в критической или субкритической зонах, что могло, по нашему мнению, привести к утяжелению состояния беременных с ТПЭ с развитием приступов эклампсии, поэтому им требовалась дальнейшая КИТ и оперативное родоразрешение.

<sup>1</sup>Рахимов Н.Г., <sup>2</sup>Олимзода Н.Х., <sup>1</sup>Мурадов А.М.

## ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКЛАМПСИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить спектральный анализ вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с эклампсией.

**Материалы и методы.** Проанализированы показатели спектрального анализа вариации сердечного ритма у 25 беременных с эклампсией (ЭК), которые получили комплексную интенсивную терапию (КИТ) двумя различными схемами: 1 группа - 13 (52,0%) больных, которые получали стандартную терапию (магнезиальную и гипотензивную, в зависимости от режима кровообращения); 2 группа - 12 (48,0%) пациентов, которым дополнительно к стандартной схеме КИТ в программу включены малые дозы симпатолитика октадина по 10-12,5 мг/сутки, L-аргинин в/в 20 г/сутки на фоне диеты с пониженным содержанием азота. Наложением электродов по схеме первого стандартного отведения производилась регистрация и запись R-R-кардиоинтервалов. В результате компьютерной обработки анализа длительности и характера R-R-кардиоинтервала определялись параметры  $\Delta f_{\text{нч}}$ ,  $\Delta f_{\text{вч}}$ , ИВБ.

**Результаты.** Сравнительный анализ показателей  $\Delta f_{\text{нч}}$  у беременных с ЭК при поступлении и после КИТ выявил различия между группами: в 1 группе отмечено повышение на 20,0%, во 2 группе



- достоверное повышение на 30,0% ( $p < 0,01$ ). При сравнении  $\Delta f_{нч}$  1 группы и показателей при поступлении отмечается достоверное его снижение на 20,8% ( $p < 0,001$ ). Анализ  $\Delta f_{нч}$  у беременных с ЭК 2 группы и показателей при поступлении выявил достоверное его снижение на 29,1% ( $p < 0,001$ ). При сравнении  $\Delta f_{вч}$  у беременных с ЭК при поступлении с показателями после КИТ у 1 группы отмечается достоверное повышение на 83,3% ( $p < 0,05$ ), во 2 группе у беременных с ЭК после оптимизированной КИТ, по сравнению с показателями при поступлении,  $\Delta f_{вч}$  достоверно увеличен на 100,0% ( $p < 0,001$ ). При сравнении ИВБ у беременных с ЭК при поступлении и после лечения в 1 группе отмечено его достоверное снижение на 65,4% ( $p < 0,001$ ), во 2 группе - на 70,3% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, полученные данные спектров мощностей и фрактальной оценки в группе у беременных с ЭК после различных схем КИТ показали эффективность лечения в 1 группе у 30,7%, во 2 группе - у 50,0% пациентов, которым по показаниям впоследствии проведены самостоятельные роды. Однако у 69,2% беременных с ЭК 1 группы и у 50,0% 2 группы проведенная КИТ не оказала ожидаемого положительного клинического результата. При этом показатели  $\Delta f_{нч}$ ,  $\Delta f_{вч}$  и ИВБ находились в критической или субкритической зонах, что могло, по нашему мнению, привести к утяжелению состояния беременных с ЭК и повторным судорожным приступам, поэтому им требовалась дальнейшая КИТ и оперативное родоразрешение.

<sup>1</sup>Рахимов Н.Г., <sup>2</sup>Олимзода Н.Х., <sup>1</sup>Мурадов А.М.

## ПОКАЗАТЕЛИ ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить фрактальный анализ вариации кардиоинтервала после комплексной интенсивной терапии у беременных с тяжелой преэклампсией.

**Материал и методы.** Проанализированы показатели фрактального анализа вариации сердечного ритма у 35 беременных с тяжелой преэклампсией (ТПЭ), получивших комплексную интенсивную терапию (КИТ) по двум различным схемам лечения: 1 - 18 (51,4%) больных, которым проведена стандартная терапия (магнезиальная и гипотензивная, в зависимости от режима кровообращения); 2 - 17 (48,6%) больных, дополнительно к стандартной схеме КИТ в программу включены: малые дозы симпатолитика октадина по 10-12,5 мг/сутки, L-аргинин в/в 20 г/сут на фоне диеты с пониженным содержанием азота. Наложением электродов по схеме первого стандартного отведения производилась регистрация и запись R-R-кардиоинтервалов. В результате компьютерной обработки анализа длительности и характера R-R-кардиоинтервалов определялись параметры sRR, b, индекс вегетативного баланса (ИВБ).

**Результаты.** Сравнительный анализ показателей sRR у беременных с ТПЭ 1 группе после КИТ с показателями при поступлении выявил тенденцию к их повышению на 25,6%; во 2 группе - достоверное повышение на 39,5% ( $p < 0,01$ ). При сравнении показателей b у больных 1 группы с данными при поступлении отмечается тенденцию к повышению параметра на 21,4%. Анализ b у беременных с ТПЭ 2 группы и показателей при поступлении выявил достоверное повышение на 35,7% ( $p < 0,001$ ). При сравнении ИВБ у беременных с ТПЭ при поступлении и после лечения в 1 группе обнаружено его достоверное снижение на 53,5% ( $p < 0,001$ ), во 2 группе после оптимизированной КИТ отмечается достоверное снижение ИВБ на 58,7% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, полученные данные фрактального анализа вариации сердечного ритма в группе беременных с ТПЭ после различных схем КИТ показали эффективность лечения в 1 группе у 55,5%, во 2 группе - у 70,6% пациентов, которым по показаниям впоследствии проведены самостоятельные роды. Однако у 44,5% беременных с ТПЭ 1 группы и у 29,4% 2 группы проведенная КИТ не дала ожидаемого положительного клинического результата. При этом показатели ИВБ, b и sRR находились в критической или субкритической зонах, что могло, по нашему мнению, привести к утяжелению состояния беременных с ТПЭ и приступам эклампсии, поэтому им требовалась дальнейшая КИТ и оперативное родоразрешение.

<sup>1</sup>Рахимов Н.Г., <sup>2</sup>Олимзода Н.Х., <sup>1</sup>Мурадов А.М.

## ПОКАЗАТЕЛИ ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКЛАМПСИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить фрактальный анализ вариации сердечного ритма после комплексной интенсивной терапии у беременных с эклампсией.

**Материал и методы.** Проанализированы показатели фрактального анализа вариации сердечного ритма у 25 беременных с эклампсией (ЭК), которые получили комплексную интенсивную терапию (КИТ) двумя различными схемами: 1 группа - 13 (52,0%) больных, которые получали стандартную терапию (магнезиальную и гипотензивную, в зависимости от режима кровообращения); 2 группа - 12 (48,0%) пациентов, которым дополнительно к стандартной схеме КИТ в программу включены малые дозы симпатолитика октадина по 10-12,5 мг/сутки, L-аргинин в/в 20 г/сутки на фоне диеты с пониженным содержанием азота. Наложением электродов по схеме первого стандартного отведения производилась регистрация и запись R-R-кардиоинтервалов. В результате компьютерной обработки анализа длительности и характера R-R-кардиоинтервала определялись параметры sRR, b, индекса вегетативного дисбаланса (ИВБ).

**Результаты.** Сравнительным анализом показателей sRR у беременных с ЭК 1 группе после КИТ с показателями при поступлении выявлено его достоверное повышение на 264,2% ( $p < 0,001$ ); во 2 группе – на 314,2% ( $p < 0,001$ ). При сравнении b в 1 группе больных и показателей при поступлении отмечается достоверное повышение этого параметра на 400,0% ( $p < 0,001$ ). Анализ показателей b у беременных с ЭК 2 группы и аналогичных данных при поступлении обнаружил достоверное его повышение на 469,2% ( $p < 0,001$ ). При сравнении ИВБ у беременных с ЭК при поступлении и после лечения в 1 группе отмечено достоверное его снижение на 65,4% ( $p < 0,001$ ). Во 2 группе после оптимизированной КИТ – достоверное снижение ИВБ на 70,3% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, полученные данные фрактального анализа вариации сердечного ритма в группе у беременных с ЭК после различных схем КИТ показали эффективность лечения в 1 группе у 30,7% и во 2 группе - у 50,0% пациенток, которым по показаниям впоследствии проведены самостоятельные роды. Однако у 69,2% беременных с ЭК 1 группы и у 50,0% 2 группы проведенная КИТ не дала ожидаемого положительного клинического результата. При этом показатели ИВБ, b и sRR находились в критической или субкритической зонах, что могло, по нашему мнению, привести к утяжелению их состояния и повторным приступам ЭК, поэтому требовалась дальнейшая КИТ и оперативное родоразрешение.

Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Убайдуллаев А.М., Назирова М.Х.

## АССОЦИАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПАРАМЕТРАМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» Ташкентского института усовершенствования врачей

г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить состояние легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хроническим легочным сердцем, в динамике комплексного лечения с амлодипином.

**Материал и методы.** Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст  $49,7 \pm 2,8$  лет, стаж заболевания  $10,7 \pm 2,9$  лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм рт.ст. Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы: 1 - 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2 - 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали амлодипин (А) в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 - 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношения раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

**Результаты.** Установлено, что до лечения снижение показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ, осложненной легочным сердцем, отмечено достоверное снижение показателей: ВИР на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 7,3%, ФПН - на 13,9%, ЛАДср - на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросо отношение Е/А на 12,4%, ( $p < 0,05$ ).

Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР на 5,1%, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 4,1%, ФПН - на 9,9%, ЛАДср - на 9,5% ( $p < 0,05$ ). Возросло отношение Е/А на 8,3% ( $p < 0,05$ ). Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

**Выводы.** Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной ЛС, более выражены во 2-й группе, по сравнению с 3-й группой.

*Рахимова Д.А., Базарова С.А., Зуфаров М.А.*

## СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» Ташкентского института усовершенствования врачей  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Оценка влияния комплексной терапии на показатели эндотелиальной функции периферических сосудов.

**Материал и методы.** Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия (легочное артериальное давление ср.  $> 25$  мм рт.ст.).

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки небивалола в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2011) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилось доплерэхокардиографическое

исследование сердца больных по методике Hatle L., Angelsen B. Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) – нитритов и нитратов в плазме крови.

**Результаты.** До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза СмNO. У пациентов 2-группы, по сравнению с 1-ой, подобная гиперпродукция меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшения отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы. При применении небивалола на фоне стандартной терапии и озонотерапии нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение синтеза СмNO в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно на 1,05 и 1,5 раз ( $p < 0,05$ ). При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени систолического давления в легочной артерии как в 1-й группе на 7,3 %, так и во 2-й группе на 8,8% и увеличивается отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 раз ( $p < 0,05$ ). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2% и 4,1% в 1-й группе, на 22% и 9,3% - во 2-й группе.

**Выводы.** У больных БА, осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией, гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена более умеренно, чем у больных ХОБЛ, осложненной легочным сердцем с легочной гипертензией. Небивалол корригирует показатели СмNO в плазме крови, соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

*Рахимова Х.К., Рамазанова З.Д., Камалова Н.Т.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С И КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Актуальность.** В Таджикистане среди больных гепатитами С часто наблюдается ВИЧ-инфекция, которая имеет ряд особенностей.

**Цель.** Уточнить особенности течения хронических гепатитов С (ХГС) у ВИЧ-инфицированных.

**Материал и методы.** Обследовано 62 пациента с ХГС и 42 пациента с ко-инфекцией ХГС и ВИЧ в возрасте от 20 до 65 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических, биохимических, вирусологических, иммунологических исследований.

**Результаты.** У пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и ХГС клинико-лабораторные изменения более выражены: астеновегетативный, диспепсический, желтушный синдромы отмечены у 40%, тогда как в первой группе встречались в 24% случаев. Средние показатели активности АлАТ и АсАТ были более высокими.

Спектр аутоантител показал, что всего лишь в 6 (14%) случаях из 42 обнаруживаются аутоантитела: анти-ANA - у 2, анти-ЛКМ1 – в 3 случаях, тем не менее, анти тиреоидные антитела обнаруживались во всех 6 случаях, при этом клинических признаков аутоиммунного тиреоидита не отмечено ни одного больного.

Генотип 1b вируса гепатита С ( $59,34 \pm 3,2\%$ ) превалировал во всех исследуемых группах; генотипы 3a ( $32,78 \pm 3,0\%$ ) и 2a ( $7,88 \pm 1,7\%$ ) встречались значительно меньше. Уровень вирусной нагрузки РНК HCV в среднем составлял  $5 \times 10^7$  коп/мл. У пациентов с ХГС и ВИЧ-инфекцией высокая вирусная нагрузка HCV регистрировалась достоверно чаще, нежели у пациентов группы сравнения.

**Выводы.** Клинико-лабораторные изменения более выражены в группе больных ВГС с ко-инфекцией ВИЧ, по сравнению с группой ВГС без ВИЧ-инфекции. В группе ко-инфекции ВИЧ и ВГС вирусная нагрузка была значительно выше, чем в группе ВГС, и преобладал генотип 1b. При ко-инфекции ВИЧ и ВГС аутоиммунный компонент встречается гораздо реже, что является следствием подавления иммунной системы вирусом ВИЧ.



*Рахимова Ш.А., Бандаев И.С., Худойдодова Ф.А., Раунов Ф.О.*

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ СЕМЬИ В РАЙОНЕ РУДАКИ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определение качества предоставления услуг матерям и детям на уровне сети учреждений ПМСП района Рудаки.

**Материал и методы.** Оценка проводилась по методологии Lot Quality Assessment Survey (LQAS), которая предполагает случайную выборку 19 мест интервью в каждом участке наблюдения проектной деятельности. По данному методу опрос проводится только с одним подходящим респондентом в каждом выбранном месте интервью. В данном исследовании местом интервью были домохозяйства, в которых имелись дети в возрасте от 0-23 месяцев, исследование и проведение опроса проводилось в 10 джамоатах района Рудаки (Сомониён, Ляхур, Султонобод, Эсанбай, Гулистон, Чимтеппа, Шайнак, Зайнабод, Рохати, Россия) и в заключении результаты всех участков были консолидированы для получения общей картины ситуации по всей области охвата исследования. Использованный опросник включал в себя 70 вопросов.

**Результаты.** Проведенное исследование в районе Рудаки показало, что из 589 респондентов всего 95 человек или 16% имеют карту иммунизации дома. Число матерей младенцев, которые обсуждали за последний месяц здоровье своего ребенка с мужем или другими членами семьи, составляет 94%.

По существующим протоколам в сфере антенатального ухода женщины во время беременности должны 7 раз посещать медицинские учреждения. Анализ показал, что из 589 респондентов только 202 или 34% соблюдали данную норму. Остальные 387 респондентов или 66% беременных женщин посетили медицинские учреждения один или два раза. В тоже время из 589 респондентов 577 или 98% сдавали анализы в рамках услуг дородовой помощи во время последней беременности. Также 62% матерей младенцев 0-23 месяца прошли тест на ВИЧ в рамках услуг дородовой помощи во время последней беременности.

Очевидные проблемы видны по направлению осведомленности матерей младенцев 0-23 месяца по 6 признакам опасности при беременности. Исследование показало, что из 589 опрошенных только 116 или 20% матерей знают об 6 признаках опасности при беременности.

В соответствии с Национальной программой иммунизации детей 12-23 месяца, которые получили Пента 3 до своего первого дня рождения, из числа 308 опрошенных родителей детей всего 23 или 7% получали Пента 3, остальные 285 детей (93%) вообще не получали Пента 3.

Анализ показал, что из 308 опрошенных родителей 259 или 84% детей от 0 до 23 месяца, получили вакцину против кори. В том числе с ситуацией с получением вакцинации БСЖ-0 детей от 0 до 23 месяца после рождения наблюдается улучшение: из 589 детей 552 или 94% детей получали вакцинацию БСЖ-0.

**Выводы.** Результаты исследования показывают, что уровни информированности и знания матерей, имеющих детей от 0 до 23 месяцев, об опасных признаках во время беременности, посещения медучреждения в рамках дородовой помощи, навыках кормления, опасных признаков у детей, навыки оказания помощи при экстренных ситуациях и по другим аспектам ухода за детьми требуют улучшения.

*Рахматова З.А., Касимова С.Д., Мирахмедова М.А., Мавлододова М.*

## ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ГУ «Городской медицинский центр»  
ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение особенностей острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа). Проведено наблюдение за 52 больными (основная группа) с ОНМК и СД 2 типа, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Городского медицинского центра, в их числе 28 женщин (53,8%), 24 мужчины (46,2%), средний возраст которых составил  $63,2 \pm 1,4$  лет. В группе сравнения 32 человека со средним возрастом  $66,3 \pm 2,4$  лет с ОНМК без СД.

В обеих группах проводилось общее неврологическое исследование с учётом факторов риска и сопутствующих заболеваний, биохимические исследования липидного спектра, коагулограммы, гематокрита, гликемического профиля, креатинина, мочевины, печёночных ферментов. Длительность СД от 5 до 10 лет к моменту развития ОНМК отмечена у 55,8% больных, свыше 10 лет - у 40,2% больных и у 2 (3,8%) больных СД диагностирован впервые. Инсулинопотребный СД был у 3 больных, остальные получали таблетированные сахароснижающие препараты. В основной группе к началу ОНМК отмечалась декомпенсация СД с колебаниями глюкозы крови в пределах 7,4-19,7 ммоль/л. У пациентов с инсультом средней и тяжёлой степеней уровень гликемии был выше 12 ммоль/л. Сочетание СД с артериальной гипертензией наблюдалось у 36 (65,4%), с ИБС - у 42 (80,8%), с ожирением - у 31 (59,6%) больных, что было статистически значительно чаще, чем в группе сравнения.

При КТ головного мозга в основной группе значительно чаще наблюдался отёк мозга (40,5%), средние размеры ишемического очага превышали аналогичные показатели в группе сравнения. Ишемический инсульт в основной группе протекал с выраженной очаговой неврологической симптоматикой. У большинства больных обнаружены проявления хронической сосудистой энцефалопатии.

**Выводы.** Таким образом, особенности течения ОНМК необходимо учитывать при выборе тактики лечения данной категории больных.

*Рахматова Н.А., Грета Росс, Рахимова Ш.А., Раунов Ф.О.*

## ОЦЕНКА МНЕНИЙ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПИЛОТНЫХ РАЙОНОВ О ПРОЦЕССЕ НАСТАВНИЧЕСТВА

Швейцарский институт тропического и общественного здравоохранения, Проект «Реформа медицинского образования, Таджикистан»

Учебно-клинический центр семейной медицины района Рудаки

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить мнения (отзывы) семейных врачей о процессах наставничества с семейными врачами из Швейцарии, внедренного в пилотных районах проекта «Реформа медицинского образования».

**Материал и методы.** Было проведено перекрестное исследование с качественным и количественным анализом использованных анкет. Объем выборки составлял 85 семейных врачей из общего количества врачей из пилотных районов Шахринав, Турсунзаде, Восе, Хамадони, Рудаки и Файзабад, которые были охвачены системой наставничества в 2007-2017 гг.

**Результаты.** Среди семейных врачей, участвовавших в анкетировании, преобладающее большинство составляли мужчины (65%). 42% семейных врачей относились к возрастной категории 51-60 лет. Результаты показали, что около 46% семейных врачей, которые обслуживают 3000 прикрепленного населения, в день осматривают 10 и менее пациентов. Несмотря на то, что 62% респондентов обслуживают более чем 3000 прикрепленного населения, лишь 2% из них указали, что осматривают 18 и более пациентов в день. Семейные врачи пилотных районов были вовлечены в процесс наставничества, проводимого швейцарскими врачами, от одного до трех раз (49% и 15% соответственно) за все время внедрения наставничества. Более 54% семейных врачей отметили, что наставничество было для них полезным и они получали новую информацию для

себя. В частности, были улучшены навыки обследования опорно-двигательного аппарата (16%), проведения ото- и офтальмоскопии (12%), назначения лекарств (8%). Как отметили более 90% врачей, процесс наставничества улучшил их работу с пациентами, изменилось отношение к пациентам, в частности отмечалось развитие эмпатии, доверия, обеспечение конфиденциальности (35%), улучшение физического обследования пациентов (22%), диагностические навыки и лечение заболеваний (32%). 7% респондентов ответили, что наставничество не улучшило их практику работы с пациентами (как уже отмечалось, они сказали, что не изучали никаких новых навыков).

**Выводы.** Таким образом, наставничество, как важное образовательное мероприятие в системе непрерывного медицинского образования, способствующее улучшению практических навыков и профессиональному развитию специалистов семейной медицины, должно быть принято и внедрено на национальном уровне.

*Рахматова Н.А., Холова С.Г., Холбеков К.И., Раупов Ф.О.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ПИЛОТНОГО ВНЕДРЕНИЯ НМО, ОСНОВАННОГО НА КРЕДИТ-ЧАСАХ, СРЕДИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Швейцарский институт тропического и общественного здравоохранения, Проект «Реформа медицинского образования, Таджикистан»

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

г. Душанбе, Таджикистан

Городской центр здоровья,

г. Турсунзаде, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить процесс внедрения непрерывного медицинского образования среди специалистов семейной медицины в районе Турсунзаде.

**Материал и методы.** Проводилось анкетирование 61 специалиста семейной медицины учреждений ПМСП района Турсунзаде, вовлеченных в процесс пилотирования непрерывного медицинского образования (НМО) в семейной медицине.

**Результаты.** 59% респондентов составляли семейные врачи, 41% - семейные медицинские сестры. Опыт работы большинства (56%) анкетированных специалистов семейной медицины по специальности составлял 6-10 лет. Лишь 10% респондентов имели более 20 лет стажа работы в качестве семейного врача/семейной медицинской сестры. 97% врачей и медицинских сестер оценили участие в системе НМО, основанного на кредит-часах, очень полезным для себя, 3% считают неполезным участие в процессе НМО для себя. Абсолютное большинство анкетированных (94%) считают необходимым внедрение НМО, основанного на кредит-часах, поскольку это дает возможность улучшить свои знания и решать практические проблемы на рабочем месте, среди коллег (59%), а также повышает ответственность врачей и медсестер за свое образование (51%). Среди трудностей, отмеченных участниками процесса непрерывного медицинского образования в районе Турсунзаде, основным является отсутствие навыков работы с веб-сайтом НМО (53%). Более 95% респондентов отметили, что хотели бы продолжить участие в процессе непрерывного медицинского образования. Семейные врачи и медицинские сестры ожидают, что участие в непрерывном медицинском образовании и набранные кредит-часы будут учитываться при прохождении аттестации и сертификации (56%), данная система, где можно самостоятельно выбирать мероприятия и получать кредит-часы, будет постоянной (33%).

**Выводы.** Система непрерывного медицинского образования в семейной медицине, основанная на кредит-часах и пилотируемая в районе Турсунзаде, воспринимается положительно со стороны семейных врачей и медицинских сестер. Эффективность её внедрения зависит от своевременного устранения основных трудностей, указанных участниками непрерывного медицинского образования.

*Рахматуллаева М.А., Рахимов З.Я.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение распространенности ДМЖП у детей в Таджикистане в 2016 году.

**Материал и методы.** Нами были проанализированы амбулаторные карты 610 детей инвалидов с ВПС Республиканского ВТЭКА г. Душанбе с января по декабрь 2016 года. Методом исследования был взят простой математический процентный анализ количества детей инвалидов с ВПС в процентном соотношении. Критерии включения: Регионы РТ и численность населения в Таджикистане, общее количество детей инвалидов с ВПС, первично и вторично инвалидизированные от соответствующих пороков, половая принадлежность и разновидность врожденных пороков сердца.

**Результаты.** В 2016 году среди общего числа детей в республике (8646,8 детей) количество детей инвалидов с ВПС составило 610, из них первично выявленные и направленные поликлиниками на инвалидность явились 204 (33,4%) лиц, вторично обращенные для продления инвалидности по детству 406 (66,6%) пациентов. Среди детей 343 (56,3%) явились мальчиками, 267 (43,7%) - девочками. Среди всех разновидностей ВПС на долю ДМЖП приходится 43% (263 больных), с ДМПП 76 инвалидов, что составляет 12,5% среди общего числа больных с ВПС. С Тетрадой Фалло 123 больных, что составляет 20,2% от общего числа инвалидов. Последняя группа инвалидов, куда входят 148 детей с такими пороками как открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, пороки трехстворчатого клапана составляет 24,3% от общего числа всех пороков сердца.

**Выводы.** Результаты проведенного нами анализа показали, что в Таджикистане ВПС составляют 0,02% от общего числа населения и ДМЖП является самым распространенным пороком сердца в 2016 году.

*Рахматуллоев Х.Ф., Каримова З., Боронов А.Б., Худойназарова Г.И.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛОЗАРТАНА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЛЕТНЕЕ ВРЕМЯ ГОДА

ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка влияния медикаментозных препаратов на адаптивные процессы организма к условиям высоких внешних температур.

**Материал и методы.** Оценивали эффективность и безопасность терапии больных артериальной гипертонией (АГ) в летний период фиксированной комбинацией БРА+АКК. В открытое сравнительное рандомизированное исследование были включены 36 больных АГ от 42 лет до 81 года. Были обследованы больные с артериальной гипертонией с уровнем артериального давления (АД) >140/90 мм рт. ст. и выше или на фоне предшествующей гипотензивной терапии, а также с согласия пациента на участие в программе. В исследование не включались больные с симптоматической АГ, принимающие 4 или более гипотензивных препарата, имеющие противопоказания к назначению БРА и/или АКК, перенесшие инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения, с хронической сердечной недостаточностью III–IV ф. к. (NYHA), а также сахарным диабетом, хронической болезнью почек 4–5 ст. Всем пациентам проводились



измерения офисного АД, электрокардиография, биохимический анализ крови, оценка осмолярности крови, анкетирование: визуальная аналоговая шкала, опросник для пациентов, подвергшихся воздействию жары.

**Результаты.** При обследовании отмечалось снижение систолического АД и диастолического АД ( $p=0,000$ ) до целевых значений, сохранившееся на весь период наблюдения. По данным дневников самоконтроля, АД контролировали 81% пациентов. В июле этот показатель снизился до 58%, осенью – до 63%. К 3-му визиту достигнуто снижение частоты сердечных сокращений на  $-6,0$  ( $-11,1$ ;  $-2,8$ ) уд/мин;  $p=0,007$ . Зафиксированы снижение скорости пульсовой волны с  $15,2\pm 3,4$  до  $14,4\pm 3,0$  м/с;  $p=0,01$  и САVI на  $-2,1$  ( $-2,9$ ;  $-0,65$ );  $p=0,01$ ; снижение уровня мочевины с  $415,3$  до  $346,2$  ммоль/л ( $p=0,04$ ) и креатинина во время 2-го визита, по сравнению с исходным ( $p=0,02$ ). Электролитных сдвигов и роста осмолярности крови в период тепловой волны не выявлено. Отмечается рост приверженности к терапии ( $p=0,04$ ) и качества жизни на 20,0 (7,4; 23,3);  $p=0,000$  по визуальной аналоговой шкале. Фиксированная комбинация лозартана и амлодипина (препарат Лортенза, КРКА) в индивидуально подобранных дозах обладает высокой гипотензивной активностью. Препарат не теряет своей эффективности как во время тепловых волн, так и осенью, в период сезонного обострения АГ. Длительный прием Лортензы улучшает эластические свойства артерий. Лортенза обладает гипоурикемическим эффектом и не вызывает негативных метаболических сдвигов во время тепловых волн. В ходе лечения отмечается увеличение приверженности терапии и качества жизни.

**Выводы.** Комбинация лозартана и амлодипина (Лортенза) является эффективной, безопасной и она может быть рекомендована к приему больными АГ в жаркий период года.

*Рахматуллоева З.Р., Умарова З.К., Хайдарова С.Ф.*

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить выраженность и степень тяжести дыхательной недостаточности при бронхолегочной патологии у детей с цитомегаловирусной инфекцией.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 120 детей, из них 76 больных с бронхитами, с бронхиальной астмой - 14 и пневмонией - 30. Исследование проводилось с 2016 по 2018 года в Городском центре здоровья №12.

Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, кала), инструментальное обследование: рентгенография грудной клетки - 44, бронхоскопия - 13 и ультразвуковое исследование сердца – 30 детям. Функция внешнего дыхания определена всем детям. Полимеразная цепная реакция для определения титра антител к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) и серологическое обследование методом иммуноферментного анализа (ИФА) для определения IgM и IgG. С острым течением заболевания обследовано 76 детей, хроническим течением – 44.

**Результаты.** В результате исследования у детей выявлена различная степень тяжести дыхательной недостаточности (ДН): ДН I степени зарегистрирована у 83 (69%), ДН II степени – у 26 (21%), ДН III степени – у 11 (10%). Поражение дыхательных путей у больных сопровождалось частичным нарушением проходимости в виде бронхоспазма, закупорки дыхательных путей секретом бронхиальных желез, отека слизистых бронхов.

При I степени ДН у 30 больных поражение легких компенсировалось гипервентиляцией. Одышка появлялась только при физической нагрузке. Отношение частоты сердечных сокращений (ЧСС) к частоте дыхания (ЧД) - 2,5:1, тахикардия, цианоз пероральный, непостоянный, усиливался при беспокойстве, исчезал при вдыхании кислорода. Показатели функции внешнего дыхания (ФВД) важны, как для постановки диагноза, так и определения степени тяжести заболевания.

У 45 больных детей в покое  $PaO_2$  снижено до 65 мм рт. ст., при вдыхании 40-50% кислорода, давление нормализовалось,  $PaCO_2$  в крови - 30-38 мм рт.ст.

У детей с ДН II степени - 26 (21%) - состояние было тяжелое, отмечались признаки нарушения как внешнего дыхания, так и гемодинамики, в стадии субкомпенсации, одышка выраженная, с участием вспомогательной мускулатуры, с затруднением вдоха и выдоха. Соотношение ЧСС к ЧД - 2:1, тахикардия, сохранялась при вдыхании 50% кислорода, генерализованная бледность кожи и ногтевого ложа. Все больные были заторможены, вялые, отмечалась мышечная гипотония, вплоть до адинамии. Показатели внешнего дыхания снижались до 40-55 мм рт. ст. Для III степени ДН, наблюдаемой у 12 (10%) пациентов, была типична декомпенсация гемодинамики, функции внешнего дыхания. У всех больных была выраженная одышка, ЧД более 150% от нормы, периодически брадипное, десинхронизация дыхания. Отношение ЧСС к ЧД варьировало. Цианоз генерализованный, цианоз губ не исчезал при вдыхании повышенной дачи кислорода. Были выражены мраморность кожи, липкий пот. Отмечались заторможенность, вялость, адинамичность больных. Все показатели функции внешнего дыхания резко снижены,  $PaO_2$  ниже 40 мм рт.ст.

**Выводы.** Более половины (69%) из наблюдаемых детей имели ДН I степени, которая компенсировалась гипервентиляцией лёгких. Парциальное давление кислорода при вдыхании увлажненного кислорода быстро нормализовывалось. Вторая степень ДН наблюдалась у 21% больных детей. Длительное вдыхание увлажненного кислорода приносило облегчение ребёнку. Более тяжелая и выраженная клиника отмечалась у больных с пневмонией (ДН II степени - 21%).

*Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Каримова М.Дж.*

## ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить клинические проявления цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у детей в практике семейного врача.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 24 ребёнка в возрасте от 1 года до 3 лет с ЦМВИ, рожденных от матерей, страдающих ЦМВИ. Работа проведена на базе Городских центров здоровья №12 и №2.

Всем больным детям проводилось клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи), по показаниям биохимический анализ крови и инструментальные методы обследования (рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование органов и систем). Определены специфические антитела IgM и IgG иммуноферментным серологическим методом (ИФА).

**Результаты.** Находящимся под наблюдением больным детям была диагностирована постнатальная приобретенная ЦМВИ. Жалобы, со слов родителей, отмечались на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, головные боли, анорексию, боли в животе, диарею. По типу респираторной инфекции протекало заболевание у 10 (41,7%) больных детей: слизистая оболочка ротоглотки была гиперемизированной, отёчной, нёбные миндалины увеличены. Длительный субфебрилитет в виде мононуклеозоподобного синдрома отмечался у 11 (45,8%) детей 2-3-летнего возраста. ЦМВИ часто протекала с длительной лихорадкой, лимфаденопатией, гепато- и спленомегалией, с различными высыпаниями. У 3 детей (12,5%) заболевание сопровождалось изолированным поражением слюнных желез.

У 10 (41,7%) детей в клинической картине доминировали симптомы поражения органов дыхания: одышка, цианоз носогубного треугольника, коклюшеподобный кашель с затяжным течением, в легких выслушивались сухие и влажные хрипы. Бронхит был диагностирован в 7 случаях (29,2%), пневмония – у 3 детей (12,5%), что было подтверждено рентгенологически.

Поражение гепатобиллиарной системы выявлено у 3 (12,5%) детей: гепатит, который в одном случае протекал с желтушной, а в 2-х случаях с безжелтушной формой. В биохимических анализах крови этих детей отмечались повышенный уровень билирубина, печеночных трансаминаз и щелочной фосфатазы.

Длительные проявления гастроэнтерита отмечены у 11 (45,8%) детей, наряду с ежедневными подъемами температуры от субфебрильных до фебрильных цифр, ознобом, повышенным потоотделением. Выявлены изменения периферической крови у наблюдаемых детей: лейкоцитоз 20,8% (5), лимфоцитоз 12,5% (3). Течение заболевания у 15 (62,5%) больных было острое, у 5 (20,8%) детей - затяжное и у 4 (16,7%) – хроническое. Диагноз ЦМВИ был подтвержден на основании обнаружения цитомегаловирусных антител IgM и IgG, выявленных в сыворотке крови детей и их матерей методом ИФА. Бронхолегочная патология была подтверждена как клинически, так и рентгенологически.

Все дети получали комплексную этиопатогенетическую терапию, которая сыграла значительную роль в достижении ремиссии ЦМВИ и включала противовирусные препараты: иносед в виде сиропа, цитотек назначался двум тяжелым детям, внутривенно капельно. В качестве патогенетических средств использованы препараты интерферона – виферон и его индукторы: неовир, циклоферон. Заместительная терапия проведена нормальным человеческим иммуноглобулином, по показаниям - циклоферон по схеме (таблетированная форма детям 4-х лет не рекомендуется).

**Выводы.** Основными клиническими проявлениями цитомегаловирусной инфекции у детей были бронхолегочная патология (бронхит, пневмония), гепатит, гастроэнтерит. Исследования показали, что назначение комплексной терапии: противовирусной, патогенетической и заместительной терапии - даёт положительный эффект и длительную ремиссию.

*Рахмонов Д.А., Гаибов А.Д., Султанов Д.Д., Нематзода О.*

## **СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ГРУДНОЙ АПЕРТУРЫ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Обобщение собственного опыта лечения сосудистых осложнений синдрома верхней грудной апертуры.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 27 пациентов (11 (40,7%) мужчин и 16 (59,3%) женщин, средний возраст  $32,2 \pm 4,5$  года) с осложненными формами синдрома верхней грудной апертуры.

Сосудистые осложнения включали тромбоз подключичной артерии (n=7) и вены (n=11), аневризму подключичной артерии (n=2), эмболию артерий предплечья (n=5) и пальцев (n=2). Диагноз устанавливали на основании клинических проявлений заболевания, результатов компрессионных проб, наличия характерного анамнеза и результатов дополнительных методов исследования - ультразвукового дуплексного ангиосканирования (n=27), рентгенографии шейно-грудного отдела позвоночника с захватом I ребра и ключицы в двух проекциях (n=27) и ангиографии (n=16).

**Результаты.** При тромбозе подключичной вены и эмболии пальцевых артерией, артерий кисти и предплечья с субкомпенсированным кровообращением на первом этапе проводилось консервативное лечение с последующим устранением причины компрессии. Двум пациентам с травматическими аневризмами подключичной артерии оперативные вмешательства выполнены в отсроченном порядке в объеме резекции аневризмы с протезированием подключично-подмышечного сегмента синтетическим протезом с антеградной тромбэктомией.

Лечебная тактика при остром тромбозе подключичной артерии заключалась в экстренной ретроградной тромбэктомии со стентированием подключичной артерии - в одном наблюдении. Декомпрессию выполняли либо одновременно с тромбэктомией (в 6 случаях), либо после регресса симптомов острой ишемии конечности, не выписывая больного из стационара (в 1 наблюдении).

В послеоперационном периоде в 2 случаях наблюдались брахиоплексит и нагноение раны, которые успешно ликвидированы консервативными мероприятиями. Хороший результат отмечен у 20 (74,1%) пациентов, удовлетворительный - у 6 (22,2%), неудовлетворительный - у 1 (3,7%) пациента.

**Выводы.** Своевременная диагностика косто-клавикулярного синдрома и добавочного шейного ребра позволяет одномоментно или поэтапно устранить острую ишемию конечности и ее причину с отличными результатами, избегая риска повторного тромбоза и эмболии. При венозных тромботических осложнениях на первом этапе следует провести консервативную терапию и спустя 3-6 месяцев выполнить декомпрессию подключичной вены.

*Рахмонова О.Д., Шамсов А.Т., Камолова Г.Н., Хасанов Дж.М.*

## ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЦИТОСТАТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра внутренних болезней №3 им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Профилактика нейролейкемии обязательна при всех вариантах острого лейкоза и, особенно, при лимфобластной форме. Нейролейкемия проявляется менингеальными синдромами: возникает головная боль, диплопия, тошнота, рвота, больные становятся капризными, раздражительными, также отмечается застой на глазном дне, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положителен, т.е. проявляются нарушения со стороны черепно-мозговых нервов. При спинномозговой пункции отмечается высокий бластоз в ликворе, что свидетельствует о далеко зашедшем процессе.

**Цель.** Определить эффективность интратекального введения цитостатиков у больных острым лимфобластным лейкозом.

**Материал и методы.** Ретроспективно проведен анализ 92 историй болезней больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) во взрослом гематологическом отделении ГУНМЦРТ за период 1989-1990 гг. Возраст больных составил от 16 до 70 лет. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, получившие лечение по схеме VRP-L-аспарагиназа. Была достигнута ремиссия от 16 месяцев до 1,5 лет, но так как профилактика нейролейкемии не проводилась, у всех больных был летальный исход от её осложнений. Во второй группе наблюдалось 52 больных с острым лимфобластным лейкозом, с 2015 года и по настоящее время. Все больные получали полихимиотерапию по протоколу Хельцер, одновременно с первого дня полихимиотерапии им проводилась профилактика нейролейкемии по общепринятой схеме.

**Результаты.** Из проведенного исследования видно, что у всех 40 больных 1 группы, не получивших профилактические курсы химиотерапии при нейролейкозе, развилась нейролейкемия, что явилось причиной летальных исходов.

У 52 больных второй группы, получивших профилактику нейролейкоза, нейролейкемия не развивалась.

**Выводы.** Таким образом, проведение профилактики нейролейкемии введением цитостатических препаратов по общепринятой методике является оправданным этапом в лечении острых лейкозов с целью предупреждения нейролейкемии.

*Раҳимова М.Г., Содиков А.Д.*

## ТАЪСИРИ МУҲЛАТИ МУРОЦИАТ ВА РОҲҶОИ БИСТАРИШАВИИ БЕМОРОН БА ҲОЛАТҶОИ ФАВТ

Маркази бемориҳои дил ва ҷарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд ба номи А.Орифов  
ш. Хучанд, Ҷумҳурии Тоҷикистон

---



**Мақсад.** Муайян намудани таъсири муҳлати мурочиати беморон ва роҳҳои бистаришавии беморон ба ҳолатҳои фавт.

**Маъвод ва усулҳои тадқиқот.** Аз картаи тибби беморони фавтидаи солҳои 2017 ва 2018 дар Маркази бемориҳои дил ва чарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд (МБДЧДР ВС) бистари гардида варақаи омори шакли №020 таҳлил карда шуд. Дар соли 2017 ҳамаги 69 варақаи омори ва дар соли 2018 бошад, 85 варақаи омори аз рӯи чунин индикаторҳо таҳлил карда шуд: аз рӯи вақти мурочиат; аз рӯи роҳҳои бистаришавӣ ва аз рӯи миқдори шабонарузи бистарӣ.

**Натиҷа.** Таҳлилҳои муқоисавии ҳолатҳои фавт дар МБДЧДР ВС дар солҳои 2017 ва 2018 нишон дод, ки дар соли 2017 ҳамаги 69 ҳолати фавт ба қайд гирифта шуд, ки ин 0,98% - и беморони бистаришударо ташкил медиҳад. Аз миқдори умумии беморони фавтида ба таври худмурочиат 36 (52,17%) нафар, 23 (33,33%) нафар бо мошини ёрии таъҷили ва бо роҳҳои Марказҳои саломати (МС) бошад ҳамаги 10 (14,49%) нафар беморон бистарӣ шуданд. Таҳлили вақти мурочиати беморон нишон дод, ки дар соли 2017 ҳамаги 33 (47,82%) нафар то 24 соат ва 36 (52,17%) нафар баъди 24 соати бемори бистарӣ шуданд. Аз рӯи миқдори шабонарузи бистарӣ 33 (47,82%) нафар дар шабонарузи аввали бистарӣ, 21 (30,43%) нафар – то се шабонарузи бистарӣ, 12 (17,39%) – то 10 шабонаруз ва 3 (4,34%) баъди 10 шабонарузи бистарӣ фавтидаанд. Ҳангоми таҳлили варақаи омори беморони фавтидаи МБДЧДР ВС дар соли 2018 маълум гардид, ки фавтҳои 85 (1,05%) нафарро ташкил медиҳад, ки нисбати 2017 сол 18,82% зиёд гардидааст. Дар соли 2018 бо сактаи шадиди миокард – 26,47% зиёд, фишорбаланди шараёни – 20% кам, алоими шадиди коронарӣ – 42,85% зиёд, стенокардия – 16,66% зиёд, кардиосклерози баъди сактавӣ – 20% кам, тарбод бо нуқси дарғотҳо – 80% зиёд, тромбоемболияи шараёни шуш – 33,33% кам ва бо дигар ташхисҳои гуногун 30% зиёд бистари гардиданд. Таҳлили муқоисавии роҳҳои бистаришавии беморони фавтида дар соли 2018 нисбати соли 2017 нишон дод, ки бо роҳи худмурочиат 36,84% беморон зиёд бистари гардидаанд, бо воситаи мошини ёрии таъҷили бошад 15% ва бо роҳҳои МС 25% кам бистари гардидаанд. Натиҷаҳои таҳлили муқоисавии индикатори миқдори шабонарузи бистарии беморони фавтида нишон дод, ки нисбати соли 2017 дар соли 2018 дар шабонарузи аввали бистарӣ – 8,33%, то се шабонаруз – 4,54%, то 10 шабонаруз – 40% ва баъди 10 шабонаруз – 57,14% зиёд беморон фавтидаанд. Дар соли 2018 ҳамаги 31,76% беморон то 24 соати оғози бемори бистари гардидаанд, ки ин назар ба соли 2017 22,22% кам мебошад. Баъди 24 соати оғози бемори 68,23% беморон бистари гардидаанд, ки ин баракс назар ба соли 2017 37,93% зиёд аст.

**Хулоса.** Таҳлили варақаи омории беморони фавтидаи МБДЧДР ВС нишон дод, ки зиёд шудани бистаришавӣ бо роҳи худмурочиат ва баракс кам шудани бистаришавӣ бо роҳҳои МС ва бо мошини ёрии таъҷили, инчунин мурочиати дер, ки боиси вазнин шудани ҳолати бемор мегардад ба фавтҳои таъсири манфи расонида ҳолатҳои фавти МБДЧДР ВС-ро нисбати соли 2017 ба 18,82% зиёд кард.

*Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Дж.А., Бокиев Ф.Б., Фозилов П.Х.*

## ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Показать возможности и эффективность эндовидеохирургических (ЭВХ) вмешательств при патологии сердечно-сосудистой системы.

**Материал и методы.** Изучен опыт ЭВХ вмешательств у 87 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: экссудативным перикардитом у 34; невроаскулярными и облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей у 38, хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей у 15 пациентов. Всем больным был проведен комплекс диагностических исследований сердца и сосудов. Во всех случаях операции выполнены под общим эндотрахеальным наркозом, а при видеоторакоскопической фенестрации перикарда (ВТСФП) и грудной симпатэктомии (ВТСГСЭ) проведена однологичная вентиляция.

ВТСФП выполнена из левостороннего доступа с использованием трех торакопортов (ТП). Суть операции заключалась в иссечении перикарда по боковой стенке левого желудочка диаметром около 3-4 см спереди или позади левого диафрагмального нерва.

ВТСГСЭ произведена из трех точек соответствующей стороны. 10 больным выполнена поэтапная двухсторонняя симпатэктомия (СЭ). Сущность нашей методики заключалась в селективном иссечении латеральных ветвей звездчатого и Th1 узла и удалении Th2-Th3 грудных узлов. Видеоэндоскопическая забрюшинная симпатэктомия также выполнена из трех точек (5 больных) с удалением L2-4 узлов.

Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен (ЭСДПВ) голени как альтернатива операции Линтона при ХВН выполнена исключительно больным с трофическими расстройствами в нижней трети голени. В 5 наблюдениях диссекцию вен сочетали с резекцией заднетибиальных вен.

**Результаты.** У 1 больного при попытке ВТСГСЭ из-за массивного плевродеза возникла необходимость торакотомии. В остальных случаях все торакопические операции завершены успешно. Положительный клинический эффект как фенестрации перикарда, так и СЭ проявлялся прямо на операционном столе. Случаев перехода в констриктивную форму перикардита и других специфических осложнений не отмечено. Клиническое улучшение после СЭ сопровождалось положительными данными УЗДГ. У 2 больных с 3 стадией болезни Рейно через 2 года после двухсторонней грудной СЭ отмечен рецидив, соответствующие первой стадии болезни.

После ЭСДПВ во всех случаях наступило заживление трофических язв голени.

**Выводы.** Видеоэндохирургические вмешательства при сердечно-сосудистых заболеваниях отличаются малой травматичностью, позволяют получить хорошие ближайшие и отдаленные результаты, снизить затраты на лечения.

*Ризоева О.Р., Назаров Б.Д., Халилова Д.А., Саидов Ё.У., Расулов У.Р.*

## ОЦЕНКА СИМПТОМ- И СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТОВ АЛФЛУТОПА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Анализировать и оценить симптом- и структурно-модифицирующее действие препарата алфлутоп у пациентов с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов.

**Материал и методы.** В исследование были включены 27 больных обоего пола (4 мужчины и 23 женщины) с достоверным (по критериям Американского колледжа ревматологов, Althman R. et al., 1991г.) первичным ОА коленных суставов II-III стадий по Kellgren - Lowtence, в возрасте от 34 до 67 лет (средний возраст 52,4±3,4 года). До начала исследования пациенты не принимали хондропротективные препараты. Все пациенты с первичным ОА коленных суставов получали внутримышечные инъекции алфлутопа по 1 мл курсами по 20 дней, интервал между повторными курсами составил 6 мес. Всем пациентам проводилось полное клинико-лабораторное, инструментальное обследование и рентгенографию коленных суставов. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (нимесулид 100 мг/сут; диклофенак 50-100 мг/сут) за весь период наблюдения (12 мес) был ситуационным (в режиме по потребности) или курсовым в течение 5-7 дней. Эффективность проводимой терапии оценивали по индексу WOMAC (разделы А, Б и С) для количественного раздельного анализа болевого синдрома, утренней скованности и функциональной активности пациента.

Результаты были статистически обработаны с помощью программы «Statiatica-10» фирмы StatSoft Inc. 1984-2012 г.

**Результаты.** У обследованных пациентов на фоне приема алфлутопа и НПВП в режиме по потребности наблюдалась существенная статистически значимая ( $p < 0,05-0,001$ ) положительная динамика (исходно и через 12 мес) клинических параметров суставного синдрома по индексу WOMAC.

Динамика рентгенологических изменений у обследованных пациентов определялась по балльной оценке медиальной щели коленного сустава, медиальным и латеральным остеофитам бедренной кости и субхондральному остеосклерозу. При сравнительной оценке рентгенограммы коленных суставов в начале и в конце исследования отрицательная динамика рентгенологических симптомов, свидетельствующих о прогрессировании первичного ОА коленных суставов, наблюдалась только у 29,6% обследованных больных с первичным ОА коленных суставов.

**Выводы.** Таким образом, курсовое применение препарата алфлутоп у пациентов с ОА коленных суставов демонстрирует не только симптоматический, но и структурно-модифицирующий эффекты, направленные на замедление прогрессирования заболевания.

*Ризоева О.Р., Расулов У.Р., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н.,  
Алимова Н.А., Шарипов З.М.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ХОНДРОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить и оценить эффективность монотерапии терафлексом в сопоставлении с комбинированной терапией с алфлутопом, по индексу WOMAC, у больных первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов.

**Материал и методы.** В исследование включены 54 больных обоего пола (6 мужчин и 48 женщин) с достоверным первичным ОА коленных суставов II-III стадий, в возрасте от 34 до 67 лет (средний возраст  $52,4 \pm 3,4$  года). В зависимости от характера проводимой терапии пациенты были распределены на две группы: I группа (n=27) - получала монотерапию терафлексом (по 1 таблетке 2 раза в день 3 мес); II группа (n=27) - наряду с терафлексом получала внутримышечные инъекции алфлутопа (по 1 мл курсами по 20 дней).

**Результаты.** У обследованных пациентов наблюдалась существенная статистически значимая ( $p < 0,05-0,001$ ) положительная динамика клинических параметров суставного синдрома по индексу WOMAC. Отрицательная рентгенологическая динамика достоверно реже выявлялась в группе больных, получавших терафлекс в сочетании с алфлутопом, по сравнению с группой, получавшей монотерапию терафлексом (11,2% и 33,3% пациентов соответственно).

**Выводы.** Таким образом, оценка эффективности применения современных хондропротективных препаратов (терафлекс, алфлутоп) в виде моно- и комбинированной терапии у пациентов с ОА коленных суставов по индексу WOMAC демонстрирует положительную динамику всех клинических симптомов суставного синдрома и замедление рентгенологического прогрессирования ОА, особенно на фоне комбинированной терапии.

*Рофиева Х.Ш., Мурадов А.М., Олимзода Н.Х., Салимов Дж.М.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
Кардиологическое отделение ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение спектрального анализа вариации кардиоинтервала у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.

**Материал и методы.** Исследовано 195 женщин с острым инфарктом миокарда, в возрасте от 45 лет до 60 лет в климактерическом периоде. Все пациентки были разделены на 4 группы: 1 группа - 35 (17,9 %) практически здоровые женщины; 2 группа - 45 (23,0 %) женщин в климактерическом периоде; 3 группа - 65 (33,3%) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без осложнений; 4 группа - 50 (25,6%) женщин острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде с осложнениями.

Для регистрации R-R-интервалов проводилась 10-минутная запись ЭКГ пациента с наложением электродов по схеме первого стандартного отведения.

**Результаты.** В 1-й группе практически здоровых женщин спектр мощностей составил в трех частотных поддиапазонах: Сунч-  $0,38 \pm 0,02$ , ШЧ-  $0,31 \pm 0,02$ , СВЧ-  $0,28 \pm 0,03$ , ИВБ-  $1,10 \pm 0,16$ , что соответствует нормативным значениям и вегетативному балансу здоровых женщин в Республике Таджикистан. У 2-й группы женщин в климактерическом периоде отмечается умеренная симпатикотония, по сравнению с показателями в трех частотных поддиапазонах 1-ой группы практически здоровых женщин. Выявлено достоверное снижение Сунч на 21,1% ( $P < 0,001$ ), характеризующих выраженные гормональные сдвиги и активизацию метаболизма в регуляции эндотелиальной функции; повышение спектра ШЧ - на 48,3 % ( $P < 0,001$ ), отражает степень симпатической активации, которая формируется под влиянием симпатической и парасимпатической систем при физиологическом течении климактерического периода; статистическая тенденция к снижению спектра СВЧ на 28,6% - характеризует влияние парасимпатической активации и отражает активность объемной парасимпатической и дыхательной регуляции в группе женщин климактерического периода, по сравнению с практически здоровыми женщинами. Индекс variability ритма сердца у второй группы женщин климактерического периода имел тенденцию к повышению, по сравнению с показателями практически здоровых женщин, на 20,0%, характеризующая направленность вегетативного сдвига в сторону преобладания симпатической активации. В 3-ей группе женщин с острым инфарктом миокарда без осложнений анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех трех частотных поддиапазонах, указывающих на вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушения экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальную дисфункцию. Выявлено достоверное различие показателей спектральной мощностей, по сравнению с 1-ой и 2-ой группами: спектр Сунч- снижен на 34,9% ( $p < 0,001$ ) и на 21,1% ( $p < 0,001$ ); диапазон Шч достоверно повышен на 83,3% ( $p < 0,001$ ) и на 23,9% ( $p < 0,001$ ); Свч достоверно снижен на 46,5% ( $p < 0,001$ ) и на 25,0% ( $p < 0,001$ ); при этом выявлено достоверное повышение индекс variability ритма на 245,4% ( $p < 0,001$ ) и на 652,0% ( $p < 0,001$ ). В 4-ой группе женщин с острым инфарктом миокарда, у которых отмечались осложнения, анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех трех частотных поддиапазонах, указывающих на значительный вегетативный дисбаланс с выраженным преобладанием симпатикотонии, нарушением экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальной дисфункцией, более выраженных, чем у больных 3 группы острым инфарктом миокарда без осложнения.

**Выводы.** Характер нарушений вегетативной нервной системы возможно использовать в качестве предикторов развития кардиогенного шока и повторного инфаркта миокарда.

*Рузиев М.Х., Каримов О.О.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОЗИТОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Детальное изучение сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности ишемической болезни сердца, обусловлено их широкой распространенностью, отчетливой тенденцией



к росту частоты выявляемости и тяжести течения. Наиболее встречаемой формой ишемической болезни сердца является стенокардия.

Нами проведено исследование препарата фозитон, который является высокоэффективным и низкотоксичным метаболическим средством, которое может сократить зону некроза при инфаркте миокарда, снизить вероятность развития острой желудочковой аритмии и оказывает мембраностабилизирующее воздействие, предотвращая ишемию миокарда.

**Цель.** Оценить эффективность, безопасность и переносимость монотерапии препаратом фозитон у больных со стабильной стенокардией II-III функциональных классов с признаками декомпенсации кровообращения.

**Материал и методы.** В исследование включено 24 больных ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II-IV функциональных классов. Из них мужчин было 11, женщин – 13 в возрасте 56-64 лет. Все пациенты получали фозитон в дозе 5 грамм в сутки внутривенно капельно болюсно в течение 5 дней. Показатели гемодинамики и клиническое состояние изучалось до и после курса лечения фозитоном.

**Результаты.** Препарат фозитон в сочетании с обычной терапией увеличивает показатели сердечной функции и улучшает клинический статус у пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом ускоряется восстановление сердечной функции, предотвращается развитие сердечной аритмии и других осложнений. Уже на третьи сутки лечения на фоне приема фозитона заметно улучшается клиническое течение болезни. Из 24 больных у 19 (79,1%) среднее количество приступов стенокардии снизилось с 4,7 до 2,2 в сутки. Параллельно среднее количество потребляемого нитроглицерина снизилось с 3,2 таблеток в день до 1,2. У 48,3% больных отмечается повышение толерантности к физическим нагрузкам, т.е. переход с III-IV функционального класса на одну ступень ниже от исходного. По результатам велоэргометрических проб выявлен прирост физической работы на 28,7%, а дистанция 6-ти минутной ходьбы увеличилась на 29,1% (307 м), по сравнению с исходной (241 м). У 1 больного (3,4%) развилась общая слабость, которая самостоятельно прошла в течение первых суток. Аллергических осложнений в нашем исследовании не наблюдалось.

**Выводы.** Препарат фозитон, обладая кардиозащитным свойством и оптимизируя метаболизм миокарда, в сочетании со стандартной терапией улучшает клинический статус больных стабильной стенокардией напряжения. Фозитон уменьшает среднее количество приступов стенокардии и параллельно снижает дозу потребляемого нитроглицерина.

*Рустамов М.Н.*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI

Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Определить чувствительность и специфичность дыхательного ХЕЛИК-теста при диагностике инфекции *Helicobacter pylori*.

**Материал и методы.** Обследовано 158 пациентов. Всем пациентам проводили ФГДС с множественными биопсиями из антрального отдела и тела желудка для дальнейшего определения микроорганизма *Helicobacter pylori* и дыхательный ХЕЛИК-тест. Для определения чувствительности и специфичности дыхательного ХЕЛИК-теста пациенты были рандомизированы на две группы. В первую группу были включены 78 пациентов, у которых при эндоскопическом исследовании морфологически была обнаружена инфекция *Helicobacter pylori* различной степени контаминации микроорганизма; во вторую группу были включены 80 пациентов, у которых при морфологическом исследовании инфекция *Helicobacter pylori* не была обнаружена. Исследование проводили утром натощак при базальной фазе в течение 6 мин и через 2-минутного перерыва, после приема раствора карбамида нормального изотопного состава в количестве 500 мг, растворенных в 30 мл чистой негазированной воды в течение 6 мин при нагрузочной фазе. С помощью индикаторной трубкой определяли уровень уреазы в выдыхаемом воздухе в обе фазы.

**Результаты.** При проведении неинвазивного дыхательного ХЕЛИК-теста у 72 из 78 пациентов первой группы тест был положительный, т.е. исследование подтвердило присутствие *Helicobacter pylori*. Чувствительность дыхательного ХЕЛИК-теста составила 92,3%. Во второй группе только у трех из 80 *Helicobacter pylori*-негативных пациентов, при дыхательном ХЕЛИК-тесте получен положительный результат. Специфичность метода составила 96,25%. У пациентов с отрицательным результатом при дыхательном ХЕЛИК-тесте морфологически была обнаружена минимальная степень контаминации микроорганизма *Helicobacter pylori*. Этот факт подтверждает, что в дальнейшем данный метод можно использовать как качественный, так и количественный тест для изучения степени контаминации *Helicobacter pylori*.

**Заключение.** Дыхательный ХЕЛИК-тест обладает высокой чувствительностью (96,55%) и специфичностью (96,42%). ХЕЛИК-тест может быть рекомендован как точный метод для диагностики и оценки эффективности эрадикации *Helicobacter pylori*. Положительный результат ХЕЛИК-теста при отрицательном гистологическом методе можно объяснить тем, что при проведении ХЕЛИК-теста определяются не сам *Helicobacter pylori*, а продукты его жизнедеятельности и он сам не включен в биопсию. Метод особенно полезен при исследовании пациентов кардиоваскулярной патологией, с противопоказаниями для проведения инвазивных методов диагностики *Helicobacter pylori*, перед началом назначения антикоагулянтов и антиагрегантов. ХЕЛИК-тест может быть использован в амбулаторных условиях.

*Рустамов М.Н.*

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

**Цель.** Изучить эффективность сочетанного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и ингибиторов протонной помпы при лечении больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

**Материал и методы.** Обследовано 150 больных с *H. pylori* – позитивной дуоденальной язвой, женщин – 76, мужчин – 74. Больные разделены на три сходные группы, по 50 в каждой. Всем пациентам до и после лечения проведена гастродуоденоскопия с биопсией, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК), определение АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), билирубина, холестерина и триглицеридов. Первая группа получала кларитромицин по 500 мг, амоксициллин по 1000 мг и омепразол по 20 мг - все по 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем омепразол по 20 мг 2 раза в течение 20 дней. Вторая группа получала то же лечение, с добавлением пробиотика, содержащего *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum* по одной капсуле два раза в день. Третья группа получала пробиотик по одной капсуле два раза в день, омепразол 20 мг 1 раз в сутки и углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную воду Эссентуки № 4 по 150-200 мл 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38° С. Лечение во всех группах проводили в течение одного месяца.

**Результаты.** У 62% больных до лечения был выявлен ДК различной степени, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной (УПМ) микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 50% больных первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии. Пациенты второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 74%, уменьшение в 20% и без динамики в процессе лечения в 6% случаев. Пациенты третьей группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 78%, уменьшение в 20% случаев. Контрольные исследования фекалий на ДК показали, что у больных третьей группы достоверно улучшился кишечный микробио-

ценоз, который выражался в увеличении уровня облигатной группы до нормальных величин и уменьшении УПМ. Во второй группе достоверно уменьшилось количество больных с ДК, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи ДК. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества больных с ДК и усугубление его степени. В первой группе произошло повышение АлАт, АсАт, ЩФ и триглицеридов. Во второй группе таких изменений не наблюдали. В третьей группе отмечали снижение уровней АлАт, АсАт, билирубина, ЩФ, холестерина и триглицеридов, что является положительным моментом. Эрадикация *H. pylori* составила 70%, 82% и 80% в первой, во второй и третьей группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что заживление дуоденальной язвы происходило в 82%, 84% и 86% случаев в первой, второй и третьей группах соответственно. Во всех изученных группах произошло достоверное повышение ( $p < 0,001$ ) рН в теле и антральном отделе желудка, а также в полости двенадцатиперстной кишки, однако, эти изменения более выражено произошли у пациентов третьей группы.

**Выводы.** Стандартная эрадикационная терапия является недостаточно эффективной (70%), вызывает или усугубляет имеющийся ДК. Добавление пробиотиков к традиционной терапии повышает эффективность эрадикации *H. pylori*, кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи дисбиоза (8%). Сочетанное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее оптимальной, безопасной методикой, которая позволяет снизить медикаментозную нагрузку на больной организм, повысить эффективность лечения.

*Рустамов М.Н.*

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕБИОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СТИМБИФИД У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Оценить влияние пребиотического препарата стимбифид на микробиоценоз кишечника, иммунный статус, липидный обмен, функцию печени у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Обследовано 60 пациентов с СРК. Всем проведены ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, ФГДС с биопсией УЗИ ОБП; до и после лечения исследование фекалий на дисбиоз кишечника, изучение иммунного статуса, биохимический анализ крови с определением АлАт, АсАт, щелочной фосфатазы, холестерина, триглицеридов, глюкозы, билирубина. Больные рандомизированы на 3 группы: две основные – по 25 человек и третья контрольная - 10 человек. I группа получала препарат стимбифид по 3 капсулы 3 раза в день. Стимбифид содержит инулин, олигофруктозу, витамины групп В, Е, РР, С, фолиевую кислоту, пантотеновую кислоту, биотин, а также микроэлементы цинк и селен. II группа получала стимбифид и пробиотик, по 1 капсуле в день. III группа получала симптоматическое лечение. Лечение проводили в течение 1 месяца.

**Результаты.** В I группе количество бифидобактерий, лактобактерий и *E. coli* с нормальной ферментативной активностью увеличилось. У 88% пациентов I и 96% II группы к концу лечения численность бифидобактерий соответствовала норме. У 88% пациентов I и 84% пациентов II группы до лечения снизилась численность лактобактерий. Численность лактобактерий у 40% пациентов I и у 52% пациентов II группы соответствовала норме. У пациентов I и II группы в 20% и 36% случаев, соответственно, выявлено повышение количества условно-патогенной микрофлоры. У пациентов обеих групп снизилась численность условно-патогенной микрофлоры до допустимых пределов. В обеих группах в 75% случаев выявлен вторичный иммунодефицит по В- и Т-звеньям. У 45% I группы и у 50% пациентов II группы нормализовались показатели CD3 Т-лимфоцитов, CD4 Т-хелперов, CD8 Т-супрессоров, CD4/CD8, CD3+HLA-DR+ активированных Т-лимфоцитов, однако были не достоверными. У 20% повысились уровни холестерина, триглице-

ридов, глюкозы, АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы. У 30% пациентов основных групп снизились повышенные показатели холестерина, триглицеридов, глюкозы, АлАТ, щелочной фосфатазы до нормальных величин либо отмечалась тенденция к их снижению. Динамику биохимических показателей крови у пациентов III группы не наблюдали.

**Выводы.** Препарат стимбифид как в монорегиме, так и с пробиотиком улучшает течение СРК, восстанавливает микробиоценоз кишечника, иммунный статус пациентов, липидный и углеводный обмен и функцию печени.

*Рустамов М.Н.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВЛИЯНИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ

Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

**Цель.** Провести сравнительную оценку функциональных методов исследований при изучении влияния питьевых минеральных вод на желудочную секрецию.

**Материал и методы.** Обследовано 492 пациента: 358 – хроническим гастродуоденитом, 134 – дуоденальной язвой с гиперацидным синдромом, которые в течение одного месяца получали только сульфатную кальциево-магниевую-натриевую питьевую минеральную воду 3 раза в день за 90 минут до приема пищи в дегазированном и подогретом до 38°C виде. Всем пациентам до и после лечения проведено фракционное исследование желудочного сока, внутрижелудочная и внутридуоденальная рН-метрия.

**Результаты.** После лечения снизилась валовая секреция желудочного сока с  $96,58 \pm 1,93$  мл до  $56,65 \pm 12,54$  мл,  $p < 0,025$ ; свободная соляная кислота с  $51,8 \pm 2,97$  до  $40,77 \pm 3,32$  титр. ед.,  $p < 0,025$ ; уменьшилось количество пепсина с  $7,1 \pm 0,79$  г% до  $4,35 \pm 0,46$  г%,  $p < 0,001$  и дебит-час свободной соляной кислоты с  $417,25 \pm 107,58$  мг до  $85,62 \pm 44,80$  мг,  $p < 0,05$  при базальной секреции. При стимулированной секреции отмечалось снижение дебит-часа свободной соляной кислоты с  $387,25 \pm 41,56$  мг до  $227,35 \pm 33,77$  мг;  $p < 0,01$ .

После лечения увеличились базальные значения рН в теле желудка с  $1,37 \pm 0,06$  до  $1,8 \pm 0,14$ ,  $p < 0,001$ , в антральном отделе с  $1,79 \pm 0,14$  до  $2,73 \pm 0,22$ ,  $p < 0,001$  и в двенадцатиперстной кишке с  $3,39 \pm 0,13$  до  $5,78 \pm 0,25$ ,  $p < 0,025$ . Наблюдалось удлинение общего щелочного времени. До лечения это время в теле желудка составляло  $23,88 \pm 2,35$  мин, после лечения оно увеличилось до  $35,55 \pm 2,75$  мин,  $p < 0,002$ . В антральном отделе желудка до и после лечения это время составляло  $37,91 \pm 2,75$  и  $55,96 \pm 2,75$  мин. при  $p < 0,001$ . В двенадцатиперстной кишке соответственно  $51,79 \pm 2,75$  и  $76,81 \pm 1,76$  мин.  $p < 0,001$ .

Данные рН-метрии не полностью коррелируют с данными фракционного исследования желудочного сока, при котором после лечения стимулированная гистамином повышенная кислотность практически не меняется, а при внутрижелудочной рН-метрии выявляется существенное снижение как базальной, так и стимулированной питьевой минеральной водой кислотности. У больных дуоденальной язвой после ее рубцевания уровень кислотности нередко превышает таковой до лечения, т.е. язва рубцуется, а кислотность в желудке становится еще выше. На первый взгляд трудно найти этому объяснение. Однако с помощью внутридуоденальной рН-метрии можно установить, что у таких пациентов после лечения происходит ощелачивание полости двенадцатиперстной кишки, и это приводит к рубцеванию язвы.

**Выводы.** При изучении секреторной функции желудка внутрижелудочная и внутридуоденальная рН-метрия имеет преимущество перед фракционным исследованием желудочного сока и является более физиологичной и информативной.



<sup>1</sup>Рустамов М.Н., <sup>2</sup>Азимова С.М.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА С КИШЕЧНЫМ ДИСБИОЗОМ

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить микробиоценоз толстого кишечника у больных с дивертикулярной болезнью, оценить антибактериальную активность селективного кишечного антибиотика альфа-нормикс (рифаксимин) на условно патогенную микрофлору (УПМ) толстого кишечника, изучить эффективность пробиотика бифовал при коррекции кишечного дисбиоза у больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 45 больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки, 28 – женщин, 17 – мужчин, в возрасте 46-65 лет с длительностью заболевания свыше 10 лет. Всем пациентам была проведена фиброколоноскопия с биопсией, а также ирригоскопия с двойным контрастированием бариевой взвесью. Исследование видового и количественного состава микрофлоры толстой кишки проводили методом десятикратных разведений фекалий на стандартном наборе элективных и дифференциально-диагностических сред для выявления аэробных и анаэробных микроорганизмов. Кроме этого, всем больным была проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, общеклинические исследования, биохимическое исследование крови для выявления сопутствующей патологии других отделов желудочно-кишечного тракта, усугубляющей течение основного заболевания.

**Результаты.** Изолированно в сигмовидной кишке дивертикулы встречались у 66% больных, в нисходящей ободочной кишке – у 13%, дивертикулы занимали оба эти отдела в 21% случаев. Из сопутствующей патологии других органов пищеварения выявляли гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь - у 40%, хронический гастрит - у 45%, эрозию желудка - у 9%, синдром раздраженной кишки - у 95% обследованных. Больные предъявляли жалобы на боль в левом квадранте живота, уменьшающуюся после стула, чувство неполного опорожнения кишечника, вздутие, урчание, запоры, что можно связать с сопутствующим синдромом раздраженной толстой кишки. Результат микробиологического исследования фекалий выявил дисбиоз толстого кишечника у всех обследованных, который выражался в повышении уровня УПМ (*Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klepsiella*) в 82% случаев, а также снижение уровня облигатной группы бактерий в 94% случаев.

В комплекс терапии был включен селективный кишечный антибиотик альфа-нормикс по 2 таблетке 2 раза в день на протяжении семи дней. Далее больные в течение одного месяца принимали пробиотик бифовал по одной капсуле в день. В результате проведенного лечения на 6-7 день применения антибиотика у 80% случаев нормализовался стул. Остальные симптомы болезни уменьшались с 3-4 дня лечения и к концу курса лечения исчезли у всех обследованных. Всем пациентам был повторен микробиологический анализ фекалий на дисбиоз после прохождения курса лечения. Выявлено, что в 90% случаев снизился уровень УПМ до допустимых пределов и в 10% случаев отмечено достоверное снижение их количества. Повышение уровня облигатной группы бактерий до нормальных величин отмечено у 87% пациентов. В 13% случаев отмечен их достоверный рост.

**Выводы.** Изучение состояния микробиоценоза у больных дивертикулярной болезнью толстого кишечника имеет важное значение в диагностике дисбиоза, как триггера дивертикулита и критерия оценки проведенного лечения. Селективный антибиотик альфа-нормикс обладает высокой антибактериальной активностью в отношении условно патогенной микрофлоры кишечника и может быть использован при лечении больных дивертикулярной болезнью, сопровождающейся дисбиозом. Препарат бифовал может быть рекомендован при лечении больных дивертикулярной болезнью, сопровождающейся дисбиозом, с целью повышения количества облигатной группы бактерий, а также для снижения уровня УПМ, учитывая его антагонистический принцип действия.

<sup>1</sup>Рустамов М.Н., <sup>2</sup>Азимова С.М.

## ПРОБИОТИКИ В ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Цель.** Изучить качественные и количественные характеристики кишечного микробиоценоза у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и оценить эффективность современных пробиотиков при коррекции кишечного дисбиоза.

**Материал и методы.** В исследование включены 149 больных с СРК: 89 женщин, 60 мужчины, в возрасте 27-64 лет с длительностью заболевания свыше 5 лет. Из них у 49 пациентов с СРК преобладали явления констипации, у 58 - диареи, у 42 отмечался смешанный вариант. Всем пациентам проведены общеклинические исследования, а также фиброколоноскопия с биопсией и ирригоскопия с двойным контрастированием бариевой взвесью. Изучали качественные и количественные характеристики кишечного микробиоценоза методом десятикратных разведений фекалий на стандартном наборе селективных и дифференциально-диагностических сред, которые проводили до и после лечения.

**Результаты.** Микробиологические исследования фекалий, проведенные до лечения, выявили нарушение кишечного микробиоценоза у всех обследованных. Снижение количества облигатной группы бактерий наблюдали в 68% случаев при СРК с преобладанием констипации, в 79% - при СРК с преобладанием диареи и в 71% случаев - при СРК с преобладанием болевого синдрома и метеоризма. Наряду с этим отмечено повышение уровня условно патогенной (*Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella*) микрофлоры кишечника у 73% больных при СРК с преобладанием констипации, у 67% больных - при СРК с преобладанием диареи и у 63% больных - при СРК с преобладанием болевого синдрома и метеоризма.

В комплекс симптоматической терапии был включен пробиотический препарат бифовал, по одной капсуле 1 раз в день на протяжении одного месяца. В ходе лечения была отмечена положительная динамика клинического течения заболевания, начиная с 8-9 дня терапии, которая выражалась в достоверном уменьшении основных жалоб больных с СРК, а после проведенного курса лечения - их полное исчезновение у 92% обследованных. У остальных отмечена положительная динамика в улучшении состояния. Повторный микробиологический анализ фекалий на дисбиоз показал, что у 87% больных со сниженным уровнем облигатной группы бактерий произошло достоверное увеличение их количества, которое достигало нормальных величин. У 91% больных с повышенным уровнем условно патогенной микрофлоры произошло достоверное снижение их уровня до допустимых пределов нормы.

**Выводы.** Полученные нами данные имеют важное значение, так как выявление дисбиоза у больных с СРК и его своевременная и эффективная коррекция безопасными методами является профилактикой возможного развития воспалительных заболеваний толстого кишечника у таких. При этом могут быть использованы современные пробиотики, которые обладают высокой антибактериальной активностью в отношении условно патогенной микрофлоры кишечника, а также стимулирующим влиянием на рост облигатной группы бактерий, что обеспечивает повышение общего иммунного статуса человека.

<sup>1</sup>Рустамов М.Н., <sup>2</sup>Азимова С.М.

## КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Цель.** Оценить диагностическое и прогностическое значение изучения кишечного микробиоценоза у больных с различной патологией толстой кишки.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 206 больных: 122 женщины, 84 мужчины в возрасте 29-65 лет с длительностью заболевания свыше 5 лет. В их числе 149 больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК), 45 больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК), 12 с язвенным колитом (ЯК). Всем пациентам, кроме общеклинических исследований, была проведена фиброколоноскопия с биопсией, ирригоскопия с двойным контрастированием бариевой взвесью, фиброгастродуоденоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Видовой и количественный состав микрофлоры толстого кишечника изучали методом десятикратных разведений фекалий на стандартном наборе элективных и дифференциально-диагностических сред для выявления аэробных и анаэробных микроорганизмов.

**Результаты.** Из 149 больных с СРК у 49 пациентов были проявления СРК с преобладанием констипации, у 58 - с преобладанием диареи, у 42 – смешанный вариант. У всех обследованных выявили компенсированный дисбиоз кишечника. Снижение количества облигатной группы бактерий наблюдали в 68% случаев при СРК с преобладанием констипации, в 79% - при СРК с преобладанием диареи и в 71% случаев - при СРК смешанного варианта. Повышение уровня условно патогенной (*Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella*) микрофлоры кишечника выявили у 73% больных при СРК с преобладанием констипации, у 67% больных - при СРК с преобладанием диареи и у 63% больных - при СРК смешанного варианта. Дисбиоз кишечника у больных с СРК является возможной причиной развития воспалительных заболеваний толстого кишечника. У всех больных с ДБТК микробиологическое исследование фекалий выявило субкомпенсированный дисбиоз кишечника, который выражался в повышении уровня условно патогенной микрофлоры в 82% случаях, а также снижении уровня облигатной группы бактерий в 94% случаев. Дисбиоз у больных ДБТК является триггером дивертикулита. У больных ЯК в 100% случаев выявлена декомпенсированная форма кишечного дисмикробиоценоза.

**Выводы.** Полученные нами данные подтверждают, что степень выраженности дисбиотических изменений полностью коррелирует со степенью выраженности патологического процесса в толстом кишечнике. Чем выраженнее дисбиоз кишечника, тем сильнее изменения в кишечнике и наоборот. Поскольку дисбиоз кишечника является триггером развития воспалительных процессов при аллергических и аутоиммунных заболеваниях, микробиологические методы исследования при патологии толстого кишечника имеют как диагностическое, так и прогностическое значение.

Таким образом, применение микробиологических методов исследования при патологии толстого кишечника открывает возможности для оптимизации диагностики и прогнозирования болезни, оценки эффективности лечения и профилактики пробиотиками при этих заболеваниях.

<sup>1</sup>Рустамов М.Н., <sup>2</sup>Барышникова Н.В., <sup>3</sup>Сварваль А.В.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ШТАММОВ В МОНОРЕЖИМЕ ПРИ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*: ЭФФЕКТИВНОСТЬ *IN VITRO* И *IN VIVO*

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова  
г. Москва, Россия

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера  
г. Санкт-Петербург, Россия

---

**Цель.** Изучить влияние некоторых пробиотиков на рост инфекции *H. pylori in vitro* и оценить эффективности эрадикации при использовании монотерапии пробиотиками *in vivo*.

**Материал и методы.** Исследование *in vitro*. Успешно культивированы 14 штаммов *H. pylori*. Штаммы микроорганизма были получены при проведении бактериологического анализа биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка пациентов с клиническими проявлениями

диспепсии. Инкубирование проводилось в стандартных условиях для роста *H. pylori*. Оценивалось действие трех различных пробиотиков: 1-ый - на основе *Enterococcus faecium* strain L-3, 2-ой - на основе лиофилизированной культуральной жидкости *Bacillus subtilis*, 3-ий – на основе комбинации *Bifidobacterium longum* и *Enterococcus faecium*. Исследуемые пробиотики разводились в дистиллированной воде в соотношении 1:100 и затем добавлялись в чашку с агаром, на который высевался штамм *H. pylori*. Учет роста осуществлялся на 6-7 сутки. Исследование *in vivo*. Под наблюдением находилось 55 больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*. В зависимости от получаемой терапии пациенты были разделены на 3 группы. 1-ая группа (18 больных) получала пробиотик на основе *Bacillus subtilis* 2 капсулы 2 раза в день во время еды 20 дней (согласно схеме назначения в инструкции); 2-ая группа (17 пациентов) – пробиотик на основе *Enterococcus faecium* 3 драже 3 раза в день во время еды в течение 1 месяца (согласно схеме назначения в инструкции), 3-я группа (20 больных – группа сравнения) – стандартную тройную эрадикационную терапию (омепразол 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день 7 дней).

**Результаты.** Исследование *in vitro*. Ингибирование роста *H. pylori* имело место в 50% случаев при контакте культуры микроорганизма с пробиотиком на основе *Bacillus subtilis*, в 78,6% случаев - при контакте с пробиотиком на основе *Enterococcus faecium* strain L-3 и в 64% случаев - при контакте с пробиотиком на основе *Bifidobacterium longum* и *Enterococcus faecium*. Ингибирование роста *H. pylori* при контакте со всеми тремя выбранными пробиотиками произошло лишь у 35,7% штаммов данного микроорганизма. Ингибирование роста 35,7% штаммов микроорганизма было отмечено в присутствии каких-либо двух из трех пробиотиков. В 14,3% случаев ингибирование роста *H. pylori* определялось в присутствии только какого-то одного пробиотика. Исследование *in vivo*. Пробиотики в качестве монотерапии *H. pylori*-ассоциированного гастрита показали свою эффективность и безопасность.

**Выводы.** Результаты, полученные *in vitro*, могут быть следствием прямого ингибирующего (антагонистического) действия пробиотиков (возможно, за счет синтеза бактериоцинов) в отношении *H. pylori*. Однако данная гипотеза нуждается в дальнейшем углубленном изучении. Использование монотерапии пробиотиками обеспечивает достижение уровня успешной эрадикации *H. pylori* (39% и 41%), достоверно превышающего процент спонтанной эрадикации (3-5%). Лучшие показатели ингибирования *H. pylori* продемонстрировал пробиотический штамм *Enterococcus faecium* strain L-3 *in vitro* и *in vivo*. Следовательно, возможно проведение дальнейших исследований именно с этим пробиотиком. В целом, назначение монотерапии пробиотиками может быть рекомендовано как альтернативный способ лечения хронического гастродуоденита, ассоциированного с *H. pylori*, в особенности при непереносимости компонентов стандартной антихеликобактерной терапии.

*Рустамова М.С., Раджабова С.А., Бадалова М.Х.,  
Сироджева Л.Д., Пулатова А.П.*

## РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определение репродуктивного здоровья женщин с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** Ретроспективно и проспективно обследованы 400 и 318 женщин, соответственно, обратившихся в Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии за период 2013-2015 гг. в возрасте от 25 до 58 лет. Критериями отбора были репродуктивный и перименопаузальный возраста. Критерии исключения составили сахарный диабет, тяжелые сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Критерием отбора в контрольную группу являлись нормальные репродуктивная функция и индекс массы тела. Все женщины были информированы и дали свое добровольное согласие для проведения обследования. Метаболический



синдром (МС) устанавливался по критериям Международной Ассоциации по диабету. Статистическую обработку результатов исследования проводили по программе Statistica 6.0 (StarSoft Inc., USA) с использованием критериев Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, Вилкоксона, Пирсона, поправки Йетса и Фишера.

**Результаты.** Метаболический синдром установлен у 44,4% обследованных женщин. При этом выявлено увеличение его частоты в зависимости от возраста (25,6% и 36,1% в активном и позднем репродуктивном возрасте, соответственно, и 70% в менопаузе). У всех женщин с МС выявлена повышенная масса тела и инсулинорезистентность. Соотношение ОТ/ОБ (до  $0,91 \pm 0,04$  см) было выше аналогичного контрольного значения ( $0,70 \pm 0,06$  см;  $p < 0,001$ ), что указывало на развитие у них висцерального типа ожирения. Высокие цифры артериального давления у женщин перименопаузального возраста зафиксированы в 7,4 раза чаще, по сравнению с женщинами репродуктивного возраста (2/4,4%).

При ретроспективном исследовании выявлено, что 65,9% и 16,2% женщин с и без МС, соответственно, употребляли преимущественно легкоусвояемые углеводы ( $p < 0,001$ ), 30,0% и 29,2% - жирную пищу ( $p > 0,05$ ); 4,1% и 54,6% - белковые продукты ( $p < 0,001$ ). Обследованные женщины с и без МС занимались привычным домашним (98,5% и 67,8%;  $p < 0,001$ ), умственным (11,5% и 19,2;  $p > 0,05$ ) и физическим (11,5% и 49,2%, соответственно;  $p < 0,001$ ) трудом. Фитнес-клуб посещали лишь 13,8% женщин без МС.

Углеводный и липидный обмены при проспективном обследовании женщин с нарушением обменных процессов характеризовались повышением уровней глюкозы ( $5,8 \pm 0,08$  ммоль/л), инсулина ( $22,5 \pm 8,5$  мкМЕ/мл), индекса НОМА ( $4,9 \pm 2,5$  ед.), гликолизированного гемоглобина ( $7,9 \pm 1,1$ %), липопротеидов низкой плотности ( $4,4 \pm 0,24$  ммоль/л), триглицеридов ( $2,4 \pm 0,6$  ммоль/л) и снижением липопротеидов высокой плотности ( $1,3 \pm 0,09$  ммоль/л), по сравнению с аналогичными показателями женщин без МС и контрольных значений ( $p < 0,001$ ).

Женщины с МС отметили нарушения менструальной функции в виде позднего менархе (24,2%) и ее установление через 6 месяцев и позже (42,3%), нерегулярного цикла (24,8%) и гиперменструального синдрома (28,2%). Репродуктивное здоровье женщин с изменением обменных процессов было низким ввиду высокой частоты бесплодия (55,7%), многорождения (31,5%), репродуктивных потерь (23,8) и неразвивающихся беременностей (11,5%). У пациенток с МС выявлены: эндокринопатии (гипотиреоз - 65,4%, гиперпролактинемия - 51,8%, недостаточность желтого тела - 36,5%, гиперандрогения - 30,8%), синдром поликистоза яичников (22,1%), эндометриоз (35,6%), гиперпластический синдром (41,6%), полип эндометрия и цервикального канала (42,9%), лейомиома (61,1%) и климактерический синдром (72,9%). У каждой четвертой (24,8%) обследованной женщины с МС диагностирована мастопатия (24,8%).

**Выводы.** Полученные результаты указывают на высокую частоту метаболических нарушений и низкий индекс репродуктивного здоровья женщин.

*Садикова Д.Н., Махмадов Ш.К., Мирзоев Х.С., Халимова З.С.*

## ПОЛНАЯ ТЕНОТОМИЯ КЛАПАННЫМ ДОСТУПОМ К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ ХИРУРГИИ БОЛЬШОГО УГЛА КОСОГЛАЗИЯ

Кафедра офтальмологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,  
Глазное отделение ГУ «НМЦ РТ»,  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить эффективность полной тенотомии при лечении большого угла косоглазия клапанным доступом к глазодвигательным мышцам при горизонтальном косоглазии.

**Материал и методы.** В настоящей работе были проанализированы результаты хирургического лечения различных видов косоглазия у 56 больных (32 - мужчин, 24 - женщин), находившихся на лечении во втором глазном отделении НМЦ РТ в период с 2015 по 2017 гг. Возраст пациентов колебался от 16 до 37 лет (в среднем 21,1 год). Все пациенты были обследованы с

применением стандартных офтальмологических методов, включавших определение остроты зрения, рефрактометрию в условиях циклоплегии, биомикроскопию переднего отдела глаза и офтальмоскопию на щелевой лампе с помощью линзы в 90 Дптр. Угол косоглазия определялся по методу Гиршберга и составил в среднем  $44,1 \pm 5,2^\circ$ . Острота зрения на косящем глазу от светоощущения до 0,8 (в среднем 0,16), на здоровом глазу в среднем была равной 1,0. Косоглазие сенсорной депривации диагностировано у 10 больных, рефракционное - у 46 больных. Эзотропия наблюдалась у 11 пациентов, экзотропия - у 45 пациентов.

**Результаты.** 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 позволяет хирургу выполнять оперативный приём, являясь таким образом менее травматичным.

После выполнения разработанного нами оперативного доступа для герметизации раны на конъюнктиву накладывают два узловых шва по концам основного разреза. На параллельные разрезы длиной от 5 до 8 мм от концов основного разреза швы не накладываются, так как разрезы горизонтального направления под действием движений век стремятся к самостоятельному адаптиванию.

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.

Ортофория была получена у 53 больных, остаточный угол до 5 градусов наблюдался у 1 больного, гипoeffект до 10 градусов отмечался у 2 больных. При остаточном угле косоглазия на втором этапе проводилась свободная тенотомия на другом глазу или резекция мышцы антагониста на этом же глазу в сроки до 7 дней после операции. Ни у одного больного не были отмечены гиперэффект, энофтальм или сужение глазной щели. Все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом операции.

**Выводы.** Разработанный нами клапанный доступ тенотомии является эффективной операцией при косоглазии с большим углом девиации у взрослых, создаёт условия для формирования бинокулярного зрения, даёт хороший косметический эффект и может быть рекомендован при хирургии косоглазия.

*Садикова С.И., Джалилова С.Х., Тагаева М.Х.*

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОСАМОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ташкентская медицинская академия  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить показатели психосоматических расстройств (ПР) у больных язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) и их изменчивость в зависимости от длительности заболевания.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 75 больных ЯБ ДПК в возрасте 16-69 лет в отделении гастроэнтерологии 1 клиники ТМА, средний возраст  $37,7 \pm 1,1$  лет, в том числе 31 (41,3%) женщина и 44 (58,7%) мужчины. Все больные разделены по давности заболевания на 2 группы: 1 группа - 38 пациентов (50,7%), у которых заболевание выявлено впервые, 2 группа

- 37 больных (49,3%) с длительным язвенным анамнезом, в среднем  $7,9 \pm 0,5$  лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, ЭФГДС, оценивались показатели ПР: индекс выбранных шкал (ИВШ) – сумма шкал с положительным ответом; индекс качества жизни (ИКЖ) - алгебраическая сумма набранных баллов; индекс тяжести болезни (ИТБ) - сумма баллов по группам субъективных расстройств и частоте обострений заболевания.

**Результаты.** Было установлено, что в обеих группах чаще всего возникала необходимость постоянного лечения и приема лекарств - у 76,2% и 77,2% больных, ограничений физических усилий - у 76,2% и 72,7% больных, ограничений контактов с друзьями и родственниками - у 66,7% и 63,6 % больных, ограничения умственного труда - у 61,9% и 59% больных, избегание эмоциональных нагрузок - у 61,9% и 54,5% больных, необходимость соблюдения диеты - у 61,9% и 59% больных, соответственно. Реже всего (22,7% - 28,6%) больные выбирали шкалы, указывающие на необходимость ограничений курения. Во 2 группе выявлен меньший процент по таким показателям, как необходимость ограничений поездок в общественном транспорте - 31,8% против 47,6%; избегание эмоциональных нагрузок и ограничение трудовой деятельности. ИВШ практически равны, как в группе с впервые выявленным заболеванием -  $7,5 \pm 0,9$ , так и в группе с язвенным анамнезом -  $7,6 \pm 0,8$ . ИКЖ ( $-7,7 \pm 1,1$ ) в 1 группе и ( $-7,9 \pm 1,2$ ) во 2 группе. ИТБ значительно выше в группе больных с язвенным анамнезом -  $8,3 \pm 0,6$ , чем в 1 группе -  $6,7 \pm 0,9$ .

При анализе клинических данных выявлено, что длительность абдоминального болевого синдрома увеличивается со стажем заболевания с  $6,1 \pm 0,7$  дня до  $8,4 \pm 0,8$  дней ( $p < 0,01$ ). Длительность диспепсического синдрома достоверно не различима -  $3,1 \pm 0,7$  и  $3,4 \pm 0,7$  дня. Размеры язвенного дефекта не зависят от длительности заболевания, а длительность рубцевания выше во 2 группе -  $21 \pm 0,9$  дня, чем в 1 группе -  $17,04 \pm 0,9$  дня ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, при длительном течении заболевания истощаются адаптационные, механизмы психологической защиты, которые проявляются через снижение показателей ПР и требуют коррекции.

*Садикова С.И., Хамраев А.А.*

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ташкентская медицинская академия  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Исследование эффективности препарата нифурател при лечении лямблиоза кишечника.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 38 больных с кишечным лямблиозом, из них 18 (47,4%) мужчин и 20 (52,6%) женщин в возрасте от 20 до 35 лет. В основную группу вошли больные, у которых в пробах фекалий обнаруживались цисты, трофозоиты и/или антиген *L. intestinalis*, на момент исследования отсутствовали сопутствующие паразитарные инвазии. Всем пациентам с хронической формой лямблиоза была назначена общепринятая терапия: диета № 5, ферменты, желчегонные и седативные средства, комплекс витаминов, физиотерапевтические процедуры, а лечение лямблиоза проводили вольфураном - таблетки по 200 мг, в течение 7-10 дней в дозе по 2 таблетки 2 приема в сутки. Эффективность проводимой терапии оценивали со 2-го дня приема препарата по результатам паразитологического (обнаружение цист лямблий) исследования проб фекалий. В конце лечения (на 7-й или 10-й дни с момента приема препарата) проводили оперативный контроль за состоянием кишечной микрофлоры.

**Результаты.** В ходе обследования диагноз лямблиозной инвазии был установлен у всех 38 (100%) больных на основании выявления антигена лямблий в пробах фекалий и обнаружения их цист в кале у 33 (86,8%) пациентов. У 18 (47,4%) больных диагностирована бессимптомная форма лямблиоза. Лямблиозная инвазия обнаружена случайно, при диспансерном обследовании. На фоне проводимого комплексного лечения у больных отмечались положительная динамика основного

заболевания: к 5-му дню купировались болевой и диспепсический синдромы. Контрольные анализы проб фекалий на присутствие цист лямблий и/или специфического антигена, проведенные через 2 нед. после приема препарата, у всех больных были отрицательными. В течение всего курса лечения побочные или нежелательные реакции в виде абдоминальной боли, возникшей на 3-й день приема препарата, были отмечены нами всего у 1 (2,6 %) больного.

**Выводы.** Таким образом, эффективность вольфурана при лечении лямблиоза у больных по результатам исследований достигает до 100%, поэтому его можно рекомендовать для лечения лямблиоза кишечника в условиях первичного звена здравоохранения.

*Садыкова Г.А., Таджиходжаева Ю.Х.*

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение агрегационной функции тромбоцитов и качественная характеристика тромбоцитов у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) на этапе реабилитации.

**Материал и методы.** Обследовано 29 больных ХОБЛ 1-2 ст. активности в сочетании с ИБС, стенокардия напряжения I-II ФК. В основной группе (20) больные получали курс гирудотерапии на биологически активные точки в комплексе с импульсными синусоидальными модулированными токами (СМТ). Группу контроля составили 9 больных, принимавшие только курс гирудотерапии. Здоровую группу составили 10 лиц.

Тромбоцитограмма проведена по методу Наджимитдинова С.Т. Агрегацию тромбоцитов определяли по изменению светопускания при помощи анализатора агрегации "AP 2110" ("SOLAR", Беларусь).

**Результаты.** Установлено, что у больных ХОБЛ 2 ст. активности в сочетании с ИБС, стенокардией напряжения II-ФК в исходном состоянии максимальная степень АДФ-индуцированной агрегации достоверно превышает аналогичный параметр у больных ХОБЛ 1 ст. активности в сочетании с ИБС, стенокардией напряжения I ФК и у здоровых лиц (соответственно  $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ ). У обследованных больных установлено появление тромбоцитов с шиповидными отростками, а также парных (25%) и более 8-12 слипшихся тромбоцитов (25%), указывающих на адгезию (в норме тромбоциты в 80-85% бывают одиночными, от 10% до 15% - парными). Увеличение средних слипшихся тромбоцитов больше нормы и появление больших агломератов (в виде виноградных гроздьев) указывает на угрозу тромбообразования. Полученные результаты в вышеизложенном порядке сопоставлялись с жалобами, клиническими проявлениями, биохимическими исследованиями. Установлено, что в возникновении первичного тромбоцитарного тромба главную роль играет функциональная характеристика тромбоцита - их адгезивность и агрегационная способность, которые зависят от многих внутренних факторов. Агрегация и агломерация тромбоцитов сопровождаются секреторной их деятельностью по мерокриновому типу. После лечения в основной и контрольной группах максимальная степень АДФ-индуцированной агрегации достоверно снизилась ( $p < 0,05$ ). На тромбоцитограмме увеличилось количество одиночных и парных тромбоцитов (18-23%). Большие агломераты тромбоцитов после лечения в основной и контрольной группах больных не выявлялись.

**Выводы.** Таким образом, предложенная методика тромбоцитограммы экономически эффективна (применяется без дорогостоящей аппаратуры агрегометрических и биохимических исследований). Функционально-морфологическая характеристика тромбоцитов периферической крови служит одним из ранних и доступных методов указывающих на прогноз назревающего



тромбоцитарного внутрисосудистого тромба. У больных ХОБЛ II ст. активности в сочетании с ИБС II ФК выявлены морфологические изменения тромбоцитов и особенности, заключающиеся в повышении АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, что свидетельствует о повышении собственно агрегационной активности тромбоцитов у данной категории больных. Установлена эффективность применения гирудотерапии без и в комплексе с СМТ больных ХОБЛ II ст. активности в сочетании с ИБС II ФК.

*Садыкова М.М., Абдуллаева М.А.*

## ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУ «Учебно-клинический центр семейной медицины Согдийской области»  
г. Худжанд, Таджикистан

---

**Актуальность.** Большая часть профилактических мероприятий проводится на уровне первичной медико-санитарной помощи и возложена на семейных врачей и семейных медицинских сестер.

**Цель.** Распространить опыт профилактической работы семейных врачей Согдийской области.

**Материал и методы.** Проанализирована профилактическая работа семейных врачей по Областному учебно-клиническому центру семейной медицины Согдийской области, Канибадамскому, Аштскому и Исфаринскому районам.

**Результаты.** Для оказания организационно-методической помощи учреждениям здравоохранения при управлении здравоохранения Согдийской области создан Областной центр здорового образа жизни, который координирует работу по санитарному просвещению населения, устойчивому формированию здорового образа жизни.

Семейные врачи в своей работе для профилактики используют следующие варианты.

1. Традиционные методы санитарного просвещения: индивидуальные и групповые беседы, тематические лекции, выпуск санитарных бюллетеней (в частности, на конкурсах, посвященных тематическим дням, семейные врачи ГУ ОУКЦСМ заняли 2 призовых места), тематические выступления по радио и телевидению. На Согдийском областном телевидении организована ежемесячная передача «Мой семейный доктор», на передачу приглашаются семейные врачи и медицинские сестра, специалисты, пациенты, спортсмены, врач-диетолог, врач по лечебной физкультуре и др. Семейные врачи участвуют в круглых столах и марафонах, например, сотрудниками ГУ ОУКЦСМ был организован марафон, посвященный Дню борьбы с раком молочной железы.

2. Организация и проведение занятий в школах профилактики, которые работают по следующим направлениям: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, рак молочной железы. Основные задачи всех школ профилактики: информирование пациентов об имеющемся у них заболевании и факторах риска, формирование толерантного отношения пациента к заболеванию, приверженности к лечению, мотивация оздоровления и выполнение рекомендаций врача, формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризисов. Помощь в осознании пациентом необходимости снижения неблагоприятного воздействия на здоровье поведенческих факторов риска, обучение составления плана индивидуального оздоровления. Пациенты, обучающиеся в школе, обеспечиваются буклетами, которые содержат необходимый справочный материал.

Для пациентов с раком молочной железы организован телефон доверия, на который в течение 2018 года обратились 140 пациентов, взяты на диспансерный учет дополнительно 15 пациентов, 2 пациентам оказана консультативная помощь в получении группы инвалидности. При поддержке местных органов управления, частных предпринимателей, НПО «Авесто» в Аштском, Исфаринском райоахе и городе Худжанде женщинам с раком молочной железы с тяжелым материальным положением выделены продуктовые пакеты.

Оценка результата обучения в школе является важной характеристикой, так как дает возможность получить информацию о достижении поставленной цели, с этой целью проводится

анкетирование. Первые занятия в школах обязательно проводят семейные врачи, в последующем могут проводить и семейные медицинские сестры.

3. Семейные врачи и семейные медицинские сестры участвуют в программе «Партнерство с общинами в вопросах здоровья».

В Согдийской области Канибадамский район был выбран пилотным в работе по этому направлению. Методом выбора, посредством которого определяются приоритеты и детерминанты здоровья, является подход «Совместное обсуждение и действие» (СОД)

В начале в области при поддержке проекта «Улучшение первичной медико-санитарной помощи в Республике Таджикистан – процесс выхода» (проект Сино) Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству были подготовлены тренеры из числа работников Центра ЗОЖ области, Областного учебно-клинического центра семейной медицины. В семинарах участвовали главные врачи сельских центров здоровья и семейные медицинские сестры Канибадамского района. Тренерами были подготовлены 30 фасилитаторов. В Канибадамском районе имеются 16 СЦЗ и 18 домов здоровья. Всего в 6 Джамоатах фасилитаторами было проведено 1227 сессий СОД. Этот метод отличается от других тем, что, в основном, само население играет роль, они обсуждают проблемы здоровья. Выявляют, какие заболевания чаще встречаются и вызывают тревогу.

Со стороны работников СЦЗ были нарисованы карты села, из 15-20 хозяйств были приглашены по 1 представителю на встречу. В результате встреч определено, в каком направлении необходимо больше работать, для решения возникших проблем организованы общественные группы, всего 36. Общественные группы после встреч с населением сел дали информацию о факторах, способствующих развитию того или иного заболевания, наиболее часто встречающегося в этом селе. В середине 2018 года была проведена встреча с главными врачами СЦЗ и менеджером КАТС Канибадамского района, на которой подвели итоги сессий СОД. В результате выявлено, что чаще всего встречаются острые респираторные заболевания, на втором месте - гипертоническая болезнь, на третьем - заболевания периферической нервной системы.

После подведения итогов СОД тренеры провели семинар с фасилитаторами на тему «Профилактика гипертонической болезни», фасилитаторы провели занятия с членами общинных групп, которые ведут работу среди населения.

В настоящее время члены общинных групп обучены и проводят работу по профилактике туберкулеза, ВИЧ-инфекции, сахарного диабета, инфекций, передающихся водным путем. Среди населения распространяется информационный материал по профилактике этих заболеваний.

Анализ проводимой работы показал, что на 5,2% уменьшилось число пациентов, злоупотребляющих курением, приверженность к лечению среди пациентов с гипертонической болезнью увеличилась на 8,1%. Увеличилась обращаемость в сельские центры здоровья с профилактической целью: измерить АД, определить уровень сахара в крови, получить консультации по вопросам питания и физической активности и др..

**Выводы.** Опыт участия семейных врачей и медицинских сестер можно рассматривать, как пример массового вовлечения населения в мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, укрепление здоровья, усиление профилактики, основанной на качественной и количественной оценке различных аспектов здоровья. При проведении профилактической работы на уровне ПМСП целесообразно использовать все формы работы в этом направлении.

*Сайдалиев Ф.Д., Султанов Д.Д., Джаборов Х.А., Курбанов С.П.*

## РОЛЬ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка эффективности симпатэктомии в лечении болезни Рейно.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах диагностики и хирургического лечения 26 больных с болезнью Рейно (БР), находившихся в отделении хирургии сосудов РНЦССХ в период с 2017 по 2018 гг. Мужчин было 6 (19,1%), женщин – 20 (80,9%). Возраст колебался от

18 до 28 лет, в среднем составил  $23,6 \pm 1,5$  лет. Длительность заболевания варьировала от 2 до 8 лет. БР I стадии диагностирована у 4 пациентов, II стадии – у 17 (%) и III стадии – у 5 больных.

Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений заболевания, результатов проведения холодной и нитроглицериновой проб, данными ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС). При этом измерялась линейная импульсная скорость кровотока.

**Результаты.** Согласно данным УЗДАС, в дистальных артериях предплечья отмечался снижение магистрального кровотока, с линейной скоростью от 15 до 22 см/сек, а в поверхностной пальмарной артериальной дуге - от 8 до 12 см/сек; в пальцевых артериях – 6-8 см/сек. Показаниями к выполнению операции были: наличие стойкого болевого синдрома, нарушение трофики пальцев кисти, неэффективность адекватной консервативной терапии и положительные пробы на нитроглицерин.

В 16 наблюдениях выполнена двухсторонняя симпатэктомия, в 10 наблюдениях - односторонняя (в 6 - правосторонняя, в 4 – левосторонняя). В послеоперационном периоде у 1 (4,8%) пациента развилась подкожная эмфизема, что потребовало дополнительного дренирования плевральной полости и еще у 2 (5,6%) больных отмечалась серома операционной раны, для устранения которой проведены дренирование и антибактериальная терапия.

В послеоперационном периоде всем пациентам проведен курс стандартной консервативной терапии. Непосредственные и средне-отдаленные результаты изучены у всех пациентов в сроки от 1 месяца до 2 лет после операции. Хорошими считали результаты при исчезновении или значительном уменьшении выраженности болевого синдрома, уменьшении продолжительности и частоты приступов вазоспазма, повышении температуры кожи пальцев кисти; при наличии язв – их очищение и эпителизацию. По данным УЗДАС, отмечалось увеличение линейной скорости кровотока (ЛСК) до 70%, по сравнению с исходной величиной, уменьшение индекса периферического сопротивления. Хороший результат отмечался у 21 (81,6%); удовлетворительный – у 3 (11,2%) и неудовлетворительный результат – у 2 (7,2%) пациентов. Причинами негативных результатов являлись непроведение курсов противорецидивной медикаментозной терапии либо курсы терапии были случайными и единичными.

**Выводы.** Симпатэктомия при БР позволяет улучшить состояние артериального кровообращения кисти и пальцев, позволяя улучшить качества жизни пациентов. С целью достижения максимального эффекта от операции и профилактики рецидива необходимо больным 2-3 раза в год проведение курсов противорецидивной терапии.

*Саиджонов П.А., Шоев Ф.С., Шарипов З.Р., Аликулов А.Г.*

## ИНФУЗИОННАЯ ПОДДЕРЖКА СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка эффективности инфузионной терапии и её влияние на частоту развития гипотонии при спинальной анестезии у больных, перенесших флебэктомия и тромбэктомия.

**Материал и методы.** Обследованы 44 больных, из них 25 (56,6%) мужчин и 19 (43,1%) женщин. До операции всем пациентом в/в вводили 500 мл раствора Рингера лактата. Больным в пери-, интра- и послеоперационном периодах проводили стандартный мониторинг (ЭКГ, АД, SpO<sub>2</sub>, ЦВД). В условиях операционной пациентам проводилась спинальная анестезия с применением Sol. Marcaini Spinali Haevy 0,5% - 4,0 мл. Длительность операции, как правило, не превышала  $70 \pm 15$  минут.

**Результаты.** Больных разделили на две группы, по 22 человека в каждой. В первой группе проводилась предварительная инфузия в объеме 500 мл, непосредственно перед проведением спинальной анестезии, во второй группе преднагрузка не проводилась. Регистрировали исходное артериальное давление, ЧСС, колебание показателей АД и ЧСС на 5, 20, 50 минутах операции. Также учитывалось общее количество вазопрессоров (мезатон) и конечный объем инфузионных растворов, необходимых для поддержки гемодинамики. У больных первой группы отмечалось снижение артериального давления на 10-15% от исходного. Для поддержания гемодинамики объем инфузионной терапии достигал до 1500-2000 мл, общее количество введенного мезатона

в некоторых случаях возрастало до 1000-1500 мкг. Во второй группе также наблюдались эпизоды снижения артериального давления, но их удавалось корригировать адекватной инфузией и сравнительно низкими дозами мезатона. Общий объем инфузии, в основном, не превышал 1200 мл. Отмечена прямая корреляция показателей гемодинамики с проводимой инфузионной терапией.

**Выводы.** Выявлено, что предварительная инфузия не оказывала профилактического действия в отношении гипотонии, а в ряде случаев усиливала степень выраженности и длительности гемодинамических нарушений и связанных с ними осложнений.

*Саидмуродова Ф.Л., Хурсанов Н.М.*

## **ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние мелатонина на сократительную функцию миокарда у пациентов пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

**Материал и методы.** Нами обследовано 23 пациента с ИСАГ в возрасте от 60 до 76 лет, из которых 15 женщин и 8 мужчин. Среди них 11 больных имели I тип ИСАГ, 12 - II тип ИСАГ. По клиническому течению у 10 пациентов наблюдалась лабильная и у 13 - стабильная форма (классификация А.З. Цфасмана, Н.Х. Хамидова). При включении в исследование больные продолжали приём базисных антигипертензивных средств (бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция). На фоне получаемой гипотензивной терапии пациентам назначался мелаксен в дозе 3 мг, в тёмное время суток в течение 12 недель. У всех больных до и после курса лечения исследовалась сократительная функция миокарда методом поликардиографии. Определялись следующие показатели: индекс напряжения миокарда (ИНМ), механический коэффициент Блюмбергера (КБ), внутрисистолический показатель (ВСП), расход энергии (РЭ) левого желудочка, объёмная скорость выброса (ОСВ) и скорость повышения внутрижелудочкового давления (СПВД).

**Результаты.** К концу курса лечения отмечалась положительная гемодинамика. Нами было отмечено статистически значимое снижение как систолического (на 15,9%), так и диастолического (на 14,9%) артериального давления. При анализе фазовой структуры сердечного сокращения установлено увеличение КБ (на 18,6%), ВСП (на 4,8%) и уменьшение ИНМ (на 5,3%). ОСВ возросла (на 6,8%). Положительным сдвигом являлось и заметное (в среднем на 15,6%) уменьшение расхода энергии левым желудочком сердца на перемещение одного литра минутного объёма крови, что указывает на облегчение условий функционирования сердца. СПВД имела тенденцию к повышению.

**Выводы.** Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что назначение мелатонина больным ИСАГ пожилого возраста положительно влияет на сократительную функцию миокарда, тем самым снижая риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

*Саидов С.В. Нозимов Х.О. Ходжиев С.Х.*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) является важной медико-социальной проблемой. АГ является самым распространенным хроническим заболеванием и является причиной 40% всех амбулаторных визитов. На сегодняшний день особенное внимание уделяется немедикаментозным методам лечения, главное место среди которых занимает физическая реабилитация. В связи с этим актуальной является проблема формирования мотивации к использованию доступной систематической физической нагрузки. Наиболее физиологической для человека является физическая нагрузка в виде ходьбы. Возможны также занятия атлетической гимнастикой с малыми нагрузками. Снижение массы тела, артериального давления - это неполный перечень полезного действия движения на пути к улучшению качества жизни.

**Цель.** Оценка качества жизни пациентов с АГ на фоне физической реабилитации.

**Материал и методы.** Проведено проспективное исследование на базе отделения гипертонической болезни ГУ РКЦК. Изучено состояние 23 человек с АГ 1 и 2 степеней, средний возраст 46 (40,0; 53,0) лет, которым была предложена программа краткосрочных (стационарных) тренировочных занятий дозированной ходьбой. В качестве инструмента для оценки качества жизни пациентов использовался общий опросник MOS SF-36. Опросник включает в себя 36 вопросов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

**Результаты.** В ходе исследования выявлены следующие данные по шкалам: физическое функционирование - 90,5; ролевое функционирование - 100,0; интенсивность боли - 74,0; общее состояние здоровья - 67,0; жизненная активность - 67,5; социальное функционирование - 75,0; эмоциональное состояние - 100,0; психическое здоровье - 70,0. Общие показатели составили для физического компонента 53,0; для психического компонента здоровья - 45,5; По результатам исследования выявлена высокая распространенность негативных поведенческих факторов риска: малоподвижный образ жизни - у 72,1%, избыточная масса тела - у 63,1% обследованных лиц. Показано, что лечебная физкультура улучшает качество жизни.

**Выводы.** Таким образом, в результате исследования было установлено, что для улучшения качества жизни пациентов необходимы долгосрочные тренировочные занятия дозированной ходьбой. Основу немедикаментозного лечения составляют: диета, снижение избыточной массы тела и достаточная физическая активность.

*Саидова М.М., Юсупалиев Б.К., Камилова У.К.*

## РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бухарский Государственный медицинский институт  
г. Бухара, Узбекистан  
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Раннее выявление кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** В исследование включены 157 больных РА в возрасте от 35 до 60 лет, находившиеся на лечении в клинике Бухарского государственного медицинского института. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Из них 129 (82%) пациентов были женщины и 28 (18%) - мужчины. 113 (72%) пациентов были серопозитивными по ревматоидному фактору. Оценивали частоту встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: наследственность, курение, гиперхолестеринемия, абдоминальное ожирение, гиперурикемия, а также частоту встречаемости артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), нарушений ритма сердца у больных РА. У 88 больных методом доплерографии в В-режиме определяли толщину интимы-медиа (ТИМ) сонных артерий. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц.

**Результаты.** Анализ основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний выявил, что наследственность по ССЗ была отягощена у 48 (30,6%) больных, ожирение встречалось у 54

(34,4%), ГХС - у 35 (22,4%) больных. АГ выявлялась у 98 больных, что составило 62,4%. ИБС встречалась у 12 (19%) больных: стабильная стенокардия - у 9 (14,2%) больных. Анализ полученных данных показал, что АГ выявлялась у 46 (73%) больных.

По результатам исследования ТИМ сонных артерий выявлено, что данный показатель у больных РА составил  $0,91 \pm 0,021$  мм, тогда как у больных с серонегативным РА -  $0,84 \pm 0,03$  мм, против  $0,98 \pm 0,02$  мм в группе больных с серопозитивным РА. У больных РА с коморбидными состояниями было выявлено увеличение данного параметра: на 10,9% у больных с АГ, на 20,8% у больных ИБС. Параметр ТИМ был более 0,9 мм у пациентов с РА - со средним и более 1,0 мм - с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, определяемым по шкале SCORE.

**Выводы.** У больных РА раннее выявление кардиоваскулярного риска с определением ТИМ сонных артерий имеет важное прогностическое значение наряду с определением факторов риска и суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

*Саидова С.Ж., Рахимова Д.С., Муродов И.Х.*

## СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучение частоты симптоматической артериальной гипертонии (САГ) у подростков в г. Душанбе.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились учащиеся 9-11 классов средних школ г. Душанбе, возраст подростков от 15 до 16 лет. Обследованы 620 человек (юношей – 242, девушек – 378). Измерение артериального давления (АД) проводилось на обеих руках методом Короткова. Диагноз артериальной гипертонии (АГ) был установлен при систолическом АД (САД)  $>130$  мм рт. ст. и диастолическом АД (ДАД)  $>85$  мм рт. ст. (согласно классификации ВОЗ, 1999). Всем подросткам с АГ проводилось комплексное обследование, включающее клинико-лабораторные (общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови) и инструментальные методы исследования (электрокардиография, исследование глазного дна и др.).

**Результаты.** Из 620 обследуемых подростков у 60 (9,6%) была выявлена САГ. Данные нашего исследования показали, что у подростков основными причинами САГ явились различные заболевания почек - 55,4%: хронический пиелонефрит - 47,2%, хронический гломерулонефрит - 22,2%, мочекаменная болезнь - у 30,5%. Эндокринная патология имела у 44,6% человек, из них гипертиреоз был выявлен у 51,7%, синдром Иценко–Кушинга - у 10,3%, феохромоцитомы - у 6,8% и гипоталамический синдром - у 31,0% больных. Таким образом, нами установлено, что в структуре САГ лидировали заболевания почек и эндокринная патология. Эти заболевания в начальной стадии имеют скрытое или латентное течение, которое может в дальнейшем привести к САГ.

**Выводы.** Симптоматическая артериальная гипертония у подростков наблюдается часто и может быть причиной развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

*Самадов Ш.Х., Рахмонов Дж.А., Элтаназаров М.Д., Джурраев Ш.М.*

## ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА РОКСЕРА У ПАЦИЕНТОВ ИБС И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка эффективности и безопасности 24-недельной терапии препаратом роксера (розувастатин, компания «KRKA», Словения) у пациентов с гиперлипидемией II типа.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе. В группу наблюдения включены 110 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения, постинфарктным кардиосклерозом в возрасте 50–70 лет с первичной гиперхолестеринемией: с уровнем общего холестерина сыворотки > 5 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности >4 ммоль/л, триглицеридов < 4,5 ммоль/л. Наблюдение начиналось с 4-х недель “чистого фона” на фоне гипохолестериновой диеты. При сохранении повышенного уровня холестерина назначался роксера по 20 мг/сутки. При этом продолжалась базисная терапия ИБС. Лечение проводилось в течение 24 недель на фоне гипохолестериновой диеты. Исследование липидного спектра и функциональных проб печени проводилось до начала лечения и по истечении каждого месяца лечения. Также проводился 3-кратный общий осмотр, ЭКГ, ЭХОКГ.

**Результаты.** На фоне 24-недельной терапии роксерой в дозе 20 мг у 80% больных отмечена положительная динамика уровней общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛНП), триглицеридов (ТГ). У 12% пациентов доза роксера через 1 месяц лечения была увеличена до 40 мг в сутки, и тогда достигнут положительный результат.

Уровень общего холестерина (ОХ) снизился на 32 %, ХСЛНП – на 40 %, ТГ – на 21%, уровень ХСЛВП повысился на 14%. Изменений уровней ферментов печени не зарегистрировано.

**Выводы.** Эффективность и безопасность роксера в дозе 20 мг в сутки у пациентов с гиперлипидемией II типа с достижением целевого уровня ХСЛНП в 100% случаев даёт возможность длительного применения препарата для коррекции липидного спектра крови.

*Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Дадабаева Б.С.*

## **РОЛЬ КАФЕДРЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ В НЕПРЕРЫВНОМ ОБРАЗОВАНИИ**

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

В Таджикистане действует одно государственное последипломное учреждение для медицинских работников, работа которого основана на государственных стандартах Министерств образования и здравоохранения.

**Цель.** Оценить важность работы кафедры сестринского дела в семейной медицине в реализации задач реформы здравоохранения.

**Материал и методы.** Отчеты кафедры в учебный отдел института с 2002 года по настоящее время.

В 2002 году на базе Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан открыта кафедра сестринского дела в семейной медицине, выполняющая задачу реформы системы здравоохранения – внедрение института семейной медицины в звено первичной медико-санитарной помощи. В течение нескольких лет проводилось переобучение среднего персонала амбулаторной службы на медсестру общей практики (семейная), с 2008 года начаты циклы усовершенствования. К 2018 году сотрудниками кафедры переподготовлено 939 семейных медсестёр, с 2009 года непрерывное образование получают в среднем в год около 38 семейных медсестер (в 2009 - 47, 2013 - 25, 2018 - 42 медсестры). Одновременно ведутся другие виды обучения. Так, за 2017-2018 года проведены: тренерский цикл для 31 тренера учебно-клинических центров, семинары для 142 специалистов первичного звена, с оформлением кредит-часов.

Согласно реформе здравоохранения, к 2015 году первичное звено должно было быть укомплектовано новым специалистом, однако, ежегодная оценка потребности амбулаторий показало, что сегодня Центры здоровья по-прежнему нуждаются в данном специалисте, вследствие чего кафедра до сих пор проводит циклы специализации.

**Выводы.** Ежегодно кафедра, выполняя государственный заказ, перевыполняет план по подготовке нового специалиста. Систематически ведется непрерывное обучение с использованием современных методов обучения по принципу "равный равному".

Самиева Н.Ш., Бадалова З.А., Абдурахманова Х.Н.

## ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Анализ основных причинных факторов развития ЖДА у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** Нами было проанализировано 25 историй болезни за 2015 год. Все дети проходили лечение в отделениях соматологии и патологии новорожденных МК «Истиклол» по поводу основного и сопутствующего заболеваний. Средний возраст детей составлял 8 месяцев (от 2 мес. до 1 года). Диагноз ЖДА верифицировался на основании клинико-лабораторных данных. Показатели гемоглобина при ЖДА 2 степени варьировали от 70 до 86 г/л, что составило 63%, а при тяжелой анемии (37%) - от 45 до 68 г/л, отмечались гипохромия эритроцитов, анизо-, пойкилоцитоз, снижение ЦП, ускорение СОЭ.

**Результаты.** Анализ историй показал, что большинство детей (68%) проживают в сельской местности. Основными жалобами при поступлении были: снижение, избирательности и извращение аппетита (98%), бледность кожных покровов и слизистых (100%), слабость, вялость, капризность детей. При объективном осмотре обращали на себя внимание бледность кожи и слизистых, периорбитальный и периоральный цианоз, усиливающиеся при беспокойстве, физической нагрузке. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались тахикардия, приглушенность тонов, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Изучив анамнез заболевших детей с анемией, мы выяснили основные причины её развития. Анализ данных показал, что только у двух матерей беременность и роды протекали физиологично, 45 матерей из 50 (90%) в течении беременности страдали ЖДА различной степени тяжести, но лишь 5 (10%) получали по этому поводу полноценное лечение. У 16 женщин (32%) беременность осложнилась поздним токсикозом, а у 15 (30%) - угрозой прерывания на разных сроках. Преждевременные роды отмечались у 21 женщины. 32 ребёнка (64%) на момент госпитализации имели сопутствующую патологию (15 детей - рахит 2-3 степеней, 8 детей - ВУИ, 9 детей - гипотрофию 1-2 степеней).

В большинстве случаев имелись значительные дефекты вскармливания: 18 детей (36%) получали грудное молоко только до 1-2 месяцев, 9 детей (18%) - до 3-4 месяцев и более 4 месяцев - лишь 11 детей (23%) были на грудном вскармливании. Искусственное вскармливание с рождения наблюдалось у 11 детей (23%). Анализ историй 32 пациентов (64%) показал несвоевременность введения и неадекватность прикорма. На момент поступления 12 детей вскармливались коровьим молоком, из них 4 детей - с рождения. У детей, получающих цельное коровье молоко, существует высокий риск развития ЖДА. Это объясняется как низким содержанием железа, так и его низкой биодоступностью, но в первую очередь отсутствием других источников железа в питании. Установлено также, что у ряда восприимчивых детей цельное коровье молоко становится причиной диapedезных желудочно-кишечных кровотечений, которые имеют прямую зависимость от объема потребляемого молока. В результате возникают хронические кровопотери, которые также становятся причиной ЖДА у детей.

**Выводы.** Таким образом, у детей раннего возраста главная причина сидеропении состоит в недостаточном поступлении железа от матери к плоду внутриутробно из-за гипосидероза у женщины, гестозов второй половины беременности, фетоплацентарной недостаточности, недоношенности. Второй причиной сидеропении в этом возрасте служит алиментарный дефицит железа: низкая продолжительность грудного вскармливания, несвоевременное и неадекватное введение прикормов, использование как основного продукта питания цельного коровьего молока у детей первого года жизни.

Сангинова Н.М., Намозов Д.Б., Алишеровна Н.А.

## ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан



**Цель.** Изучить частоту встречаемости врожденных пороков сердца (ВПС) и особенности перинатального периода новорожденных с ВПС.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 2000 историй развития новорожденных за 2015-2017 гг. в Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии (НИИ АГиП) г Душанбе.

**Результаты.** Ретроспективный анализ показал, что за 2 года всего с ВПС родилось 68 новорожденных, что составило 3,4% от всего числа родившихся новорожденных. Из них 52,1% мальчиков и 46,9% девочек. Практически все дети были доношенными. Клинико-неврологический анализ показал, что в асфиксии средней степени тяжести родилось более половина детей (57,2%), в тяжелой степени асфиксии родилось 12,2%.

Среди возможных причин ВПС были установлены различные заболевания матери во время беременности, такие как респираторно-вирусная инфекция в первой половине беременности - у 15,7%, во второй половине - у 12,8%, ЦМВ и герпес 1-го типа с высокими титрами - 8,7%. У 32,4% беременных осложнения течения беременности возникли за счет обострения хронической инфекции и почечной патологии. При анализе было выявлено, что наиболее важной причиной ВПС является высокий уровень родственных браков, что составило 23,7% всех случаев с ВПС. Возраст отца более 45 лет, и возраст матери более 35 лет явился причиной 15,8% ВПС.

Наиболее часто были диагностированы врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения без цианоза, такие как дефекты межжелудочковой перегородки - у 64,3%, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - у 6,7% детей. Открытый артериальный проток выявлен у 3,2% детей с ВПС. Болезнь Фалло отмечена у 4,2% детей. Комбинированные пороки сердца диагностированы у 12,3% детей, такие как стеноз легочной артерии и ДМПП, единственный желудок и транспозиция магистральных сосудов, врожденная аномалия трехстворчатого клапана, гипертрофия обоих желудочков, первичная легочная гипертензия. К сожалению, антенатальная эхокардиография не всегда позволяет обнаружить многие пороки сердца.

**Выводы.** Таким образом, в настоящее время увеличилась частота встречаемости ВПС, имеется тенденция к возникновению тяжелых комбинированных пороков. Выявлен неблагоприятный фон течения беременности в виде высокого индекса заболеваемости матери. Среди ВПС преобладают пороки с обогащением малого круга кровообращения без цианоза.

*Сангинова Н.М., Хотамова М.Н., Алишерова Н.А.*

## ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определение основных факторов развития гипербилирубинемии, методов диагностики и лечения гипербилирубинемий у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ.

**Материал и методы.** В данную работу вошли все 156 недоношенных детей с массой тела 1500 г и ниже, рожденных с 2008 по 2012 гг. За период 2009–2012 гг. гипербилирубинемия развилась у 66 (42,3%) новорожденных.

**Результаты.** 14 (9%) из 156 детей родились после применения вспомогательных репродуктивных технологий, 33 (21,1%) - от многоплодной беременности. Выживаемость в данной группе 76,3% (119). Все дети получали респираторную поддержку. Энтеральное питание, в том числе и с трофической целью, начиналось с первого дня жизни. С первого дня жизни, учитывая непереносимость сцеженного грудного молока, назначалось полностью сбалансированное парентеральное питание. Уровень капиллярного билирубина измерялся аппаратом БИЛИ-МЕТР-3. При необходимости определялись фракции биохимическими методами. Учитывая особенно низкий порог патогенности билирубина у ОНВТ и ЭНВТ при рождении, у них уровень билирубина измерялся при первых признаках иктеричности кожных покровов. Параллельно определялся уровень гемоглобина в капиллярной и венозной

крови, возможные тесты на определение инфекции, также проводилось ультразвуковое исследование головного мозга. Уровень общего билирубина через 24 ч после рождения в среднем составил  $102 \pm 12$  мкмоль/л, через 48 ч  $123 \pm 28$  мкмоль/л, через 72 ч –  $154 \pm 23$  мкмоль/л. Максимальный уровень билирубина выше 220 мкмоль/л наблюдался только у девяти недоношенных ( $222 - 243$  мкмоль/л с гестационным возрастом больше 30 недель и массой 1350–1500 г).

С целью лечения гипербилирубинемии применялась фототерапия (аппараты Lullaby LED). При применении данного метода лечения у всех детей отмечалось достаточное и своевременное снижение уровня билирубина. Не было необходимости в проведении заменного переливания крови ни у одного ребенка. Неврологические нарушения были связаны с общим заболеванием (инфекция или ВЖК II–III ст.). У детей, получивших фототерапию и имеющих сравнительно низкий уровень билирубина, отмечалось быстрое восстановление на втором этапе выхаживания при одинаковом гестационном возрасте и массе при рождении.

**Выводы.** Таким образом, у детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении своевременный контроль за уровнем сывороточного билирубина является одним из важных критериев дальнейшего физического и психомоторного развития ребенка.

*Сангов Д.С., Курбанова М.А., Гульмуратов У.Т.*

## ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить влияние карбоксиперитонеума на центральную гемодинамику при видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени.

**Материал и методы.** В отделении эндохирургии РНЦССХ проведено обследование и оперативное лечение 24 больных (14 женщин и 10 мужчин) с неосложненным эхинококкозом печени в возрасте от 38 до 54 лет с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС – у 15, гипертоническая болезнь – у 9). Эхинококковые кисты диаметром от 6 до 10 см локализовались в визуально доступных сегментах печени.

Всем пациентам выполнена видеолaparоскопическая эхинококкэктомия в условиях карбоксиперитонеума (12 мм рт.ст.).

Изучено состояние центральной гемодинамики на различных этапах видеолaparоскопической эхинококкэктомии путем доплер-ЭхоКГ на аппарате «Акусон» (США).

**Результаты.** У обследованных больных исходные параметры центральной гемодинамики были в пределах нормальных значений, соответствовали нормодинамическому типу кровообращения.

Среди этих больных после инсуффляции углекислого газа, создания внутрибрюшного давления (ВБД) 12 мм рт.ст. существенных изменений со стороны ЧСС, АД сист. и АД диаст., по сравнению с исходными показателями, не отмечено. В то же время УО у этих больных снизился на 13,9% ( $P < 0,05$ ) и после снятия карбоксиперитонеума возвратился к исходному уровню. Изменения УИ, МОС, СИ, ФИ были аналогичными: при повышении ВБД до 12 мм рт.ст. отмечено достоверное снижение УИ на 18,0%, МОС - на 11,7%, СИ - на 12,6%, ФИ - на 10,9% ( $P < 0,05$ ) от исходного показателя. После снятия карбоксиперитонеума показатели УИ, МОС, ФИ возвратились к исходным величинам.

В это же время ОПСС на фоне карбоксиперитонеума повысилось на 17,1% ( $P < 0,05$ ), через 30 минут после десуффляции ОПСС снизилось до исходного уровня. Во время видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени нарушений сердечного ритма и ишемии миокарда не было.

**Выводы.** Видеолaparоскопическая эхинококкэктомия из печени на фоне напряженного карбоксиперитонеума сопровождается развитием синдрома повышенного внутрибрюшного давления со снижением венозного возврата, СИ, УИ, ФИ и повышением ОПСС. В связи с этим у лиц с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь и др.) видеолaparоскопическую эхинококкэктомию необходимо проводить в условиях мониторинга центральной гемодинамики и щадящего режима карбоксиперитонеума.

Сафохонов Д.Т., Кадырова Д.А., Саидова Ж.С.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И В СТАЦИОНАРЕ

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан  
Городской центр здоровья  
г. Исфара, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение частоты использования немедикаментозного лечения артериальной гипертензии (АГ) у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях в сравнении со стационаром.

**Материал и методы.** Изучение частоты назначения немедикаментозного лечения проводилось у 60 больных старше 60 лет с АГ в Городском центре здоровья Исфары и у 60 больных такого же возраста в кардиологическом отделении Центральной городской больницы Исфары. Было проанализировано назначение следующих немедикаментозных методов лечения: кинезотерапия (ЛФК), диетотерапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия. Для обработки результатов исследований использовался статистический пакет Statistic for Windows 6.0. В работе применялись методы вариационной статистики: вычисление среднеарифметической и средней ошибки данной величины. Статистическую значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при  $P \leq 0,05$ .

**Результаты.** Исследованием выявлено, что при лечении АГ у пациентов пожилого и старческого возраста медикаментозная терапия, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, назначалась в 98% случаев. Прием лекарственных препаратов при стационарном лечении сочетался с соблюдением диеты в 91,2% случаев, фитотерапии - в 14,0%, рефлексотерапии - в 1,8% и ЛФК - в 5,3% случаев. В амбулаторных условиях аналогичные показатели были соответственно: диетотерапия - 90,0% случаев, фитотерапия - 11,7%, рефлексотерапия - 1,7% и ЛФК - 3,3% случаев. Таким образом, методы немедикаментозного лечения АГ у пациентов пожилого и старческого возраста в сочетании с приёмом лекарственных препаратов используются в 16% случаев в стационаре и в 12% - при амбулаторном лечении больных. Известно, что немедикаментозные методы лечения способствуют снижению артериального давления, уменьшению потребности в гипотензивных средствах и усилению их эффекта. Поэтому немедикаментозное лечение АГ должно шире использоваться как в стационаре, так и, особенно, в амбулаторных условиях, в практике семейных врачей, кардиологов и терапевтов.

**Выводы.** Немедикаментозное лечение АГ у лиц пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях и в стационаре г. Исфары используется, соответственно, в 12% и 16% случаев, что является недостаточным, учитывая известные и доказанные факты большого положительного влияния этого лечения на состояние здоровья пациентов. Учитывая последнее, а также экономическую эффективность немедикаментозного лечения АГ, целесообразно широко использовать его в комплексной терапии у больных пожилого и старческого возраста с АГ как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

<sup>1</sup>Сейсембеков Т.З., <sup>2</sup>Долгих С.А., <sup>1</sup>Жусупова Г.К.,  
<sup>1</sup>Загоруля Н.Л., <sup>1</sup>Онгарбаева Ж.Е.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АСТАНЕ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ПРИЗЕМНОГО ВОЗДУХА

<sup>1</sup>АО «Медицинский университет Астана»  
<sup>2</sup>РГП «Казгидромет»  
г. Астана, Казахстан

---

**Цель.** Выявить взаимосвязь смертности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с температурой воздуха в мегаполисе Республики Казахстан (РК) - г. Астана.

**Материал и методы.** Проведен сравнительный анализ заболеваемости ИБС взрослого (18 лет и старше) населения РК и г. Астана за 2001-2017 гг., показателей ежедневной смертности от ИБС (по МКБ-10: I20-I25) за 2009-2015 гг. с температурой воздуха тех же суток. Показатели сгруппированы по месяцам и сезонам года, анализированы в зависимости от пола и возраста: молодой (18-44 лет), средний (45-59), пожилой (60-74) и старческий (75 лет и старше).

**Результаты.** За 2001-2017 гг. наблюдается рост впервые диагностированной ИБС у взрослого населения РК, в том числе городского с 321,5 и 351,7 на 100 тыс. населения в 2001г. до 497,8 и 529,8 в 2017г. Заболеваемость ИБС в Астане за эти годы также возросла, но показатели заметно ниже (с 201,5 до 252,9). В 2009-2015 гг. в г. Астана зарегистрировано 4242 случаев смерти от ИБС: 2365 (55,7%) мужчин и 1877 (44,2%) женщин, по возрастным группам: 5,5% - 20,7% - 32,5% - 41,2%. Температура воздуха в Астане за 2009-2015 гг. колебалась в диапазоне: низкая -40,6°C (декабрь 2012) и высокая +38,2°C (август 2014), среднегодовая возросла с 3,73°C (2009) до 4,62°C (2015). Анализ ежедневных показателей смертности от ИБС и температурой: средней (Тср.), максимальной (Тмакс.) и минимальной (Тмин.) не выявила взаимосвязи между ними, тогда как ежемесячные показатели смертности от ИБС в целом имеет обратную корреляцию с Тср. ( $r = -0,52$ ), Тмакс ( $r = -0,51$ ) у лиц обоего пола, но в молодом возрасте достоверно только у женщин ( $r = -0,588$  и  $-0,678$ ). При этом связь смертности с Тмин у женщин 18-44 лет в пределах средней силы ( $r = -0,42$  и  $-0,49$ ). Высокая корреляция смертности ИБС с Тср. Тмакс и Тмин наблюдается в пожилом возрасте, особенно у мужчин ( $r = -0,87$  –  $0,88$  - $0,78$ )

**Выводы.** На фоне роста заболеваемости ИБС и снижении смертности от нее в г. Астана в целом наблюдается достоверная взаимосвязь показателей смертности ИБС с температурой воздуха, более выраженная у женщин молодого и мужчин пожилого возрастов.

*Сеитмухамедов М.Д., Кадыров Б.А., Аннаев М.С., Шихназарова Б.А.*

## РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Международный кардиологический центр  
г. Ашгабат, Туркменистан

**Цель.** Изучить результаты реваскуляризации миокарда и ее влияние на прогноз у больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью с документированной ишемией миокарда.

**Материал и методы.** В Международном кардиологическом центре с января 2015 года по сентябрь 2018 года 281 больному выполнена реваскуляризация миокарда с многососудистым поражением коронарных артерий и низкой ФВ ЛЖ. ЧКВ всех 3-х коронарных артерий выполнено 98 (34,8%) больным, 107 (38,1%) выполнено ЧКВ 2-х сосудов и 76 (27,1%) - ЧКВ с 1-м поражением коронарных артерий. Во всех наблюдениях имело место гемодинамически значимое поражение ПМЖВ, а поражение ствола ЛКА имело место в 41 (14,6%) - случаях. Возраст пациентов колебался от 31 до 82 лет (в среднем  $63 \pm 7,3$  года). 208 (74,0%) больных были мужского пола, 73 (26,0%) – женского. ФВ ЛЖ колебалась от 25 до 39,1% и в среднем составляла  $31,3 \pm 7,7\%$ . Средний показатель по шкале SYNTAX SCORE составил  $29,3 \pm 5,4$ . Хирургический риск оценён по шкале EURO SCORE и в среднем составил  $10,3 \pm 3,3\%$ . Сердечная недостаточность по NYHA: IV ФК имел место в 99 (35,2%) случаях, III ФК был у 103 (36,6%) пациентов, II ФК у 79 (28,1%) пациентов. Общее количество имплантированных стентов – 566, из них “Xience Alpine” -425 (75,1%), “Integrity Resolute” - 92 (16,2%) и “Orsiro” - 49 (8,7%), в среднем на одного пациента приходилось по  $2,0 \pm 1,2$  стента.

**Результаты.** Непосредственные результаты изучены во всех случаях. Ангиографический успех составил 96,5%, клинический эффект - 98,8%. В группе пациентов с ФВ ЛЖ ниже 40% ангиографический успех составил 98,0%, клинический успех - 94,7%. В госпитальном периоде частота больших кардиальных осложнений наблюдалось в 5 (1,8%) случаях. Отдаленные резуль-



таты (от 3 до 33 месяца, в среднем  $14 \pm 12,6$  месяцев) изучены у 205 (83,5%) больных, из них 134 (47,7%) больным выполнена КГ. Рестенозы ранее имплантированных стентов в период наблюдения встречались в 9 случаях (3,2%), в одном случае выполнено повторное ЧКВ, в остальных случаях повторного вмешательства не потребовалось. Имел место прогресс атеросклероза в других коронарных артериях - 6 (2,1%) случая, которым выполнено успешное повторное ЧКВ. Показатели ФВ ЛЖ в отделённом периоде увеличились и в среднем составили  $- 32 \pm 13,8$ . Большие кардиальные осложнения имели место в 6 (2,1%) случаях с одним летальным исходом - 0,3%.

**Выводы.** Реваскуляризация миокарда у больных ХСН с низкой ФВ ЛЖ является оправданным методом лечения. В отдалённом периоде наблюдения отмечалось улучшение клиники СН, увеличивалась толерантность к физической нагрузке. Глобальная сократительная способность ЛЖ существенно не изменилась, отмечалась тенденция сокращения конечно диастолического объёма левого желудочка и уменьшения степени митральной регургитации.

*Семененков И.И.*

## **ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ПОД ВЛИЯНИЕМ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ**

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Изучение изменения показателей микроциркуляции у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), в процессе комплексного лечения с использованием нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

**Материал и методы.** Всего обследовано 153 пациента с АГ, ассоциированной с ХОБЛ, в возрасте 50–70 лет (средний возраст  $58 \pm 4,5$  года). 53 из них получали обычное медикаментозное лечение и 100 – комплексную терапию, включающую курс гипокситерапии и омега-3 ПНЖК. Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения, а также через 3 месяца после проведенного комплексного лечения проводилось исследование показателей микроциркуляции. Состояние микроциркуляции изучалось методом конъюнктивальной биомикроскопии с помощью щелевой лампы ШЦЛ – 1. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel, «STATISTICA 10,0».

**Результаты.** В процессе комплексного лечения у пациентов основной группы отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции в уменьшении периваскулярного отека ( $0,40 \pm 0,03$  и  $0,10 \pm 0,01$  соответственно,  $p < 0,01$ ), нормализации соотношения диаметров соответствующих артериол и венул ( $0,80 \pm 0,10$  и  $0,40 \pm 0,01$  соответственно,  $p < 0,05$ ), значительном уменьшении сладж-феномена ( $57,30 \pm 2,00$  и  $26,60 \pm 1,20$  соответственно,  $p < 0,05$ ) и микротромбов ( $16,00 \pm 0,60$  и  $0,10 \pm 0,01$  соответственно,  $p < 0,001$ ). Остальные показатели были статистически недостоверны. Через 3 месяца после прекращения комплексного лечения у пациентов основной группы отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции в уменьшении периваскулярного отека ( $0,40 \pm 0,03$  и  $0,20 \pm 0,02$  соответственно,  $p < 0,05$ ), нормализации соотношения диаметров соответствующих артериол и венул ( $0,80 \pm 0,10$  и  $0,50 \pm 0,01$  соответственно,  $p < 0,05$ ), уменьшении сладж-феномена ( $57,30 \pm 2,00$  и  $29,80 \pm 1,10$  соответственно,  $p < 0,05$ ) и микротромбов ( $16,00 \pm 0,60$  и  $2,20 \pm 0,20$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Остальные показатели были статистически недостоверны.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности использования гипокситерапии и омега-3 ПНЖК в комплексном лечении пациентов с АГ, ассоциированной с ХОБЛ.

Семененков И.И., Пристром М.С.

## СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г. Минск, Беларусь

**Цель.** Изучить влияние комплексного лечения на показатели variability сердечного ритма, жирно-кислотный спектр крови и частоту последующих госпитализаций у пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких.

**Материал и методы.** Проведено исследование показателей variability сердечного ритма с помощью программно-аппаратного комплекса «Бриз-М» и жирнокислотного спектра крови методом газовой хроматографии у 143 пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких. 98 пациентам (основная группа) была назначена комплексная терапия, включавшая курсы нормобарической гипоксии и применение омега-3 ПНЖК в сочетании с медикаментозным лечением. 45 пациентов (контрольная группа) получали только медикаментозную терапию (антигипертензивные лекарственные средства и  $\beta$ 2-агонисты – по необходимости). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel, «STATISTICA 10.0».

**Результаты.** В процессе комплексного лечения у больных основной группы отмечались достоверные изменения показателей variability сердечного ритма в увеличении NN50 ( $17,10 \pm 3,50$  и  $37,50 \pm 5,10$  соответственно,  $p < 0,05$ ), увеличении MO ( $828,00 \pm 14,80$  и  $895,70 \pm 19,80$  соответственно,  $p < 0,05$ ), увеличении парасимпатических влияний HF ( $36,40 \pm 2,10$  и  $43,60 \pm 1,30$  соответственно,  $p < 0,05$ ), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ( $0,74 \pm 0,03$  и  $0,57 \pm 0,02$  соответственно,  $p < 0,05$ ). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений показателей ВСР в процессе лечения выявлено не было.

При исследовании жирно-кислотного состава плазмы крови у пациентов в основной группе наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (C14:0, C15:0, C16:0, C17:0, C18:0, C20:0, C21:0, C23:0 ( $p < 0,05$ )), а также отмечалось статистически достоверное увеличение концентрации в плазме крови ненасыщенных жирных кислот (C16:1, C17:1, C18:1n9t, C20:1, C18:2n6c, C22:2, C20:3n6, C20:5n3;  $p < 0,05$ ). У пациентов контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение C18:0 и снижение C16:0, C18:1n9t, C18:2n6t, C20:1. Остальные исследуемые показатели основной и контрольной групп были статистически недостоверны.

Для оценки эффекта последствия комплексной терапии нами проанализированы следующие клинические характеристики: количество госпитализаций по поводу ухудшения своего самочувствия за последние 4 месяца после прохождения комплексного лечения.

Нами установлено, что после прохождения комплексного лечения отмечается статистически достоверное снижение эпизодов госпитализаций на фоне продолжающейся терапии в основной группе ( $n=98$ ), по сравнению с группой контроля ( $n=45$ ). У пациентов основной группы за 4 месяца после прекращения лечения у 18 человек были зарегистрированы эпизоды повышения артериального давления, в группе контроля у 26 ( $\chi^2=9,759$ ,  $p=0,002$ ). 2 человека из 18 в основной группе нуждались в госпитализации, в группе контроля нуждались в госпитализации 17 из 26 человек ( $\chi^2=3,916$ ,  $p=0,048$ ).

**Выводы.** Из приведенных данных видно, что за 4-месячный период статистически достоверно снизилось количество гипертонических кризов и связанных с ними эпизодов госпитализаций у пациентов основной группы, по сравнению с группой контроля. Следовательно, комплексное лечение на порядок эффективнее обычной медикаментозной терапии.

Семенов И.И., Пристром М.С., Штонда М.В.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г. Минск, Беларусь

---

**Цель.** Изучение жирнокислотного состава плазмы крови и показателей системного иммунного воспаления под влиянием комплексного лечения, включающего курс нормобарической гипоксии и применение лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

**Материал и методы.** Обследовано 50 пациентов с артериальной гипертензией (АГ II-III) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, ДН I-II). В основную группу вошло 25 пациентов с коморбидной патологией, получающих помимо медикаментозного лечения сочетание курса (10-12 сеансов) нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в дозе 1000 мг в сутки. Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения проводилось исследование жирнокислотного состава плазмы крови методом газовой хроматографии, а также показателей системного иммунного воспаления (ФНО- $\alpha$ , интерлейкины-6, 8) методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** При исследовании жирно-кислотного состава крови у пациентов с АГ+ХОБЛ в основной группе в процессе лечения наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (С15:0, С16:0, С18:0, С20:0, С21:0, ( $p<0,05$ )) и статистически достоверное увеличение концентрации ненасыщенных жирных кислот (С16:1, С17:1, С18:1n9t, С18:1n9c, С18:2n6c, С18:3n6, С20:1, С22:2 ( $p<0,05$ )). У пациентов контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение С14:0, С16:1, С18:0, С21:0 и снижение С16:0, С18:1n9t. Остальные исследуемые показатели были статистически недостоверны.

При исследовании показателей системного иммунного воспаления у пациентов основной группы, в отличие от пациентов группы контроля, статистически достоверно снизились следующие показатели: уровень ФНО- $\alpha$  достоверно изменился с  $40,12\pm 8,73$  до  $21,19\pm 4,37$  пг/мл ( $p<0,05$ ); IL-6 с  $41,25\pm 7,44$  до  $17,48\pm 5,19$  пг/мл ( $p<0,05$ ), IL-8 с  $74,25\pm 7,44$  до  $51,48\pm 4,17$  пг/мл ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и лекарственные средства на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, оказалось более эффективным, чем обычная медикаментозная терапия.

Ситораи Акбар, Зокиров Б.Н.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН НА ПРИМЕРЕ РКЦК

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить качество лекарственной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца и ее соответствие современным клиническим протоколам.

**Материал и методы.** Для проведения анализа качества и результатов медикаментозного лечения хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) были проанализированы истории болезни 61 больного стенокардией напряжения II-III функциональных классов в условиях Республиканского клинического центра кардиологии (РКЦК). Среди обследованных преобладали мужчины - 33 (54,0%) человека в возрасте  $56,1 \pm 1,8$  лет и 28 (45,9%) женщин в возрасте  $58,0 \pm 1,9$  лет. Диагноз верифицировался на основании анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочных тестов и лабораторных методов исследования. Лечение проводилось в соответствии с международными и клиническими протоколами (бета-адреноблокаторы, ИАПФ, антагонисты кальция, нитраты, статины, антиагреганты).

**Результаты.** До госпитализации только 14,7% пациентов, страдающих ХИБС, получали необходимый объем терапии согласно клиническим руководствам (КР). Тогда как за время госпитализации в РКЦК с последующими рекомендациями для амбулаторного периода данная категория получала терапию, соответствующую международным и национальным КР, в 87,5%. Детализированный анализ назначений медикаментозной терапии продемонстрировал, что ИАПФ были назначены 20% пациентов, тогда как при выписке этот показатель составил более 80%; статины - 10% и 90%; бета-адреноблокаторы (БАБ) - 20% и 90%; ацетилсалициловую кислоту (АСК) - 80% и 96% пациентам, соответственно. Одновременно все 4 класса препаратов, рекомендованных при осуществлении вторичной профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у лиц с ХИБС, до госпитализации получали лишь 14,7% из 61 пациентов, а при выписке их количество выросло до 60% ( $p < 0,001$ ). Выявлена низкая частота назначения лекарственных препаратов. Так, для БАБ она не превышала 61%; для ИАПФ или БРА - 58%; для статинов - 51%; для АСК - 76%. Толерантность к физической нагрузке на госпитальном этапе была невысокой и составила  $62,8 \pm 5,6$  Вт. Через месяц наблюдения был получен достоверный прирост толерантности к физической нагрузке, по сравнению с предыдущими показателями -  $69,0 \pm 4,6$  Вт. На момент контрольного обследования у всех больных был достигнут прирост фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), на госпитальном этапе ФВЛЖ увеличилась с  $57,7 \pm 4,2\%$  до  $61,7 \pm 4,2\%$ .

**Выводы.** В лечении ХИБС выявлена низкая частота назначения ЛП с доказанным влиянием на риск развития ССО при вторичной профилактике у больных со стабильно протекающей ИБС до госпитализации и значительное улучшение качества этой терапии в период пребывания в специализированном кардиологическом стационаре (87,5%).

*Ситораи Акбар, Нарзуллоева А.Р.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ДОЗИРОВКАХ У БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка эффективности и безопасности применения оральных антикоагулянтов в различных дозах у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП) на фоне хронической ишемической болезни сердца (ХИБС).

**Материал и методы.** В исследование включили 46 пациентов, средний возраст -  $56,4 \pm 5,3$  года. Больных разделили на две группы: 1 группа - 29 больных с ХИБС и неклапанной персистирующей формой ФП, 2 группа - 17 пациентов с ХИБС и неклапанной постоянной формой ФП. По структуре и частоте сопутствующей патологии больные обеих групп были сопоставимы. В связи с высоким риском развития инсульта и системных эмболий (сумма баллов по шкале



CHA2DS2-VASc у женщин  $>3$ , у мужчин  $>2$ ), согласно действующим рекомендациям по ведению пациентов с ФП, больные обеих групп нуждались в приеме оральных антикоагулянтов. Мы применяли варфарин. У пациентов 1 группы в лечение входил амиодарон с антиаритмической целью в поддерживающей дозе 100-200 мг в сутки, а также варфарин в суточной дозе 2,5-7,5 мг. В лечение больных 2 группы включали бета-адреноблокаторы с целью контроля за частотой сердечных сокращений (амиодарон не принимали), а также варфарин по 2,5 мг 2 раза в сутки. В остальном лечение проводилось согласно современным клиническим протоколам. В обеих группах пациентов риск кровотечения был ниже 3 баллов по шкале HAS-BLED. Оценивались тромбоэмболические осложнения, а также большие (внутричерепные и желудочно-кишечные) и малые (носовые и десневые, кровоизлияния на коже, макро- и микрогематурия) кровотечения.

**Результаты.** За период наблюдений у пациентов обеих групп зарегистрированы случаи ишемического нефатального инсульта: 1 случай (4%) - в 1 группе и 1 случай (5%) - во 2 группе. Других проявлений системной эмболии не зарегистрировано. В течение 6 месяцев в 1 группе пациентов фиксировали малые кровотечения у 4 человек (19%): десневое - 2 случая, мелкие единичные кровоизлияния на коже - в одном наблюдении, микрогематурия - 1 случай. Во 2 группе у 4 (20%) больных также зафиксированы проявления малых кровотечений: десневое - 1, небольшое носовое - 2, микрогематурия - 1. Причем анализ больных с проявлениями малых кровотечений показал возможную связь повышенной кровоточивости с плохо контролируемой артериальной гипертензией и/или приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. У больных обеих групп большие кровотечения отсутствовали.

**Выводы.** Варфарин - пероральный антикоагулянт, достаточно эффективно защищает пациентов с различными формами фибрилляции предсердий от инсульта и системных эмболий как в суточной дозе 7,5 мг, так и 2,5 мг (в отдельных клинических ситуациях). Кроме того, препарат обладает благоприятным протективным профилем в плане геморрагических осложнений.

<sup>1</sup>Смагулова А.К., <sup>2</sup>Абдрахманов А.С., <sup>1</sup>Айнабекова Б.А.,  
<sup>2</sup>Нуралинов О.М., <sup>2</sup>Турсунбеков А.Б., <sup>2</sup>Абильдинова Г.С.,  
<sup>1</sup>Бақытжанұлы А., <sup>2</sup>Есилбаев Ж.Е., <sup>2</sup>Багибаев С.М.

## ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

<sup>1</sup>НАО «Медицинский университет Астана»

<sup>2</sup>АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

г. Астана, Казахстан

---

**Цель.** Определить особенности диагностики, манифестации и тактики ведения аритмий у женщин во время беременности.

**Материал и методы.** Обследовано 50 беременных женщин с различными нарушениями сердечного ритма (средний возраст  $28,89 \pm 5,67$  лет, средний срок беременности  $22,9 \pm 6,9$  недель). Проводилось общеклиническое исследование, эхокардиография, электрокардиография и мониторинг электрокардиограммы по Холтеру.

**Результаты.** В клинической картине доминировали жалобы на приступы учащенного сердцебиения – 74%, общую слабость – 68% и одышку при физической нагрузке – 34%. В 14% случаях наблюдалось синкопе и пресинкопе. У 42% обследованных были диагностированы предсердные и желудочковые экстрасистолы, в 40% случаях - наджелудочковые тахикардии. Желудочковые тахикардии встречались у 6% беременных. Нарушения проводимости были представлены атриоventрикулярной блокадой III степени и были выявлены в 12% случаях. У 76% пациенток беременность протекала на фоне железодефицитной анемии, средний уровень гемоглобина составил  $109,86 \pm 1,41$  г/л. Структурной патологии сердечно-сосудистой системы выявлено не было. В 60% аритмии впервые манифестировали во время данной беременности. Статистически значимой связи между возрастом беременной ( $U > 0,05$ ), сроком гестации ( $U > 0,05$ ) и манифестацией аритмии

выявлено не было. Консервативная терапия антиаритмическими препаратами потребовалась в 62% случаях при тахикардиях, в случае неэффективности медикаментозного лечения проводилась радиочастотная катетерная абляция без применения флюороскопии (44%). Во всех случаях атриовентрикулярной блокады III степени была произведена имплантация кардиостимулятора. Дальнейшее течение беременности было благоприятным. Во всех случаях беременность завершилась срочными родами: спонтанными вагинальными у 74% пациенток; оперативное родоразрешение методом Кесарево сечения было в 26% случаях. Неонатальных осложнений не было.

**Выводы.** Во время беременности могут впервые выявляться различные нарушения сердечного ритма (60%). Наиболее частыми вариантами аритмий у беременных женщин без структурной патологии являются экстрасистолии и наджелудочковые тахикардии (82%), характеризующиеся относительно благоприятным течением.

*Собирова О.М., Сафаралиева Г.И., Файзуллоев А.И.*

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С УЧЁТОМ РИСКОВ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Рассмотреть реализацию мер по предотвращению возникновения новых случаев сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровне ПМСП

**Материал и методы.** Согласно утверждённой «Национальной стратегии здоровья населения РТ на период 2010 – 2020 годы», продолжается процесс реформирования здравоохранения, включая уровень ПМСП и семейной медицины. В шкалу риска были включены 11 рутинно определяемых клинических параметров: возраст, курение, сахарный диабет, уровень креатинина, изменения на коронароангиограмме, гиполипидемическая терапия, систолическое артериальное давление выше 150 мм рт. ст., число принимаемых антиангинальных препаратов, инфаркт миокарда и инсульт в анамнезе, пол.

**Результаты.** Организация медицинской помощи населению, включая вопросы пропаганды здорового образа жизни и предоставления услуг по охране здоровья, оказываются медицинскими учреждениями амбулаторного и стационарного типов на 3 уровнях - районном/ городском, областном и республиканском. Чем выше уровень оказания помощи, тем оказываемая помощь более специализированная, более квалифицированная и более дорогостоящая. При применении этой модели по отдельности к риску общей смертности, риску инфаркта миокарда и риску инсульта результаты были сходными. Шкала SCORE не лишена недостатков, и в будущем на смену ей придут новые, более совершенные инструменты оценки риска ССЗ. В то же время на сегодняшний день эта шкала является наиболее адекватным методом оценки индивидуального суммарного риска смерти от ССЗ и определения дальнейшей тактики профилактических и лечебных вмешательств. Шкала рисков отражена в протоколах PEN. Обоснованием внедрения протоколов PEN в РТ явились:

1. высокая распространённость, заболеваемость и смертность от НИЗ, особенно от сердечно-сосудистых, в РТ, таким образом, актуальность данных протоколов в РТ является высокой;

2. качество протоколов PEN - лаконичность, простота в исполнении, целенаправленность, возможность адаптации к местным условиям и удобство, что является основой соответствия протоколов потребностям здравоохранения РТ;

3. протоколы PEN не противоречат клиническим руководствам и протоколам; более того, они способствовали одновременному включению карт стратификации рисков; процесс внедрения протоколов PEN совпал с процессом внедрения клинических протоколов.

**Выводы.** Таким образом, существующая система управления и соподчиненности сотрудников ПМСП, а также утверждённые функциональные характеристики врачей первичного звена, в том числе и семейных, позволяют констатировать, что в стране имеется определенная организационная и кадровая обеспеченность для реализации мероприятий по управлению рисками ССЗ в требуемом объеме и соответствующего качества.

<sup>1</sup>Солиев О.Ф., <sup>1,2</sup>Султанов Д.Д., <sup>1,2</sup>Курбанов Н.Р., <sup>1</sup>Джаборов Х.А.

## ИЗОЛИРОВАННАЯ МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

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

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

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить лечебную эффективность метода селективной минифлебэктомии варикозных притоков с сохранением магистральных вен у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

**Материал и методы.** В объект исследования входили 10 больных с варикозной болезнью НК С<sub>2</sub> 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±1,8 года. Всем пациентам предварительно было проведено УЗДС сосудов нижних конечностей. Несостоятельность остоального клапана большой подкожной вены и сафено-фemorальный 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.** 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±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±1,2 и 2,0±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.

*Солиев Ф.Г., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф.*

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ ПРОИЗВОДСТВА МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ В ЖАРКИХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра терапии медицинского факультета ТНУ

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить состояния здоровья населения, проживающего в регионе влияния вредных выбросов Вахшского азотно-тукового завода, путем проведения медицинского осмотра.

**Материал и методы.** Комплексными медицинскими осмотрами охвачено 700 жителей Хатлонской области (Бохтарского – 436 и Сарбандского районов - 264 человек), в том числе 473 чел. (67,6%) женского и 227 чел. (32,4%) мужского пола. Из числа обследованных детей-подростков 232 чел. (33,1%), в том числе 109 (25,0%), проживающих в регионе влияния вредных выбросов. Влияние токсических веществ на детский организм более чувствительно, по сравнению со взрослыми.

**Результаты.** Изучение особенностей заболеваемости населения Хатлонской области, проживающего в зоне влияния вредных факторов производства минеральных удобрений, с целью

выявления степени их воздействия на состояние здоровья, уровень и структуру заболеваемости, по результатам медицинских осмотров, показывает, что в структуре заболеваемости населения как в опытных, так и контрольных зонах наибольший удельный вес занимают болезни органов дыхания. При этом следует отметить, что наибольший уровень заболеваемости болезнями данной группы отмечался у населения опытных регионов, составляя в сумме 28,4%, а в контрольных – 14,8%. Из болезней органов пищеварения более часто наблюдались хронический гастродуоденит соответственно (8,7% и 5,7%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (2,1% и 1,5%) - соответственно в опытном и в контрольном регионах. Аналогичная картина регистрируется и по хроническим воспалительным заболеваниям пищеварительных желез и хроническому энтерокоlitу, на долю которого в опытном регионе приходится 1,6%, в контрольном - 0,7%.

Следует отметить, что заболевания органов пищеварения чаще встречались у лиц возрастной группы 40-49 лет как в опытной, так и в контрольной зонах.

На втором месте в структуре выявленной патологии по частоте оказалась патология органов мочевыделительной системы. В структуре патологии органов мочевыделительной системы наиболее часто регистрировался хронический пиелонефрит, составивший в опытном 14,5%, а в контрольном регионах - 12,1. При этом в основном болезнями данной группы страдали женщины в возрасте 40-49 лет.

**Выводы.** Таким образом, исследование показателей, характеризующих состояние здоровья населения, проживающего в населенных пунктах зоны влияния вредных выбросов производства минеральных удобрений, позволило выявить более высокий уровень заболеваемости некоторыми заболеваниями (острые и хронические бронхиты, артериальная гипертензия), по сравнению с контрольным районом.

*Солиев Ф.Г., Одинаев Ш.Ф., Одинаев Ф.И., Мехмонов П.Х.*

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ В ЖАРКИХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра внутренних болезней №1. ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить состояния здоровья населения, проживающего в регионе влияния вредных выбросов Вахшского азотно-тукового завода, путем проведения медицинского осмотра.

**Материал и методы.** Нами изучена заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) 482 рабочих по производству минеральных удобрений основной группы и 440 контрольной группы, по результатам ежегодных медицинских осмотров.

**Результаты.** Наибольшее число лиц, временно потерявших трудоспособность в связи с заболеваниями, зарегистрировано у слесарей основной группы, где процент болевших составил 41,3%. В контрольной группе данный показатель был достоверно ниже и составил 6,2%. У аппаратчиков основной группы процент болевших лиц достигал 35,6%, превышая аналогичный показатель в контрольной группе в 1,6 раза.

Среднее суммарное число случаев ЗВУТ (заболеваемость с временной утратой трудоспособности) на 100 работающих слесарей равно 56,4 сл., что достоверно больше, чем в контрольной группе, на 37%. У аппаратчиков основной группы данный показатель, равный 46,0 сл., превышая аналогичный в контрольной группе в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ).

Анализ заболеваемости по отдельным нозологическим формам показал, что в обеих обследованных группах наиболее высокие уровни заболеваемости органов дыхания. При этом стандартизованный показатель среднегодового числа случаев заболеваний органов дыхания на 100 работающих у слесарей и аппаратчиков основной группы выше, чем в соответствующих контрольных. Так, в основной группе у слесарей данный показатель равный 29,22 случаев, превысил соответствующий у лиц в контрольной группы (81,81 случаев) на 45% ( $p < 0,05$ ). У аппаратчиков основной группы в среднем за год на 100 работающих регистрируется 27,82 случаев заболеваний органов дыхания, что выше, чем в контрольной группе в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ).



**Выводы.** Рост числа патологических состояний у рабочих основной группы является следствием того, что степень сочетанного действия изучаемых факторов (жаркие климатические условия, нитраты) выше, чем у лиц контрольной группы. В определенной мере, наше предположение подтверждают результаты дисперсионного анализа, из которых видно, что доля влияния сочетанного действия изучаемых факторов на суммарный уровень ЗВУТ в основной группы составляет 36,5%, а в контрольной группе только 24,1%.

Длительное поступление нитрат-соединений, превышающих уровни ПДК, в организм рабочих в зоне влияния вредных выбросов оказывает токсическое неспецифическое воздействие на желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути, кожу и подкожную клетчатку, и затем наступают специфические патогенетические сдвиги. Их накопление (в органах-мишенях) создаёт предпосылки ухудшения состояния здоровья рабочих.

*Субханова З.И.*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение эффективности применения противовирусного препарата виферон при лечении вирусно-бактериальных пневмоний.

**Материал и методы.** Наблюдали 36 больных, из них мужчин 20 (55,6%), женщин 16 (44,4%) в возрасте 18-65 лет.

Основная группа состояла из 17 (47,2%) больных, которые при лечении получали комбинированный препарат виферон, состоящий из интерферона и антиоксидантов, по 1 млн МЕ ректально 2 раза в сутки в течение 5 дней. Группа сравнения состояла из 19 (52,8%) больных того же возраста, которые не получали противовирусную терапию. Обе группы больных получали стандартное лечение, включающие антибиотики, отхаркивающие, антигистаминные, по показаниям - жаропонижающие, витамины. При исследовании использованы общеклинические и вирусологические методы исследования, анализ мокроты на флору и чувствительность к а/б, R – легким.

**Результаты.** Анализ динамики клинической картины показал, что нормализация температуры тела в основной группе наблюдалась в среднем на 4 сутки заболевания, а в группе контроля - на 6-7.

Сравнение клинических проявлений со стороны легких показало, что в основной группе аускультативная картина (влажные хрипы, ослабленное дыхание) исчезали гораздо быстрее - на 7-8 сутки пребывания в стационаре, чем у больных в группе сравнения – на 10-12 сутки. В основной группе полное исчезновение кашля наступало на 12-13 день заболевания, когда в группе контроля кашель длился в среднем от 18 до 20 дней. Также в основной группе раньше наблюдалась положительная рентгенографическая динамика.

Со стороны лабораторных данных в обеих группах наблюдался лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ. В основной группе положительная гематологическая динамика наблюдалась уже на второй неделе заболевания, к 7-8 дню, а в группе сравнения - после 10 дней лечения.

Больные в группе контроля чаще получали дополнительную терапию в сравнении с основной группой.

**Выводы.** Таким образом, в результате исследования установлено, что применение комбинированного препарата виферон, наряду со стандартной терапией, приводит к более ранним регрессам клинических и лабораторных проявлений вирусно-бактериальных пневмоний, снижению потребности в назначении дополнительных лекарственных средств, сокращению сроков временной нетрудоспособности больных.

Субханова З.И., Бобиева Н.Х., Гадов С.Х.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить особенности течения септических пневмоний.

**Материал и методы.** Наблюдали 22 больных, 14 мужчин и 8 женщин в возрасте от 35 до 50 лет. Основная группа составила 10 больных септическими пневмониями на фоне гнойных очагов воспаления: флегмона дна полости рта 6 (60%) случаев, карбункул лица 3 (30%), фурункул лица 1 (10%). Группа сравнения составила 12 больных бактериальными пневмониями.

При исследовании использованы общеклинические методы исследования, анализ мокроты, посев мокроты на флору и чувствительность к а/б, R-графия легких, КТ грудной клетки.

**Результаты.** Пневмония в основной группе диагностировалась поздно во всех случаях (100%), т.к. клиническая картина гнойного воспаления маскировала симптомы септического поражения легких. Только с появления гнойной мокроты состояние больных резко ухудшалось, усиливалась интоксикация, на первый план выступали такие симптомы, как одышка, цианоз, повышение температуры тела до гектических цифр, потрясающий озноб. В группе сравнения пневмония начиналась остро, часто после инфекций верхних дыхательных путей. Степень интоксикации, лихорадка, признаки дыхательной недостаточности выражены слабее.

Со стороны лабораторных показателей отмечался нейтрофильный лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ в обеих группах, хотя в основной группе эти изменения были более выражены и продолжительны. Рентгенографическая картина пневмоний в основной группе отличалась поражением обоих легких, множественными инфильтратами, склонностью к распаду, в группе сравнения поражение носило односторонний характер, признаки распада не наблюдались. В основной группе, в отличие от группы сравнения, на высоте лихорадки в 4 (40%) случаях наблюдали инфекционно-токсический шок. Летальность в первой группе 3 (30%), во второй 0.

**Выводы.** Таким образом, при наличии очага гнойного воспаления возможна септическая пневмония, клиническую картину которой определяет основной очаг, инфильтративная фаза ее протекает незаметно, в клинической картине преобладают признаки гипоксии и интоксикация, вплоть до появления инфекционно-токсического шока.

Сулейманова З.А.

## ТАВСИФИ КЛИНИКИИ ГИПЕРТРОФИЯИ МЕЪДАЧАИ ЧАП ДАР БЕМОРИИ МУЗМИНИГУРДАВИ ДОШТА

Кафедраи беморихои дарунӣ №1 ба номи Абуали ибни Сино

**Максади кор.** Омухтани аломатҳои клиники ва функционали гипертрофияи меъдачаи чап дар беморони бо дарачаҳои гуногуни музмини гурдави .

**Маводҳо ва усулҳои.** Хамаги 108 бемор муоина шуд ки онҳо дар статсионари тахкиқунанда ва табобат дар шуъбаи нефрологи ВМКБ №5 ба номи академик К.Т. Тоджиев яке аз шуъбаи пой- гаҳи кафедраи беморихои даруна №1-и ДДТТ ба номи Абуали Сино мебошад. Хамаи беморонро барои гузоштани ташхиси клиники катъи тадқиқотҳои стандарти муаяншудаи нефрологи ки дар он дохил мешавад чамъи маълумотҳои анамнестики муаянкунии статуси соматикӣ гузарони- дани мониторинги фишори артерияви муаянкунии ҳолати рағҳои қаъри чашм .

Тахлили биохимияви бо муаянкунии сафедаи умуми албумин мачевина креатинин электролитҳо. Ҳолати функционалии гурда бо пробаи Зимнидский баҳо дода шуд суръати филтратсияи калобачаҳо ва реабсорбсияи канали.

Натиҷаи тадқиқоти. Аз 36 беморони тадқиқотшуда 21 нафар мард ва 15 нафар зан дар сину соли аз 20 то 50 сола буд. Микдори сину сол бо ҷуннин набуд буд 20-29 сола 14 бемор (38,9%) 30-39 сола (41,7%) 40- 50 сола 7 бемор (19,4%). Аз руи ин беморон ба дараҷаи аввали норасогии музмини гурдави ба шуъба дар синну соли ҷавон ва миёна (80,6%), камтар бошад синну соли пири (19,4%) ворид шуданд. Микдори асосии беморон дар гуруҳи тадқиқотшуда одамоне ки дар шаҳр истиқомат мекунанд буданд (77,8%), камтар бошад беморон аз ноҳияҳо ва дехотҳо меомаданду (22,2%).

Ҳулоса. Гипертрофияи меъдаҷаи чап бо зудии гуногун дар ҳамаи дараҷаҳои беморҳои музмини гурдави дида мешавад. Дараҷаҳои аввал беморҳои музмини гурдави 44,4 % муаян шудааст. Дар интермитирующей 66,7%, терминали дар 72,2% беморон. Аз руи меъёри баландшавии дараҷаи норасогии гурдави баландшавии зудии гипертрофияи меъдаҷаи чап ба амал меояд.

*Сулейманова З.А., Садуллоева Н.А.*

## НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Выявить клинико-лабораторные предикторы динамических расстройств мозгового кровообращения у больных с хронической болезнью почек (ХБП).

**Материал и методы.** В исследовании принимал участие 21 больной с ХБП, находящийся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГКБ №5. Средний возраст больных от 20 до 55 лет, мужчин - 14, женщин - 7 человек.

Диагноз верифицировался на основании общеклинических и специальных методов исследования, которые включали доплерографию сосудов головного мозга, исследования концентрационной и фильтрационной функции почек.

**Результаты.** Основными жалобами со стороны динамических расстройств мозгового кровообращения были: расстройства сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые регистрировались у 11 (52,3%) больных. Со стороны неврологического статуса наблюдаются когнитивные расстройства, диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, лёгкое изменения походки и неуверенность при выполнении действий требующих точной координации. Со стороны лабораторных показателей часто наблюдалось повышения уровня креатинина, составляя в среднем 120 мкмоль/л, мочевины - 9,2 мкмоль/л, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) – 50 мл/мин 15 (71,4%). Со стороны доплерографии сосудов головного мозга регистрировались изменения показателей церебральной гемодинамики, характеризующиеся снижением величины и скорости пульсового кровенаполнения, затруднением венозного оттока на фоне гипертонической гемодинамики в сосудах каротидного и вертебробазиллярного бассейнов у 7 (33,3%) больных. Состояние больных усугублялось наличием выраженного отёчного симптома у 8 (38%) больных и гипертонического симптома у 12 (51,1%). Причём следует отметить, что гипертонический синдром варьировал для систолического АД от 140 до 175 мм рт.ст., для диастолического АД - от 90 до 110 мм рт.ст. в среднем составляя 155/100 мм рт.ст. Не последнее место отводится учёту длительности заболевания для наших пациентов, что составляет от 6 месяцев до года.

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

Султанов А.И., Мустафакулова Н.И., Абдуллаева Д.Ю.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Описать случай из практики с экзогенным токсическим альвеолитом.

Больной Д., 1963 года рождения, житель города Турсунзаде, доставлен в приёмный покой ГУНМЦ РТ с жалобами на сухой кашель, одышку, чувство нехватки воздуха, резкую слабость, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту, повышение температуры тела. Установлено, что имеет постоянный контакт с сельскохозяйственными пестицидами. Последние два месяца появились одышка, сухой кашель, головные боли, тошнота, головокружение и повысилась температура тела. В течение 2-х месяцев больной трижды получил антибиотикотерапию (цефтриаксон, офлоксацин, амикацин) и преднизолон в дозе 30 мг в сутки по поводу тяжёлой бронхопневмонии, которые оказались неэффективными. Появилась кровоточивость десен, геморрагии на теле, нарастала общая слабость. При объективном осмотре общее состояние тяжёлое, положение ортопное, выраженный акроцианоз, отёки на ногах. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной и интоксикационной недостаточностью. Частота дыхания 27-29 в минуту. В лёгких выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 93 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В общем анализе крови обнаружена панцитопения: эритроцитопения -  $2,3 \times 10^{12}/л$ , лейкопения -  $2,5 \times 10^9/л$ , тромбоцитопения -  $80 \times 10^9/л$ . Туберкулёз, онкопатология и грибковое поражение лёгких были исключены. На КТВР и обзорной рентгенографии обнаружены очаговоподобные и пятнистые тени дольковых и субдольковых ателектазов, диффузное уплотнение плевры, структура корней легких снижена. При бронхоскопии – двусторонний субатрофический эндобронхит. В БАЛ обнаружены неспецифические показатели клеточного состава. Возможно, это было связано с неоднократным получением антибиотиков и ГКС терапии. Исследование пунктата костного мозга показало уменьшение количества миелокариоцитов и мегакариоцитов, снижение клеточности; замещение красного костного мозга жировым. При ЭхоКГ - признаки гипертрофии правых отделов и легочной гипертензии средней степени тяжести (конечно – диастолический размер правого желудочка – 2,97 см (то есть в 1,5 раза больше нормы), увеличен размер полости правого предсердия – более 4,3 на 6,3 см (в норме 3,7 на 4,7 см). Поставлен диагноз: «Экзогенный токсический фиброзирующий альвеолит, гипо-апластическая анемия. Сог-pulmonalis». Больной находился под наблюдением гематолога. Спустя 2,5 месяца после ГКС и заместительной терапии отмечено некоторое улучшение гематологических показателей и восстановление вентиляции лёгких. Однако, на КТВР мелкие узелковые уплотнения и гранулематозные образования в виде небольших конгломератов сохранились.

**Выводы.** Таким образом, в данном случае пестициды токсически повлияли не только на лёгкие, но и на костный мозг, в результате чего развились одновременно токсический аллергический альвеолит и гипо-апластическая анемия. При работе с пестицидами необходимо соблюдать технику безопасности и индивидуальную защиту, а также строгие правила личной гигиены.

Султанов Д.Д., Гаиров А.Д., Нейматзода О., Юнусов Х.А.

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан



**Цель.** Обобщить опыт хирургического лечения патологии брахиоцефальных артерий и наметить перспективы дальнейшего развития.

**Материал и методы.** Имеем опыт наблюдения 397 больных, оперированных на брахиоцефальных артериях. Этиологией у 270 был атеросклероз, у 58 – неспецифический аорто-артериит, патологическая извитость - у 69 больных. Мужчин было 310, женщин – 87, в возрасте от 38 до 85 лет. У 63% (170) больных с атеросклерозом имелись сочетанные поражения коронарных артерий. Поражение других артериальных бассейнов выявлено у 30% больных.

Методы исследования: УЗДГ, УЗДАС, ЭЭГ и ангиография.

**Результаты.** Клинически наблюдалась мозговая симптоматика и брахиальная ишемия. У 17 больных с аорто-артериитом отмечались множественные поражения ветвей дуги аорты, при этом наблюдались энцефалопатия, транзиторные ишемические атаки в каротидном и вертебро-базиллярном бассейнах, ишемия верхней конечности. У остальных – поражения разных сегментов ПКА. Атеросклеротическая окклюзия БЦС наблюдалась у 9, окклюзия I сегмента ПКА со стилл-синдромом – у 48, II, III сегментов ПКА без стилл-синдрома – у 35, поражения каротидной бифуркации – у 211, стеноз устья позвоночной артерии – у 25, патологическая извитость внутренней сонной артерии – у 36 и позвоночной артерии – у 33 больных. При поражениях проксимальных сегментов БЦ артерий были выполнены: интраторакальные (26) и экстраторакальные (96) шунтирующие операции, прочие операции (тромбэктомия) составили 3. Каротидная ЭАЭ была выполнена у 211, редрессация кинкинга ВСА – у 36, ЭАЭ из устья ПА – у 27 и различные способы устранения кинкинга ПА были выполнены у 33 пациентов. Эндоваскулярные методы: ангиопластика и стентирования - были успешно проведены у 7 больных. Суммарная летальность после операции составила – 1,7% (7), инсульт – 1,1% (4), тромбоз – 1,3% (5). У 96% (381) был успешно восстановлен кровоток к бассейнам головного мозга и верхней конечности.

**Выводы.** Перспективами развития являются: выработка тактики ведения больных сочетанными поражениями брахиоцефальных и коронарных артерий, широкое внедрение эндоваскулярных методов лечения.

*Султанов Д.Д., Гаубов А.Д., Нейматзода О., Юнусов Х.А.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМЫ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ результатов диагностики и хирургического лечения больных с каротидными хемодектомами.

**Материал и методы.** Анализированы результаты хирургического лечения 20 больных с КХ, средний возраст  $31,2 \pm 3,5$  лет. Женщин было 12 (63,2%), мужчин – 8 (36,8%). У всех больных имелась односторонняя локализация опухоли: правосторонняя у 12 (63,2%), левосторонняя у 7 (36,8%). Длительность заболевания колебалась от 8 месяцев до 6 лет. Диагностика КХ базировалась на клинических данных, ультразвуковом дуплексном сканировании, ангиографии, а также на результатах предварительной биопсии и морфологического исследования.

**Результаты.** Каротидная хемодектома (КХ) - относительная редкая опухоль, развивающаяся из каротидного тельца, расположенная на бифуркации общей сонной артерии. Являясь гормонально неактивной, в основном бывает доброкачественного характера, редко малигнизирует. В зависимости от длительности заболевания опухоль в начальных стадиях может располагаться в области бифуркации сонной артерии, не прорастая во внутренние и наружные сонные артерии. В последующем, по мере увеличения, она прорастает наружные и внутренние сонные артерии, охватывая их в виде «муфты».

В зависимости от степени вовлечения сонных артерий в процесс хемодектомы разделили на 3 типа: I – тип опухоль инкапсулирована, располагается в области бифуркации сонных артерий и не прорастает на сосуды; II тип - прорастает только на наружную сонную артерию (5 больных);

III тип - прорастает на внутреннюю и наружную сонные артерии (11 больной). Так как большинство пациентов обращались в поздних сроках, в 11 случаях опухоль проросла внутренние и наружные сонные артерии, плотно охватывая сосуды по всей окружности.

Всем пациентам выполнено радикальное удаление опухоли сосудистыми хирургами. Во всех случаях сосуды без их повреждения были освобождены и сохранены. К пережатию и перевязке артерий не прибегали. Интра- и послеоперационных осложнений не было. В отдаленном периоде рецидивов заболевания не отмечено.

**Выводы.** Наличие опухолевидного образования в проекции сонной артерии является основанием для подозрения на хемодектому и дальнейшего обследования пациента. Дуплексное ангиосканирование является достаточно информативным методом для дифференциальной диагностики от других образований, располагающихся в проекции сонных артерий. Хирургическое лечение с участием сосудистого хирурга позволяет радикально удалять опухоли с наименьшим количеством осложнений.

<sup>1,2</sup>Султанов Д.Д., <sup>1</sup>Гульмурадov Т.Г., <sup>1,2</sup>Гаибов А.Д.,  
<sup>2</sup>Юнусов Х.А., <sup>1</sup>Неъматзода О.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИНКИНГА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

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

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения патологической извитости позвоночной артерии путём оптимизации методов реконструкции при различных её формах.

**Материал и методы.** Нами обследованы 46 больных с патологической извитостью позвоночных артерий (ПА), поступивших в отделение хирургии сосудов РНЦССХ за период 1986 – 2018 годы. Среди них мужчин было 12 (26,1%), женщин – 34 (73,9%). Возраст пациентов варьировал от 32 до 75 лет.

Патологическая извитость ПА была установлена на основании данных дуплексного сканирования, МСКТ и ангиографии.

Больные были распределены на три клинические группы: I группа - 25 пациентов, которым выполнена редрессация извитости позвоночной артерии с её реимплантацией в подключичную артерию; II группа (3 пациента) – имплантация позвоночной артерии в сонную, с параллельным устранением извитости, критерием выполнения анастомоза «конец в бок» начального сегмента позвоночной артерии в общую сонную артерию служило наличие койлинга и S-образное удлинение позвоночной артерии; III группа состояла из 18 пациентов, которым проводилась латерализация позвоночной артерии в собственной модификации.

**Результаты.** Летальных исходов как в ближайшие, так и в отдалённые сроки не было. В первой группе у одного больного наблюдался тромбоз в области анастомоза, без развития инсульта. Повторного вмешательства для коррекции данного осложнения не проводилось, после антикоагулянтной терапии наступил лизис тромба и восстановление кровотока. Во второй клинической группе у одного больного отмечался сочетанный тромбоз как подключичной, так и позвоночной артерий, с развитием ишемического инсульта головного мозга. В третьей клинической группе выполнялась авторская модификация с латерализацией позвоночной артерии, без резекции. Образующийся широкий угол между сосудами предотвращает развитие тромбоза, а также значительно облегчает технику выполнения операции. В данной группе осложнений и неблагоприятных явлений в отдалённом периоде не отмечалось.

**Выводы.** Хирургическая коррекция «кинкинг-синдрома» должна быть дифференцированной, а выбор метода операции должен зависеть от вида извилистости, а также сопутствующей сосудистой патологии. Предложенная нами модификация хирургического лечения кинкинга позвоночной артерии показала себя эффективной с функциональной точки зрения, она также предотвращает развитие тромбоза анастомоза и значительно облегчает технику выполнения операции.

<sup>1,2</sup>Султанов Д.Д., <sup>2</sup>Юнусов Х.А., <sup>2</sup>Неъматзода О., <sup>3</sup>Бобоев Д.У.

## ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>3</sup>ЗАО Центр лучевой диагностики «Арасту аси XXI»

Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить возможности бесконтрастной магнитно-резонансной ангиографии (МРА) в диагностике патологической извитости позвоночных артерий (ПА).

**Материал и методы.** Работа основана на результатах комплексного обследования 56 пациентов с патологической извитостью позвоночных артерий за период 1986-2018 годы в отделении хирургии сосудов РНЦССХ. Мужчин было 14 (25,0%), женщин - 42 (75,0%). Возраст пациентов варьировал от 32 до 75 лет. Все больные страдали артериальной гипертензией различной степени тяжести.

Среди обследованных 9 пациентов поступили с явлениями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), 22 - с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) и преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК), 35 пациентов - с прочей патологией головного мозга.

После предварительного осмотра и ангиологического обследования всем пациентам проводилась МРА на шестнадцатиканальном магнитно-резонансном томографе Philips Intera Achieva с напряженностью магнитного поля 1,5 тесла. Исследование проводилось в режиме 3D фазо-контрастной ангиографии (РСА) в аксиальной проекции, с последующей обработкой по MIP-алгоритму и трехмерной реконструкцией в корональной и аксиальной плоскостях.

**Результаты.** Последовательность полученных Т МРА изображений позволяла получить информацию об анатомии экстракраниальных сосудов, их патологических изменениях с интерпретацией в 3D-изображении. Установлены следующие изменения шейных отделов позвоночных артерий: атеротромботические стенозы (окклюзия) различной степени выраженности - 4 (7,14%), в 28 (50,0%) случаях выявлена С-образная извитость, в 15 (26,7%) - S-образное искривление сосуда. У 3 (5,35%) пациентов отмечалось петлеобразование или же так называемый койлинг позвоночной артерии. Необходимо отметить, что у 9 (16,0%) пациентов оно носило двухсторонний характер, а в 5 (8,9%) наблюдениях также отмечался сопутствующий кинкинг внутренней сонной артерии. Отсутствие изменений брахицефальных сосудов было в 6 (10,7%) случаях.

**Выводы.** Таким образом, МРА даёт возможность дополнить стандартное исследование и оценить сосудистое русло экстракраниального уровня без значительного увеличения времени процедуры. Одномоментная оценка индивидуальных анатомических особенностей путей притока и оттока крови от головного мозга имеет прогностическое значение при различных вариантах нарушения мозгового кровообращения.

*Табаров А.И., Раджабзода М.Э., Файзуллоев Х.Т., Эмомов С.Р.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОРАДРЕНАЛИНА И ДОПАМИНА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Сравнительная оценка эффективности допамина и норадреналина по гемодинамическим показателям и другим симптомам гипоперфузии органов и тканей.

**Материал и методы.** Обследованы 50 больных с инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком, которые были пролечены в реанимационном отделении ГУ РКЦК за период 2016 и 2017 гг. Всего было обследовано 27 мужчин и 23 женщины, средний возраст которых составил 62 года. Критериями включения явились: возраст выше 18 лет, уровень артериального давления (АД) ниже 80 мм рт.ст. при одновременно высоком уровне ЦВД  $\geq 120$  мм водн. ст. или наличие других признаков тканевой гипоперфузии (нарушение уровня сознания, мраморная и холодная кожа, олигоанурический синдром). Первичная доза инотропного препарата определялась в соответствии с состоянием больного и уровнем первично измеренного АД в условиях отделения. Всем больным был установлен подключичный катетер для измерения уровня ЦВД и катетер Фоллея для наблюдения почасового диуреза. При снижении ЦВД  $\leq 120$  мм водн. ст. В начале лечения проводили инфузионную терапию коллоидными или кристаллоидными растворами в количестве от 500 до 1000 мл, под контролем уровня  $SpO_2$  и динамики физикальных данных.

Наблюдавшиеся 50 больных были разделены на 2 группы по 25 человек: первой группе вводили норадреналин, второй - допамин. Результаты лечения оценивали по следующим параметрам. Первым ключевым показателем была смертность за время пребывания в клинике, вторичными - длительность пребывания в клинике, время достижения гемодинамической стабильности, применение дополнительных инотропных препаратов, количество инфузионных вливаний, частота возникновения других фатальных (желудочковая и предсердная фибрилляция и желудочковая тахикардия) осложнений, почасовой и суточный диурез, дозы инотропных препаратов, уровни газов крови, насыщения кислорода в крови, признаки застоя по малому кругу кровообращения.

**Результаты.** Анализ смертности в обеих группах показал меньшую смертность в группе, которой вводился допамин: 8 (32%) больных в группе допамина и 6 (24%) - в группе норадреналина. Во время исследования в обеих группах объем инфузионной терапии был одинаковым. Во время исследования во 2 группе понадобилось большее количества дополнительных инотропных препаратов, чем в 1 группе. В качестве дополнительных препаратов использовались адреналин и добутамин.

**Выводы.** Применение допамина связано с большим числом случаев аритмии, чем при применении норадреналина, также допамин связывался со значительным увеличением смертности у больных инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком.

*Табаров М.Р., Рахмонов Дж.К., Шахсаворбеков Ш.А.*

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определить лечебную тактику у беременных до и после родов при остром восходящем тромбозе большой и малой подкожной вен в зависимости от места локализации, давности заболевания и результатов УЗДС (портативное УЗДС).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 80 пациенток в родильных домах города Душанбе и районов Республиканского подчинения с 2013 по 2018 годы. Возраст женщин колебался от 20 до 35 лет. В большинстве случаев заболевание отмечалось у женщин после 2 и 3-й беременности на фоне имеющейся варикозной болезни.

**Результаты.** Острый восходящий тромбоз по системе большой подкожной вены отмечался у 30 женщин. В 15 случаях отмечался восходящий тромбоз по системе малой подкожной вены и в 5 случаях без варикозного расширения подкожных вен. Основные симптомы острого восходящего варикотромбоза – покраснение и уплотнение по ходу варикозно расширенных вен нижней конечности, боли, повышение температуры, ограничение движения - отмечались почти у всех женщин. Из 30 пациенток с восходящим варикотромбозом по ходу большой подкожной вены в 5 случаях отмечался переход тромба в общую бедренную вену



в месте её радиуса 3-4 см, а в других случаях граница тромба была на уровне устья или на 10- 15 см ниже устья. Из 15 женщин с острым восходящим тромбофлебитом по ходу малой подкожной вены – в 10 случаях тромб локализовался на уровне коленной щели, в остальных случаях - ниже коленной щели. В 5 случаях отмечался варикотромбофлебит без явлений варикозной болезни. Во всех случаях процесс локализовался в области подколенной ямки по ходу малой подкожной вены. В 18 случаях процесс локализовался в области нижней и средней трети бедра по ходу большой подкожной вены и в 12 случаях - в области средней трети голени по ходу малой подкожной вены.

В 30 случаях варикотромбофлебит лечили консервативно.

Всем женщинам, кроме ангиологического исследования, при восходящем тромбозе произведено портативное УЗДС. В 45 случаях выполнена обычная кросс-эктомия. В 5 случаях из-за прогрессирования тромбоза в общей бедренной вене произведено удаление тромба через устье БПВ без временной окклюзии глубокой венозной системы на высоте пробы Вальсальвы с использованием хорошего отсоса.

В послеоперационном периоде из-за риска кровотечения антикоагулянтная и антиагрегантная терапия была минимальной.

Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

**Выводы.** Тактика лечение острого восходящего тромбоза у беременных на фоне варикозной болезни напрямую зависит от локализации, давности заболевания и данных УЗДС венозной системы нижней конечности.

*Табаров М.Р., Сайфуддинов А.С.*

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Хроническая венозная недостаточность является основной причиной язвенных поражений нижних конечностей. Последние встречаются у лиц трудоспособного возраста и достигают 4% у пожилых людей. Большой процент рецидивов при лечении трофических язв из-за недостаточной эффективности различных методов лечения приводит к инвалидизации данной категории пациентов, нанося огромный экономический ущерб.

**Цель.** Улучшение результатов комплексной терапии при венозных язвах нижних конечностей, как этап предоперационной подготовки больных и радикальной коррекции венозного кровотока.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты консервативного лечения 65 пациентов ХВН, осложнившейся венозной язвой нижней конечности (45 женщин, 20 мужчин, средний возраст 35,5 лет). Посттромботическая болезнь (ПТБ) отмечена в 34 наблюдениях, варикозная болезнь - у 31 пациента, осложнившаяся трофической язвой голени (IV класс по СЕАР). У всех больных с посттромботической болезнью в анамнезе имелся перенесенный тромбоз глубоких вен нижней конечности. В 52 наблюдениях трофические язвы локализовались по медиальной поверхности в нижней трети голени, в 13 случаях язвенный дефект распространялся на латеральную поверхность голени. Площадь язвенного дефекта во всех случаях составляла от 0,2 до 20,5 см<sup>2</sup>.

**Результаты.** В зависимости от вида лечения больные были разделены на две клинические группы. Первую группу составили 30 пациентов, получавшие курс современной консервативной терапии. Во второй группе (35 пациентов) больные кроме консервативной терапии получали лазеротерапию. Применяли оптический лазерный генератор модели ЛГН – 111, генерирующий энергию в красной области спектра ( $\lambda$  – 632,8 нм, W – 20-25 мВт, PW=100-130 мВт см<sup>2</sup>, время 30 мин), кратность 5 дней в неделю. Методика была следующей: лазеротерапию (с фокусированным лучом) начинали по периметру трофической язвы с экспозицией 2 мин. на одну точку, расстояние между точками 1 см, затем в течение 1 мин. воздействовали на поверхность язвы расфокусированным лучом. Суммарное время облучения не превышало 30 мин. Скорость заживления

язвенного дефекта оказалось выше в 1,5 раза в группе пациентов, получавших дополнительно к стандартной методике лечения лазеротерапию, что снизило длительность предоперационной подготовки больных и способствовало скорейшему регрессу клинической симптоматики.

**Выводы.** Таким образом, современными консервативными методами лечения в сочетании с лазеротерапией можно значительно ускорить процесс очищения и регенерации трофических язв, сократить продолжительность предоперационной подготовки и в более благоприятных условиях выполнить сосудистый этап операции.

<sup>1</sup>Табаров М.С., <sup>2</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Таджиева З.А.

## ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние гормона шишковидной железы (эпифиза) мелатонина на дисфункцию эндотелия у пожилых больных артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** В исследование включены 32 больных гипертонической болезнью в возрасте от 60 до 76 лет. Из них женщин было 21, мужчин 11. У 8 пациентов имело место мягкая и у 24 - умеренная степень артериальной гипертонии (классификация ВОЗ/МОАГ, 1999). Критериями исключения из исследования были: вторичные формы артериальной гипертензии, пациенты с сердечной недостаточностью II-IV ФК (NYHA). Все больные, включенные в исследование, получали идентичную гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция). Мелатонин назначался на фоне антигипертензивных препаратов в дозе 3 мг в тёмное время суток (за 2 часа до сна). Состояние дисфункции сосудистого эндотелия определяли по содержанию циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов методом Hladovec J. в модификации Петрищева Н.Н. с соавт. (2001). Метод основан на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами, с последующим осаждением тромбоцитов с помощью аденозиндифосфата (АДФ). Для оценки сосудисто-тромбоцитарного гемостаза определяли активность фактора Виллебранта. Подсчёт десквамированных эндотелиальных клеток и определение фактора Виллебранта проводили до и после 5 месячного курса лечения.

**Результаты.** Исходно у включенных в исследование пациентов количество десквамированных эндотелиальных клеток превышали нормативные данные и составили в среднем  $10,2 \pm 0,3$ . Величина фактора Виллебранта была равна  $102,3 \pm 1,9\%$ . К концу лечения количество десквамированных эндотелиальных клеток уменьшилось до  $7,4 \pm 0,4$ , фактор Виллебранта также имел тенденцию к снижению и составил  $83,7 \pm 2,4\%$ .

**Выводы.** Применение мелатонина при лечении пожилых больных артериальной гипертонией улучшает функциональное состояние эндотелия сосудов.

Таджиева З.А., Хурсанов Н.М.

## ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние различных групп гипотензивных препаратов на функцию почек у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Всего было обследовано 60 пациентов с АГ (30 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 61 до 72 лет (средний возраст  $65 \pm 1,2$  лет). Среди обследованных пациентов больные с уровнем АГ II степени составили 59%, пациенты с I и II степенями АГ - 28% и 13% соответственно. Пациенты были распределены на три группы: 1 - 20 пациентов, которые получали лизиноприл в суточной дозе 10 мг, 2 - 20 больных, получавших амлодипин в среднесуточной дозе 7,5 мг, 3 - 20 - гипотензивная терапия проводилась атенололом в дозе 50 мг. При не достижении целевых уровней артериального давления доза титрировалась до 100 мг. Курс лечения составил 10 недель. Функция почек оценивалась по скорости клубочковой фильтрации (СКФ) которую высчитывали по формуле Cockcroft- Gault.

$$\text{СКФ} = \frac{(140 - \text{возраст, годы}) \times \text{масса тела, кг} \times 88}{\text{креатинин, мкмоль/л} \times 72} \text{ мл/мин}$$

**Результаты.** Исходно у обследованных больных установлено снижение скорости клубочковой фильтрации (среднее  $72,6 \pm 2$ ). На фоне проводимой терапии отмечено достоверное снижение значений АД во всех трёх группах, по сравнению с исходными данными. К концу курса лечения величина СКФ во всех группах увеличилась. Степень повышения СКФ в первой группе в среднем повысилась на 31,4% (от  $68,1 \pm 1,8$  до  $99,3 \pm 2,3$  мл/мин), во второй группе - на 18,8% (от  $74,2 \pm 1,2$  до  $91,4 \pm 2,1$  мл/мин), в третьей группе - на 21,6% (от  $76,2 \pm 1,5$  до  $97,3 \pm 2,3$  мл/мин).

**Выводы.** Таким образом, у больных АГ пожилого возраста выявлено изначальное снижение скорости клубочковой фильтрации. Установлено, что все применённые гипотензивные препараты обладают нефропротективным действием. Наилучший эффект на выделительную функцию почек оказывает лизиноприл, менее выраженный отмечается у атенолола и амлодипина.

*Танрыбердиева Т.О.*

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии Государственный медицинский университет Туркменистана  
г. Ашгабат, Туркменистан

**Цель.** Изучить характер изменения гемодинамики при ГК в зависимости от пола пациента.

**Материал и методы.** 139 больных артериальной гипертензией (АГ) были разделены на 2 группы. В группу с АГ I стадии вошли 62 больных (30 мужчин и 32 женщины), с АГ II - 77 больных (36 мужчин и 41 женщина). С помощью эхокардиографии определялись конечный систолический и диастолический объёмы (КСО и КДО), минутный объём (МО), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ТМЖП и ТЗСЛЖ), двойное произведение (ДП). Тип гемодинамики определялся по уровню сердечного индекса (СИ) (эукинетический тип при  $СИ = 2,5 - 4,2$  л/минм<sup>2</sup>; гипокинетический тип -  $2,5$  л/минм<sup>2</sup>; гиперкинетический - при  $СИ > 4,2$  л/минм<sup>2</sup>).

**Результаты.** ОПСС у женщин было выше, чем у мужчин (на 13,3% при АГ I;  $p < 0,02$  и 14,4% при АГ II;  $p < 0,01$ ). У мужчин значительно возростала ТМЖП и ТЗСЛЖ ( $1,51 \pm 0,11$  см при АГ I и  $1,53 \pm 0,12$  см при АГ II). Обнаружена тесная положительная корреляция между величиной ДП и МО при АГ I ( $r = 0,732$ ;  $p < 0,001$  у мужчин и  $r = 0,516$ ;  $p < 0,002$  у женщин) и АГ II у женщин ( $r = 0,770$ ;  $p < 0,001$ ). Коэффициент корреляции между ДП и МО у мужчин с АГ II был статистически значимым, но более низким ( $r = 0,369$ ;  $p < 0,01$ ). Наиболее высокие значения ДП отмечались при АГ I во время гиперкинетического ГК ( $160,38 \pm 14,9$  усл.ед. у мужчин и  $167,6 \pm 25,5$  усл.ед. у женщин), при АГ II у женщин с гиперкинетическим ( $159,43 \pm 19,5$  усл.ед.) и эукинетическим ГК ( $157,76 \pm 5,5$  усл.ед.).

**Выводы.** Неблагоприятные гемодинамические условия при ГК у мужчин и женщин стимулируют важный компенсаторный механизм - развитие гипертрофии левого желудочка.

Танрыбердиева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Агаханова О.Н.

## АНТИТРОМБОЦИТАРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛОПИДОГРЕЛЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии  
Государственный медицинский университет Туркменистана

**Цель.** Оценка эффективности применения клопидогреля в профилактике атеротромботических осложнений у больных с ИБС.

**Материал и методы.** На базе ЛКЦТ им. С.А. Ниязова кафедры госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии было обследовано 37 больных (27 мужчин и 10 женщин) в возрасте 41–76 лет с диагнозом: «ИБС, стабильная стенокардия напряжения, II–III функционального класса (ФК). Сердечная недостаточность I–II ФК». Больные вместе с  $\beta$ -адреноблокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, статинами, нитратами, при необходимости диуретиками, принимали клопидогрель в дозе 75 мг/сут. Контрольная группа из 20 пациентов получала базовую терапию вместе с аспирином 100 мг. Оценивались субъективные жалобы больных на фоне проводимого лечения, динамика лабораторных показателей (количество тромбоцитов, длительность кровотечения, уровень фибриногена, активность аспартат- и аланинаминотрансферазы (АСТ и АЛТ)).

**Результаты.** За период проводимого лечения число приступов стенокардии в группе больных, которые непрерывно принимали клопидогрель, по сравнению с группой, принимавшей АСК, уменьшилось в среднем на 26%. Через 7 дней лечения у всех больных частота приступов стенокардии в группе больных, принимавшей клопидогрель, уменьшилась (в 2,5 раза, а у больных, принимавших АСК - в 1,6 раза). По результатам лабораторных анализов у больных, которые непрерывно принимали клопидогрель, максимальный эффект был выявлен уже на 4 сутки: длительность кровотечения увеличилась на 11%, а уровень фибриногена снизился на 13,2%.

**Выводы.** В ходе обследования отмечена высокая антитромбоцитарная активность клопидогреля. В комплексе с лекарственными препаратами, влияющими на гемодинамику, клопидогрель уменьшает количество осложнений ИБС.

Ташкенбаева Э.Н., Абдиева Г.А., Кадырова Ф.Ш.,  
Алиева Н.К., Истамова С.С.

## ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней №2 Самаркандского государственного медицинского института  
Самаркандский филиал РНЦЭМП  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель.** Изучить особенности течения ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** В работе проведен анализ 113 пациентов с диагнозом ИБС в сочетании с МС, были сформированы две группы для последующего сравнительного анализа: 1-я группа - 60 (53%) больных с ИБС сочетанной с метаболическим синдромом, 2-ая группа, сравнения, - 53 (47%) больных ИБС.

**Результаты.** Наличие АГ в обеих группах статистически не различалась - 46 (87%) и 57 (95%) соответственно,  $p=0,09$ . Пациентки первой группы характеризовались более высокими максимальными цифрами АД (212 мм рт.ст. против 173 мм рт.ст.,  $p=0,002$ ), более длительным течением АГ ( $9,8\pm 3,5$  лет против  $7,2\pm 3,7$  лет,  $p=0,001$ ), и более высокими цифрами как САД (156,7 мм рт.ст. против 137,4 мм рт.ст.,  $p=0,005$ ), так и ДАД (99,8 мм рт.ст. против 80,6 мм рт.ст.,  $p=0,005$ ), на фоне приема гипотензивных препаратов.



Сочетание двух и более ФР часто встречается в обеих группах, первая группа отличалась только более частым сочетанием АГ и СД и АГ, СД, ДЛП ( $p=0,02$  в обоих случаях).

Отягощенный семейный анамнез отмечался у 29 (48%) больных в первой группе и у 11 (21%) во второй группе,  $p=0,005$ .

При анализе результатов ЭКГ, среди больных первой группы патологический зубец Q отмечался у 19 (51%) больных, а изменение конечной части желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST, отрицательные зубцы T) - у 17 (46%) больных. С такой же частотой указанные изменения встречались и во второй группе - у 15 (60%) и 10 (40%) больных, соответственно.

По результатам ЭхоКГ исследования, в обеих группах нарушение локальной сократимости регистрировалось у 29 (78%) и 17 (68%) пациенток, соответственно ( $p=0,32$ ), ГЛЖ - у 26 (70%) и 12 (48%;  $p=0,032$ ), снижение ФВ ( $< 40\%$ ) - у 12 (32%) и 6 (24%), соответственно, ( $p=0,229$ ).

**Выводы.** Содержание ЛПНП, ТГ и коэффициент атерогенности в группе женщин с ИБС в сочетании с метаболическим синдромом были выше. Обращало на себя внимание также более низкое содержание ЛПВП в группе женщин с ИБС в сочетании с МС. У пациенток с ИБС в сочетании с МС отмечалось повышение показателей ИМТ и наличие абдоминального ожирения, что способствовало неблагоприятному течению, прогрессированию и развитию сердечно-сосудистых катастроф.

*Ташкенбаева Э.Н., Абдиева Г.А., Кадырова Ф.Ш.,  
Муинова К.К., Фатуллаева Д.С.*

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 Самаркандского государственного медицинского института  
Самаркандский филиал РНЦЭМП  
г. Самарканд, Узбекистан

---

**Цель.** Изучить особенности лечения ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с климактерической кардиопатией (ККП).

**Материал и методы.** В работе проведен анализ 133 пациентов с диагнозом ИБС в сочетании с ККП, были сформированы две группы для последующего сравнительного анализа: 1-ая группа включала в себя 65 (49%) больных с ИБС, сочетанной с климактерической кардиопатией, 2-ая группа сравнения включала в себя 68 (51%) больных ИБС. При выписке из стационара всем пациенткам наряду со стандартной антиангинальной и дезагрегантной терапией был назначен препарат цимицифуги.

**Результаты.** Наличие артериальной гипертензии (АГ) в обеих группах статистически не различалась - 56 (86%) и 64 (94%). Пациентки первой группы характеризовались более высокими максимальными цифрами АД (212 мм рт.ст. против 173 мм рт.ст.,  $p\leq 0,002$ ), более длительным течением АГ ( $8,7\pm 3,4$  лет против  $6,4\pm 2,8$  лет,  $p\leq 0,001$ ), и более высокими цифрами как САД (156,7 мм рт.ст. против 137,4 мм рт.ст.,  $p\leq 0,005$ ), так и ДАД (99,8 мм рт.ст. против 80,6 мм рт.ст.,  $p\leq 0,005$ ), на фоне приема гипотензивных препаратов.

Пациентки с ИБС сочетанной с ККП были распределены на две подгруппы в зависимости от получаемой терапии: А группу составили 39 женщин, которым был включен препарат цимицифуги в комплекс терапии, 2-ую группу составила 21 женщина, получавшие традиционную терапию. При сравнении ФР после лечения у женщин, приверженных к приему цимицифуги, были более низкие значения САД и ДАД (120,5 мм рт.ст. и 80,6 мм рт.ст.), по сравнению с женщинами, не принимавшими цимицифугу (135,4 мм рт.ст. и 93,5 мм рт.ст.). ОХС составил 6,2 ммоль/л против 6,8 ммоль/л. В группе женщин, приверженных к длительной терапии цимицифугой, отмечалась более низкая частота развития сердечно-сосудистых катастроф, таких как острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда (11% в сравнении с 55% в группе женщин, прекративших прием цимицифуги;  $p=0,04$ ), прогрессирования ХСН (22 и 70% соответственно;  $p\leq 0,04$ ).

**Выводы.** Таким образом, при назначении больным с ИБС в сочетании с ККП препарата цимицифуги были более низкие значения АД (как систолического, так и диастолического), ОХС и глюкозы натощак. В группе женщин, приверженных к длительной терапии цимицифугой, отмечалась более низкая частота развития ИМ и прогрессирования ХСН.

<sup>1</sup>Тойлиев С., <sup>1</sup>Какабаев Б., <sup>2</sup>Плескановская С.

## ОСОБЕННОСТИ ГЕМОГРАММЫ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

<sup>1</sup>Кардиохирургическое отделение Международного кардиологического центра Дирекции международных центров здоровья Туркменистана

<sup>2</sup>Государственный медицинский университет Туркменистана

**Актуальность.** Картина периферической крови отражает все события, происходящие в организме. С появлением гемоанализаторов последнего поколения картина периферической крови существенно изменилась, появилась информация о новых, ранее неизвестных клиницистам и исследователям субпопуляциях клеток.

**Цель.** Определение особенностей периферической крови больных инфекционным эндокардитом.

**Материал и методы.** Обследованы 114 больных инфекционным эндокардитом (ИЭ) и 50 практически здоровых лиц (ПЗЛ) обоего пола, не страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Средний возраст обследованных составил  $38,7 \pm 2,8$ . ИЭ диагностирован на основании учета критериев Duke и малых критериев (Moreillon P, Que YA., 2004; Белобородова Н.В., 2005).

Гемограммы получены при помощи гемоанализатора ABX Pentra 60 C+ (Франция). Больные ИЭ обследованы дважды - при поступлении и выписки из стационара. ПЗЛ обследованы однократно. Полученные данные математически обработаны при помощи программы SPSS.

**Результаты.** Установлено, что у больных ИЭ до операции особенностью гемограмм являются повышенное абсолютное число лейкоцитов, процентное содержание MON, BAS, PLT и MPV, но низкая численность ALY (атипичных лимфоцитов) и LIC (больших незрелых клеток) ( $p < 0,05$  во всех случаях). Численность EOS снижена недостоверно ( $p > 0,05$ ). После операции численность LEU, NEU, LYM, PLT, MPV практически нормализуется. Остается повышенной численность MON, EOS и не восстанавливается численность ALY и LIC. Мы обратили особое внимание на субпопуляции LIC и ALY. Их идентификация и подсчет стали возможны с появлением гемоанализаторов последних поколений. Наше исследование показало, что в периферической крови практически здоровых лиц в возрасте 19-25 лет, проживающих в жарком регионе, циркулирует в среднем  $1,24 \pm 0,1\%$  ALY и  $1,0 \pm 0,09\%$  LIC. Численность обеих субпопуляций у больных ИЭ при поступлении достоверно снижена ( $p < 0,01$ ). После хирургического лечения на фоне клинической реабилитации численность обеих субпопуляций несколько увеличивается, но остается ниже уровня контроля ( $p < 0,05$ ). На наш взгляд, данные о численности малых субпопуляций атипичных лейкоцитов, флагируемых как ALY и LYC, могут служить индикаторами степени клинической реабилитации после хирургического лечения больных ИЭ.

**Выводы.** Средний объем тромбоцитов (MPV) у больных ИЭ при поступлении резко повышен. Размер тромбоцитов является триггером тромбоцитопоза через активацию мегакариоцитов. После операции на фоне выраженной клинической реабилитации показатель восстанавливается до уровня контроля. В этой связи мы допускаем, что данные об MPV, численности ALY и LYC являются объективными критериями оценки степени клинической реабилитации после хирургического лечения больных ИЭ.

Токмурзиева Г.Ж., Бахтиярова М.А., Абабкова М.А., Агибаева Ф.А.

## РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ

Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения»  
г. Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы предусматривает внедрение универсальной прогрессивной модели патронажной службы первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) как эффективной системы улучшения показателей здоровья, развития и благополучия детей.

Необходимость в модернизации патронажной службы ПМСП и перехода на новую модель обусловлена многими причинами, в том числе отсутствием достижения основных целей патронажа и несоответствием количества регламентируемых посещений требованиям качества оказания ПМСП. Изменение структуры патронажной службы, пересмотр профессиональных компетенций и функциональных обязанностей мультидисциплинарной команды специалистов ПМСП требуют непрерывного мониторинга данных качества обслуживания пациентов и их семей с планированием, супервизией и обучением профессиональных кадров.

**Цель.** Изучение и анализ эффективности применения универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания на уровне ПМСП.

**Материал и методы.** Изучение учетно-отчетной документации, аналитический и социологический методы (анкетирование), метод экспертных оценок (оценка качества сестринской деятельности и создание документов системы стандартизации), компьютерные программы рандомизации, оценки риска и статистической обработки результатов. База исследования - Городская поликлиника №8 г. Алматы.

**Результаты.** Внедрение универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания с использованием унифицированных по Республике Казахстан (далее – РК) инструментов и технологий внедрения и обучения персонала проводилось по 16 учебным информационным модулям ЮНИСЕФ и информационным картам, разработанным на основе наилучших мировых доказательных практик ЮНИСЕФ в партнерстве с Международной Ассоциацией ISSA. Обучающий компонент и поддержка профессионального роста патронажных сотрудников проводились кураторами программы на уровне поликлиники. На первом этапе исследования для выяснения мнения населения о внедрении новых сестринских технологий проведено одномоментное поперечное исследование с применением «Анкеты для пациентов амбулаторно-поликлинической помощи», разработанной на основе международного опыта с вопросами отношения пациентов к инновационным медико-социальным технологиям. Охват – 2128 человек из числа прикрепленного населения; возрастная категория от 17 до 63 лет. По полученным данным, 81,4% респондентов выразили доверительное отношение к медицинской сестре в отношении проблем, связанных со здоровьем, отношениями в семье, с детьми и близкими родственниками, что отражает степень готовности обслуживаемого контингента к внедрению новых сестринских технологий; 53,4% опрошенных указали на медицинских сестер как источников получения информации о профилактических мероприятиях, что также свидетельствует о возможностях специалистов сестринского дела использовать полученную информацию в повседневной работе во время проведения бесед о мерах и методах профилактики. На втором этапе исследования определены индикаторы мониторинга, проведена оценка охвата и качества услуг патронажной службы, организованы тренинги по обучению сестринского персонала мобильному приложению «Патронажная медсестра».

**Выводы.** Анализ результатов выявил эффективность новой модели оказания патронажных услуг: увеличился охват раннего наблюдения беременных женщин на дому; доля беременных женщин, знающих о трех тревожных признаках здоровья; количество новорожденных, получающих исключительно грудное вскармливание; вырос уровень удовлетворенности семей услугами патронажной службы.

*Тохилов Ф.С., Элтаназаров М.Д., Мухамедова М.М., Каримов Ш.З.*

## **ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение распространенности депрессии сегмента ST у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) после стентирования коронарных артерий с целью снижения риска развития реинфаркта и внезапной смерти.

**Материал и методы.** В исследование включены 102 больных в возрасте 40-75 лет. Диагноз ОКСбпST основывался на клинико-anamnestических данных, эпизодах ишемии миокарда по результатам суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии (ЭхоКГ) и подтверждался данными селективной коронароангиографии.

Суточное мониторирование ЭКГ выполнялось на портативном мониторе фирмы «Hellige» (Германия); критерием ишемии миокарда явилось правило «1×1×1», то есть депрессия сегмента ST ишемического типа на 1 мм и более, сохранение этой депрессии сегмента ST не менее 1 минуты, длительность времени между отдельными эпизодами ишемии не менее 1 минуты.

Коронароангиография проводилась в рентгенооперационной по стандартной методике Judkins трансфеморальным доступом. Критерием гемодинамически значимого поражения являлось сужение коронарного сосуда более 75% по диаметру, при поражении ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – более 50% по диаметру. Стеноз КА 20% по диаметру и менее расценивался как «отсутствие признаков атеросклеротического поражения КА».

**Результаты.** У 37 пациентов (37%) было выполнено стентирование с предшествующей баллонной ангиопластикой, у 65 (65%) – прямое стентирование. Всем больным были установлены стенты с лекарственным покрытием. Всем пациентам при выписке из стационара была рекомендована терапия бета-адреноблокаторами, антиагрегантами, статинами и ингибиторами АПФ. Контрольное стационарное обследование проводилось в средне-отдаленные сроки после операции (в среднем через 9-12 месяцев), которое включало оценку клинической симптоматики, лабораторных исследований, ЭКГ в покое, суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ.

Все пациенты имели значимое поражение коронарного русла: однососудистое – 24 (24%), двухсосудистое – 28 (28%), трехсосудистое – 48 (48%) человек. У 70% больных были поражения передней нисходящей и огибающей артерий, у 20% – огибающей артерии, у 10% – сочетанное поражение передней нисходящей артерии с огибающей и правой коронарной артерии.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ выяснилось, что после стентирования коронарных артерий частота и распространенность депрессии сегмента ST значительно уменьшается (в целом на 75%), что в свою очередь приводит к снижению риска развития реинфаркта и внезапной смерти у этих пациентов. После стентирования коронарных артерий (n=100) умеренная ишемия встречалась всего в 6% случаев (до стентирования – 37%), выраженная ишемия – в 15% (до стентирования – 53%) и далеко зашедшая ишемия – в 4% случаев (до стентирования – 10%).

За исследуемый период нефатальный повторный инфаркт миокарда развился у двоих пациентов. По данным контрольной ЭхоКГ, фракция выброса левого желудочка в средне-отдаленные сроки после операции составила в среднем  $54,5 \pm 4,5\%$  (прирост на 3,8%). Также у всех больных отмечалось достоверное снижение конечно-диастолического и конечно-систолического объемов левого желудочка ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** На фоне основной терапии больных ОКСбпST проведение стентирования коронарных артерий на 75% уменьшает частоту и распространенность депрессии сегмента ST ишемического характера, по данным суточного мониторирования ЭКГ. Благодаря этому, снижается риск аритмий, повторного инфаркта миокарда и внезапной смерти.

*Тошматова М.К., Авгонов Б.Ш., Курбонова Н.А.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТИВОРЕЛЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Понятие «острый коронарный синдром» включает любые группы симптомов, позволяющие подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию



(НС). К основным клиническим вариантам ОКС относятся: ИМ с подъемом сегмента ST; ИМ без подъема сегмента ST, НС.

**Цель.** Оценка эффективности и переносимости препарата тиворель в комплексном лечении пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа после реваскуляризации путем первичного коронарного вмешательства ответственной артерии.

**Материал и методы.** Обследованы 60 пациентов возрасте  $64,3 \pm 1,6$  года с ОКС и элевацией сегмента ST продолжительностью до 6 ч и сопутствующим СД 2 типа, которым была проведена ургентная коронарография с последующими стентированием. Пациенты были разделены на две группы: I – 30 больных, которым на фоне стандартной терапии проводили инфузию препарата тиворель, по 100 мл в течение 7 дней; II – 30 больных, не получавших тиворель. Произведено общеклиническое обследование с оценкой жалоб и анамнеза, данных объективного физикального исследования и результатов дополнительных методов диагностики. Определены уровни тропонина I, глюкозы, ферментов (АлАт, АсАт) и оценена динамика сегмента ST в 1-е, 3- и 7-е сутки.

**Результаты.** Пациенты обеих групп были сопоставимы по основным клиническим, антропометрическим показателям, назначенной медикаментозной терапии, особенностям атеросклеротического поражения коронарных артерий, продолжительности периода ишемии, уровню тропонина I в 1-е, на 3-и и 7-и сутки ( $p > 0,05$ ). Величина элевации сегмента ST на момент госпитализации у пациентов обеих групп статистически значимо не отличалась:  $4,80 \pm 0,17$  и  $4,50 \pm 0,15$  мм соответственно по группам, но на 3-и сутки была меньше в группе I -  $2,37 \pm 0,14$  мм, по сравнению с группой II -  $3,20 \pm 0,17$  мм ( $p = 0,05$ ). У пациентов I группы установлено статистически значимое снижение уровней аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы на 7-е сутки, больше, чем во II группе ( $p = 0,048$  и  $p = 0,032$ , соответственно).

**Выводы.** У пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST и сопутствующим СД 2 типа после реваскуляризации миокарда добавление к комплексной медикаментозной терапии тивореля способствует быстрому снижению уровня тропонина I и уменьшению элевации сегмента ST, не сопровождается возникновением побочных эффектов. Современный подход к лечению пациентов с ОКС предполагает четкое понимание всеми звеньями оказания медицинской помощи важности ранней реперфузионной терапии, которая дает возможность улучшить прогноз для этой группы пациентов.

*Трач О.В., Акимова Н.С., Зуев В.В., Ледванова Т.Ю., Шварц Ю.Г.*

## СВЯЗЬ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДИФфуЗИИ МОЛЕКУЛ ВОДЫ В ГИППОКАМПЕ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кафедра факультетской терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России  
г. Саратов, Россия

**Цель.** Проанализировать связь коэффициентов диффузии (КД) молекул воды в гиппокампе с характеристиками тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемического генеза.

**Материал и методы.** 30 больным с ХСН II-IV функционального класса ишемического генеза проводилась ядерно-магнитно-резонансная томография (ЯМРТ) головного мозга с вычислением КД молекул воды в правом и левом гиппокампах; доплерэхокардиография с определением фракции изгнания левого желудочка (ФИ ЛЖ) конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ, конечно-систолического размера (КСР) ЛЖ, КСР левого предсердия (ЛП), КДР правого желудочка (ПЖ), КСР правого предсердия. Определялась концентрация N-терминального фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Критериями исключения явились: заболевания и состояния, оказывающие самостоятельное влияние на развитие морфологических изменений головного мозга, в том числе выраженная соматическая патология, гемодинамически значимые стенозы и атеросклеротические бляшки артерий головы и шеи, употребление психоактивных веществ. Использовался корреляционный анализ Kendall, программа Statistica 8,0.

**Результаты.** Установлены статистически значимые связи между КД молекул воды в левом гиппокампе и КДР ПЖ ( $R = -0,39$ ) и между КД молекул воды в правом гиппокампе и ФИ ЛЖ ( $R = 0,38$ ).

**Выводы.** Меньшие КД молекул воды в гиппокампе значимо ассоциированы с большими значениями КДР ПЖ и меньшими – фракции выброса левого желудочка. Как известно, уменьшение значений коэффициентов диффузии молекул воды, определяемые посредством ЯМРТ, могут отражать микроморфологические изменения головного мозга и являться предикторами развития макроморфологической церебральной патологии. Очевидно, полученные при выполнении этого исследования данные следует учитывать при обследовании и лечении пациентов с ХСН ишемического генеза.

*Туракулов Ф.А., Бокиев Ф.Б., Туракулов А.Х., Олими М.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка результатов хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза.

**Материал и методы.** Нами изучены результаты хирургического лечения 25 пациентов с диагнозом: «Первичный гиперпаратиреоз» (ПГПТ) за период с 2013 по 2018 гг. в возрасте от 20 до 70 лет. Женщин было 23 (92%), мужчин – 2 (8%). С осложненной формой ПГПТ было 6 (24%) больных.

Диагноз ПГПТ был верифицирован на основании УЗ, рентгенологического исследований, определения уровней паратгормона, щелочной фосфатазы, витамина D, содержания кальция и фосфора в сыворотке крови.

Во всех случаях операции паратиреоидэктомии выполнены из шейного доступа разрезом по Кохеру. Патологически изменённые околощитовидные железы (ОЩЖ) находились позади нижних полюсов долей щитовидной железы: слева - у 15, справа – у 4 больных. В 6 случаях ОЩЖ находились в пространстве между щитовидной железой и трахеей, выше места пересечения возвратного гортанного нерва и нижней щитовидной артерии. Следует отметить, что у 7 больных, у которых ПГПТ сочетался с эндемическим зобом, была произведена гемиструмэктомия.

**Результаты.** После проведенной паратиреоидэктомии одним из важных критериев успешного удаления аденомы являлось снижение уровня кальция в сыворотке крови. Гипокальциемия, как показатель радикальности проведенного хирургического вмешательства, наблюдалась у 23 больных. Средний уровень  $Ca^{2+}$  в крови на 2-3 день после операции у больных с костной формой составил  $1,68 \pm 0,14$  ммоль/л, со смешанной -  $1,56 \pm 0,17$  ммоль/л и ПГПТ с эндемическим зобом -  $1,62 \pm 0,14$  ммоль/л.

Для рентгенологической картины было характерно исчезновение кортикальных резорбций, уплотнений коркового слоя трубчатых костей, отмечалась консолидация патологических переломов костей с образованием костных мозолей. В 3 (12%) случаях была отмечена положительная динамика, но процесс консолидации костных отломков протекал слабо.

В отдаленные сроки среди 25 обследованных больных ПГПТ хорошие результаты были достигнуты у 21 (84%) пациента, характеризовались активным образом жизни, самостоятельной ходьбой, нормальными результатами лабораторных и инструментальных методов исследования. Удовлетворительные результаты отмечены у 2 (8%) больных, которые имели психоэмоциональную стабильность, ходили при помощи трости, у них уменьшились боли в костях и мышцах, отмечалась положительная динамика лабораторных и инструментальных исследований. Неудовлетворительные результаты отмечались у 2 (8%) пациентов.

**Выводы.** Хирургическое удаление патологически изменённых ОЩЖ является основным методом лечения больных с ПГПТ. Достижение стойкой нормокальциемии и положительная

клиническая динамика являются критериями эффективности проведенного оперативного вмешательства. По нашим наблюдениям, в 92% случаев после проведения паратиреоидэктомии наступает стойкая нормокальциемия, восстановление минеральной плотности костной ткани и регресс клинической симптоматики.

*Турдиев М.Р., Камилова У.К., Исмаилов С.И.*

## ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Оценить роль определения кардиоваскулярного риска в условиях первичного звена в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Материал и методы.** Обследованы 400 лиц в возрасте от 40 до 55 лет, обратившиеся в СВП Жаркурганского района Сурхандарьинской области. Факторы риска определяли по опроснику и оценивали риск развития сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE.

**Результаты.** Анализ результатов исследования по оценке факторов риска ССЗ показал, что курение встречалось у 226 (56,5%), гиперхолестеринемия по определению уровня общего холестерина выявлена у 134 (33,5%), АГ - у 174 лиц (43,5%). Нами были проанализированы и другие факторы риска ССЗ: наследственность, отягощенная по ССЗ, зафиксирована у 274 (68,5%) обследованных. При анализе других факторов риска выявлено: ИМТ > 24,9 кг/м<sup>2</sup> имели 314 (77,5%), из них избыточная масса тела у 151 (48%), ожирение 1 степени у 84 (26,7%), ожирение 2 степени у 38 (12,1%). У 165 определен висцеральный тип ожирения. ОТ/ОБ составил 1,3±0,3. При анкетировании и активном расспросе выявлена низкая физическая активность у 294 (74,0%) человек (особенности образа жизни, привычки, ограничение из-за возникновения болей или неприятных ощущений в области сердца, появление одышки инспираторного характера при нагрузке). Со всеми обследованными была проведена беседа о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактике. Результаты исследования суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE выявили: низкий сердечно-сосудистый риск был выявлен в 82 % случаях, средний – в 9,0%. Умеренный риск у 4%, высокий у 4% и очень высокий риск у 1% обследованных.

**Выводы.** Раннее выявление факторов риска в условиях первичного звена здравоохранения и проведение профилактических мер по борьбе с основными факторами риска будет способствовать снижению кардиоваскулярного риска среди населения.

<sup>1</sup>Тусунбекова М.М., <sup>2</sup>Сейсембеков Т.З., <sup>2</sup>Мукатова И.Ю.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЕГКИХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

<sup>1</sup>Карагандинский государственный медицинский университет,  
г. Караганда Казахстан

<sup>2</sup>АО «Медицинский университет Астана»,  
г. Астана, Казахстан

---

**Цель.** Выявить характерные морфологические признаки поражения легких при экспериментальной артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы.** Проведено 3 серии эксперимента (на 140 крысах линии Вистар): острая адреналовая АГ (ОАГ) - введение в бедренную вену 0,4 мл 0,5% раствора адреналина; хроническая АГ (ХАГ) - пища и вода с 18% содержанием NaCl; АГ при аллоксановом диабете (АД). Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, затем заливали в парафин-воск, срезы толщиной 3-4 микрон окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином - для выявления фиброзирования в легком.

**Результаты.** При ОАГ наблюдаются сосудистые повреждения микроциркуляторного русла, интерстиция легкого, альвеолярных капилляров, аэрогематического барьера с морфологическим субстратом диссеминированного отечно-геморрагического синдрома. При ХАГ - неравномерная гипертрофия гладкомышечных клеток стенки легочных артерий, вазоспазм, лимфоидно-макрофагальная реакция в периваскулярных и перибронхиальных зонах. В терминальных бронхиолах - гиперсекреция эпителия, перикалибровка сосудов, фиброз интерстиция, тромбы, плазматическое пропитывание и фибриноидными изменениями сосудистой стенки. В перибронхиальной зоне - лимфоидные фолликулы, спазм бронхиол и очаги эмфиземы. При АД выраженное плазматическое пропитывание и спазм артерий, базальная мембрана извитая, прерывистая, гипертрофия гладкомышечных клеток, микроаневризмы, очаги гемосидероза. В сосудах - гипертрофия гладкомышечных клеток, ядра гиперхромные, перпендикулярны базальной мембране, участки истончения, извитости стенки и инвагинации сосудов - типичный признак легочной АГ. В периваскулярной зоне - рассеянная макрофагальная инфильтрация, отек, очаги дистелектазов. Бронхи спазмированы с фесточатыми очертаниями, очаги эмфиземы, капилляры альвеолярных ходов полнокровны.

**Выводы.** Экспериментальная АГ приводит к выраженным нарушениям структуры паренхимы и сосудов легких, оказывающих негативное влияние на течение АГ и развитие осложнений.

<sup>1</sup>Укла А., <sup>2</sup>Подпалов В.П.

## ВЛИЯНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ОАО «НАФТАН-ПОЛИМИР» ПО ДАННЫМ 10-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет»

Беларусь

**Цель.** Определить влияние оздоровительных мероприятий в организованной популяции на развитие артериальной гипертензии (АГ) по данным 10-летнего проспективного исследования.

**Материал и методы.** В организованной популяции (1431 человек) по данным 10-летнего проспективного исследования (2004-2014 гг.) были установлены новые случаи АГ. При первом скрининге из обследованных лиц с нормальным уровнем АД (871 человек) было сформировано две группы. Первая группа - 260 работников без неблагоприятных производственных факторов, вторая - 611 работников с неблагоприятными производственными факторами.

Карты профилактического обследования участников исследования включали результаты обследования: социально-демографические данные, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, данные инструментальных и лабораторных методов обследования.

**Результаты.** По данным 10-летнего проспективного исследования заболеваемость АГ составила 31,5% у лиц без неблагоприятных производственных факторов и 40,1% - у лиц с неблагоприятными производственными факторами ( $p < 0,05$ ). Согласно регрессионного анализа, выявлена значимая положительная связь между частотой встречаемостью новых случаев АГ и отсутствием оздоровительных мероприятий в условиях санатория ОАО «Нафтан-Полимир», независимо от возраста, пола и профес-



сиональной деятельности ( $p < 0,001$ ). Также установлена значимая положительная связь частоты встречаемости новых случаев АГ с работой во вредных условиях труда ( $p < 0,05$ ), с уровнями систолического ( $p < 0,001$ ) и диастолического АД ( $p < 0,001$ ), наследственностью ( $p < 0,01$ ), отсутствием высшего образования ( $p < 0,001$ ), курением в настоящем и прошлом ( $p < 0,001$ ), злоупотреблением алкоголем ( $p < 0,001$ ), низкой физической активностью ( $p < 0,001$ ), суммой зубцов  $S_{V1-2} + R_{V5-6}$  ( $p < 0,001$ ), ИМТ ( $p < 0,001$ ), уровнем порога вкусовой чувствительности к поваренной соли ( $p < 0,001$ ), уровнем ТГ ( $p < 0,01$ ), СКФ ( $p < 0,001$ ) и глюкозы ( $p < 0,001$ ) после поправки на возраст, пол и фактор профессиональной деятельности.

**Выводы.** Наличие оздоровительных мероприятий в организованном коллективе достоверно уменьшало риск развития новых случаев АГ.

*Умаров А.А., Умарова С.А.*

## ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние атенолола на вариабельность ритма сердца у больных изолированной систолической артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** В исследование включены 36 пациентов с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ). Возраст больных от 60 до 74 лет (средний  $66,4 \pm 5,4$ ). Женщин было 20, мужчин – 16.

Оценку вариабельности ритма сердца (ВРС) проводили по записи ЭКГ в течение 5 минут. Определялись следующие параметры ВРС: SDNN-стандартное отклонение интервалов R-R, RMSSD-корень квадратный суммы квадратов разности величин последовательных пар нормальных интервалов R-R, pNN50- процент соседних интервалов R-R, отличающихся друг от друга более чем на 50 мс; LF- мощность спектра низких частот, HF- мощность спектра области высоких частот, LF/HF- показатель симпатико-парасимпатического баланса.

Атенолол назначался в начальной дозе 50 мг/сутки с последующим увеличением до 100 мг. Средне-суточная терапевтическая доза составила 75 мг. Исследование ВРС проводили до и после 8 недельного курса лечения.

**Результаты.** До начала приема атенолола у больных ИСАГ отмечен исходно повышенный тонус симпатической части (низкие SDNN, RMSSD, pNN50 и HF) и пониженный тонус парасимпатической части вегетативной нервной системы (повышение LF и LF/HF). К концу курса лечения отмечалось достоверное повышение показателя SDNN в среднем на 24,8%, pNN50-на 62,2%. Снижение LF (на 19%) и нормализация соотношения LF/HF (симпато-парасимпатический баланс), а также увеличение HF (на 20,8%) свидетельствовали о снижении активности симпатической части вегетативной нервной системы.

**Выводы.** Установлено, что монотерапия атенололом положительно влияет на симпато-парасимпатический баланс у больных ИСАГ.

*Умаров С.*

## ВЛИЯНИЕ ПРОПОЛИСА НА СИСТЕМУ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И БИОХИМИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Поражения печени различной этиологии являются достаточно широко распространенной патологией. В патогенезе поражений печени (токсической, алкогольной и другой этиологии) большое значение отводится окислительному стрессу. В связи с этим актуальным является не только поиск новых эффективных и безопасных гепатопротективных препаратов, но и сравнительное изучение биохимических и антиоксидантных механизмов действия гепатопротекторов.

**Цель.** Экспериментально обосновать целесообразность использования прополиса, обладающего наиболее выраженным гепатопротекторным, антиоксидантным эффектами для защиты организма от воздействия этанола.

**Материал и методы.** В экспериментах на лабораторных животных было использовано 200 белых беспородных крыс-самцов массой тела 170-220 граммов одного возраста. Первая группа (I) – контрольная (50 крыс). Вторая группа – животные с моделированием токсического поражения печени (ТПП) введением этанола (25 крыс). Выведенные из эксперимента на 15-е сутки (75 крыс). Третья группа – животные с моделированием ТПП, выведенные из эксперимента на 45-е сутки (75 крыс).

**Результаты.** Нами выявлено, что у крыс на 45-е сутки эксперимента концентрация ОХС составила  $3,77 \pm 0,06$  ммоль/л, что на 20,8% превысило содержание ОХС у крыс контрольной группы. Еще более выраженными оказались изменения содержания ХС-ЛПНП. Концентрация Х-ЛПНП на 45-е сутки эксперимента превысила соответствующий показатель у крыс контрольной группы на 55,7% ( $p < 0,05$ ), а содержание ЛПВП при этом было меньше на 25,3% ( $p < 0,05$ ). Следовательно, можно констатировать, что у подопытных крыс с моделированием алкогольного поражения печени развилась выраженная гиперхолестеринемия при одновременном увеличении содержания ХС во фракции ЛПНП. На 45-е сутки после введения прополиса выявлено, что активность каталазы и супероксиддисмутазы достоверно увеличились, по сравнению с контрольной группой. При этом содержание в крови супероксиддисмутазы и МДА имело тенденцию к нормализации ( $p < 0,1$ ).

**Выводы.** Таким образом, у крыс с хроническим поражением печени этанолом после введения прополиса выявлена тенденция к нормализации биохимических показателей печени и показателей антиоксидантной защиты.

*Умаров Т.А., Бандаев И.С., Раунов Ф.О.*

## АНАЛИЗ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПОДРОСТКАМ НА УРОВНЕ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести анализ оказания медицинских услуг подросткам на уровне сети учреждений первичной медико – санитарной помощи (ПМСП).

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели был проведен анализ действующих нормативно-правовых документов, регулирующих деятельность сети учреждений ПМСП по работе с подростками.

**Результаты.** Исследование показало, что в целях своевременного выявления патологических состояний здоровья, заболеваний и их факторов риска, включая профилактику хронических форм, согласно действующим нормативам следует проводить медицинский осмотр школьников в возрасте 7,10,14,15,16 и 17 лет. Медицинские осмотры определяют группы здоровья детей, с целью выработки рекомендаций для оздоровления несовершеннолетних и предоставление соответствующей информации для их родителей или иных законных представителей, а также медицинских учреждений по месту жительства. В Республике Таджикистан согласно установленному порядку ежегодные медицинские осмотры школьников проводятся специалистами сети учреждений ПМСП на бесплатной основе. Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего, полученная по результатам медицинских осмотров, фиксируется в Листе заключения медицинского осмотра школьников и предоставляется несовершеннолетнему лично врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в проведении

медицинских осмотров либо его законному представителю. Согласно новому положению руководитель сети учреждений первичной медико – санитарной помощи района/города совместно с руководителем Отдела образования района/города разрабатывают и утверждают Календарный план проведения медицинского осмотра школьников. Семейный врач контролирует проведение осмотров, согласно утвержденному Календарному плану и является ответственным лицом. Ежегодные профилактические осмотры школьников проводятся в общеобразовательных учреждениях, независимо от форм собственности, или же в медицинских учреждениях.

В случае выявления болезней учреждение ПМСП (семейный врач) по месту жительства школьника на основании протокола медицинского осмотра уточняет диагноз, оформляет статистический талон заключительного (уточненного) диагноза - форма 036 и вводит данный случай в систему DHIS2. Дети с выявленными хроническими заболеваниями и дети, состоящие в III–V группе здоровья, подлежат диспансерному наблюдению. Диспансеризацию больного ребенка проводят семейные врачи совместно со специалистами узкого профиля.

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ показал, что в стране оценка здоровья подростков проводится семейными врачами совместно с узкими специалистами; при наличии показаний подростки наблюдаются врачами узких специальностей в учреждениях более высокого уровня оказания медицинской помощи, в том числе педиатрами, врачами подростковых кабинетов (при их наличии) и другими специалистами, в зависимости от заболевания.

*Умарова З.К., Мукаримова Д.А., Эргашев Х.Ю.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЦИКЛОФЕРОН В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение эффективности препарата циклоферон у больных детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 310 часто болеющих больных детей в возрасте от 6 до 17 лет, которые были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 202 (65,2%) больных ОРВИ, получавших препарат циклоферон по стандартной схеме (1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23 день) в возрастной дозировке. Во вторую группу вошли 108 (34,8%) детей с ОРВИ, которым назначалась другая противовирусная терапия. Всем больным детям проводилось клинико-лабораторное (общий анализ крови, мочи), иммунологическое и серологическое исследования.

**Результаты.** Важным достоинством препарата циклоферон является сочетание противовирусного действия широкого спектра с иммунорегулирующим и противовоспалительным эффектами. В результате проведенного исследования выявлено, что в группе детей, получавших препарат циклоферон, в 28,4% случаях острая респираторно-вирусная инфекция осложнилась бронхитом, в то время как в группе детей, которые не получали циклоферон бронхит зарегистрирован в 39,3% случаях. Кроме того, во второй группе детей основное заболевание в 12 (11,1%) случаях осложнилось пневмонией. Токсических эффектов, аллергических реакций у детей, получавших циклоферон, отмечено не было. В общем анализе крови детей, получивших циклоферон, отмечено повышение уровня лейкоцитов и незначительное повышение количества эритроцитов, снижение уровня скорости оседания эритроцитов (СОЭ), чего не наблюдалось у детей из группы сравнения. В гемограмме детей, получавших другую противовирусную терапию, в анализе крови отмечена лейкопения и повышение уровня СОЭ. Необходимо обратить внимание на оздоровление часто болеющих детей при приеме препарата Циклоферон. В результате стандартного однокурсового использования исследуемого препарата 42,3% детей из группы часто болеющих переведены в группу редко болеющих детей.

**Выводы.** Циклоферон имеет широкий диапазон противовирусной, противовоспалительной, иммуномодулирующей активности при низкой токсичности с отсутствием аллергического действия.

Умарова З.К., Рахимова У.Х., Ходжаева З.Г.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ЖАРКОЕ И ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
Институт ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить роль климатических факторов в развитии и обострении атопического дерматита у детей.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 102 ребёнка, больных атопическим дерматитом, из них 50 больных наблюдали в жаркое время года и 52 - в холодное время года.

Всем больным, независимо от тяжести течения заболевания, проводились клинико-лабораторные обследования (общий анализ крови, мочи, кала), кожные пробы с аллергенами методом скарификации. Определяли содержания общего белка и специфический IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА), исследование проводилось в вирусологической лаборатории.

**Результаты.** В результате проведенного исследования установлено, что разрушение эпидермального барьера кожи у детей с атопическим дерматитом протекало с обострениями и ремиссиями. Обострения кожных проявлений были вызваны нарушением диеты, а также резкой сменой погоды, отмечена высокая чувствительность к климатическим факторам, жаркому и холодному временам года. Так, у 50 (49%) больных детей в летнее жаркое время года отмечалось стихание кожного процесса, проявляющееся в регрессиях экссудативных элементов, экскориаций, лихенификаций, а также укорочении периода обострения, которое расценивается как улучшение микроциркуляции кожных покровов, физиологическое усиление экскреции кожного сала. В то же время у 52 (51%) больных детей в холодное время года отмечалось частое возникновение рецидивов и сокращение периода ремиссии. Пониженная температура воздуха в холодное время года способствовала сужению сосудов кожи, ухудшению питания кожных покровов, что усугубляло течение заболевания и приводило к обострениям. Нами выявлены следующие факторы риска развития заболевания: генетический риск 64%, чаще по материнской линии (62,5%), предрасположенность организма ребёнка к развитию аллергических реакций. гиперактивность кожи (климатический фактор). Экзогенные триггерные факторы (пищевые, бытовые, ингаляционные, лекарственные, эпидермальные). Причины, усугубляющие действие триггерных факторов (факторы риска со стороны матери, психоэмоциональные, социальные, сопутствующие заболевания), контактные факторы (механические, химические, физические).

**Выводы.** Клинические проявления атопического дерматита в летнее время года быстрее нивелировались, а их продолжительность значительно укорачивалась, наблюдалось отчетливое улучшение самочувствия. В холодное время года возникало частое возникновение рецидивов, связанное с нарушением микроциркуляции кожи.

Умарова З.К., Хайдарова С.Ф., Рахматуллоева З.Р.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОТАВИРУСНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести анализ вакцинации детей грудного возраста ротавирусной вакциной.

**Материал и методы.** На основании данных сводных отчётов и выкопировки данных из амбулаторных карт детей грудного возраста проведён анализ заболеваемости диареей детей,



обратившихся за медицинской помощью и наблюдающихся в Городском центре здоровья (ГЦЗ) №12. Распространённость, тяжесть заболевания больных, обратившихся в пункт оральной регидратации (ПОР) ГЦЗ №12, изучались в период 2014 - 2018 годов. Всем больным назначались общий анализ крови, кала, мочи, посев кала на флору и чувствительность к антибиотикам.

**Результаты.** Согласно национальному календарю иммунизации, в Республике Таджикистан с января 2015 года все дети в 2- и 3-месячном возрасте прививаются ротавирусной вакциной по 1,5 мл перорально. Охват ротавирусной вакцинацией в среднем по ГЦЗ №12 составлял от 98% до 99%.

За исследуемые годы всего зарегистрировано 5302 случаев диареи, наибольшее количество в 2014 году (1362/25,7%), из них лечение на дому без обезвоживания получили 408 детей (30%). Оральную регидратацию в ПОР по схеме «Б» со средней степенью обезвоживания под наблюдением специалистов получили 464 ребёнка (34%) и 490 детей (36%) из-за тяжести состояния были направлены на стационарное лечение.

В 2015 году зарегистрировано 1189 случаев заболевания диареей, из них 566 (47,6%) детей лечились дома по схеме «А» - после каждого жидкого стула поили больных 50-100 мл оральным регидратационным средством (ОРС). Больные дети (343/28,8%) со средней степенью обезвоживания получали оральную регидратацию в ПОР по схеме «Б» (из расчета: 75 мл раствора ОРС умножить на массу тела ребенка) за 4 часа. На стационарное лечение направлены 180 (15,1%) больных с тяжелым обезвоживанием.

В 2016 году зарегистрировано всего 1019 заболевших диареей детей, из них в легкой форме 546 (53,6%). Диарея с умеренным обезвоживанием отмечалась у 360 (35,3%) больных, 113 (11,1%) детей из-за тяжелого состояния были направлены в стационар.

В 2017 году по поводу диареи обратились всего 823 больных, из них диарея без обезвоживания имела у 426 (51,7%), с умеренным обезвоживанием – у 293 (35,6%) и с тяжелым обезвоживанием – у 104 (12,6%).

В 2018 году было всего 909 случаев диареи: без обезвоживания у 628 (69,1%) детей, с умеренным обезвоживанием у 220 (24,2%), и с тяжелой картиной диареи 61 (6,7%) больной был направлен в стационар.

**Выводы.** Показатели заболеваемости диареей за отчетный период с 2014 по 2018 года снизился почти в 1,5 раза, а процент тяжелых больных - в 5,3 раза (на 29%), что говорит об эффективности проведенной ротавирусной вакцинации. Хотя и непостоянно (наименьшее количество детей с диареей отмечено в 2017 году – 823/15,5%), но отмечается значительное снижение случаев диареи после иммунизации. Также статистический анализ выявил наименьшее количество случаев тяжелой степени обезвоживания 2018 году, что также указывает на эффективность профилактических мероприятий.

*Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П., Хасанов Дж.М.*

## ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить работу сердечно-сосудистой системы у больных с хроническими лейкозами в процессе развития заболевания.

**Материал и методы.** В отделении гематологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан с помощью неинвазивного метода исследования (электрокардиография в 12 стандартных отведениях) проведено наблюдение в течение года (с января по декабрь 2018 г.) 54 больных с хроническими лейкозами (ХЛ). Все больные были разделены на 2 группы: I группу составили 36 пациентов с хроническим миелолейкозом (ХМЛ), II группу - 18 с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). Обе группы разделены на подгруппы: 1а и 2а до начала проведения лечения противоопухолевыми препаратами. 1б и 2б подгруппы - после проведения противоопухолевой терапии.

**Результаты.** До начала проведения противоопухолевой терапии в 1а подгруппе у больных с ХМЛ отмечались следующие электрокардиографические (ЭКГ) изменения: снижение процессов реполяризации в миокарде у 12 больных (33,3%), тахикардия у 10 больных (27,7%), снижение вольтажа комплекса QRS у 10 больных (27,7%), экстрасистолия у 1 больного (2,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 3 больных (8,3%).

После проведения противоопухолевой терапии, т.е. в 1б подгруппе, отмечалось достоверное повышение встречаемости процессов реполяризации в миокарде у 16 больных (44,4%), тахикардия у 12 больных (33,3%), снижение вольтажа комплекса QRS у 13 больных (36,1%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 5 больных (13,8%) ( $p < 0,05$ ).

У больных с ХЛЛ до противоопухолевой терапии во 2 подгруппе регистрировались изменения на ЭКГ в виде снижения процессов реполяризации у 6 больных (33,3%), тахикардия у 5 больных (27,7%), снижение вольтажа комплекса QRS у 4 больных (22,2%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 1 больного (5,5%).

После проведения противоопухолевой терапии, т.е. в 2б подгруппе, регистрировались изменения на ЭКГ в виде снижения процессов реполяризации у 8 больных (44,4%), тахикардия у 6 больных (33,3%), снижение вольтажа QRS у 5 больных (27,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 2 больных (11,1%) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** После проведения противоопухолевой терапии отмечается рост изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, с большим проявлением у больных с хроническим миелолейкозом, по сравнению больными с хроническим лимфолейкозом. Для предупреждения отдаленных осложнений у данных больных необходимо своевременное назначение кардиопротекторов.

*Урунбоева Д.С., Гоибова З.В., Азимова М.С., Ходжиев С.Х.*

## ИСХОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить исходы инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом.

**Материал и методы.** Анализированы исходы инфаркта миокарда (ИМ) у 40 пациентов, получивших стационарное лечение и находившихся на диспансеризации в ГУ РКЦК МЗиСЗН РТ в период 2015-2016 годы. Мужчин было 28 (70%), женщин - 12 (30%). Возраст пациентов варьировал от 56 лет до 81 года. Больные разделены на две группы - основную (13 мужчин и 7 женщин, средний возраст  $62,7 \pm 5,4$  лет, не страдающие СД) и контрольную (15 мужчин и 5 женщин, средний возраст  $63,1 \pm 6,1$  лет, имеющие СД II типа). Обе группы по полу, возрасту и локализации инфаркта миокарда были сопоставимы. Трансмуральный ИМ (ИМ без Q) был зарегистрирован у 25 (62,5%) пациентов (у 13 (65%) пациентов основной и 12 (60%) контрольной группы), интрамуральный (Q - ИМ) - в 15 (37,5%) наблюдениях (7 (35%) - в основной и 8 (40%) - в контрольной группах). Локализация ИМ выглядела следующим образом: переднеперегородочный в 7 (17,5%) наблюдениях (4 случая в основной и 3 в контрольной): переднебоковой - у 8 (20%) пациентов (по 4 случая в обеих группах); обширный передний - у 12 (30%) (5 и 7 соответственно); обширный задний - у 6 (15%) наблюдений (4 и 2 соответственно); у 7 (17,5%) пациентов - заднедиафрагмальный (3 и 4 случая соответственно). Всем пациентам регулярно проводилась ЭКГ, ЭхоЭКГ, холтер-ЭКГ, лабораторные исследования крови (определение уровней глюкозы, гликолизированного гемоглобина, липидограммы и свёртывающей системы крови), позволяющие оценить основные параметры функционирования сердечно-сосудистой системы, а также метаболизм жиров и углеводов.

**Результаты.** Суммарная частота осложнений у пациентов с СД была значимо больше, по сравнению с пациентами, не имеющими нарушений углеводного обмена. Так, в течение 12 месяцев наблюдения из-за рецидива ишемии миокарда, развития декомпенсированной сердечной недостаточности, а также нестабильности течения стенокардии были повторно госпитализиро-

ваны 1 пациент из основной и 3 из контрольной группы. Также значимо чаще зарегистрировано развитие тяжёлых функциональных классов (III-IV) ХСН с декомпенсацией кровообращения у пациентов контрольной группы. Отмечалось значимое различие в ежедневном приёме препаратов из группы нитратов и приступов стенокардии у пациентов обеих групп. Потребность в нитратах в основной группе составила 12,5 мг в сутки, в контрольной – 20,5 мг.

**Выводы.** Проведенное исследование демонстрирует, что у пациентов, страдающих СД, постинфарктный период протекает с частым развитием декомпенсации функционирования сердечно-сосудистой системы и фатальными последствиями. В связи с этим, в период диспансерного наблюдения этим пациентам необходима коррекция гипергликемии с проведением профилактических мероприятий, направленных на предупреждение сердечно-сосудистых осложнений.

*Урунбоева Д.С., Нозимов М.О., Гулматова М.Н.*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

КГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания продолжают занимать лидирующую позицию среди причин инвалидности и смертности населения в большинстве стран мира. Современный стандарт лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями включает комплекс из медикаментозных и немедикаментозных подходов. Поэтому на сегодняшний день особенное внимание уделяется немедикаментозным методам лечения, главное место среди которых занимает психологическая реабилитация.

**Цель.** Описать основные проблемы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Таджикистане на современном этапе развития медицины. Изучить типы личности больных, типы отношения к болезни, механизмы психологической защиты и их преодоления под влиянием группового и индивидуального гипноза, электросон-терапии на этапе реабилитации при ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии».

**Материал и методы:** 1) Изучение этапов реабилитации больных ССЗ в Таджикистане; 2) Определение эффективности психологической и физической реабилитации в условиях ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»; 3) Оценка результатов реабилитационного лечения 136 больных в возрасте 32-66 лет, перенесших инфаркт миокарда на фоне артериальной гипертонии и сахарного диабета II-го типа.

**Результаты.** Анализ результатов определения типов личности больных 1-ой и 2-ой групп показал, что из 136 больных 98 были с эмоциональным типом личности, им проведена групповая и индивидуальная гипнотерапия. 28 больным с интеллектуальным типом личности проведена разъяснительная психотерапия и психопрофилактика. 11 больным выполнена электросонотерапия, 10 с физическим типом личности - иглорефлексотерапия.

**Выводы.** Оптимальным методом воздействия на типы отношения к болезни у больных инфарктом миокарда с артериальной гипертензией и аритмией является психологическая реабилитация. У больных инфарктом миокарда без артериальной гипертензии – электросонотерапия. Механизмы патологической защиты остаются неизменными на всех этапах реабилитации, независимо от методики психологического воздействия.

Недостаточность возможности современной реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности инфарктом миокарда, продолжает оставаться проблемой, которая в современном Таджикистане поэтапно решается. Соблюдение здорового образа жизни, рациональная реализация всех перечисленных профилактических и реабилитационных мероприятий должны способствовать повышению эффективности восстановительной терапии, снижению возможности развития осложнений, улучшению прогноза и повышению качества жизни пациента.

Усманов Д.Н., Хван И.Н., Исхаки Ф.Ю.

## ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПРИ ПОМОЩИ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Существенно улучшить результаты лечения больных с гнойными ранами различного генеза при помощи лазерной фотодинамической терапии.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты лечения 96 больных с гнойными ранами различного генеза. Локализация ран была самой разнообразной. Все пациенты были разделены на три клинических группы.

Первая группа (контрольная) – включала в себя 30 пациентов (26%). Эта группа пациентов получала традиционное лечение. Первоначально проводилась хирургическая обработка гнойной раны, затем выполнялись ежедневные перевязки с различными антисептическими растворами (диоксидин, хлоргексидин, фурациллин), в последующем переходили на перевязки с водо- и жирорастворимыми мазями. Никаких физиотерапевтических процедур при этом не проводилось.

Вторая группа включала в себя 32 (23%) пациента. Пациентам этой группы после проведения хирургической обработки выполнялись ежедневные перевязки со специальными раневыми покрытиями (Дальдекс-трипсин, Протеокс-ТМ, Hydrosorb, Hydrocoll). В дальнейшем они получали лечение, аналогичное пациентам предыдущей группы.

Третья группа включала в себя 34 (27%) пациента. В этой группе больных в послеоперационном периоде через сутки после хирургической обработки раны выполнялась лазерная фотодинамическая терапия с микрокапсулированной формой 0,1% раствора фотодитиазида в комплексном сочетании с амфифильными полимерами в виде геля.

В качестве фотосенсибилизатора использовался 0,1% раствор фотодитиазида. На раневую поверхность накладывали салфетку, пропитанную этим раствором в сочетании с амфифильными полимерами в виде геля. Спустя 24 часа салфетку снимали и проводили сеанс лазерной фотодинамической терапии. Раневая поверхность облучалась светом лазерного излучения твердотельным лазером на алюминате иттрия «Полюс-2». Экспозиция составляла 10 мин на 1см<sup>2</sup>. После облучения на язвенную поверхность накладывали салфетку, смоченную раствором хлоргексидина. Сеансы лазерной фотодинамической терапии проводились через день. Обычно проводилось 4-5 сеансов. В случае выявления влажных некрозов проводилось 6-7 сеансов. В дальнейшем они получали традиционное лечение, как и пациенты контрольной группы.

**Результаты.** Лазерная фотодинамическая терапия с микрокапсулированной формой 0,1% раствора фотодитиазида в комплексном сочетании с амфифильными полимерами в виде геля для лечения гнойных ран мягких тканей различного генеза, по сравнению с традиционными методами лечения, сокращает сроки очищения ран от гнойно-некротических масс в 2,7 раза, способствует появлению грануляций в 2,5 раза, ускоряет развитие репарации и реорганизации рубца в 2,3 раза.

**Выводы.** Метод лечения гнойных ран мягких тканей различного генеза с применением лазерной фотодинамической терапии с микрокапсулированной формой 0,1% раствора фотодитиазида в комплексном сочетании с амфифильными полимерами в виде геля более эффективен, по сравнению с традиционными методами. В результате сокращаются сроки лечения и реабилитации пациентов.

Файзалиева Г.С., Бекова Ш.Х., Нозимов М.О.

## ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан



**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) остаётся независимым и важнейшим фактором риска развития инсульта, инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в условиях обычной жизнедеятельности человека открывает дополнительные диагностические возможности. Вопрос о значимости отдельных показателей суточного мониторирования артериального давления по-прежнему остается актуальным. Особый интерес и практическую значимость он приобретает у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

**Цель.** Оценить вариабельность острого нарушения мозгового кровообращения по результатам суточного мониторирования артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией, находящихся в раннем восстановительном периоде после мозгового инсульта.

**Материал и методы.** Обследовано 50 человек, среди которых 30 мужчин и 20 женщин в возрасте от 40 до 78 лет (средний возраст 58,7 года), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу на фоне кризового течения артериальной гипертензии (АГ), давностью более 6 месяцев.

Диагноз АГ устанавливали в соответствии с рекомендациями Ассоциации кардиологов РТ. Подтверждение диагноза инсульта базировалось на результатах компьютерной или магнитно-резонансной томографии, клинических данных и развернутых кардиологических обследований. Клинически артериальное давление (АД) измеряли аппаратом «Watch BP O3». Суточное мониторирование артериального давления проводили с помощью аппарата BPLad с расчетом общепринятых показателей.

**Результаты.** Все пациенты, принимавшие участие в исследовании, имели длительный (от 3 до 15 лет) анамнез артериальной гипертензии. Также с начала периода наблюдения проводилась стандартная антигипертензивная терапия с использованием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или антагонистов рецепторов к ангиотензину II, диуретиков, блокаторов медленных кальциевых каналов,  $\beta$ -адреноблокаторов для достижения рекомендуемого уровня АД (140/80 мм рт.ст. и ниже).

Анализ динамики АД выявил вариабельность уровней АД в суточном ритме с  $180,2 \pm 11,3$  мм рт. ст. (САД) и  $90,5 \pm 6,8$  мм рт. ст. (ДАД) до  $125,7 \pm 8,3$  мм рт.ст. и  $65,2 \pm 5,5$  мм рт. ст. соответственно. При этом в результате проведенной фармакотерапии у 31 пациентов удалось достигнуть целевых уровней АД в течение суток.

**Выводы.** При проведении СМАД у всех пациентов с АГ, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, несмотря на достижение целевых уровней АД, отмечаются колебания суточного профиля артериального давления по типу Nondipper и nainpictures. Оценка эффективности гипотензивной терапии у пациентов с АГ, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, должна проводиться с учетом показателей суточного мониторирования артериального давления.

*Файзиев З.Ш., Бокиев Ф.Б., Туракулов Ф.А., Олими М.*

## ЛЕЧЕБНАЯ ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить роль лечебной фибробронхоскопии в комплексном послеоперационном ведении больных, перенесших кардиохирургические операции.

**Материал и методы.** Мы проанализировали опыт лечебной фибробронхоскопии в послеоперационном периоде у 84 больных, перенесших открытые операции на сердце в условиях искусственного кровообращения с 2004 по 2019 гг. Мужчин было 33 (39,3%), женщин - 51 (60,8%), в возрасте от 2,5 до 68 лет.

Фибробронхоскопия проводилась аппаратом BF - ITR фирмы "Олимпус" (Япония) и R. Wolf (Германия). Объем эндобронхиальных лечебных процедур зависел от вида осложнения и распространенности эндобронхита.

**Результаты.** По данным эндоскопической картины, I степень эндобронхита выявлена у 42 (50,0%) пациентов, II степень - у 35 (41,7%), III степень - у 7 (8,3%).

Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности к антибиотикам. Для улучшения дренажной функции бронхов назначали лекарственные средства, стимулирующие секретолитиз и экспекторацию. Применяли протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, а также дезоксирибонуклеаза и дезоксирибонуклеиновая кислота), которые назначались внутримышечно и в виде аэрозолей, интратрахеально и интрабронхеально при отсутствии легочного кровотечения. Немаловажное значение занимают муколитические препараты, постуральный дренаж, ингаляции лекарственными травами, лечебная гимнастика, вибромассаж грудной клетки.

Эффективность лечебной ФБС при эндобронхите различной степени выражалась в улучшении дыхания, уменьшении симптомов интоксикации, нормализации температуры тела через 3-4 дня, уменьшении или полном прекращении кашля и количества отделяемой мокроты. Эндоскопически отмечался значительный регресс отека слизистой оболочки бронхов, исчезновение гнойного секрета в просвете бронха. Рентгенологически наблюдалось исчезновение инфильтрации легочной ткани. Отмечалось также улучшение показателей функции внешнего дыхания.

Среди обследованных положительный эффект от лечебной бронхоскопии достигнут у 77 (91,7%) больных.

**Выводы.** Использование санационной ФБС в послеоперационном ведении больных, перенесших операции на сердце, как одного из основных элементов комплексной терапии, позволяет сократить срок послеоперационного периода, снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и достичь положительных результатов у 91,7% оперированных.

*Файзуллоев Х.Т., Раджабзода М.Э., Сафаралиева Г.И.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛА И НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Положительное влияние терапии  $\beta$ -адреноблокаторами на течение и прогноз инфаркта миокарда, одного из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы, многократно было продемонстрировано в крупных мультицентровых рандомизированных исследованиях, что позволило отнести их к IA классу доказанности.

**Цель.** Сравнение эффективности и безопасности небиволола и метопролола при лечении больных с острым инфарктом миокарда.

**Материал и методы.** В исследование включены 72 пациента с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Применение  $\beta$ -адреноблокаторов ( $\beta$ -АБ) является необходимым компонентом терапии инфаркта миокарда. Выбор  $\beta$ -АБ основывается на результатах клинических исследований и включает препараты, доказавшие положительное влияние на прогноз больных инфарктом миокарда. Больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 35 (48,6%) пациентов, которым назначен небиволол; во 2 – 37 (51,48%) пациентов, которые принимали метопролол. В обеих группах проводилось титрование доз  $\beta$ -АБ: начальная доза небиволола составляла 1,25 мг один раз в сутки. При хорошей переносимости доза постепенно повышалась с интервалом в 1-2 недели до оптимальной. Следующая доза составляла 2,5 мг 2 раза в сутки, затем - 5 мг 2 раза в сутки и максимальная рекомендованная доза – 10 мг в сутки. К концу периода титрования максимальной дозы небиволола достигли 6 пациентов (17,14%), 25 (71,43%) пациентов принимали 5 мг/сутки, 4 (11,43%) - 2,5 мг/сутки. В группе метопролола максимальной дозы 200 мг в сутки достигли 6

(16,22%) пациентов; 100 мг/сутки - 24 (64,86%) пациента, 50 мг/сутки – 6 (16,22%) и 1 (2,7%) больной получал 25 мг в сутки. Всем больным проведено холтеровское мониторирование и доплер- ЭхоКГ.

**Результаты.** У всех пациентов терапия небивололом оказалась эффективной. Нами проведено прямое клиническое сравнение небиволола и метопролола. Было доказано, что оба препарата имеют сопоставимую эффективность в отношении улучшения клинического состояния, повышения толерантности к нагрузкам, функционального состояния миокарда левого желудочка. Небиволол, в отличие от метопролола, улучшает систолическую и диастолическую функцию, метопролол имеет преимущества в снижении гипертрофии миокарда и разгрузки левого предсердия. Нежелательные побочные явления не зарегистрированы. У 8 больных в группе метопролола лечение было неэффективным, еще у 5 пациентов этой группы отмечались побочные эффекты в виде сонливости, тошноты и головной боли.

**Выводы.** Применение  $\beta$ -адреноблокатора небиволола является более эффективным в лечение больных инфарктом миокарда по сравнению с метопрололом.

*Файзуллоев Х.Т., Раджабзода М.Э., Табаров А.И.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТИРОФИБАНА ПРИ ФЕНОМЕНЕ CORONARYNO-REFLOW

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить эффективность применения препарата тирофибан у больных после проведения коронарного стентирования с феноменом no-reflow.

**Материал и методы.** За период с 2016-2017 гг. в условиях Республиканского клинического центра кардиологии в отделении эндоваскулярной хирургии было проведено 29 случаев ЧКВ (первичный или экстренный) больным, находившимся на стационарном лечении. В зависимости от состояния коронарных артерий больные были разделены на 2 группы. В основную группу включены 13 пациентов, у которых после ангиопластики (первичный и экстренный ЧКВ) был обнаружен феномен no-reflow, они лечились только стандартными методами (нитроглицерин, гепарин, клопидогрель, аспирин, аторвастатин). В контрольную - 16 пациентов, у которых обнаружен феномен no-reflow после ангиопластики (первичный и экстренный ЧКВ), которых лечили с применением инфузии тирофибана. Стоит подчеркнуть, что из 29 больных пятеро (2 пациента основной и 3 из контрольной группы) получали тромболитическую терапию (стрептокиназой). Пациенты были с острым коронарным синдромом (17), острым инфарктом миокарда (12). 12 из общего количества больных страдали сахарным диабетом. Больные с плановым ЧКВ со стабильной стенокардией в группу не включились. Все пациенты перед ангиопластикой проходили комплекс стандартных мероприятий: 300 мг клопидогреля, 300 мг аспирина, 60-80 Ед/кг гепарина в/в, 40 мг аторвастатина и инсулин по протоколу, при необходимости, в зависимости от уровня глюкозы крови (глюкоза крови > 15 ммоль/л). У 29 больных после проведения первичной или экстренной ангиопластики ЧКВ обнаружен феномен no-reflow (TIMI 0), транзиторная элевация сегмента ST на ЭКГ и обостренные ангинозные боли. В контрольной группе больным было проведено в/в вливание тирофибана со скоростью 30 кап/мин в течение 40-45 мин.

**Результаты.** Исследование показало, что после внутривенного вливания тирофибана при контрольной коронароангиографии у 11 пациентов в контрольной группе обнаружено частичное восстановление кровотока по TIMI 2 и у 5 пациентов - TIMI 1. У 6 пациентов из основной группы имелось частичное восстановление коронарного кровотока TIMI 2 и у 7 пациентов - TIMI 1. У 5 пациентов контрольной группы и у 3 пациентов из основной группы остмачалось нефатальное кровоизлияние. При всех случаях пришлось прибегнуть к плазмотрансфузии.

**Выводы.** Феномен no-reflow, хотя и является мультифакторной патологией и зависит от многих внутренних и внешних факторов, но нарушение микроциркуляции играет в его развитии ключевую роль. Тирофибан в комбинации с другими методами более эффективен при феномене согопагу no-reflow, но не стоит игнорировать риск кровотечения, особенно после системного тромболизиса.

Файзуллоев Х.Т., Раджабзода М.Э., Табаров А.И.

## ПРИМЕНЕНИЕ ОМЕГА-3 В СОЧЕТАНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить эффективность биологически активной добавки ПНЖК Омега-3 и ее воздействие на липидный спектр крови у больных ИБС.

**Материал и методы.** Проведены лабораторные исследования у больных, страдающих ишемической болезнью сердца, в частности стенокардией напряжения, в сочетании с артериальной гипертензией. Было обследовано 80 пациентов. Пациенты распределены на 2 группы. 1-я группа (n=40) принимала традиционную терапию, пациенты 2-й группы (n=40) наряду с традиционной терапией принимали ПНЖК Омега-3. Пациенты обследовались до начала, в процессе пребывания в стационаре и приема Омега-3 (через 10 дней), в процессе приема Омега 3 (через 3 месяца) и после окончания лечения (через 6 мес.)

**Результаты.** Оценка эффективности применения Омега-3 NSP у больных с дислипидемией показала, что терапия Омега-3 уже в течение месяца внесла коррективы в показатели липидного обмена у большинства больных 2-й группы. Так, у 32 из 40 пациентов содержание ОХС снизилось на 18,5%, а в последующие 3 месяца лечения в 26 случаях ОХС уменьшился до нормальных значений. Более заметные изменения проявились в отношении содержания триглицеридов. В целом, во 2 группе через 3 месяца приема Омега-3 их уровень уменьшился в среднем на 17,5% ( $p < 0,01$ ). Еще более эффективно отразился прием ПНЖК Омега-3 на содержании ХС-ЛПОНП, уровень которого в целом во 2 группе уменьшился на 26,1%. Причем, достоверно этот показатель уменьшился у 33 больных. Уровень ХС-ЛПВП у 30 пациентов возрос более чем в 1,5 раза. У 50 пациентов отмечено снижение индекса атерогенности на 14,5%. Под воздействием лечения ПНЖК Омега-3 у больных атерогенной дислипидемией снизилось содержание ТГ, ХС-ЛПНП, атерогенный индекс (АИ) и отмечено повышение содержания ХС-ЛПВП. Все это свидетельствует о том, что ПНЖК Омега-3, назначаемая больным с ИБС в течение 3 месяцев по 1 капсуле 2 раза в день, наиболее эффективна у пациентов с атерогенной дислипидемией II b типа, снижая уровни ТГ, ХС-ЛПНП, ИА и повышая содержание ХС-ЛПВП.

**Выводы.** Полученные данные позволяют говорить об эффективности лечения препаратом Омега-3 у больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с артериальной гипертензией и дислипидемией. Исходя из результатов клинического исследования, препарат Омега-3 может быть рекомендован для широкого использования в качестве профилактического и лечебного средства при различных формах ишемической болезни сердца в сочетании с артериальной гипертензией и дислипидемией.

Фараджева Н.А., Имамалиева У.Х.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ МОКСОНИДИНА И АМЛОДИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кафедра терапии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А. Алиева  
г. Баку, Азербайджан



**Актуальность.** На текущем этапе развития здравоохранения с каждым годом растет интерес к проблеме неинфекционных заболеваний в аспекте их распространенности, ранней диагностики, лечения и профилактики. Частые патологии в этой группе - артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), а частое коморбидное состояние – их сочетание, что является предметом конструктивного взаимодействия соответствующих специалистов. АГ выявляется у пациентов ХОБЛ с различной частотой, составляя в среднем 34,3%. Учитывая практическую значимость такой коморбидности, увеличение риска прогрессирования каждой из патологий и вероятность смертельного исхода при этом, становится актуальной проблема адекватной коррекции соответствующих параметров, и, в первую очередь, АГ.

**Цель.** Оценить гипотензивный эффект сочетанного применения моксонидина и амлодипина для адекватной коррекции АГ у пациентов с ХОБЛ.

**Материал и методы.** В исследование включено 68 пациентов с коморбидной патологией ХОБЛ (GOLD2) и АГ 2 степени, обоих полов в возрасте  $48,4 \pm 1,6$  лет, средняя продолжительность коморбидности  $13,3 \pm 1,8$  лет. Критериями включения в исследование были: наличие у пациентов с клиническим диагнозом ХОБЛ снижения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1%)  $< 80\%$ , при отношении ОФВ1% к форсированной жизненной емкости – ОФВ1/ФЖЕЛ%  $< 70\%$  (GOLD1-4), показатели артериального давления - систолического (САД)  $\geq 130$  мм рт.ст., диастолического (ДАД)  $\geq 85$  мм рт.ст., а также систолическое давление в легочной артерии (СДЛА)  $\geq 29$  мм рт.ст. Все пациенты были рандомизированы по основным группам препаратов, предусмотренных для лечения ХОБЛ, по стажу курения, продолжительности и тяжести болезни, а также по исходным средним показателям системной и легочной гипертензии. В соответствии гипотензивной терапией были сформированы 2 группы: основная – 34 пациента, принимавшие моксонидин (моксогамма, Woergaq Pharma, Германия) в дозе 0,2 г в сочетании с амлодипином (кардилопин, Egis Pharmaceuticals, Венгрия) 5-10 мг и контрольная – 34 пациента, получавшие гипотензивную терапию другими препаратами.

**Результаты.** Исходные показатели АД соответствовали 2 степени АГ со средними значениями: САД -  $164,8 \pm 6,4$  и ДАД –  $105,6 \pm 5,2$  мм рт.ст. У 43 больных (19 пациентов - 1-я группа и 24 – 2-я группа) была выявлена легочная гипертензия со средним показателем СДЛА  $33,5 \pm 0,7$  мм рт.ст. Через 3 недели от начала лечения повторное исследование гемодинамических параметров показало, что в обеих группах больных была достигнута полная коррекция САД. При достоверной положительной динамике ДАД в обеих группах, снижение его до показателя нормы отмечалось в группе пациентов, получавших сочетание моксонидина с амлодипином ( $75,4 \pm 3,9$  и  $89,8 \pm 4,3$  соответственно,  $P < 0,05$ ). В этой же группе отмечалось более достоверное снижение СДЛА до значения нормы, по сравнению с контрольной группой ( $27,8 \pm 0,7$  и  $30,8 \pm 0,6$  соответственно,  $p < 0,05$ ), что свидетельствовало о более выраженном гипотензивном эффекте данной комбинации.

**Выводы.** Комбинация моксонидина с амлодипином ввиду преимущественного центрального механизма действия первого и вазодилиатирующего эффекта на уровне, как большого, так и малого круга гемодинамики – второго, является оптимальным сочетанием при лечении системной и легочной гипертензии у больных ХОБЛ с соответствующей коморбидной патологией.

*Фараджева Н.А., Мусаева А.К.*

## **ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Кафедра терапии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А. Алиева  
Отделение функциональной диагностики Медицинского центра ELMED Korona LTD  
г. Баку, Азербайджан

---

**Актуальность.** В последнее время акцентируется внимание на связи избыточной массы тела (ИМТ) с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Подобная коморбидность, взаимно отягощая течение патологий, оказывает негативное влияние также на параметры легочной и внутрисердечной гемодинамики, что при своевременном выявлении и коррекции может предупредить ряд серьезных осложнений.

**Цель.** Выявить ранние нарушения гемодинамики и их особенности при ИМТ и ожирении у больных с ХОБЛ.

**Материал и методы.** Было обследовано 46 мужчин с ХОБЛ (GOLD 3) и фактором курения в анамнезе. Средний возраст -  $48,4 \pm 3,6$  (32-61), средний показатель индекса курящего человека (ИКЧ) -  $15,0 \pm 0,7$  (5-18) пачка/лет, средняя продолжительность болезни -  $12,8 \pm 1,7$  (8-19) лет. По показателям индекса массы тела (BMI) пациенты были разделены на группы: I группа – 15 пациентов с нормальным BMI –  $20,7 \pm 0,8$  кг/м<sup>2</sup>, во II (16 пациентов) и III (15 пациентов) группах оказались пациенты с BMI  $27,5 \pm 0,6$  (ИМТ) и  $33,7 \pm 0,8$  кг/м<sup>2</sup> (ожирение I степени) соответственно. На аппарате VIVID 7 Dimension (Ge Healthcare, США) методом трансторакальной цветной доплер-ЭхоКГ определялись: конечный диастолический (LVlDd) и конечный систолический (LVlDs) размеры левого желудочка, размеры левого (LA) и правого (RA) предсердий, правого желудочка (RVlDd), конечный диастолический (EDV (Teich)) и конечный систолический (ESV (Teich)) объемы левого желудочка а также фракция его выброса (LVEF(Teich)) и систолическое давление в легочной артерии (SPAP).

**Результаты.** В I группе больных с нормальным показателем BMI параметры гемодинамики и SPAP со средним значением  $25,3 \pm 0,7$  мм Hg оказались в пределах нормы. Во II группе с ИМТ на фоне системной артериальной гипертензии I степени, при отсутствии дисфункций желудочков, верифицированное предельно нормативными параметрами LVlDd -  $50,2 \pm 1,3$  (N-37-55 мм), LVlDs -  $36,8 \pm 1,2$  (N-24-40 мм) а также ESV –  $54,6 \pm 1,4$  (N-13-66 мл) и LVEF -  $55,6 \pm 1,5$  (N-53-77%) отмечалось увеличение LA до максимального уровня нормы –  $38,9 \pm 2,4$  (N-19-39 мм) и RA –  $38,7 \pm 2,4$  (N-21-36 мм), что свидетельствовало о повышении сопротивления сосудов в малом круге и подтверждалось повышением SPAP -  $36,5 \pm 2,1$  (N - 20-27 мм Hg). В III группе пациентов с ожирением I степени было достоверное по сравнению со II группой ухудшение показателей LVlDd -  $58,7 \pm 1,5$  и  $50,2 \pm 1,3$  (P<0,01), LVlDs –  $42,6 \pm 1,1$  и  $36,8 \pm 1,2$ , LA –  $44,1 \pm 1,8$  и  $38,9 \pm 2,4$  (P<0,05), RA-  $46,3 \pm 2,1$  и  $38,7 \pm 2,4$ , а также SPAP-  $45,2 \pm 2,1$  и  $36,5 \pm 2,1$  mmHg ((P<0,01).

**Выводы.** ИМТ и, особенно, ожирение у пациентов с ХОБЛ, способствуют более глубоким гемодинамическим сдвигами и раннему формированию легочной и системной гипертензии. При этом увеличение размеров правого предсердия более 38, а правого желудочка более 29 мм базального и более 34 мм среднего уровней могут служить ранними предикторами развития правожелудочковой недостаточности.

*Фрейзер-Херт Н., Чуквума А., Гонг Э., Латыпова М.,  
Мандевиль К., Вонг Х., Абдуллаева Ф.*

## УЛУЧШЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США

**Актуальность.** На сердечно-сосудистые заболевания приходится 50 процентов смертности в Таджикистане, и артериальная гипертензия является ведущим фактором риска. Поддержание непрерывности в уходе, полученном в течение нескольких контактов между поставщиками и пользователями медицинских услуг, имеет важное значение для контроля артериального давления и улучшения здоровья. При поддержке Всемирного банка Таджикистан внедрил модель «Финансирование на основе результатов деятельности» (ФРД) и постоянно улучшал качество услуг для улучшения лечения артериальной гипертензии в более чем 400 центрах первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Хатлонской и Согдийской областях.

**Цель.** Провести анализ с дополнением существующих программ, направленный на выявление вмешательств с целью повышения уровня удержания пациентов с гипертонией.

**Материал и методы.** При данном анализе был использован метод «каскадного ухода» для оценки удержания пациента во время скрининга, диагностики, начала лечения, мониторинга лечения и контроля заболевания, опираясь на административные данные и данные опросов. Детерминанты удержания были изучены посредством обсуждений в фокус-группах с администраторами здравоохранения, поставщиками медицинских услуг и пациентами. В процессе обзора мировой литературы и при помощи экспертов были определены возможные эффективные вмешательства.

**Результаты.** В зонах обслуживания отдельных учреждений в Согдийской и Хатлонской областях от 92 до 97 процентов населения с гипертонической болезнью не зарегистрировались в ПМСП для получения помощи и лечения. Среди зарегистрированных пациентов в Хатлонской области 87 процентов не достигают контроля артериального давления, по сравнению с 50 процентами в Согдийской области. Пациентов с артериальной гипертензией трудно удержать из-за того, что пациенты недостаточно понимают серьезность последствий гипертонии и методов ее лечения, расходы на транспорт для посещения медицинского учреждения и на лекарства большие и постоянные, а также из-за пробелов в предоставлении услуг, включая нехватку медицинских работников и сложности языка клинических протоколов и их несоответствия реальным существующим условиям на местах. Эти проблемы могут быть решены с помощью целевого скрининга, информационных кампаний с участием религиозных лидеров, навигаторов для пациентов, децентрализацией приема лекарств, школ пациентов для поддержки приверженности и разработки упрощенных инструментов для врачей для быстрого принятия решений.

**Выводы.** Исследование выявило критические пробелы в предоставлении лечения артериальной гипертензии на уровне ПМСП и дает рекомендации, которые следует учитывать для стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями в Таджикистане.

*Хабирова С.З., Зубайдова Т.М., Шамсудинов Ш.Н., Мамадёрва Г.М.*

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ХОМЯКОВ, ЛЕЧЁННЫХ ЭФИРНЫМ МАСЛОМ «ГЕПАТОЛ»

Отдел фармакологии и биотехнологии лекарств «Научно-исследовательского фармацевтического центра»

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение действия эфирного масла «Гепатол» на течение экспериментального калькулезного холецистита.

**Материал и методы.** Для опыта было взято 80 хомяков массой 85-90 г, которые были распределены на следующие серии: 1 - интактные хомяки, получавшие обычный рацион вивария; 2 - контрольные (6-месячные хомяки), получавшие вместо корма сухую ХГЛД; 3 - опытные хомяки, получившие наряду с сухой ХГЛД, внутривентрикулярно эфирное масло «Гепатол» в дозе 50 мг/кг массы ежедневно в течение 6 месяцев; 4 – хомяки, ежедневно получившие в течение 6 месяцев сухую ХГЛД в сочетании с хенофальком в дозе 50 мг/кг массы.

Об эффективности эфирного масла «Гепатол» в дозе 50 мг/кг массы и хенофалька при экспериментальном калькулезном холецистите судили по числу и проценту конкрементов в желчном пузыре животных, количеству камней и песка, полученных после забоя опытных и контрольных животных. Песок, обнаруженный в полости желчного пузыря, считали с помощью лупы, а конкременты измерялись миллиметровой бумагой. Конкременты имели плотноватую консистенцию и размер их колебался от 2 до 6 мм. Размер песка составил менее 2 мм.

**Результаты.** В желчном пузыре у 17 (85%) из 20 хомяков, получавших в течение 6 месяцев сухую ХГЛД, были обнаружены конкременты разного размера в количестве  $318,0 \pm 8,5$ . Их среднее число на 1 животного составило  $15,9 \pm 0,4$  ( $p < 0,001$ ), против  $0,25 \pm 0,04$  у интактных или у животных со спонтанным холелитиазом.

В контрольной группе среднее число камней, имеющих размер 2-6 мм, составило  $7,1 \pm 0,3$ , а среднее количество песка -  $8,8 \pm 0,4$ . В желчном пузыре трёх (15,1%) из 20 интактных хомяков, не получавших сухую ХГЛД, обнаружены камни размером 4-6 мм в количестве  $5,0 \pm 0,5$ , что составляет лишь  $0,25 \pm 0,025$  на 1 животное. В леченной серии животных с экспериментальным холелитиазом, которые ежедневно получали эфирное масло «Гепатол» в дозе 50 мг/кг массы в течение 6-ти месяцев единичные камни размером  $2,2 \times 3,1$  мм обнаруживались только в желчном пузыре двух (10%) из 20 животных. Среднее число камней составляло  $0,1 \pm 0,001$  штук. Песок и мелкие камни отсутствовали. В серии животных, ежедневно получавших в течение 6 месяцев наряду с сухой ХГЛД эфирное масло «Гепатол» в дозе 50 мг/кг массы, только в желчном пузыре 1 животного (5%) из 20 был обнаружен 1 камень размером  $1,6 \times 3,4$  мм. Песок и мелкие камни во всех случаях отсутствовали. У животных, получавших по той же схеме хенофалк в дозе 50 мг/кг массы, конкременты были обнаружены в желчном пузыре у 9 (45%) из 20 животных. Общее число камней и песка составило  $66,0 \pm 0,5$ , а среднее число было равно  $3,3 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ). Число желчных камней, имеющих размер 2-6 мм, в среднем составляло  $2,1 \pm 0,6$ , а песка - лишь  $1,2 \pm 0,3$  на 1 животное.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о выраженном профилактическом эффекте эфирного масла «Гепатол» при желчнокаменной болезни.

*Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Халимова З.С., Карабаев Д.И.*

## ГЛАЗНОЕ ДНО ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГУ «Родильный дом №1»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить наиболее часто встречаемые признаки преэклампсии беременных при офтальмоскопии глазного дна.

**Материал и методы.** Проведено офтальмоскопическое наблюдение 85 пациенток с диагнозом: «тяжёлая преэклампсия беременных» на базе реанимационного отделения родильного дома №1 г. Душанбе с января 2017 по январь 2019 гг. Обследование было проведено на 34-39 неделях беременности. Средний возраст пациенток составил  $26,7 \pm 0,1$  лет. Всем пациенткам была произведена прямая офтальмоскопия в условиях медикаментозно расширенного зрачка.

**Результаты.** Согласно результатам офтальмоскопии, у всех пациенток (100%) выявлено сужение артерий, расширение и извитость вен сетчатки. 52 пациентки (61,1%) на момент осмотра имели на глазном дне симптом Салюса-Гунна I степени. У 12 пациенток (14,1%) это сочеталось с отёком макулы. У 1 пациентки (1,2%) была отмечена старая двусторонняя оперированная отслойка сетчатки, ещё у 3 (3,6%) - односторонняя, у 14 - интравитреальные кровоизлияния (16,4%), у 3-х больных (3,6%) с HELLP-синдромом были отмечены ретинальные кровоизлияния с макулярным отёком.

**Выводы.** Наиболее частым признаком тяжёлой преэклампсии беременных в нашем исследовании выступили изменения артерий сетчатки, а также её отек. Это можно связать с тем, что патогенез гестоза беременных обусловлен генерализованным спазмом артерий, ведущим к нарушению реологических и коагуляционных свойств крови, а также нарушению свойств клеточных мембран.

*Хайдарова С.Ф., Умарова З.К., Рахматуллоева З.Р.*

## ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---



**Цель.** Изучить клинические особенности хронического холецистита у больных с хламидийной инфекцией.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 42 больных ребенка с 2014 по 2018 год на базе Городского центра здоровья №12.

Всем больным детям, страдающим хроническим холециститом на фоне хламидиоза, проводились клиничко-лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала), биохимические исследования крови (билирубин, щелочная фосфатаза), инструментальные исследования (ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря и печени, компьютерная томография органов брюшной полости - по показаниям). Иммунологическое обследование включало метод полимерной цепной реакции - определение хламидийных антител и серологические исследования, метод иммуноферментного анализа (ИФА) - определение IgA, IgM, IgG.

**Результаты.** Почти все больные обращались с жалобами на слабость, быструю утомляемость, раздражительность, головные боли, субфебрильное повышение температуры тела. К тому же у 12 (28%) пациентов отмечались потливость, горечь во рту, пониженный аппетит, у 9 (21%) - отрыжка, рвота, запоры или неустойчивый стул. Боли локализовались вокруг пупка, иррадиировали в правое плечо, лопатку, отмечались не постоянно, в 47% случаях – приступообразные, колющего характера в правом подреберье, у 30% пациентов - в области эпигастрия, а у 20% без определенной локализации. Боли стихали через 2-3 часа после возникновения и носили рецидивирующий затяжной характер.

Объективно, у всех больных отмечалась резистентность мышц брюшной стенки в правом подреберье. При глубокой пальпации в правом подреберье у 50% детей выявлялся положительный симптом Кера (болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря). У 42% больных - симптом Ортнера (болезненность при поколачивании правой реберной дуги), у 30% - симптом Мерфи (резкое усиление болезненности на вдохе при глубокой пальпации), у 27% детей отмечался френикус-симптом (болезненность при пальпации между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Часто дети, страдающие хроническим холециститом, имели патологию со стороны желудка в виде гипоацидного гастрита. Кроме болевого, пациентов беспокоил диспептический синдром (37% детей), у 18% пальпировалась увеличенная плотная печень, у 17% наблюдались интермиттирующая желтуха вследствие закупорки печеночного протока, кожный зуд.

В анализах крови чаще регистрировались лейкопения и увеличение СОЭ. У 12% при холестазах отмечалось повышение уровня прямого билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина, липопротеидов, активности трансаминаз. Все изменения в желчном пузыре и печени подтверждались УЗ исследованием (утолщение и деформация стенок желчного пузыря - при холестазах, расширение общего желчного протока - при дискинезии желчного пузыря). Серологический титр антихламидиозных антител варьировал от 1:40 до 1:600.

**Выводы.** Течение хронического холецистита у больных детей с хламидиозной инфекцией носит затяжной характер и клинически протекает с поражением желудка, печени и кишечника.

*Хайруллаева С.С., Ливерко И.В., Рустамова М.Т.*

## **ЧАСТОТА, ХАРАКТЕР ФОРМИРОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкентская медицинская академия  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Определение частоты встречаемости, ранняя диагностика поражений гастродуоденальной зоны у больных бронхиальной астмой.

**Материал и методы.** Объектом исследования были 150 больных бронхиальной астмой (БА). В структуре заболевания по степени тяжести больные распределены: 20% БА II степени (30 пациентов), 50% БА III степени (75 пациентов) и 30% БА IV степени (45 пациентов). По

длительности заболевания больные, включенные в исследование, страдали бронхиальной астмой от 1 года до 10 и более лет. 120 больных БА из 150 больных (80%), включенных в исследование, получали глюкокортикостероиды в различных формах приема: 20% (30 пациентов) принимали системные глюкокортикостероиды (сГКС) в различных дозированных режимах, 30% (45 пациентов) – ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) в различных дозированных режимах и 30% (45 пациентов) – сочетанную терапию сГКС и иГКС. 30 больных БА из 150 больных, включенных в исследование, получали препараты группы аминофиллинов и короткодействующие бета-агонисты в различных дозированных режимах.

Проведено комплексное многоплановое обследование больных с использованием клинических, функциональных, биохимических, цитоморфологических и статистических методов.

**Результаты.** Анкетный скрининг 150 больных БА показал, что подавляющий процент больных не акцентирует свое внимание на имеющихся жалобах гастродуоденального характера либо относят их к проявлениям своего основного заболевания. Отмечено, что при детализированном опросе симптомы изжоги, боли в эпигастрии и/или за грудиной и отрыжки отмечали 6 из 10 пациентов, симптомы чувства комка в горле и срыгивание – 5 из 10 пациентов и тошноту – 4 из 10 пациентов. По результатам выполненной эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) патология гастро-дуоденальной зоны (ГДЗ) выявлена у 101 пациентов из 150 больных БА (67,3%). Оценивая уровень поражения гастродуоденальной зоны, у больных БА чаще отмечены эндоскопические признаки патологии пищевода - у 42,3% больных БА, желудка - у 25,3% и двенадцатиперстной кишки - у 2,2%. Отмечено, что среди пациентов, принимающих системные глюкокортикостероиды (сГКС) с различными дозированными режимами, эндоскопически верифицированная патология ГДЗ встречается у 7 из 10 больных (70%), при режимах иГКС – у 6 из 10 пациентов (57,8%), при сочетании приема сГКС и иГКС- у 8 из 10 пациентов (82,2%), при терапии, ограниченной бронхолитиками (препараты аминофиллиновой группы и короткодействующие бета-агонисты) – у 3 из 10 (33,3%). Высокая частота поражений ГДЗ у больных БА определяется дефектами на уровне пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки имеет свои особенности в зависимости от подходов терапии, обусловлена длительностью приема и дозами глюкокортикостероидной терапии, что подчеркивает ее роль как пускового механизма.

**Выводы.** Патология гастродуоденальной зоны эндоскопически верифицируется у 67,3% больных БА. В ее структуре отмечены поражения пищевода - у 42,2% больных БА, желудка – у 23,1% и двенадцатиперстной кишки – у 2% пациентов, при этом катаральные формы поражения ГДЗ определяются в 46,0% случаях, эрозивно-язвенные – в 21,3%. Высокая частота поражений ГДЗ у больных БА коррелирует с длительностью приема и дозами глюкокортикостероидной терапии, что подчеркивает ее роль пускового механизма развития патологии гастродуоденальной зоны.

*Хакимова М.Б.*

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины  
ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают одно из ведущих мест среди важнейших медицинских проблем XX века. По оценкам ВОЗ, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода.

Особую актуальность проблема ССЗ приобретает в Таджикистане, что придает проблеме здоровья населения медико-социальную значимость. Наиболее распространёнными среди ССЗ являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ).

**Цель.** Изучить влияние социально-гигиенических факторов на уровень заболеваемости сердечно-сосудистой системы и определить пути профилактики заболеваемости ССЗ в Республике Таджикистан.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ мировой статистики по экономическим показателям стран мира, статистических данных по заболеваемости ССЗ Республиканского центра статистики и медицинской информации,

**Результаты.** По данным Центра статистики Республики Таджикистан, уровень общей заболеваемости ИБС в период от 2000-2016 гг. сохранял высокие позиции, нарастая на 47%. Пик заболеваемости приходилось на 2010 и 2014 годы, где показатели общей заболеваемости доходили до 492,9 и до 530,1 на 100 тыс. населения соответственно.

В структуре общей заболеваемости органов кровообращения по темпам роста отличается ГБ. Показатель заболеваемости ГБ за период с 2000 по 2014 года вырос на 44,2%, несколько снижаясь в 2016 году всего на 9,7 %.

Как отметила ВОЗ, одним из факторов, приводящих к сердечно-сосудистым заболеваниям, наряду с другими факторами риска ССЗ, в особенности высокого АД, курения, повышенного индекса массы тела, низкой физической активности, является социально-экономический фактор, то есть низкий уровень жизни населения.

В списке Международного валютного фонда в 2017 году Таджикистан занимает 163 место по показателю ВВП (номинал) на душу населения, что является характеристикой, определяющей уровень экономического развития, а также роста экономики среди 186 стран мира, а среди стран бывшего Советского Союза считается беднейшей страной. По высказыванию международных экспертов, здоровье населения прямо пропорционально ВВП на душу населения. Люди в странах с низким и средним уровнями дохода нередко не могут пользоваться преимуществами программ по оказанию комплексной первичной медико-санитарной помощи для раннего выявления и лечения лиц с факторами риска, в отличие от людей в странах с высоким уровнем дохода. Особенно страдают самые бедные люди в странах с низким и средним уровнями дохода. По данным «Интерфакса», на конец 2017 года Всемирный банк оценил уровень бедности в Таджикистане в 29,7 процента.

В настоящее время установлено, что здоровье человека на 50% - 55% зависит от образа жизни. Это значит, что наше здоровье – наполовину в наших руках, вне зависимости от состояния медицины, наследственности, экологических и социальных проблем.

**Выводы.** Мотивацию к здоровому образу жизни нужно вложить человеку с детства, и могут это сделать только сами родители, своим собственным положительным примером. Человек - сам творец своего здоровья, за которое надо бороться. С раннего возраста необходимо приучать ребёнка вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной гигиены - словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья.

*Хакназаров С.Ш., Махмудова Д.Ш., Комилова Г.*

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОРГАНИЗОВАННОГО КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»  
Кафедры общественного здравоохранения с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение стоматологической помощи в системе комплексной реабилитации организованного контингента инвалидов в Республике Таджикистан.

**Материал и методы.** Медико-социологический опрос инвалидов проводился в 4-х районах города Душанбе: Сино, Сомони, Фирдавси, Шохмансур. Опрос проводился в 2014-2015 годах, всего было опрошено 300 человек. Количество опрошиваемых составило 4-5% от общего количества инвалидов, проживающих на данной территории.

**Результаты.** Из общего количества опрошенных по половому признаку значительного преобладания мужчин над женщинами не было: 186 (62%) мужчин и 114 (38%) женщин. В возрастном

соотношении дети-инвалиды составили 105 (35%) человек, люди трудоспособного возраста – 195 (65%). В структуре распределения респондентов по группам инвалидности большую часть составили инвалиды II группы с правом работы - 94 человека (31,3%), без права работы - 45 человек (15%). Инвалидов III группы было 39 (13%), инвалидов I группы - 17 (5,6%), детей-инвалидов - 105 (35%) человек. Хотя процент детей-инвалидов в общей структуре инвалидности занимает последнее место, однако, следует не забывать, что это подрастающее поколение, которое будет играть большую роль в нашем обществе в дальнейшем. Анализ семейного положения опрошенных показал следующее: в полных семьях проживают 195 (65%) человек, в неполных семьях (холостые, вдовцы, разведенные) - 105 (35%). Неполные семьи считаются неблагополучными, при этом люди с ограниченными возможностями более уязвимы в обществе, всё это ещё больше усугубляет состояние данной категории людей.

Большинство инвалидов предпочитают лечиться по месту жительства. Так, на вопрос: «Где Вы предпочитаете лечиться?», ЛПУ по месту жительства выбрали 96% опрошенных, тогда как обращались в ведомственные - 1% и платные учреждения - 3% респондентов. Из этого можно сделать предположение, что в нашей стране мало ведомственных медицинских учреждений, и платные медицинские услуги по ряду причин малодоступны для людей с ограниченными возможностями.

Была проведена оценка доступности льготных услуг для инвалидов в ЛПУ. На вопрос, испытывали они трудности в получении бесплатных лекарств, положительно ответили 48%, при этом немалый процент респондентов не ответили на данный вопрос (в среднем 25% респондентов). Тогда как в получении бесплатных лекарств в прикрепленных к ЛПУ аптеках трудности испытывали 27% респондентов.

На вопрос о проведении с ними лечебно-восстановительных мероприятий, в частности стоматологической помощи, положительно ответили всего 22%, при этом в среднем 13% не ответили на этот вопрос. Данные цифры показывают, что инвалидам доступны льготные услуги в ЛПУ республики, однако, часть из них указывает на трудности в получении этих услуг.

**Выводы.** В ЛПУ по месту жительства инвалидам должны оказывать бесплатные медицинские услуги, такие как: обеспечение бесплатными лекарствами и проведением лечебно-восстановительных мероприятий, в том числе оказание стоматологической помощи в системе комплекса проведения медицинской реабилитации инвалидов в республике.

*Халилов А.А., Назаров Д.*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Широкая распространенность острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и факторов, их обуславливающих, диктует необходимость проведения комплексных медико-организационных и санитарно-просветительных мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи.

**Цель.** Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи больным с ОНМК на примере внедрения инновационных организационных технологий в деятельность лечебно-профилактического учреждения.

**Материал и методы.** В группу исследования вошли больные, получившие стационарную помощь по поводу ОНМК в Республиканском клиническом центре кардиологии, - 25 человек. Исследование проводилось социологическими методами, изучением данных из медицинских документов, статистическим методом.

**Результаты.** Необходимо внедрение инновационных организационных технологий оказания медицинской помощи больным с ОНМК, определяющих медицинский и экономический эффекты.



Предлагаемая нами усовершенствованная система оказания медицинской помощи населению выглядит следующим образом:

- система алгоритмов оказания догоспитальной, стационарной, амбулаторно-поликлинической помощи больным с инсультом, которая включает: алгоритмы действия на каждом этапе, позволяющие наряду с четким выполнением стандартных операционных процедур, немедленно проводить адекватные и эффективные лечебно-диагностические мероприятия с использованием мультидисциплинарного подхода;

- быстрое начало модальной терапии, что снижает неблагоприятные исходы развития инсульта и способствует эффективности лечения;

- оценка индикаторов качества медицинской помощи, включающая индикаторы исхода лечения, определяющие возможность оценить конечный результат терапии на каждом этапе оказания медицинской помощи. Особую важность приобретают процессуальные индикаторы, позволяющие оценить объем и соответствие стандартам манипуляций, медикаментозной терапии, и временные индикаторы, в частности, период «от двери до иглы» - период времени от момента поступления в стационар до начала терапии;

- оптимизация работы скорой медицинской помощи: прием больных, минуя приемное отделение;

- современные стандарты диагностики, лечения и профилактики;

- организация последовательности выполнения исследований и манипуляций;

**Выводы.** Разработка и внедрение инновационных подходов диагностики и лечения, а также совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи на догоспитальном, стационарном, амбулаторном и реабилитационном этапах способствуют более благоприятному исходу заболеваний, снижению инвалидности.

*Халилова Д.А., Назаров Б.Дж., Шукурова Р.А.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИОСАПТАНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино

ГМЦ №2

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение эффективности и безопасности ангиосартана в лечении больных, перенесших Q-образующий инфаркт миокарда.

**Материал и методы.** В исследование включено 23 больных (17 мужчин и 6 женщин) через месяц после перенесенного Q-образующий инфаркт миокарда. Средний возраст  $52,4 \pm 1,2$  года. У всех имелась артериальная гипертония 1-2 ст.

Все больные получали стандартную терапию: бисопролол, статины, кардиомагнил, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), чаще всего лизиноприл. Ингибиторы АПФ были заменены на ангиосартан в начальной дозе 50 мг/сут с последующим увеличением дозы до 150-200 мг/сут. Продолжительность лечения ангиосартаном была 12 недель. Эффективность ангиосартана оценивалась по клиническому состоянию, данным повторной велоэргометрической пробы, СМ-ЭКГ, ЭхоКГ.

**Результаты.** В результате 12-недельного лечения ангиосартаном у всех больных удалось поддерживать АД на целевом уровне. У большинства, а именно у 18 (78,2%) больных для этого требовалась доза препарата 150 мг 1 раз в сутки и только у 5 (21,7%) доза ангиосартана через месяц была увеличена до 200 мг/сутки. При этом препарат не оказывал влияния на частоту сердечных сокращений. Кроме того, через 12 недель лечения ангиосартаном отмечено достоверное урежение приступов стенокардии на 32,1% и уменьшение потребности в нитроглицерине на 21,9%, повышение физической толерантности на 23,6% с  $2172,2 \pm 345,5$  до  $2756,6 \pm 512,6$  кгм), уменьшение транзиторной ишемии на 25% по данным СМ-ЭКГ. При этом у 13 (56,5 %) больных ишемические эпизоды не регистрировались. Наблюдалась хорошая переносимость препарата. Только у 1 (4,3%)

пациента отмечено появление головокружения, что потребовало отмены ангиосартана. Препарат не оказывал влияния на показатели липидного спектра, концентрацию глюкозы, печеночных трансаминаз, калий и креатинин в сыворотке крови. Ангиосартан хорошо сочетался с  $\beta$ -адреноблокаторами, дезагрегантами и мочегонными (гипотиазидом), которые усиливали его гипотензивный эффект.

**Выводы.** Ангиосартан может с успехом применяться вместо ингибиторов АПФ в лечении больных, перенесших Q-образующий инфаркт миокарда.

*Халилова Д.А., Назаров Б.Дж., Шукурова Р.А.*

## ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГМЦ №2  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** В терапевтической практике ревматоидный артрит (РА) часто встречается в сочетании с артериальной гипертонией (АГ). В настоящее время гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), развивающаяся вследствие АГ, рассматривается как фактор риска возникновения желудочковых аритмий и как независимый предиктор ранней сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

**Цель.** Оценка ремоделирования ЛЖ у больных РА в сочетании с АГ по данным эхокардиографического исследования.

**Материал и методы.** В исследование было включено 106 больных, составивших 2 группы. В 1-ю группу вошли 38 больных РА без АГ. Во 2-ю группу – 68 пациентов с АГ I и II степени. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, степени активности РА. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование на эхокардиографе Phillips HD 7,5 (Германия).

**Результаты.** В группе больных РА с АГ у 34 (50%) пациентов отмечалась нормальная геометрия ЛЖ, у 14 (20,5%) - концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ ( $2H/D > 0,45$ ; индекс массы миокарда (ИНММ)  $< 134$  г/м<sup>2</sup>), у 12 (17,6%) – концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ ( $2H/D < 0,45$ ; ИНММ  $> 134$  г/м<sup>2</sup>) и у 7 (10,2%) лиц наблюдалась эксцентрическая гипертрофия миокарда ( $2H/D < 0,45$ ; ИНММ  $> 134$  г/м<sup>2</sup>). В группе больных с изолированным течением РА у 27 (71,05%) пациентов выявлена нормальная геометрия ЛЖ, у 2 (5,2%) – концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ, у 9 (23,7%) больных наблюдалась эксцентрическая гипертрофия миокарда. Больных с концентрической гипертрофией миокарда в этой группе выявлено не было.

**Выводы.** У больных РА в сочетании с АГ достоверно чаще наблюдались признаки ремоделирования ЛЖ, по сравнению с больными с изолированным течением РА. Комплекс функциональных методов исследования, включающих эхокардиографию, позволяет проводить динамическое наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы и диагностировать признаки нарушения функции ЛЖ у больных с РА в сочетании с АГ на ранних этапах.

*Халилова Д.А., Шукурова Р.А.*

## ОЦЕНКА ВОЗРАСТНЫХ РАЗЛИЧИЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
ГМЦ №2  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** В последние годы, несмотря на сохраняющуюся высокую заболеваемость острым инфарктом миокарда (ОИМ), выживаемость в остром периоде заболевания значительно увеличилась. В связи с этим встает вопрос выявления и лечения развивающейся в дальнейшем хронической сердечной недостаточности (ХСН), так как основной причиной ее развития является ОИМ. Кроме того, активно изучается ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), вклад систолической и диастолической функций ЛЖ в течение ХСН.

**Цель.** Изучить возрастные различия развития ХСН, изменения систолической и диастолической функций ЛЖ у больных ОИМ с исходно низкой фракцией выброса (ФВ) в ходе длительного наблюдения.

**Материал и методы.** Обследовано 104 пациента ОИМ с исходно низкой ФВ (< 40%). Большая часть больных (92) имела ФВ < 35 % в первые 48 часов развития ОИМ. Далее пациенты были разделены по возрасту на две группы – до 60 лет и старше. Всем больным была проведена ЭхоКГ в первые 48 часов, на 21, 28 сутки и через 12, 36 и 60 месяцев. ХСН определялась по шкале ШОКС, ставился функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA. За основной показатель систолической функции ЛЖ принималась ФВ, диастолической – соотношение скоростных пиков Е/А.

Диастолическая функция ЛЖ в старшей возрастной группе за пять лет медленно ухудшалась в линейной прогрессии и исходно была лучше, чем в «молодой», в которой она к первому году незначительно ухудшилась, а за пять лет даже несколько улучшилась. ФВ, как показатель систолической функции, в обеих возрастных группах была низкой в первые 48 часов и увеличилась на протяжении 60 месяцев, т.е. систолическая функция улучшилась, при этом в группе младше 60 лет была изначально выше, увеличилась больше и до 5 лет, тогда как в старшей возрастной группе была исходно ниже, увеличилась меньше и только до 36 месяцев. По полученным нами данным, до развития ОИМ ХСН не наблюдалась у 98% больных в группе до 60 лет и только у 14% больных в старшей возрастной группе. При этом в остром периоде в старшей возрастной группе были выявлены ФК ХСН по NYHA от 1 до 3, в младшей только 1 ФК. 4 ФК ХСН не наблюдался ни в начале исследования, ни в ходе последующего наблюдения ни в одной группе. Вероятно, это связано с тем, что больные с исходным 4 ФК погибают от нарастающей сердечной недостаточности, не получив ОИМ, а в дальнейшем при наблюдении с интервалом в год момент появления 4 ФК может быть не выявлен до момента смертельного исхода. При сопоставлении ФВ с классом сердечной недостаточности выявлено, что в обеих возрастных группах в первые двое суток и до 28 суток не имеют четкой зависимости с ФК ХСН. Через 12 месяцев исследования наблюдался рост ФВ в обеих возрастных группах, но абсолютные показатели ФВ были достоверно меньше в старшей возрастной группе. В дальнейшем в младшей возрастной группе сохранялось увеличение ФВ и соответствие более высокой ФВ и 1 ФК ХСН, а более низкой и 3 ФК ХСН. В то время как в старшей возрастной группе изменений во ФВ практически не было или наблюдалось недостоверное снижение ФВ у пациентов с 1-3 ФК. У больных, не имевших признаков ХСН, каких-либо достоверных тенденций в ходе длительного исследования не наблюдалось ни в одной из групп.

**Выводы.** Таким образом, в развитии ХСН после ОИМ у лиц пожилого возраста большую значимость имеет нарушение систолической функции ЛЖ, ее изменения также выглядят большими. Следовательно, у лиц пожилого возраста необходимо вести не менее агрессивную профилактику ее нарушений, по сравнению с больными более молодого возраста.

*Халмурадова М.Х., Беркелиева М.М.*

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии и клинической фармакологии Туркменского государственного медицинского университета  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Цель.** Целью исследования являлось изучение влияния характера питания, гиподинамии, наличия ожирения и сахарного диабета на вероятность и частоту развития инфаркта миокарда у лиц моложе 45 лет.

**Материал и методы.** Исследовано 125 лиц: 109 мужчин и 16 женщин в возрасте от 27 до 45 лет, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q. Исследованы индекс массы тела, уровень гликированного гемоглобина, липидный профиль, а также наличие подъема сегмента ST при развитии ОКС.

**Результаты.** Генетическая предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям отмечалась у 27 (25%) мужчин и 7 (44%) женщин. Лишняя масса тела и ожирение выявлено у 68 (62%) мужчин и 14 (88%) женщин, 72 (66%) мужчин и 1 (6%) женщина являлись курильщиками, дислипидемия с повышением общего холестерина и уровня ЛПОНП выявлена у 65 (60%) мужчин и 12 (75%) женщин, HbA1C > 6,5% - выявлено у 32 (29%) мужчин и 7 (43%) женщин. По ретроспективным данным ЭКГ у 70 (56%) больных вначале отмечался ОКС с подъемом ST с последующим развитием ИМ с патологическим зубцом Q.

**Выводы.** В молодом возрасте наиболее типично развитие острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Типично развитие инфаркта в вечернее или ночное время, имеющее тесную связь с переждением. Значимыми факторами развития инфаркта до 45 лет являются также ожирение, гиподинамия, сахарный диабет. Анемия, гипотония, гипертермия, характерная для летнего периода в аридной зоне, являются неатерогенными факторами риска развития инфаркта миокарда преимущественно у молодых женщин.

*Хамидов А.В., Абдусалямова Л.И.*

## КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ФОРМОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА

Кафедра общей хирургии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
Кафедра госпитальной терапии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
г. Ульяновск, Россия

**Цель.** Определение факторов, способствующих снижению непосредственной летальности при хирургической коррекции недостаточности митрального клапана у больных с полной формой атриовентрикулярного канала.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ результатов хирургической коррекции порока проведен у 94 пациентов в возрасте от 4 до 156 мес. (в среднем  $22,8 \pm 2,4$  мес.), среди которых 42 было мужского и 52 женского пола. В соответствии с классификацией Раstellли, у 73 больных (85,9%) был выявлен тип А, у 12 (14,1%) – тип С. При хирургической коррекции мы не встретились с анатомическим пороком, характерным для типа В. Из анализа были исключены больные с промежуточной формой порока, а также больные со сложным сочетанием врожденных пороков сердца (ВПС). У всех больных коррекция порока заключалась в закрытии дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и первичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) с ушиванием расщепления передней створки митрального клапана (ПСМК). Коррекция была выполнена с помощью двух заплат у 88 больных (93,6%), с помощью одной заплата - у остальных 6 больных (6,4%). С 2002 года коррекция выполняется исключительно с использованием двух заплат. Пластику ДМЖП и первичного ДМПП производили аутоперикардиальной или ксеноперикардиальной заплатай. Для коррекции недостаточности атриовентрикулярного (АВ) клапана у большинства больных ушивание расщепления ПСМК было выполнено отдельными Z-образными швами. Вероятность послеоперационного стеноза митрального клапана (МК) (двойной МК, единственная папиллярная мышца в левом желудочке) была выявлена у 17 больных. У 10 из них во избежание стенозирования МК расщепление было ушито лишь у основания. У 7 больных ввиду наличия единственной папиллярной мышцы пластику расщепленной ПСМК не производили. Добавочное отверстие МК было выявлено в 9 (9,6%) случаях. У 4 больных добавочное отверстие МК локализовалась в области передней комиссуры, у 3 – в области задней комиссуры и 2 – в



теле муральной створки МК. Лишь в одном случае имела место недостаточность добавочного отверстия, которое было ушито без стенозирования основного отверстия. При сохраняющейся недостаточности МК после ушивания расщепления 17 больным выполнена шовная аннулопластика П-образными швами на прокладках. В ближайшем послеоперационном периоде погибли 27 больных (31,8 %).

**Результаты.** Госпитальная летальность во многом зависела от года выполнения операции. При этом наибольший процент летальности приходится на группу детей в возрасте до 12 мес. - 54,5%. В группе больных с минимальной послеоперационной недостаточностью МК летальных исходов не было. В то время как у больных с недостаточностью >2+ она достигала 40,9%. С другой стороны, в группе больных с ЛГ, соответствующей 3 группе, госпитальная летальность составила 37,5%, втрое превышая таковую в группе больных с умеренной ЛГ

**Выводы.** Таким образом, вероятность летального исхода намного выше у больных с сохраняющейся недостаточностью левого АВ клапана и высокой ЛГ. Степень остаточной недостаточности левого АВ клапана была существенно ниже у пациентов, которым помимо стандартной реконструкции клапана выполнялась дополнительная шовная аннулопластика. В этой группе больных госпитальная летальность была существенно ниже и составляла 5,9%.

*Хамидов А.В., Абдусаломова Л.И.*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ОБЩЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ КАНАЛЕ

Кафедра общей хирургии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
Кафедра госпитальной терапии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
г. Ульяновск, Россия

---

**Цель.** Выявить достоверные внутрисердечные ориентиры, точно обозначающие особенности расположения проводящей системы сердца (ПСС) при всех формах общего атриовентрикулярного канала (ОАВК).

**Материал и методы.** Изучены 76 (41 мужского и 35 женского пола) сердец с ОАВК. Контроль составили 32 обычно развитых сердца, соответствующие возрастным группам случаев с ОАВК. Анатомическое микропрепарирование ПСС произведено по методике А.Ф.Синева (1985). Кровеносные сосуды ПСС выделяли после их инъекции.

**Результаты.** Впервые представлена истинная хирургическая анатомия ПСС при ОАВК. Расположение ПСС показано анатомически в ее природном соотношении с внутренними структурами сердца и в хирургической позиции. Выявлены различия в расположении ПСС в типичных случаях полной и неполной (и промежуточной) формах ОАВК. При полной форме ОАВК канала предсердножелудочковый (ПЖУ) (и его артерия) находятся в задней стенке правого предсердия под и позади отверстия коронарного синуса (КС). Бифуркация пучка Гиса и начало его правой ножки находятся под эндокардом левого склона мышечного гребня приточной межжелудочковой перегородки. При неполной (и промежуточной) форме ОАВК ПЖУ (и его артерия) находятся непосредственно впереди и справа от отверстия КС. Бифуркация пучка Гиса расположена на гребне мышечной приточной межжелудочковой перегородки. Начало бифуркации пучка Гиса находится под общим основанием фиброзного соединения оснований задних частей перегородочных створок трехстворчатого и митрального клапанов. Правая и левая ножки пучка Гиса полностью расположены на одноименных с ними сторонах межжелудочковой перегородки.

**Выводы.** Представленные данные об особенностях хирургической анатомии ПСС при ОАВК могут быть полезными кардиохирургу, чтобы не повредить ПСС при коррекции этого порока сердца.

Хамидов А.В., Абдусалямова Л.И., Хамидов Д.Х.

## МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МИКСОМ СЕРДЦА

Кафедра общей хирургии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
Кафедра госпитальной терапии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
г. Ульяновск, Россия

---

**Цель.** Изучить возможности МРТ диагностики опухоли сердца, правильно оценить ее размеры, локализацию и взаимоотношение с соседними структурами. Разработать подходы к распознаванию миксом с использованием метода МРТ–томографии. Изучить МРТ семиотику миксом, наличие ножки и места прикрепления.

**Материал и методы.** Исследования проводились на МРТ–томографе «MERIT» производства фирмы «PICKER» США с мощностью магнитного поля 0,1 Tsl. МР–томография проводилась по методике «спин–эхо» при синхронизации с ЭКГ в поперечной, фронтальной и сагитальной плоскостях. Обследовано 12 больных.

**Результаты.** В 4 случаях наблюдения нами выявлена гроздьевидная форма миксомы сердца. На МР-изображениях миксомы выглядели как объемное образование с промежуточной интенсивностью МР–сигнала на T1 взвешенном изображении с мелкобугристыми очертаниями структур и глубокими бороздами, неоднородной структуры, размеры миксом колебались от 2 до 12 см. У 5 пациентов была выявлена узловая форма миксомы, на МР–изображении выглядели как объемные образования округлой формы, с четкими ровными контурами с промежуточной интенсивностью МР–сигнала на T1 взвешенном изображении, неоднородной структуры, за счет наличия некроза и кровоизлияния. У 3 больного была выявлена интрамуральная опухоль задней стенки левого желудочка, интенсивность МР–сигнала от объемного образования в режиме T1 была схожей с сигналом миокарда, однако структура опухолевой ткани отличалась от нормальной сердечной мышцы (рабдомиома). Ножка миксомы была диагностирована у всех 7 больных ввиду трехмерного характера получения изображения.

В 6 случаях местом прикрепления ножки миксомы была межпредсердная перегородка со стороны полости левого предсердия и в 1 случае - со стороны полости правого предсердия. В 35% наблюдениях при МРТ исследовании можно зарегистрировать пролабирование новообразования в соответствующую камеру сердца.

**Выводы.** Магнитно–резонансная томография является высокоэффективной методикой исследования в постановке правильного диагноза новообразования сердца. МРТ-диагностика гроздьевидной формы миксомы должна ориентировать хирурга на особую осторожность манипуляции во время хирургического вмешательства для предотвращения тканевой эмболии. Диагностика ножки миксомы, места ее прикрепления, подвижность новообразования помогает спланировать оптимальную тактику операции. МРТ сердца должна проводиться всем пациентам с предполагаемым, а также с выявленными опухолями сердца при планирующемся оперативном лечении.

Хамидов А.В., Абдусалямова Л.И., Хамидулина Г.А.

## НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кафедра общей хирургии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
Кафедра госпитальной терапии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
г. Ульяновск, Россия

---

**Цель.** Представить собственный опыт хирургического лечения инфекционного эндокардита (ИЭ) митрального клапана.

**Материал и методы.** С 2002 по 2018 гг. по поводу инфекционного эндокардита митрального клапана было оперировано 52 пациента: 29 (52,7%) мужчин и 23 (44,3%) женщины. Средний возраст составил  $44,4 \pm 12,1$  года (от 19 до 72 лет). У 88% пациентов имела место выраженная недостаточность кровообращения. У 34% больных до операции отмечалась постоянная форма мерцательной аритмии.

Кроме общеклинических методов исследования, всем больным проводились эхокардиография (ЭхоКГ) и доплер-эхокардиография. При проведении ЭхоКГ у 44 были выявлены вегетации на створках митрального клапана. Среди других, характерных для ИЭ митрального клапана патологических изменений, были: отрыв хорд (у 6), разрыв створки (у 2), тромбоз левого предсердия (у 5), абсцесс фиброзного кольца (у 2 пациентов). Первичный эндокардит был отмечен у 43 (82,7%) пациента. Вторичный ИЭ - у 9 (17,3 %) больных. Показанием к оперативному лечению явились некупируемая антибиотиками инфекция и прогрессирующая сердечная недостаточность. Больным были выполнены операции протезирования митрального клапана механическими протезами «МедИнж-2».

**Результаты.** Во время операции были выявлены вегетации у 56% больных. Другими операционными находками были: отрыв и разрыв передней створки митрального клапана – в 3 случаях, разрыв задней створки – в 1, абсцесс фиброзного кольца - в 2, отрыв хорд – в 5, полное разрушение створок митрального клапана в 2, перфорация передней створки митрального клапана в 2 случаях. Среди осложнений раннего послеоперационного периода наиболее частыми были: послеоперационные кровотечения – у 4, нагноение послеоперационной раны – у 2, медиастинит – у 1 больного. Ранний протезный эндокардит у наших больных не был выявлен. Госпитальная смертность составила 3,8% (2 пациентов). Оба больных погибли на фоне сепсиса и прогрессирующей полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Хирургическое лечение является практически обязательным этапом лечения больных инфекционным эндокардитом. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде должна быть усиленной и пролонгированной, так как инфекционные осложнения непосредственно после операций возникают чаще, чем после стандартных операций на митральном клапане.

*Хамидов А.В., Гурьянов А.А, Лаптев С.Е., Абдусаламова Л.И.*

## АННУЛОПЛАСТИКА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ДЕ-ВЕГА ПРИ СОЧЕТАННЫХ КЛАПАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СЕРДЦА

Кардиохирургическое отделение Ульяновской областной клинической больницы  
г. Ульяновск, Россия

---

**Цель.** Оценить эффективность аннулопластики трикуспидального клапана (ТК) при сочетанных клапанных поражениях сердца.

**Материал и методы.** За период с ноября 2018 года по февраль 2019 года в кардиохирургическом отделении Ульяновской областной клинической больницы у 38 больных выполнена коррекция 2-х и более клапанов, у 17 из них была выполнена аннулопластика ТК по Де-Вега. Средний возраст больных составил 46,3 года. Наиболее частыми причинами заболевания были ревматизм и инфекционный эндокардит. Все больные относились к III (41,2%) и IV (58,8%) функциональным классам (NYHA), имели недостаточность кровообращения II степени по Стражеско-Василенко. Стойкие нарушения ритма отмечены у 76,5% пациентов. Регургитация на ТК до операции у всех пациентов была 3-4 степени. Диаметр фиброзного кольца ТК в среднем составил  $44,1 \pm 7,2$  мм.

Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения, умеренной гипотермии, фармакоолодовой кардиopleгии. Доступ к ТК осуществляли путем рассечения правого предсердия параллельно предсердно-желудочковой борозде.

Аннулопластику ТК по Де-Вега проводили на завершающем этапе коррекции с использованием полипропиленовой нити с прокладками. Фиброзное кольцо ТК сужали до 3,5 см в диаметре. Эффективность аннулопластики ТК контролировали с помощью водной нагрузки.

**Результаты.** При оценке результатов аннулопластики ТК по Де-Вега госпитальная летальность составила 5,8% (1 больной). Причиной ее было фатальное интраоперационное кровотечение. В послеоперационном периоде регургитация на ТК отсутствовала или соответствовала I степени у 14 (82,4%) больных, II степени – у 3 (17,6%) пациентов.

**Выводы.** Аннулопластика трикуспидального клапана по Де-Вега при сочетанных поражениях клапанного аппарата сердца является высокоэффективным методом коррекции ТК, позволяющим уменьшить площадь фиброзного кольца при сохранении прежней площади створок ТК и восстановить запирательную функцию этого клапана.

*Хамидов А.В., Хамидулина Г.А., Абдусалямова Л.И.*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ “ПАРАШЮТООБРАЗНОГО” И ДВОЙНОГО МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ОТКРЫТОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ КАНАЛЕ (АВК)

Кафедра общей хирургии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета

Кафедра госпитальной терапии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница

г. Ульяновск, Россия

**Актуальность.** Парашютообразный и двойной митральный клапан (МК) является редкой врожденной аномалией сердца и часто является причиной неудовлетворительных результатов хирургической коррекции различных форм АВК.

**Цель.** Изучить особенности хирургической анатомии названных аномалий МК при АВК.

**Материал и методы.** Морфологическое исследование структурных компонентов клапанного аппарата обоих желудочков при открытом АВК было проведено на 72 аутопсийных препаратах сердца. Двойной МК выявлен нами в 14 из 72 сердец умерших больных с различными формами АВК (по 7 случаев при неполной и полной формах АВК). Дополнительное отверстие локализовалось в области передней, задней комиссуры или в теле муральной створки. В одном наблюдении полной формы АВК имелось два отверстия в области передней и задней комиссур (тройной МК). Каждое отверстие (основное и добавочное) было образовано хорошо сформированными тонкими створками и имело отдельный хордальный аппарат. При этом, как правило, одна (передняя или задняя) сосочковая мышца ЛЖ была соединена хордами со всеми створками или компонентами створок МК, другая сосочковая мышца в таких случаях соединялась хордами с дополнительным отверстием, при этом формировались “парашютообразный” клапан с добавочным отверстием и “потенциальный парашютообразный” клапан с основным отверстием. Наличие дополнительного клапана в силу ряда анатомических особенностей существенно уменьшает площадь основного отверстия митрального клапана, поэтому ушивание “расщепления” ПСМК в подобных ситуациях неминуемо ведет к стенозированию МК. В остальных 58 наблюдениях наличие потенциального парашютообразного клапана с 1, 2 или 3 группами папиллярных мышц нами было выявлено в 16 сердцах. При наличии этой патологии возможность коррекции порока определяется не только количеством папиллярных мышц, но и количеством точек крепления хорд в левом желудочке, поскольку при двух и даже трех группах папиллярных мышц может быть одна единственная точка крепления хорд в левом желудочке. В таких случаях расщепление ПСМК ни в коем случае ушивать нельзя во избежание создания митрального стеноза.

**Выводы.** Таким образом, двойной и “потенциальный парашютообразный” митральный клапан – достаточно частая сопутствующая патология при АВК (обнаружена нами в 42% случаев), их наличие является фактором, усложняющим коррекцию этого врожденного порока, нередко требующим протезирования клапана и поэтому должно рассматриваться, как сложная форма порока.



*Хамидов А.В., Хамидулина Г.А., Абдусаломова Л.И.*

## **ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИИ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ НЕПОЛНОЙ ФОРМЫ ОТКРЫТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА**

Кафедра общей хирургии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
Кафедра госпитальной терапии Института медицины и экологии, физической культуры Ульяновского государственного университета  
ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница  
г. Ульяновск, Россия

---

**Актуальность.** Основной задачей коррекции открытого атриовентрикулярного канала (АВК) является адекватное устранение недостаточности левого атриовентрикулярного (АВ) клапана.

**Цель.** Оценка зависимости степени недостаточности левого АВ клапана от анатомии порока и непосредственные результаты хирургической коррекции открытого АВК.

**Материал и методы.** За период с 11.98 года по 12.99 года было обследовано 45 больных с диагнозом неполная форма открытого АВК. Возраст больных варьировал от 8 месяцев до 58 лет. Всем больным была проведена трансторакальная эхокардиография и интраоперационная чреспищеводная эходоплеркардиография до и после коррекции порока. Анализировались следующие параметры и анатомические особенности: диаметр фиброзного кольца левого АВ отверстия; степень гипоплазии створок и характер крепления передней створки (ПС) митрального компонента АВК; длина и характер крепления хорд к папиллярным мышцам и створкам клапана; количество, строение и расположение папиллярных мышц левого желудочка (ЛЖ); характер, локализация и направление струи регургитации левого АВ клапана; длина притока и отношение его к длине оттока ЛЖ.

**Результаты.** Распределение больных по степени недостаточности левого АВ клапана в динамике до и после коррекции открытого АВК было следующим:

- в 11% случаев отмечалась I степень недостаточности, которая после коррекции улучшилась у 3 больных, а увеличилась до II степени у 2;
- у 39% больных исходно была II степень недостаточности, в послеоперационном периоде улучшение до I степени отмечалось в 11 случаях, без изменения степень недостаточности оставалась в 6 случаях и увеличение её до III степени в 1 случае;
- у 32% больных с дооперационной недостаточностью III степени после коррекции отмечалось уменьшение регургитации до II степени в 7 случаях и до I степени в 1 случае, неизменной степень недостаточности оставалась в 6 случаях;
- в 18% исходно была тяжёлая недостаточность IV степени, уменьшившаяся в послеоперационном периоде до II степени у 7 больных и до III степени у 1 больного.

**Выводы.** Наиболее выраженная исходная недостаточность левого АВ клапана наблюдалась у больных со сложными вариантами анатомии (широкое фиброзное кольцо, выраженная степень гипоплазии створок, гипоплазия папиллярных мышц и укорочение хорд). Точная предоперационная оценка анатомии и функции клапана позволила определить оптимальную хирургическую тактику и объём хирургического вмешательства. Индивидуальный подход в коррекции недостаточности митрального компонента АВ канала имел хорошие непосредственные результаты.

*Хамидов Н.Х., Умарова С.А., Умаров А.А.*

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить параметры variability ритма сердца (BPC) у больных пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных с ИСАГ: 31 мужчина (51,6%) и 29 женщин (48,4%), средний возраст  $69,1 \pm 5,2$ . Контрольная группа - 30 пожилых лиц с нормальным уровнем АД: 13 женщины (43,3%) и 17 мужчин (56,7%), средний возраст -  $68,2 \pm 4,2$  года.

Учитывали следующие показатели BPC: общая мощность спектра (TP, мс); мощность в диапазоне очень низких частот (VLF, мс); мощность в диапазоне низких частот (LF, мс<sup>2</sup>) и мощность высокочастотной составляющей спектра (HF, мс<sup>2</sup>); соотношение симпато-парасимпатического баланса LF/HF.

**Результаты.** Общая мощность спектра в целом у большинства обследованных оказалась сниженной, по сравнению со средними данными, приводимыми для лиц средней возрастной группы. Однако при более детальном анализе выявлено, что в спектре нейрогуморальной регуляции у больных с ИСАГ несколько более высокую долю составляли HF. Соотношение LF/HF, отражающее симпато-парасимпатический баланс, оказалось в среднем в группе смещено в сторону относительного преобладания LF 1,21 (0,94-1,38) против 1,44 (1,18-1,98) контрольной группы. Определение частоты встречаемости типов вегетативной регуляции показало, что у 33 (55,0%) больных имела место относительная симпатикотония, у 12 (20,0%) больных уравновешенный тип и у 15 (25%) тенденция к ваготоническому типу. В группе больных ИСАГ, как и в контрольной группе, значимого различия фоновой активности нейрогуморальной регуляции у мужчин и женщин не выявлено. Выяснение указанных обстоятельств способствует более глубокой интерпретации патогенетических звеньев данной проблемы, оптимизации лечения, что, на наш взгляд, имеет важное теоретическое и не меньшее практическое значение.

<sup>1</sup>Хамидов Н.Х., <sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Лолаев А.Н.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Городской медицинский центр №1  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить состояние психоэмоционального статуса у больных артериальной гипертензией старших возрастов.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе кардиологического отделения городского медицинского №1 г. Душанбе. В исследование включено 84 больных артериальной гипертензией (АГ) возрасте от 60 до 83 лет. Среди обследованных были 48 женщин и 36 мужчин. У 16 пациентов имело место АГ I-й степени, у 50 - II и у 18 - III степень тяжести в соответствии с классификации ВОЗ/МОАГ (1999) по уровню артериального давления (АД) и рекомендации ESH/ESC (2015). Психологический статус изучали с помощью анкетного тестирования. Для выявления и оценки аффективных нарушений использовали клиническую шкалу депрессии HDRS. При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель: от 0 до 7 - отсутствие депрессии, 7-16 баллов - малая депрессия и нижнее значение для большого депрессивного эпизода более 16 баллов. Сопутствующая тревожная симптоматика определялась по госпитальной шкале тревоги и депрессии, разработанной A.S. Ligmond и адаптированной М.Ю. Дробижевым (2000). Учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяли 3 области значений: 0-7 - «норма»; 8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и выше - «клинически выраженная тревога/депрессия».

**Результаты.** Суммарный балл по шкале HDRS в среднем составил  $26,6 \pm 1,6$ . При этом отмечалась прямая зависимость между степенью повышения АД и выраженностью депрессивных расстройств. «Малая депрессия» наблюдалась у 17% больных с умеренной (II степень) и у 22% больных с тяжелой (III степень) гипертензией. «Большой депрессивный эпизод» выявлен у 15% и 18% соответственно. Сопутствующая тревожная симптоматика отмечалась у 60% исследованных больных.

**Выводы.** Артериальная гипертония у лиц старших возрастов часто сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами, что необходимо учитывать при проведении терапии данной категории больных.

<sup>1</sup>Хамидов Н.Х., <sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Лолаев А.Н.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Городской медицинский центр №1  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить когнитивные нарушения у больных артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе Городского медицинского центра №1 им. Ахмедова К.Ю. г. Душанбе. В исследование включены 78 больных артериальной гипертонией (АГ) в возрасте от 58 до 78 лет (средний возраст  $64,6 \pm 2,6$  года). Среди обследованных женщин было 42, мужчин - 36. У 19 пациентов выявлена АГ I-й степени, у 40 - II и у 19 больных - III степень тяжести, согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999) по уровню артериального давления и рекомендации ЕОК/ЕОАГ (2010). Средняя давность АГ составила  $13,6 \pm 1,8$  года.

Все пациенты проходили тщательное неврологическое обследование. При нейропсихологическом тестировании использовались стандартные, широко применяемые валидные методики. Исследование состояния когнитивных функций проводилось в первой половине суток с использованием следующих наиболее информативных методик: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE), проба Шульце, батарея тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), шкала Маттиса.

**Результаты.** Результаты тестирования пациентов выявили: по шкале MMSE –  $23,3 \pm 3,2$  балла (норма 28-30 баллов), FAB –  $10,6 \pm 3,9$  баллов (норма 16-18 баллов), пробы Шульце -  $45 \pm 7,9$  сек (норма 25-30 сек), шкале Маттиса  $8,7 \pm 3,4$  (норма 17 цифр). При индивидуальном анализе у 68% пациентов констатировано нарушение когнитивных функций, в том числе легкие - у 46,9%, умеренные - у 16,3% и выраженные - у 4,8%.

**Выводы.** Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных артериальной гипертонией с определённой частотой наблюдается нарушение когнитивных функций. Данное обстоятельство должно учитываться при проведении лечебно-профилактических мероприятий у этой категории больных.

Хамидова З.Д.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Городской центр здоровья №2  
г. Худжанд, Таджикистан

---

**Актуальность.** Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре заболеваемости населения, смертность же от них в последние годы остается самой высокой в мире. Среди большого количества различных заболеваний сердечно-сосудистой системы ведущими отечественными и зарубежными кардиологами традиционно выделялись и продолжают

выделяться так называемые функциональные болезни этой системы. В последние годы неуклонно растет число таких больных, особенно подростков.

**Цель.** Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей для выработки практических рекомендаций педиатрам и семейным врачам.

**Материал и методы.** В условиях Городского центра здоровья г. Худжанда в 2016 - 2018 гг. нами обследовано 260 детей в возрасте от 1 до 15 лет. Стационарное обследование для уточнения точного диагноза проводилось 35 детям и подросткам.

Всем проводили комплексное обследование сердечно-сосудистой системы с использованием принципа комплексного подхода, включающей эпидемиологические, анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные методы (ЭКГ, УЗИ сердца и рентгенографию грудной клетки).

**Результаты.** В результате обследования сердечно-сосудистой системы 260 детей нами выявлялись физиологические шумы у 6,5% пациентов в возрасте от 1 до 15 лет. Функциональные (акцедентальные) - это шумы, возникающие при различных заболеваниях: функциональные систолические шумы выявлялся у всех детей: 1) с хроническими очагами инфекции (90); 2) с заболеваниями ЖКТ (85); 3) с заболеваниями почек (20); 4) с глистными инвазиями (25); 5) с инфекционными заболеваниями (18); 6) йододефицитными заболеваниями (22). Полученные данные за период 2016 – 2017 гг позволили выявить у 10% детей функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, а в 2018 году этот процент увеличился до 26,3%. Диагноз «Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы (ФИ ССС)» нередко наблюдался и у детей с совершенно различными расстройствами этой системы, требующими разных подходов к диспансеризации и лечению. Длительное изучение нами этого контингента детей позволило выделить 5 основных групп: 1) физиологические (невинные) шумы у здоровых детей, обусловленные возрастными анатомо-физиологическими особенностями сердечно-сосудистой системы; 2) функциональные (акцедентальные) - вторичные шумы при различных заболеваниях у детей и подростков; 3) функциональная кардиопатия (синдром); 4) функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы при синдроме вегетативной дисфункции; 5) функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы при малых аномалиях сердца. Физиологические шумы выслушиваются у каждого здорового ребенка.

**Выводы.** Из приведенных нами наблюдений следует, что количество больных с функциональными изменениями ежегодно увеличиваются. Необходимо разделить болезни сердечно-сосудистой системы у детей и подростков на функциональные и органические. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы необходимо учитывать этиологические факторы (хронические очаги инфекции ЛОР-органов, инфекционные заболевания и др.).

*Хамидова М.А., Азизова Н.Н.*

## **ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ СТУДЕНТАМИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ГОРОДА ДУШАНБЕ» И «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ГОРОДА КУЛЯБ»**

Швейцарский институт тропического и общественного здравоохранения, Проект «Реформа медицинского образования, Таджикистан»

Государственное образовательное учреждение «Республиканский медицинский колледж»

г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить, как различные аспекты образовательной среды в Государственных образовательных учреждениях «Республиканский медицинский колледж города Душанбе» и «Медицинский колледж города Куляб» воспринимаются студентами 2-го и 4-го курсов общемедицинского факультета.

**Материал и методы.** Изучено восприятие образовательной среды студентами 2-го и 4-го курсов общемедицинского факультета Государственных образовательных учреждений «Респу-



бликанский медицинский колледж города Душанбе» и «Медицинский колледж города Куляб», используя инструмент «DREEM (Dundee Ready Educational Environment Measures)». DREEM – это общий инструмент для изучения восприятия студентов додипломных медицинских образовательных учреждений, который используется на международном уровне в разных условиях, в основном среди студентов медицинских образовательных учреждений.

**Результаты.** Подсчет очков составил в среднем 133,4 баллов по восприятию студентами их образовательной среды, измеренных инструментом DREEM, можно интерпретировать как более положительный, чем отрицательный. Опираясь на собранные данные от 629 студентов, результаты восприятия их образовательной среды варьируются по разным категориям.

**Выводы.** Определены шесть основных сфер, которые нуждаются в улучшении ситуации, включая наибольший упор на фактическое обучение, отсутствие педагогических навыков учителей, некорректная практика проведения экзаменов, отсутствие системы поддержки для студентов, находящихся в стрессовых состояниях, и уставших студентов, а также острая нехватка базовой инфраструктуры.

*Хан Т.А., Алиахунова М.Ю.*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Оценить клинико-иммунологический статус больных реактивным артритом.

**Материал и методы.** В исследование вошло 86 пациентов с диагнозом: «Реактивный артрит», который был верифицирован с использованием модифицированных берлинских критериев. Средний возраст больных составил  $31,2 \pm 1,1$  года, средняя длительность заболевания -  $20,4 \pm 3,5$  месяца. Активность заболевания устанавливалась на основании индекса ASDAS (СРБ).

Лабораторные методы исследования включали: клинический анализ крови, СРБ, определение иммуноглобулина G к инфекциям ЦМВ, ВПГ и определение аллеля 27 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека (HLA B27).

**Результаты.** Из обследованных пациентов с реактивным артритом ген гистосовместимости HLA B27 выявлен у 73,2%. У больных с HLA B27 наблюдался достоверно более выраженные клинические проявления. Индекс ASDAS (СРБ), указывающий на очень высокую степень активности, у 35 пациентов составил  $6,8 \pm 0,24$ , высокая степень активности заболевания наблюдалась у 33 пациентов и составила  $4,3 \pm 0,25$ , у 18 пациентов наблюдалась средняя степень активности заболевания, с показателями  $1,8 \pm 0,12$ . Основными проявлениями был суставной синдром с преимущественным поражением нижних конечностей. При оценке суставного счета у пациентов с очень высокой/высокой степенью активности и умеренной степенью активности он составил  $6,3 \pm 0,5$ ;  $3,7 \pm 0,5$ , соответственно ( $p < 0,01$ ). У больных реактивным артритом с наличием лабораторных признаков хламидийной инфекции наблюдалось достоверное повышение общего количества лимфоцитов периферической крови, по сравнению с пациентами, с хламидийной инфекцией в анамнезе. Вместе с тем, длительность заболевания в группе больных с текущей инфекцией было достоверно меньше по сравнению с группой больных с инфекцией в анамнезе. У пациентов с очень высокой/высокой степенью активности наблюдались достоверно более высокие титры иммуноглобулина G к ЦМВ и ВПГ.

**Выводы.** Таким образом, вопрос о роли аллеля 27 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека в сочетании с герпесвирусной инфекцией, как маркера, усугубляющего дефект иммунорегуляторной системы и обуславливающего развитие иммунных нарушений, лежащих в основе патогенеза реактивных артритов, является актуальным. Его решение позволит определить факторы, способствующие развитию заболевания и прогнозированию его клинического течения.

Хасанзода С.М., Шарифов К.О., Саидов Ё.У.,  
Абдулатиф А., Мизонов А.

## ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить характер и отличительные особенности формирования диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Обследовано 59 больных с достоверным (по критериям АКР, 1987 г.) серопозитивным РА (в сочетании с ИБС – 34 и без ИБС – 25 больных), средний возраст 52,4±3,8 лет, активность II - III (по индексу DAS28).

С целью верификации ДДЛЖ у обследованных больных изучали и оценивали следующие параметры трансмитрального диастолического потока (ТМДП): максимальную скорость раннего диастолического потока (Е), максимальную скорость потока предсердной систолы (А), отношение Е/А, время изоволюмического расслабления (ВИР), время замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT), конечное диастолическое давление (КДД) в полости ЛЖ. Контрольную группу составили 40 здоровых лиц (28 женщин и 12 мужчин), средний возраст 48 (34-66) лет.

**Результаты.** У пациентов РА без ИБС с учетом статистически достоверных изменений таких параметров ТМДП, как скорость Е, А и отношение Е/А и ВИР, по сравнению с данными контроля, нами было верифицировано формирование ДДЛЖ по I типу - "тип замедленной релаксации". По данным литературы, у больных РА в случае присоединения ИБС значительно увеличивается тяжесть факторов, участвующих в формировании ДДЛЖ. Данное предположение нашло свое отражение и в результатах нашего исследования, согласно которым у больных РА с ИБС показатели ТМДП, в отличие от пациентов с РА без ИБС, претерпевают более сложные изменения, приводящие к формированию не только ДДЛЖ по I типу, но и по II - "псевдонормальному типу" (у 35,4% обследованных).

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования показывают, что наиболее ранним и чувствительным маркером функциональной неполноценности миокарда ЛЖ у больных РА, особенно в сочетании с ИБС, является ДДЛЖ. На основании всестороннего анализа и оценки полученных результатов можно предположить, что у больных РА в случае присоединения ИБС значительно увеличивается тяжесть факторов, участвующих в ремоделировании левых отделов сердца.

Хасанов Дж.М., Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В ДЕБЮТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Продемонстрировать одно из редких начальных клинических проявлений острого лейкоза - гидроперикард.

**Материал и методы.** Под наблюдением в гематологическом отделении ГУНМЦ РТ с 2011 года находились двое больных мужчин 18 и 49 лет с диагнозом: «Острый лимфобластный лейкоз».

Клинически заболевание началось с одышки, которая с течением времени стала нарастать, что и заставило больных обратиться за медицинской помощью по месту жительства. После непродолжительного и неэффективного лечения по месту жительства, больные были направлены в Центр сердечно-сосудистой хирургии (ЦССХ), где проводилось более расширенное исследование с применением развернутого клинического анализа крови, рентгенологического исследования грудной клетки, ЭКГ и ЭхоКГ. При исследовании общего анализа крови у них была выявлена бластемия 80-87%. При исследовании ЭКГ отмечалось снижение вольтажа комплекса QRS, тахикардия, на ЭхоКГ выявлен гидроперикард с наличием жидкости до 800-1000 мл. При рентгенографии органов грудной клетки границы сердца увеличены. Для дальнейшего обследования и лечения больные были направлены в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ. В гематологическом отделении при исследовании в гемограмме также отмечалась бластемия 87-93%, при цитохимическом исследовании костного мозга реакция на миелопероксидазу отрицательная.

**Результаты.** В результате проведенного расширенного исследования больным выставлен диагноз: «Острый лимфобластный лейкоз», согласно международной классификации МКБ 10. Было проведено лечение больных по стандартной программе GMALL 04/89 (D. Hoelzer). В результате лечения жидкость в полости перикарда рассосалась и уменьшалась до 40-50 мл, что зафиксировано при повторных рентгенологических исследованиях и проведении ЭхоКГ. Уменьшение количества жидкости в сердечной сорочке под цитостатическим воздействием свидетельствует о лейкозной природе гидроперикарда.

**Выводы.** Таким образом, острые лейкозы в очень редких случаях могут дебютировать клиническими проявлениями гидроперикарда. Хотя такое начало редкое, но об этом необходимо помнить врачам - терапевтам, кардиологам и кардиохирургам, к которым в первую очередь обращаются эти больные. Ранняя диагностика острых лейкозов позволяет проводить более успешное лечение данной категории больных.

<sup>2</sup>Химмат Мухаммад Ёсин, <sup>1</sup>Ходжиева Г.Б., <sup>1</sup>Ураков К.З., <sup>1</sup>Шамсов А.Т.

## ЦИРКАДНЫЕ КОЛЕБАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ АМЛОДИПИНА

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Городская больница  
г. Мазори Шариф, Исламское государство Афганистан

---

**Цель.** Изучить влияние амлодипина на суточный профиль артериального давления у больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе городской больницы г. Мазори Шариф Исламского Государства Афганистан. В исследование были включены 32 больных артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 60 до 77 лет (средний возраст 65,6±2,8 года). Среди обследованных женщин было 18, мужчин 14. У 9 пациентов выявлена АГ I-й степени, у 23 - II степень тяжести в согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999) по уровню артериального давления и рекомендаций ЕОК/ЕОАГ (2010). Средняя давность АГ составила 13,6±1,8 года. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили с помощью монитора Terminal Hewlett Packard (США) с последующей компьютерной обработкой данных. Интервалы между измерениями в период бодрствования составляли 15 минут, период ночного сна - 30 минут. Оценивали стандартный набор показателей циркадного ритма артериального давления (АД). Суточный индекс (СИ) рассчитывали по формуле:

$$СИ = \frac{АД_{\text{Дневное}} - АД_{\text{Ночное}}}{АД_{\text{Дневное}}} \times 100,0\%$$

В зависимости от величины снижения СИ пациентов относили к той или иной категории по профилю АД: дипперы (dippers) - СИ от 10 до 20,0%; нондипперы (non-dippers) - от 0 до 10,0%;

гипердипперы (over-dippers) - более 20,0%; найт-пикеры (night-peakers) - ниже 0 (преобладание ночного АД над дневным. Амлодипин назначался в дозе 5-10 мг 1 раз утром. СМАД проводили до и после 4-недельного курса лечения.

**Результаты.** До лечения по результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД) больные распределились следующим образом: dippers - 31,5%, non-dippers - 43,75%, over-dippers - 12,5%, night-peakers - 12,5%. К концу курса лечения: dippers - 62,5%, non-dippers - 31,25%, over-dippers - 6,25%, night-peakers - 0%.

**Выводы.** Амлодипин в среднетерапевтических дозах существенно улучшает суточный профиль АД у пожилых пациентов артериальной гипертонией.

*Ходжаев Ф.М., Гуломова М.О.*

## РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Значительное ухудшение показателей здоровья населения и перспектив демографического развития Таджикистана явились причиной глубокой озабоченности и общества, и руководства страны.

**Цель.** Научное обоснование определения роли целенаправленно подготовленного специалиста для первичного звена здравоохранения в профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья населения.

**Результаты.** По результатам исследования была разработана организационная модель профилактической работы в первичном звене здравоохранения, а также представлены предложения по совершенствованию работы медицинского персонала первичного звена здравоохранения в области профилактики неинфекционных заболеваний. Важнейшим «оружием» борьбы по снижению заболеваемости является профилактика. Профилактика болезней в рамках первичной медико-санитарной помощи имеет два основополагающих аспекта. Первый включает круг технических вопросов о действенности и приемлемости использования инструментов профилактики. Второй касается подходов в организации профилактической деятельности и включает, в том числе, распределение обязанностей персонала первичного звена, что до последнего времени остается предметом продолжающихся дискуссий.

**Выводы.** В условиях нехватки медицинских кадров, и результатов анализа основной акцент должен направлен на подготовку специалистов, особенно сестринского персонала, для предоставления населению доступной, приемлемой и экономически рентабельной помощи в области профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. Экспертная оценка ситуации отчетливо показала глубокую взаимосвязь общественного здоровья и экономического развития, а политически охарактеризовала как важнейший фактор национальной безопасности страны.

*Ходжакулиев Б.Г., Гурбанова Г.М., Аннаев Б.Х.*

## ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии  
Государственный медицинский университет Туркменистана  
г.Ашгабат, Туркменистан

---



**Актуальность.** Известно, что провоспалительные цитокины играют значимую роль в формировании эндотелиальной дисфункции и развитии сердечно-сосудистых осложнений. Интерлейктин-6 (ИЛ-6) действует через фактор некроза опухоли (ФНО - $\alpha$ ) и ИЛ-1 $\beta$ , вызывает дисфункцию эндотелия, потенциально являясь триггером острых коронарных событий.

**Цель.** Изучить изменения содержания ИЛ-6 у больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от морфофункционального типа гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и уровня давления в легочной артерии (ДЛА).

**Материал и методы.** В исследование были включены 79 больных ИБС с ХСН.

ЭхоКГ исследования проводили согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества. ИЛ-6 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием тест-систем производства «Вектор» (Россия).

**Результаты.** В контрольной группе уровень ИЛ-6 составил  $2,8 \pm 0,1$  пг/мл, а при нормальной ГЛЖ этот показатель увеличился до  $3,4 \pm 0,2$  пг/мл, при эксцентрической ГЛЖ с дилатацией – до  $7,7 \pm 0,2$  пг/мл, при эксцентрической ГЛЖ без дилатации – до  $5,7 \pm 0,2$  пг/мл и при концентрической ГЛЖ – до  $6,4 \pm 0,3$  пг/мл. Уровень различий ИЛ-6 у всех больных, независимо от типа ГЛЖ, по сравнению с контрольной группой, был статистически достоверным ( $p < 0,05$ ). Максимальное увеличение содержания ИЛ-6 выявлено в группе эксцентрической гипертрофии и дилатации ЛЖ. При проведении корреляционного анализа между содержанием ИЛ-6, диастолическим и систолическим миокардиальным стрессом выявлена положительная корреляционная связь ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$  и  $r = 0,35$ ;  $p < 0,05$  соответственно). В группе концентрической гипертрофии содержание ИЛ-6 положительно связано с конечно-диастолическим давлением в ЛЖ ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,05$  соответственно).

Проанализировано содержание цитокинов в зависимости от уровня ДЛА у больных ИБС с ХСН. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – 24 больных с нормальным давлением в ЛА (ДЛА  $25,4 \pm 5,3$  мм рт.ст.); 2 – 27 больных с повышением ДЛА в пределах 30–40 мм рт.ст. (ДЛА  $37,4 \pm 4,8$  мм рт.ст.); 3 группа – 28 больных с ДЛА  $> 40$  мм рт.ст.). У больных 1 группы концентрация ИЛ-6 составила  $4,6 \pm 1,3$  пг/мл, во 2 группе –  $7,9 \pm 2,1$  пг/мл и в 3 группе –  $11,9 \pm 2,4$  пг/мл. В контрольной группе ИЛ-6 был  $2,8 \pm 0,1$ . Различия по всем группам были статистически достоверны ( $p < 0,001$ ).

Обнаружены различия в параметрах легочной гемодинамики и морфометрии правых отделов сердца. Сохранение стабильного ударного объема и минутного объема правого желудочка при его нарастающей дилатации обеспечивается за счет прироста частоты сердечных сокращений, перераспределения диастолического трикуспидального потока на фоне роста ДЛА. При анализе взаимосвязи между ИЛ-6 и гемодинамическими параметрами были установлены корреляции с объемами ПЖ – КДО ( $r = 0,64$ ;  $p < 0,05$ ) и КСО ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,001$ ).

**Выводы.** У больных ИБС с ХСН отмечается увеличение концентрации ИЛ-6, который имеет способность регулировать пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов и может иметь важную патофизиологическую роль в прогрессировании легочной гипертензии, что является одной из причин развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности.

*Ходжакулиев Б.Г., Кулыева Э.С., Аннаев Б.Х.*

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии  
Государственный медицинский университет Туркменистана  
г.Ашгабат, Туркменистан

**Актуальность.** В соответствии с особенностями клинического течения персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП), ее продолжительности и частоты проявления, предсердия подвергаются структурно-метаболическим изменениям. Это проявляется их гипертрофией и ди-

латацией, что приводит к изменению геометрии предсердий, а затем и желудочков, что является причиной диастолической и систолической дисфункции (СД) миокарда.

**Цель.** Изучить морфофункциональные изменения левых отделов сердца у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) с ПФП.

**Материал и методы.** Анализ проводили у 80 больных с ПФП (1-я группа), 50 больных с хронической ФП (ХФП) на фоне сохранной систолической функции левого желудочка (ЛЖ) (2-я группа), 30 больных с ХФП на фоне СД (группа сравнения) и 20 здоровыми лицами.

ЭхоКГ исследования проводились согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества.

**Результаты.** При сравнении между группами выявлено отсутствие достоверных различий по передне-заднему размеру левого предсердия (ЛП). Анализ объема ЛП в исследуемых группах показал, что у больных ПФП индекс объема ЛП составил  $22,3 \pm 0,86$  мл. У больных с ХФП при сохранной систолической функции левого желудочка (СФЛЖ) индекс объема ЛП был значительно больше и составил  $33,3 \pm 1,4$  мл ( $p < 0,01$ ). Выявляется значимое различие по индексу объема ЛП между больными с ХФП в зависимости от сохранной или нарушенной СФЛЖ ( $33,3 \pm 1,4$  мл и  $39,0 \pm 1,12$  мл во 2-й группе и в группе сравнения, соответственно ( $t = 3,18$ ,  $p < 0,01$ )). Так же достоверно различаются между собой по индексу объема ЛП больные с ПФП и контрольная группа ( $22,3 \pm 0,86$  мл и  $18,4 \pm 1,08$  мл в 1 группе и группе контроля, соответственно ( $t = 2,8$ ,  $p < 0,01$ )). При этом индекс сферичности ЛП между больными с ПФП и ХФП при сохранной СФЛЖ ( $p > 0,05$ ), однако, был значительно больше чем в контрольной группе ( $p < 0,001$ )), так и у больных с ХФП при сниженной СФЛЖ ( $p < 0,01$ ). В группе с ХФП без нарушения СФ выявлено достоверно большее значение конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ по сравнению с группой пациентов с ПФП ( $p < 0,05$ ). КДР ЛЖ в группах с ХФП также существенно различался и был достоверно больше у больных с наличием СД ЛЖ.

**Выводы.** Таким образом, можно считать, что у больных ИБС персистирующая фибрилляция предсердий может приводить к определенным сдвигам геометрии левых отделов сердца и их ремоделированию.

*Ходжакулиев Б.Г., Назарова Дж.Н., Эльясов М.Б.*

## АКТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СТАТИНАМИ

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии  
Государственный медицинский университет Туркменистана  
г.Ашгабат, Туркменистан

**Актуальность.** Известно, что провоспалительные цитокины играют значимую роль в формировании эндотелиальной дисфункции и развитии сердечно-сосудистых осложнений. Провоспалительные цитокины вызывают дисфункцию эндотелия, потенциально являясь триггером острых коронарных событий.

**Цель.** Изучить содержание С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) на фоне лечения статинами у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы.** В исследование были включены 36 больных ИБС, из которых у 21 больного был СД 2 типа; 15 больных составили контрольную группу.

Для количественного определения СРБ, ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA), применяя в качестве индикаторного фермента пероксидазу хрена, использовали тест-систему производства «Вектор» (Россия).

**Результаты.** При изучении влияния гиполипидемической терапии на уровень цитокинов у больных ИБС, ассоциированной СД 2 типа, выявлена тенденция к снижению его содержания

в крови. Уровень С-РБ крови во всех группах превышал референсные значения. В контрольной группе он составлял  $4,3 \pm 0,2$  мг/л, практически не изменяясь через 24 нед. ( $4,1 \pm 0,2$  мг/л). У пациентов, получавших только симвастатин, содержание С-РБ было  $4,4 \pm 0,2$  мг/л до и  $3,9 \pm 0,2$  г/л - после лечения ( $p < 0,05$ ). На фоне лечения аторвастатином содержание С-РБ составило  $4,1 \pm 0,4$  мг/л, достоверно изменилась после лечения ( $3,5 \pm 0,2$  мг/л;  $p < 0,05$ ). В контрольной группе концентрация С-РБ за время наблюдения уменьшилась на 4,6% ( $p > 0,7$ ), на терапии симвастатином – на 11,4% ( $p > 0,5$ ) и аторвастатина – на 14,6% ( $p < 0,05$ ). Концентрации провоспалительных цитокинов у больных ИБС с СД 2 типа составили в контрольной группе для ФНО- $\alpha$  -  $40,4 \pm 8,5$  пг/мл и ИЛ-6 –  $69,9 \pm 10,3$  пг/мл., в группе симвастатина –  $42,1 \pm 6,3$  пг/мл и  $64,5 \pm 7,8$  пг/мл соответственно и в группе аторвастатина –  $45,7 \pm 8,3$  пг/мл и  $64,1 \pm 4,3$  пг/мл соответственно. Через 24 нед. приема статинов в контрольной группе значения изучаемых провоспалительных цитокинов практически не изменились: ФНО- $\alpha$  составил  $41,8 \pm 6,3$  пг/л и ИЛ-6 -  $71,2 \pm 7,0$  пг/л. При проведении гиполипидемической терапии выявлена тенденция к снижению его содержания в крови. Уровень ФНО- $\alpha$  на терапии симвастатином недостоверно снизился до  $38,9 \pm 5,2$  пг/л, а ИЛ-6 – до  $57,6 \pm 3,8$  пг/л, на аторвастатине -  $40,0 \pm 6,1$  пг/л ( $p < 0,05$ ) и  $58,9 \pm 5,7$  пг/л ( $p < 0,05$ ) соответственно.

**Выводы.** У больных ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом 2 типа статины достоверно снижают уровень С-реактивного белка и недостоверно - интерлейкина-6 и фактора некроза опухоли- $\alpha$ .

*Ходжамурадов Г.М., Сатторов Х.И.,  
Давлатов А.А., Джононов Д.Д.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИ ПОВРЕЖДЁННЫХ АРТЕРИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить результаты микрохирургического восстановления травматически повреждённых артерий верхней конечности в экстренном и плановом порядке.

**Материал и методы.** Нами произведён ретроспективный анализ микрохирургического восстановления травматически повреждённых артерий у 126 больных, оперированных в отделений восстановительной хирургии и реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последние 10 лет. Возраст больных колебался от 1,5 до 62 лет. Мужчин было 95 (75,4%), женщин – 31 (24,6%). Согласно порядку поступления, больных распределили на две клинические группы. В первую группу включили 92 (73%) больных, поступивших в экстренном порядке через 1-12 часов после получения травмы. В этой группе у 18 (19,6%) пациентов имело место повреждение плечевой артерии, у 28 (30,4%) – лучевой, у 32 (34,8%) – локтевой и у 14 (15,2%) - обеих артерий предплечья. Плечевая артерия в 7 (38,9%) случаях восстановлена анастомозом «конец в конец», в 11 (61,1%) случаях произведена аутовенозная пластика. Из 88 повреждённых артерий предплечья 75 (85,2%) восстановлены анастомозом «конец в конец» и 13 (14,8%) – аутовенозной пластикой. Вторая группа состояла из 34 плановых больных, которые поступили через 1-6 месяцев после получения травмы. У этих больных в 7 (20,6%) случаях имелось повреждение плечевой артерии, в 14 (41,2%) случаях – лучевой, в 11 (32,4%) – локтевой и в 2 (5,9%) - случаях обеих артерий предплечья. У всех 7 больных с повреждением плечевой артерии произведена аутовенозная пластика. Из 27 повреждённых артерий предплечья только лишь 4 (14,8%) со сроком после травмы 4-5 недель восстановлены анастомозом конец в конец, 21 артерия предплечья восстановлена способом аутовенозной пластики. У 2 больных с повреждением обеих артерий предплечья произведена аутовенозная пластика лучевой (1) и локтевой (1) артерии, а вторая повреждённая артерия в обоих случаях перевязана.

**Результаты.** В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали всех оперированных больных. Течение послеоперационного периода в 82,5% (104) случаях протекало гладко, заживление ран было первичным натяжением, анастомозы были проходимы. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 22 больных, что составило 17,7%. В 3 случаях имела место гематома в ране, которая после опорожнения разрешилась. В 5 (5,4%) случаях у экстренных больных отмечалось нагноение раны из-за исходного загрязнения раны. В 4 (4,3%) случаях тоже у экстренных больных отмечалось аррозивное кровотечение (2 – плечевая, 1 – локтевая и 1 – лучевая артерия), в связи с чем артерии перевязаны. У этих больных после перевязки сосудов серьезных расстройств кровообращения в травмированной конечности не отмечалось. В 13 (10,3%) случаях имел место тромбоз микроанастомоза: в 4 (4,3%) случаях тромбоз был у экстренных и в 6 (17,6%) случаях – у плановых больных. Расстройство кровообращения конечности в связи с тромбозом микроанастомозов нами также не было отмечено. Отдаленные результаты в сроках от 6 месяцев до 8 лет наблюдали у 101 (80,2%) оперированного больного. В эти сроки все проходимо оставшиеся артерии функционировали, 83 (82,2%) из которых объективно доказано ультразвуковым доплерографическим исследованием.

**Выводы.** Таким образом, микрохирургическое восстановление поврежденных артерий верхней конечности в экстренном позволяет в 91,3% случаях получить хорошие результаты, а после плановой микрохирургической реконструкции такие же результаты возможно получить лишь у 82,4% оперированных больных.

*Ходжиев Т.А., Ходжибаев А.А., Носиров Н.З., Ёров Ч.Э.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СХЕМ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Согдийский областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии имени А.Я. Орипова  
Таджикистан

**Цель.** Оценить влияние разных лекарственных схем (эналаприл+метапролол; эналаприл+метапролол+триметазидин и рамиприл+карведилол+триметазидин) в сочетании со стандартным лечением на динамику конечных результатов в постинфарктном периоде.

**Материал и методы.** В исследование было включено 90 больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Пациенты включались в исследование на 18-21 день заболевания. В контрольной группе (n=30) применялась стандартная терапия, включающая ацетилсалициловую кислоту, аторвастатин, эналаприл, метапролол и по показаниям другие средства. В 1-й группе (n=30) больным в программу стандартной терапии включали триметазидин (предуктал-МВ). Во 2-й группе назначали рамиприл и карведилол в сочетании с триметазидином. Препараты назначались в стандартной дозировке (эналаприл, метапролол, рамиприл в дозе по 2,5 мг дважды в сутки, карведилол – по 6,25 мг, триметазидин - по 35мг дважды в сутки). Представлена подробная клиническая характеристика пациентов, взятых под наблюдение, из которой следует, что по частоте выявления клинических, лабораторных и ЭКГ-признаков, также как и по другим параметрам, 1-я и 2-я группы пациентов были вполне сопоставимы при сравнении с контрольной группой. При каждом визите (исходно, через 6 и 12 месяцев со дня выписки пациентов из стационара) всем пациентам проводили оценку результатов общего врачебного и лабораторных методов исследования (клинические анализы крови и мочи, общий холестерин, глюкоза и др.). В течение всего периода наблюдения регистрировали конечные точки: смерть, ИМ, ИС.

**Результаты.** Результаты сравнительного анализа наблюдения за пациентами в течение года дали следующие данные. В контрольной группе у 4 больных развился повторный инфаркт миокарда, в 1 группе - у 2 больных, во 2 группе - у 1 больного. Недостаточность кровообращения в контрольной группе развилась у 7 больных, в 1 - у 3, во 2 - у 2 больных.

**Выводы.** Улучшение прогноза и качества жизни пациентов, перенесших инфаркт миокарда, может быть достигнуто профилактикой дезадаптивного ремоделирования и электрической



нестабильности миокарда в постинфарктном периоде. Включение триметазидина в стандартную терапию (эналаприл, метопролол, аторвастатин, ацетилсалициловая кислота) в раннем постинфарктном периоде у пациентов, по сравнению с контрольной группой, способствует уменьшению повторных ИМ и НК. Сочетание триметазидина, рамиприла и карведилола в постинфарктном периоде приводит к достоверному улучшению клинических показателей - снижению повторных ИМ и НК. С целью вторичной профилактики ИБС в первые 6 месяцев после перенесенного ИМ в лечебную программу наряду с ингибиторами АПФ и бета-блокаторами необходимо включать триметазидин (по 35 мг 2 раза в день). Из ингибиторов АПФ по эффективности в постинфарктном периоде предпочтение надо отдать рамиприлу вместо эналаприла, из бета-адреноблокаторов - карведилолу перед метопрололом.

*Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Ганиева М.П., Шарифов М.М.*

## **ЭКГ-КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ**

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных с острыми лейкозами до и после проведения полихимиотерапии (ПХТ).

**Материал и методы.** В отделении гематологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан с помощью неинвазивного метода исследования (электрокардиография в 12 стандартных отведениях) проведено наблюдение в течение года (с января по декабрь 2018 г.) у 42 больных с острыми лейкозами (ОЛ). Из них мужчин было 29, женщин - 13. Все больные были разделены на 2 группы: I группу составили 26 больных с острым лимфобластным лейкозом (ОМЛ), II группу составили 16 больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ). Диагноз был выставлен согласно классификации ВОЗ. Обе группы разделены на подгруппы: 1а и 2а больных после проведения ПХТ.

**Результаты.** При проведении анализа изменений на электрокардиограмме (ЭКГ) до начала ПХТ в 1а подгруппе у больных с ОЛЛ часто регистрировались: снижение процессов реполяризации в миокарде у 16 больных (61,5%), тахикардия у 14 больных (53,8%), снижение вольтажа комплекса QRS у 8 больных (30,7%), экстрасистолия у 5 больных (19,2%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 4 больных (15,4%).

После проведения ПХТ, т.е. в 1а подгруппе, отмечалось достоверное повышение встречаемости процессов реполяризации в миокарде у 22 больных (84,6%), снижение вольтажа комплекса QRS у 12 больных (46,2%) ( $p < 0,05$ ).

У больных с ОМЛ до ПХТ во 2 подгруппе регистрировались изменения на ЭКГ в виде снижения процессов реполяризации у 10 больных (62,5%), тахикардия у 8 больных (50,0%), снижение вольтажа комплекса QRS у 6 больных (37,5%), нарушение проводимости у 5 больных (31,3%), экстрасистолия у 3 больных (18,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 4 больных (25,0%).

После проведения ПХТ, т.е. 2а подгруппе, регистрировались изменения на ЭКГ в виде снижения процессов реполяризации у 10 больных (62,5%), тахикардия у 8 больных (50,0%), снижение вольтажа QRS у 6 больных (37,5%), нарушение проводимости у 5 больных (31,3%), экстрасистолия у 3 больных (18,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 4 больных (25,0%).

После проведения ПХТ, т.е. в 2а подгруппе, отмечалось достоверное повышение нарушения процессов реполяризации у 14 больных (87,5%), тахикардия у 10 больных (62,5%), снижение вольтажа комплекса QRS у 12 больных (75,0%) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Рост частоты встречаемости электрокардиографических нарушений в динамике у больных с ОЛ после ПХТ свидетельствует о нарушении метаболических нарушений в миокарде, что необходимо учитывать для проведения сопроводительной терапии. Наибольшее количество ЭКГ изменений отмечается у больных с ОМЛ во 2а подгруппе, по сравнению с больными с ОЛЛ.

<sup>1</sup>Ходжиева Г.Б., <sup>2</sup>Химмат Мухаммад Ёсин, <sup>1</sup>Ураков К.З.

## ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

г. Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Городская больница

г. Мазори Шариф, Исламское Государство Афганистан

**Цель.** Изучить влияние кардиоселективного  $\beta$ -адреноблокатора бисопролола на вариабельность ритма сердца у пожилых больных артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе городской больницы г. Мазори Шариф Исламского Государства Афганистан. В исследование включены 30 пациентов с гипертонической болезнью I-II стадии, II степени тяжести, согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999) по уровню артериального давления и рекомендации ЕОК/ЕОАГ (2010). Из них женщин было 18, мужчин - 12, в возрасте от 65 до 74 лет. Бисопролол назначался в утреннее время в начальной дозе 5 мг, при не достижении целевого уровня доза титрировалась до 10 мг. Оценка вариабельности ритма сердца проводилась при помощи аппарата «ВАРИКАРД 2.51» (Россия). Вычислялись следующие спектральные показатели ритма сердца: общая мощность спектра (TP); мощность спектра с частотой 0,15-0,4 Гц (HF), мощность спектра с частотой 0,05-0,15 Гц (LF), мощность спектра с частотой меньше 0,05 Гц (VLF). Показатели вариабельности ритма сердца оценивались до и после 4-недельного курса лечения препаратом.

**Результаты.** У исследуемых пациентов к концу курса лечения бисопрололом отмечалась положительная динамика со стороны изученных параметров вариабельности ритма сердца. TP повысилась на 10,1%, отмечалось снижение индекса вагосимпатического воздействия (LF/HF) за счёт повышения активности парасимпатической (HF) на 8,9% на фоне уменьшения на 10,7% (LF) симпатической частей вегетативной нервной системы. Параметр, отображающий нейрогуморальное воздействие (VLF), статистически достоверно увеличился на 16,4%.

**Выводы.** Кардиоселективный  $\beta$ -адреноблокатор бисопролол существенно улучшает вариабельность ритма сердца у пожилых больных артериальной гипертонией. Данный эффект препарата обусловлен его положительным влиянием на симпато-парасимпатический баланс у данной категории больных.

Холикова И., Авезов С.А., Шамсуддинов Ш.Н.

## ЧАСТОТА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Актуальность.** При хронических диффузных поражениях печени (ХДПП) желчный пузырь сравнительно часто вовлекается в патологический процесс, что принято связывать с известными функционально-структурными особенностями их функционирования. Рядом авторов установлена высокая частота развития заболеваний желчного пузыря при ХДПП.

**Цель.** Изучение частоты и патогенетических факторов развития желчнокаменной болезни при ХДПП.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 1307 больных с заболеваниями печени в возрасте 17-70 лет. Острый вирусный гепатит диагностирован у 45 больных, хронический вирусный гепатит (ХГ) - у 287, цирроз печени (ЦП) - у 540, первичный билиарный цирроз (ПБЦ) - у 23, неалкогольный стеатоз - у

246, синдром Жильбера - у 160 и синдром Дабина-Джонсона - у 6 больных. Функциональное состояние желчного пузыря оценено по данным сонографии и фракционного дуоденального зондирования желчи.

**Результаты.** В 312 случаях обнаружено наличие конкрементов в желчном пузыре, что в 5-8 раз больше, чем в популяции. Холелитиаз часто встречался у больных ПБЦ. При ХГ и ЦП желчные камни диагностированы у 11,8 и 23,4% больных соответственно. У более 60% больных ЦП и ПБЦ выявлена гипокинезия желчного пузыря, что благоприятствует развитию желчных камней. Желчные камни у большинства больных с заболеваниями печени не имели клинических проявлений. Холелитиаз обнаружен у 19,4% взрослых больных синдромом Жильбера и у 16,7% больных синдромом Дабина-Джонсона. В процессе желчекаменного образования основное значение имело повышение содержания билирубина в желчи, преимущественно за счет моноглокуронида (водо-нерастворимая фракция) и в меньшей степени – диглокуронида.

**Выводы.** ХГ и ЦП не только часто сочетаются с билиарным сладжем и холелитиазом, но и могут быть причиной их возникновения. Наши исследования предполагают, что дисфункция желчного пузыря и сфинктера Одди может играть роль в формировании камней у больных ЦП. С прогрессированием нарушений метаболизма холестерина и ряда других факторов патогенеза цирроза растет частота формирования желчных конкрементов. Самый высокий риск возникновения камней с 5% ежегодной частотой их выявления наблюдается у больных циррозом печени класса С по Чайлду.

*Холов З.Х., Бурташев А.Ю.*

## О ПРОБЛЕМЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Центр эндокринологии Хатлонской области»  
г. Бохтар, Таджикистан

---

**Актуальность.** Республика Таджикистан является природным очагом зобной эндемии благодаря своему территориально-географическому расположению. Хатлонская область является самой большой областью Таджикистана. В этой области два сользавода - Восейский и Яванский производят йодированную соль, которую потребляет большинство населения республики.

**Цель.** Изучить динамику распространённости эндемического зоба, как основного проявления йоддефицитных заболеваний, у населения Хатлонской области и сопоставить с профилактическими мероприятиями по обеспеченности населения области йодированной солью.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты профилактических осмотров, проводимых ежегодно эндокринологами области, и данные официальной статистики за последние 4 года по выявлению эндемического зоба.

**Результаты.** Согласно статистическим данным, распространённость эндемического зоба в 80-е годы, когда было хорошо налажено обеспечение населения йодированной солью и проводилась групповая профилактика среди детского населения антиструмином, распространённость эндемического зоба составляла 50-60 на 100 тыс. населения. В 1999 году в связи с экономическими условиями показатель распространённости увеличился в сотни раз и составил 5915 по республике и 8880 случаев на 100 тыс. населения в Хатлонской области. В последующем, благодаря Программе по достижению универсального йодирования соли, ситуация с эндемическим зобом стала улучшаться. Показатель распространённости эндемического зоба в 2017 году составил по республике - 1065,2, а по Хатлонской области - 742,4 на 100 тыс. населения.

Профилактические осмотры населения Хатлонской области выявили эндемический зоб у 12,9% населения, который чаще выявлялся у подростков 15-17 лет - 12,8% и у взрослых старше 18 лет - 18,1% осмотренных. К 2017 году процент выявления эндемического зоба снизился в области до 8,6% среди всего населения области, а также среди подростков до 7,9% и у взрослых - до 12,9%. Проведённое ЮНИСЕФ в 2009 г. Национальное исследование установило, что лишь 82% населения республики потребляло йодированную соль, а в 2016 г этот показатель снизился до 74%.

**Выводы.** Полученные результаты констатируют актуальность проблемы йоддефицитных заболеваний и не позволяют говорить о ликвидации йоддефицита в Хатлонской области. Для достижения этого необходим более широкий охват населения йодированной солью и проведение медикаментозной йодной профилактики в группах риска.

*Холов С.К., Рафиев Ф.Р., Камолов А.Н.,  
Собиоров С.С., Гульмурадов У.Т.*

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценка эффективности комплексного консервативного лечения больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ОТГВНК).

**Материал и методы.** Анализированы результаты комплексной консервативной терапии 86 больных с ОТГВНК, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РНЦССХ в период 2016 – 2018 гг. Лиц женского пола было 54, мужского – 40. Средний возраст больных составил  $37,2 \pm 5,2$  лет. Из общего количества госпитализированных женщин у 95 пациенток фоном для развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей явилась беременность. Левосторонняя локализация тромбоза бедренно-подвздошного сегмента диагностирована у 36 больных, бедренно-подколенного сегмента - у 18 и вен голени - у 4 пациентов. Правосторонняя локализация бедренно-подвздошного сегмента диагностирована у 15 больных, бедренно-подколенного сегмента - у 8 и вен голени - у 3 пациентов. Флотация верхушки тромба при тромбозе подвздошно-бедренного сегмента отмечалась в 6 случаях, бедренно-подколенного сегмента - в 2.

Диагноз верифицировался результатами клинического обследования пациентов и ультразвуковым дуплексным сканированием (УЗДС) вен нижних конечностей.

**Результаты.** По данным исследований свертывающей системы крови, в момент госпитализации отмечено достоверное повышение показателей коагулограммы. После проведения курса консервативного лечения с применением реологических растворов, антикоагулянтов прямого действия (гепарин/НФГ), НПВС, флеботоников и непрямых антикоагулянтов наблюдалось значительное снижение параметров коагулограммы. По данным дуплексного сканирования, в период стационарного лечения на 4 – 5 сутки отмечался лизис флотирующей верхушки тромба или же плотная его фиксация к стенке вены. В период стационарного лечения у трех больных развилась клиника тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) с одним летальным исходом.

После выписки из стационара больные продолжали приём непрямых антикоагулянтов и флеботоников в течение 6 месяцев и осуществляли компрессионную терапию. При этом адекватность антикоагулянтной терапии оценивали путём контрольных исследований величины МНО, поддерживая его в пределах 2-2,5 усл.ед. Отдаленные результаты комплексного лечения изучали на основании регресса основных клинических симптомов заболевания, изменений показателей коагулограммы и степени реканализации тромбированных вен с помощью УЗДС.

**Выводы.** Комплексная консервативная терапия ОТГВ эффективна в ранних сроках заболевания, позволяет уменьшить риск развития посттромбофлебитических осложнений, тем самым восстановить трудоспособность и снизить частоту инвалидности у большинства пациентов.

*Холова З.У., Абдуллоев Х.Дж.,  
Сунъатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш.*

## РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ СИНОВИТ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГОУ «РМК»  
г. Душанбе, Таджикистан



**Цель.** В ходе ретроспективного исследования оценить течение рецидивирующего синовита у больных с ревматическими заболеваниями.

**Материал и методы.** При обследовании 28 больных, лечившихся в ревматологическом отделении НМЦ РТ (женщин - 20, мужчин - 8), кроме общеклинических методов, использовались артроскопия, пункционная биопсия и специальные лабораторные методы для дифференциальной диагностики с ревматоидным артритом, туберкулезом и бруцеллёзом. При установлении диагноза хронического неспецифического синовита проводилось консервативное лечение с использованием глюкокортикостероидов (кеналог, дипроспан), ферментных препаратов (вобэнзим), хондропротекторов (муколат, драстоп, алфлутоп) и антигистаминных препаратов в сочетании с иммобилизацией конечности и физическими методами лечения.

**Результаты.** Синовит прекратился лишь у 4 больных. У 24 пациентов лечение не дало положительного результата. При исследовании у них синовиальной оболочки выявлена значительная пролиферация кроющих клеток, очаговая и диффузная инфильтрация плазматическими и лимфоидными клетками, развитие грубоволокнистой соединительной ткани и склероза во всех слоях сосудов оболочки. У 24 больных выполнена передне-боковая синовэктомия в дальнейшем и мобилизация конечности гипсовой лангетой в течение 7-10 дней.

**Выводы.** При безуспешности консервативной терапии хронического неспецифического синовита коленного сустава следует ставить вопрос об оперативном лечении (передно-боковая синовэктомия).

*Холова З.У., Ахунова Н.Т., Сунатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш.*

## ЛЕЧЕНИЕ НПВП-ГАСТРОПАТИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГОУ «РМК»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Сравнить и оценить в проспективном наблюдении клиническую эффективность 2 групп НПВП – селективных и неселективных - у больных с различными ревматическими заболеваниями.

**Материал и методы.** Обследовано 120 больных (89 женщин, 31 мужчина) в возрасте от 18 до 65 лет с различной ревматической патологией. Обследование больных проводилось по специально разработанной индивидуальной карте, которая включала жалобы больного на момент обследования, вид и длительность приёма НПВП, наличие сопутствующей патологии, характер течения до и в момент исследования.

В зависимости от вида НПВП больные разделены на 2 группы: 1 группа - больные, принимавшие селективные НПВП (50 больных), 2 группа - больные, принимавшие неселективные НПВП (70 больных).

**Результаты.** С целью дифференцировки субъективных проявлений нами были выделены 3 группы исследуемых больных: I группа - больные, не предъявляющие жалобы - 25%; II группа - больные, активно предъявляющие жалобы - 22%; III группу составили пациенты, у которых жалобы выявлялись при расспросе - 53%.

Лидирующее место среди субъективных проявлений со стороны ЖКТ, которые возникали у больных РЗ, принимающих НПВП, занимал симптом ГЭР - изжога. Другими наиболее частыми симптомами, возникающими со стороны ЖКТ, были боли и чувство тяжести в эпигастрии, усиливающиеся после приёма пищи. Чаще наблюдались «голодные боли» в эпигастральной области (9,1% против 29,1%). Такие симптомы, как запоры и диарея, свидетельствующие о нарушении функции толстого кишечника, суммарно встречались у 21,6% больных.

Как было указано ранее, исследуемая нами группа больных в зависимости от вида НПВП была разделена на II подгруппы: принимавшие С-НПВП (нимесулид, нимез, целекоксиб, найз) и Н-НПВП (диклофенак, индометацин, бруфен, напроксен)

Частота выявления эндоскопических изменений на фоне приема различных препаратов из группы Н-НПВП достоверно не отличалась, за исключением большей частоты язв и эрозий на фоне приема ибупрофена. Действительно, среди получавших этот препарат, язвенный анамнез отмечался у 18,1%, что достоверно больше, чем у больных, получавших диклофенак натрия – 13,3% ( $p < 0,028$ ).

**Выводы.** На фоне приема С-НПВП, таких как-группа целекоксибов, найз, нимесулид, у больных с различными ревматическими болезнями уменьшается количество НПВП-гастропатий и они обладают более выраженным противовоспалительным действием. Применение трёх групп препаратов: H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов (ранитидин, фамотидин), ингибитора протонной помпы (омепразол) и синтетического аналога простагландина E (мизопростол) оправдано и необходимо в целях профилактики НПВП-гастропатии при лечении ревматических заболеваний.

*Хотамова М.Н., Самиева Н.Ш., Махмудова М.М., Шарипова Н.*

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ВРАЧА

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить критерии тяжести дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности у часто болеющих детей (ЧБД), страдающих пневмонией.

**Материал и методы.** У 52 часто болеющих детей была выявлена пневмония. Дети были легкой - 12, средне-тяжелой - 30 и тяжелой - 10 степенями заболевания. На первый план выступали симптомы дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности (I, II, III степеней), признаки интоксикации. Всем больным проводилось клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи), рентгенография легких.

**Результаты.** Клиника очаговых пневмоний складывалась из «легочных» (респираторных) жалоб, симптомов интоксикации, признаков дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. У детей с легкой степенью заболевания в легких и сердце отмечались сухие хрипы и усиление сосудистого рисунка, локальный цианоз, тоны приглушены, тахикардия. У детей со средней степенью тяжести отмечалось незначительное втяжение межреберий, одышка до 70 дыханий в 1 минуту, сухие и влажные хрипы, локальная, усиливающаяся при беспокойстве мраморность кожи, расширение правых отделов сердца, тоны приглушены, короткий систолический шум, тахикардия до 140 ударов в минуту, признаки гипоксии миокарда на ЭКГ, снижение сократимости миокарда на ЭхоКГ. У 10 детей с тяжелой степенью была выраженная дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность. У 7 детей было сопорозное состояние с выраженными изменениями гемостаза. У этих больных наблюдалось резкое втяжение межреберий, западение грудины, «раздувание» крыльев носа, одышка более 70 дыханий в 1 минуту, множество сухих и влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме – очаговое (4), долевое (4), сегментарное (2) затемнение легких. Имелся общий цианоз, расширение левых и правых отделов сердца, сердечные шумы, брадикардия, нарушение проводимости на ЭКГ, признаки перегрузки левых и правых отделов сердца.

**Выводы.** У детей с пневмонией легкой степени все вышеописанные симптомы были незначительно выражены. У детей со средней степенью - умеренно выражены, у детей с тяжелой – значительно выражены.

*Худоев Х.У., Зубайдова Т.М., Самандаров Н.Ю.*

## ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ФИТОСБОРА «ЮНИГЕПТ» НА АНТИТОКСИЧЕСКУЮ И ЭКСКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БЕЛЫХ КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ ХОЛЕЛИТОГЕННО-ГИПЕРЛИПИДЕМИЧЕСКУЮ ДИЕТУ

Отдел фармакологии и биотехнологии лекарств «Научно-исследовательского фарматцевтического центра»  
ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучение антиоксидантной и экскреторной функций печени под действием настоя фитосбора «Юнигепт» у животных, получавших холелитогенно-гиперлипидемическую диету (ХГЛД) в эксперименте.

**Материал и методы.** Эксперименты были проведены на 80 беспородных белых крысах обоего пола, массой 185-190 г. Животные были распределены на следующие группы: 1 – здоровые, или интактные; 2 – контрольные (нелеченные) животные, получавших холелитогенно-гиперлипидемическую диету (ХГЛД) в виде корма в течение 1 месяца; 3 и 4 группы – крысы, которым наряду с ХГЛД ежедневно в течение 1 месяца внутривентрикулярно (в/ж) вводили настой (1:10) из фитосбора «Юнигепт» в дозе 2 и 5 мл/кг массы. 5 группы – крысы, которым наряду с ХГЛД ежедневно в течение 1 месяца внутривентрикулярно вводили полиспонин в дозе 50 мг/кг массы.

Экспериментальную гиперлипидемию у белых крыс вызывали с помощью сухой холелитогенно-гиперлипидемической диеты (ХГЛД). Экскреторная функция печени была изучена по методике В.Н. Тугариновой (1966), в модификации Ю.Н. Нуралиева и соавт. (1976).

Антиоксидантная функция печени оценивалась по продолжительности барбитурового (50 мг/кг, в/б) сна. Настой из фитосбора «Юнигепт» готовился в свежем виде перед экспериментом по общепринятым методам.

**Результаты.** О положительном влиянии настоя из фитосбора «Юнигепт» на экскреторную и антиоксидантную функции печени свидетельствовало улучшение названных функций печени. Концентрация бромсульфалеина в крови у крыс нелеченной серии была в 1-1,5 раза больше, чем у здоровых крыс. Продолжительность барбитурового сна удлинялась до  $65,6 \pm 0,09$  мин у животных, получавших только ХГЛД, против  $45,8 \pm 0,07$  мин у интактных крыс ( $p < 0,01$ ).

У леченных настоем из фитосбора «Юнигепт» в дозе 2 мл/кг крыс концентрация бромсульфалеина в крови уменьшалась через 10 мин. на  $12,1 \pm 0,02\%$ , а через 30 мин. – на  $26,7\%$ , продолжительность барбитурового сна удлинилась на  $43,6\%$ , по сравнению с данными контрольных крыс ( $p < 0,05$ ).

У леченных настоем из фитосбора «Юнигепт» в дозе 5 мл/кг массы крыс концентрация бромсульфалеина в крови уменьшалась через 10 мин. на  $11,4 \pm 0,01\%$ , а через 30 мин. – на  $33,6\%$ , продолжительность барбитурового сна удлинилась на  $86,8\%$ , по сравнению с данными контрольных крыс ( $p < 0,05$ ).

У белых крыс, получавших настой полиспонина 50 мг/кг массы, отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение антиоксидантной и достоверное улучшение экскреторной ( $37,0\%$ ) функций печени.

Удлинение периода барбитурового сна у животных, леченных настоем из фитосбора «Юнигепт» в дозе 2 и 5 мл/кг массы тела, связано с успокаивающим действием компонентов, входящих в состав фитосбора «Юнигепт».

**Выводы.** Таким образом, настой из фитосбора «Юнигепт» в дозе 2 и 5 мл/кг массы тела обладает выраженным и антиоксидантным и экскреторным действием.

*Хужамуртов М.Н., Авезов С.А., Одинаев Р.И., Давлатова Г.*

## НЕИНВАЗИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРОЗА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Цирроз печени (ЦП) продолжает оставаться важной проблемой здравоохранения, так как довольно часто становится причиной инвалидности и смертности. В связи с этим ранняя диагностика ЦП является актуальной задачей современной гепатологии.

**Цель.** Сравнительная оценка диагностической точности и специфичности неинвазивных тестов в прогнозировании и развитии фиброза и ЦП.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 118 больных (77 мужчин и 41 женщина) хроническим диффузным заболеванием печени вирусной этиологии (у 65 HBV, у 53 HCV) в возрасте 25-62 года. У 30 больных произведена пункционная биопсия печени. Статистические расчёты проводились с помощью STATISTICA 7. Диагностическая точность тестов оценена на основании чувствительности, специфичности и расчёта площади под характеристической кривой (AUROC).

**Результаты.** У больных ЦП индекс массы тела (ИМТ), протромбиновый индекс, содержание гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, альбумина, холестерина, АсАт, АлАт, ЩФ и ГГТ

были значительно ниже, а возраст пациентов и уровень билирубина выше, чем у больных хроническим гепатитом (ХГ). Средний возраст больных ЦП составил  $46,0 \pm 6,7$  лет против  $34,5 \pm 5,1$  у больных ХГ. Среднее количество тромбоцитов в периферической крови при ЦП было на 43% меньше, чем при ХГ ( $P < 0,001$ ). У 29 (69%) больных ЦП и лишь у 3 (4%) без ЦП содержание тромбоцитов было ниже нормальных величин ( $140 \times 10^9/\text{л}$ ). Предложенные модели фиброза в разной степени достоверности прогнозируют развитие тяжелого фиброза и ЦП. У больных ЦП индекс AAR был повышен на 33%, API - в 2,3 раза, индекс фиброза Форна - в 1,64 раза, APRI на 43%, дискриминантная шкала цирроза - на 83% и НМ в 2,4 раза, по сравнению с больными без цирроза. Несмотря на высокую специфичность (85-93%) неинвазивных тестов в диагностике фиброза, их чувствительность колебалась в пределах 54-70%. В связи с этим для повышения их диагностической ценности необходимо одновременное применение двух или более моделей. Наиболее высокие показатели расчёта площади под характеристической кривой (AUROC) имел Hui's model (0.846). На основании данных AUROC неинвазивные тесты по своей значимости для прогнозирования наличия ЦП можно располагать в следующей последовательности: HMAAR. В то же время в диагностике фиброза печени при ХГ наиболее специфичными и чувствительными были API, APRI и CDS.

**Выводы.** Применение неинвазивных и доступных тестов диагностики фиброза и ЦП необходимо для прогностических и лечебных целей. Они позволят значительно уменьшить количество биопсий печени и осложнений. Кроме того, для мониторинга эволюции заболевания и эффективности лечения по мере необходимости их можно часто повторять.

<sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Лолаев А.Н., <sup>1</sup>Саидмуродова Ф.Л.

## ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Городской медицинский центр №1  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить влияние эндогенного гормона шишковидной железы мелатонина на сократительную функцию миокарда у больных артериальной гипертонией старших возрастов.

**Материал и методы.** В исследование было включено 35 больных гипертонической болезнью I-II стадии (классификация ВОЗ/МОАГ, 1999), в том числе 21 женщина и 14 мужчин. Средний возраст пациентов составил  $64,3 \pm 6,7$  лет с колебаниями от 60 до 76 лет. Средняя длительность артериальной гипертонии  $13,4 \pm 3$  года. Морфо-функциональные показатели сердца определялись методом эхокардиографии (ЭхоКГ) и доплеркардиографии по стандартной методике на аппарате "Phillips medical systems 455961284641 2006". Определяли максимальную скорость трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения ЛЖ (пик E, м/с), максимальную скорость трансмитрального кровотока в систолу предсердия (пик A, м/с). Диастолическая функция ЛЖ пациентов оценивалась изучением соотношения пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения левого желудочка E/A. Мелатонин назначался на фоне получаемой гипотензивной терапии (антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, тиазидовые мочегонные) в дозе 3 мг тёмное время суток (в 22 ч).

**Результаты.** К концу курса лечения констатировано достоверное уменьшение времени изометрического расслабления со  $113,6 \pm 2,2$  до  $101,2 \pm 1,6$ , увеличение скорости раннего диастолического наполнения с  $56,6 \pm 1,2$  до  $67,6 \pm 1,9$ , возрастание соотношения скоростей раннего и позднего наполнения с  $0,91 \pm 0,2$  до  $1,4 \pm 0,2$ . Улучшение диастолической функции левого желудочка сопровождалось и повышением её систолической функции. Подтверждением чего являлось достоверное значимое возрастание ФВ на 8,6%.

**Выводы.** Мелатонин оказывает положительное действие на диастолическую функцию левого желудочка у пожилых больных артериальной гипертонией.



<sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Лолаев А.Н., <sup>1</sup>Саидмуродова Ф.Л.

## ФУНКЦИОНАЛЬНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ НА ФОНЕ МЕЛАТОНИНА

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Городской медицинский центр №1

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить влияние гормона шишковидной железы мелатонина на ортостатическую реакцию у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

**Материал и методы.** Обследовано 28 больных ИСАГ в возрасте от 60 до 75 лет. Из них 16 женщин и 12 мужчин. Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давление  $\geq 140$  мм рт.ст., диастолическое артериальное давление  $< 90$  мм рт.ст., возраст больных  $> 60$  лет.

Всем больным на фоне получаемой гипотензивной терапии (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, тиазидовые мочегонные) назначался мелатонин в дозе 3 мг в тёмное время суток (за 2 часа до сна). До начала и после 20-недельного курса лечения исследовали центральную и мозговую гемодинамику методом тетраполярной импедансной реографии. Для оценки постуральных реакций использовалась активная ортостатическая проба. Определяли следующие показатели: ударный и минутный объёмы крови и соответствующие индексы, объёмная скорость выброса общее периферическое сопротивление сосудов, процентное соотношение объёмной скорости церебрального кровотока к минутному объёму крови и абсолютная величина объёмной скорости церебрального кровотока.

**Результаты.** К концу курса лечения при ортостатической пробе реакции со стороны показателей системной и мозговой гемодинамики были менее выраженными, чем до лечения. Они характеризовались уменьшением ударного (на 18,9% против 22,4%) и сердечного индексов (на 2,4% против 6,1%), а также объёмной скорости выброса (на 5,2% против 11,3%). Переход в вертикальное положение существенно не отражался на характере мозгового кровотока, о чём свидетельствовали отсутствие значимых колебаний со стороны абсолютной величины объёмной скорости церебрального кровотока.

**Выводы.** Мелатонин в оптимальной среднесуточной дозе не ухудшает функционально-приспособительные реакции у пожилых пациентов ИСАГ.

<sup>1</sup>Хурсанов Н.М., <sup>2</sup>Табаров М.С., <sup>1</sup>Таджиева З.А.

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Кафедра патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить дисфункцию эндотелия у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Обследовано 24 больных с изолированной систолической артериальной гипертензией в возрасте от 65 до 76 лет, среди обследованных 13 женщин и 11 мужчин. Средняя давность артериальной гипертензии составляла  $11,8 \pm 2,0$  года. 9 больных имели I тип, 15 - II тип ИСАГ.

Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата SONOS-4500 (фирма «Hewlett Packard», США) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celermajer D.S и соавт. Стимулом, вызывающим зависимую от эндотелия дилатацию периферических артерий, явилась реактивная гиперемия, создаваемая манжетой, наложенной на плечевую артерию (ПА), созданием давления на 20 мм рт.ст. выше систолического. Эндотелийнезависимую реакцию оценивали после приёма 0,5 мг нитроглицерина сублингвально. Нормальной реакцией ПА считалось её расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Дисфункция эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемию меньше, чем на приём нитратов.

**Результаты.** У пациентов, включенных в исследование, исходный диаметр ПА составил в среднем  $0,42 \pm 0,0065$  см. После ишемии он увеличился на  $0,033 \pm 0,0049$  см, т.е. показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелийзависимый стимул был снижен и составлял 7,86%. В ответ на приём нитроглицерина диаметр ПА достоверно был больше - на  $0,051 \pm 0,0068$  ( $p=0,024$ ), чем при реактивной гиперемии.

**Выводы.** У пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией часто имеет место дисфункция сосудистого эндотелия. Данное обстоятельство необходимо учитывать при назначении лекарственных препаратов этой категории пациентов.

*Хусинова Ш.А., Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Лапасова М.Ш.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОМУ ВЕДЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНСУЛЬТА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Кафедра общей практики / семейной медицины факультета последипломного образования Самаркандского Государственного медицинского института  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель.** Анализ результатов обучения интегрированному ведению артериальной гипертензии и сахарного диабета с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек медицинских работников первичного звена здравоохранения.

**Материал и методы.** Обучение интегрированному ведению артериальной гипертензии и сахарного диабета с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек проводилась в виде 4-дневных семинаров для медицинских работников первичного звена здравоохранения (врачей общей практики и патронажных медицинских сестёр) Кашкадарьинской области с использованием адаптированных клинических протоколов ВОЗ по неинфекционным заболеваниям. Семинары проводились в интерактивной форме с методами обучения взрослой аудитории, такими как интерактивные презентации, работа в малых группах, ролевые игры и другие.

**Результаты.** Всего был обучен 361 медицинский работник врачей общей практики (ВОП) и патронажных медицинских сестёр из 14 районов Кашкадарьинской области и города Карши. В разрезе районов общее количество обученных медицинских работников выглядит следующим образом: Дехканабадский район 34 (9,4%), Касбийский район 13 (3,6%), Китабский район 28 (7,8%), Касанский район 23 (6,4%), Миришкорский район 19 (5,3%), Мубарекский район 11 (3%), Нишанский район 21 (5,8%), Чиракчинский район 26 (7,2%), Шахрисабзский район 32 (8,9%), Яккабагский район 33 (9,1%), Камашинский район 18 (5%), Каршинский район 36 (10%), Гузарский район 28 (7,8%) и город Карши 33 (9,1%).

**Выводы.** В дальнейшем все эти обученные 361 медицинский работник: врачи общей практики (ВОП) и патронажные медицинские сестры - внедрили полученные знания и навыки при интегрированном ведении больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек.

Чапау А., Дерьяева Г.Г., Гайыпов С. Г., Акыев А.А.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О НАЛИЧИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Государственный медицинский университет Туркменистана  
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Цель.** Изучить осведомленность пациентов о наличии у них сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и провести сравнительный анализ распространённости ССЗ с учетом данных первичного опроса пациентов с данными, полученными при осмотре и инструментальных обследованиях.

**Материал и методы.** Обследованы 256 больных, впервые госпитализированных в госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии (НКЦК). Все обследуемые были опрошены по опроснику относительно образа жизни, сердечно-сосудистой патологии, сопутствующей патологии и приема препаратов.

Всем обследуемым измерялось артериальное давление (АД), по стандартной методике проводилась антропометрия с измерением роста, массы тела, окружности талии, бедер, натошак проведены биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы и липидов сыворотки. Всем пациентам выполнялось ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографическое исследование, холтеровское мониторирование ЭКГ и др.

**Результаты.** На основании опроса распространённость ССЗ составила: артериальная гипертензия (АГ) – 78%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 21 %, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 28%, инфаркт миокарда (ИМ) – 11%, инсульт - 10%. После полного обследования (осмотра кардиолога, лабораторных, инструментальных методов) были выставлены следующие диагнозы ССЗ: АГ – 89%, ИБС – 47%, ХСН – 41%, ИМ – 13%, что превышало данные, полученные при опросе пациентов ( по АГ  $p = 0,006$ ; по ИБС  $p < 0,05$ ; по ХСН  $p < 0,05$ ), инсульт – 8% ( у 2% клинически не подтвержден). Среди больных АГ 11% пациентов были не осведомлены о своём заболевании, о ИБС - 26% пациентов, о ХСН не были осведомлены 13% пациентов. Стоит отметить наилучшую осведомленность пациентов о наличии АГ, по сравнению с ИБС и ХСН ( $p < 0,05$ ). Распространённость основных ССЗ среди мужчин и женщин по данным опроса достоверно не отличалась. Только распространённость фибрилляции предсердий (ФП) среди мужчин (16,05%) оказалась выше, чем у женщин 6% ( $p = 0,009$ ). Обращает внимание высокий процент отсутствия информации о перенесенном ИМ среди мужчин (66% мужчин, 13% женщин,  $p = 0,003$ ). Значимо также отличалась низкая информированность о наличии ХСН у мужчин (51%), по сравнению с женщинами (27%),  $p = 0,008$ .

**Выводы.** Согласно полученным данным, распространённость ССЗ (АГ, ИБС, ХСН) после полного обследования оказалась выше, по сравнению с распространённостью ССЗ, указываемой пациентами при опросе. Больные были наиболее информированными, осведомленными о наличии АГ, по сравнению с диагнозами ИБС и ХСН. По результатам инструментального обследования у мужчин чаще регистрировалась ФП. Мужчины имели низкую осведомленность о перенесенном ИМ и ХСН, по сравнению с женщинами.

Чапау А.Х., Акыев А.А., Гайыпов С. Г., Бекдурдыева Г.

## ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Государственный медицинский университет Туркменистана  
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии  
г. Ашгабат, Туркменистан

---

**Цель.** Оптимизация медикаментозной коррекции дисфункции левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза.

**Материал и методы.** Обследованы 108 больных ХСН ишемического генеза. Больные распределялись по функциональным классам: II ФК - 34%, III ФК - 30%, IV ФК - 36%. Все принимали патогенетическую антиангинальную, дезагрегантную, гиполипидемическую терапию. Кроме того, больные I группы получали фуросемид + эналаприл; больные II группы - фуросемид + дигоксин. До назначения и в течение 6 месяцев оценивали клиническое состояние: степень периферических отеков, одышки и влажных хрипов в легких, функциональный класс (ФК) ХСН по классификации NYHA, шкале оценки клинического состояния (ШОКС в модификации В.Ю.Мареев), теста шестиминутной ходьбой (ТШХ). Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи компьютерного пакета программы statistica (версия 6.0). Количественные показатели при нормальном распределении представлены как  $M \pm SD$ . Для установления достоверности статистических различий между группами использовались параметрический и непараметрический методы сравнения. Достоверными считали результат статистических исследований при вероятности ошибки  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Сравнивали клиническое состояние больных через 6 месяцев после начала терапии. Так, положительная динамика терапии отмечалась в обеих группах, однако в I группе больных результаты лечения были достоверно значимыми. Улучшение клинического состояния включало уменьшение периферических отеков, одышки и влажных хрипов в легких, стабилизацию артериального давления, ЧСС, а также ФК по классификации NYHA, ШОКС и ТШХ. Так, функциональный статус улучшился, по меньшей мере, на один класс у 75,4% всех больных, а также у 71,6% больных. Отмечалась положительная динамика показателей ЭхоКГ и показателей холтеровского мониторирования ЭКГ с последующим компьютерным анализом ВСР. Отмечено уменьшение частоты госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН в течение 6 мес., в частности, особенно значительно уменьшилась потребность в госпитализации у больных I группы - с 18,7% до 2,2%. У больных с сопутствующей артериальной гипертензией достоверно снизилось как систолическое, так и диастолическое АД, в то время как у больных с исходно нормальным АД оно практически не изменилось.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют разработать дифференцированный подход к лечению больных ХСН, способствующий улучшению динамики клинико-функциональных показателей, уменьшению степени декомпенсации и частоты госпитализаций.

*Чаная А.Х., Мухаммедова Н.А., Акмамедова Г.А.,  
Гайытов С. Г., Акыев А.А.*

## ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОДАМ САМОКОНТРОЛЯ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Государственный медицинский университет Туркменистана  
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии  
г. Ашгабат, Туркменистан

**Цель.** Изучение эффективности обучения больных хронической сердечной недостаточностью методам самоконтроля, навыкам рационального лечения, профилактики, повышения качества жизни.

**Материал и методы.** Обучение и анализ разработанных и заполненных больными вопросников проведены на базе Госпиталя с научно-клиническим центром кардиологии. Было исследовано 145 больных (66 женщин, 79 мужчин) в возрасте от 45 до 65 лет с ХСН на фоне ИБС. Средний возраст  $59,7 \pm 9,3$  лет. В исследование включены больные со стабильной стенокардией и инфарктом миокарда в анамнезе.

Всем больным проводилось общеклиническое и лабораторное исследование, диагноз верифицирован на основании данных анамнеза, ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрии, холтеровского мо-



нитирования ЭКГ с последующим компьютерным анализом ВСП. Качество жизни определяли согласно Миннесотского опросника (MLHFQ). Толерантность к физической нагрузке с помощью теста с 6 - минутной ходьбой.

**Результаты.** Анализ заполненных больными анкет, определяющих приверженность к лечению, на первом и на последующих занятиях показал неоднородность результатов. На первом занятии положительные ответы на вопросы были получены у следующего процента обследованных больных ХСН: 1. Пропускаете ли Вы прием препарата при хорошем самочувствии? - 60%; 2. Принимаете ли Вы лекарства в точном соответствии с предписаниями врача? - 72%; 3. В течение последнего месяца Вы избегали употребления соленой пищи? - 36%; 4. В течение последнего месяца Вы определяли массу своего тела? - 11%; 5. Ограничиваете ли Вы питьевой режим? - 21%; По гендерному признаку распределение положительных ответов на первом занятии был следующим: у женщин 46%, 48%, 21%, 10%, у мужчин – 14%, 24%, 15%, 1%, соответственно. На последующих занятиях процент положительных ответов значительно увеличился у всех больных 80%, 91%, 92%, 59%, 88%, соответственно. При анализе положительных ответов с учетом пола данные следующие: у женщин - 58%, 59%, 43%, 53%, у мужчин – 22%, 32%, 16%, 25% соответственно. Качество жизни у больных с I ФК было достоверно ниже, чем у больных со II ФК ( $p < 0,05$ ), и составило  $26,1 \pm 5,2$  и  $53,5 \pm 5,2$  баллов соответственно. У мужчин, по сравнению с женщинами, качество жизни при одинаковом ФК ХСН выше:  $12,1 \pm 4,1$  баллов у мужчин,  $42,3 \pm 3,3$  баллов у женщин при ХСН I ФК;  $15,6 \pm 3,9$  баллов у мужчин,  $55,8 \pm 4,1$  баллов у женщин при ХСН II ФК.

Аналогичные достоверные различия отмечались и в средне-суммарных баллах, характеризующих другие компоненты качества жизни: так, для психоэмоционального фактора эта величина составила –  $4,6 \pm 0,9$  баллов у больных с ХСН I ФК и  $12,9 \pm 1,9$  баллов ( $p < 0,05$ ) при ХСН II ФК; для социально-экономического фактора –  $8,6 \pm 1,9$  и  $16,9 \pm 1,9$  баллов ( $p < 0,05$ ), для физического фактора эта величина составила  $14,3 \pm 1,7$  и  $25,1 \pm 3,7$  баллов ( $p < 0,05$ ) соответственно. Тест с 6-минутной ходьбой также выявил достоверные различия в результатах: для больных с I ФК  $388,5 \pm 24,8$  м (у мужчин  $445,8 \pm 23,2$  м, у женщин  $305 \pm 3,3$  м  $p < 0,05$ ), для больных со II ФК –  $361 \pm 22,3$  м (у мужчин  $395,5 \pm 21,1$  м, у женщин  $305 \pm 19,3$  м  $p < 0,05$ ). Отмечается корреляция ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,05$ ) между толерантностью к физической нагрузке и качеством жизни.

**Выводы.** Обучение в школе для больных хронической сердечной недостаточностью навыкам самоконтроля, рационального лечения, профилактики является эффективным методом, повышающим качество жизни.

*Чарышкин А.Л., Хамидов А.В., Гурьянов А. А.*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОСТСТЕРНОТОМНЫХ РАН

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

г. Ульяновск, Россия

---

**Цель.** Анализ результатов хирургического лечения инфекционных осложнений после срединной стернотомии с использованием вакуум-терапии.

**Материал и методы.** За период с августа 2015 г. по декабрь 2018 г. в условиях ГУЗ УОКБ была выполнена 371 операция на открытом сердце с применением срединной стернотомии в качестве хирургического доступа. У 13 пациентов послеоперационный период осложнился стерномедиастинитом, что составило 3,5% от общего числа прооперированных больных. Средний возраст больных 59 лет. Из них мужчин 91,6% и женщин 8,4%. У трех пациентов (23%) стерномедиастинит был осложнен открытым пневмотораксом и плевритом, вследствие чего данная группа больных имела крайне высокие риски. При бактериологическом посеве у 8 пациентов (61%) в качестве возбудителя был выявлен *Staphylococcus aureus*, у 4 пациентов (30,6%) - *Staphylococcus epidermidis*, у одного пациента (8,4%) возбудителя выявить не удалось.

Первым этапом выполнялась хирургическая обработка раны, удаление швов с грудины, иссечение нежизнеспособных тканей. Вторым этапом после обработки растворами антисептиков в

полость раны устанавливалась система отрицательного давления и проводилась вакуум-терапия. На третьем этапе выполнялся реостеосинтез грудины и ушивание раны.

**Результаты.** У всех тринадцати пациентов воспалительный процесс был купирован, отмечался рост грануляционной ткани, а также был проведен реостеосинтез грудины. В дальнейшем у всех пациентов послеоперационная рана зажила, швы сняты на 10-е - 15-е сутки после повторной операции. При дальнейшем наблюдении проявлений воспалительного характера в области послеоперационного рубца не отмечалось.

**Выводы.** Использование вакуум-терапии при лечении пациентов со стерномедиастинитом является эффективным методом, позволяющим купировать воспалительный процесс и добиться положительного эффекта в кратчайшие сроки. А у пациентов с открытым пневмотораксом, вызванным лизированием тканей переднего средостения, вакуум-терапия является единственным эффективным методом лечения.

*Чумаева М. Ч., Худойназаров Г.И.*

## ИМКОНИЯТҲОИ НАВИ БАРТАРАФСОЗИИ ЭКСТРАСИСТОЛИЯҲОИ МЕЪДАЧАВИИ ХАВФНОК ДАР БЕМОРОНИ ПАС АЗ САКТАИ ДИЛ

Муассисаи давлатии «Маркази Чумуриявии клиникии бемориҳои дил»  
ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳимият.** Бемории ишемиявии дил яке аз сабабҳои асосии фавт ва корношоҷии барвақтӣ дар аксари мамлакатҳо ва инчунин дар Тоҷикистон ба шумор меравад. Дар натиҷаҳои тадқиқотҳои зиёди муосир самаранокии донатори оксиди нитроген – дар ташакулёбии дисфункцияи эндотелиали тасдиқи худро ёфтаанд. Яке аз маводҳои, ки чунин ҳосият дорад донатори оксиди нитроген – тивортин (L – аргинин) мебошад.

**Мақсади тадқиқот.** Арзёбии самаранокии донатори оксиди нитроген – тивортин (L – аргинин) дар табобати экстрасистолияи меъдачавии хавфнок дар беморони кардиосклерози пас аз сактаи дил.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Барои омузиш дар ин усул беморони МД МҶКБД ҶТ, ки табобати стационарӣ гирифтаанд пешбар карда шуданд. Тахлили 70 нафар беморони кардиосклерози пас аз сактаи дошта ки дорои экстрасистолияи меъдачавии хавфнок - градацияи баланд (бо таври Лаун – Волф) муоина карда шуданд. Сину соли беморон 50 - 65 сола буда давомнокии бемориашон 5 – 8 солро ташкил медед. Беморон ба ду гуруҳ тақсим шуданд – гуруҳи асоси бемороне, ки ба ғайр аз табобати асосии протоколии тасдиқшуда (бета-блокаторҳо, ингибиторҳои АПФ, статинҳо, антиагрегантҳо) маводи тивортин (L – аргинин) – ро бо микдори 100 мл маводи 4.2% дар давоми 10 рӯз дохили рағи ва пас аз он 14 рӯзи дигар ҳамин маводро даҳони қабул намуданд ва гуруҳи назоратӣ бемороне, ки танҳо маводҳои тасдиқшудаи протоколиро (бета-блокаторҳо, ингибиторҳои АПФ, статинҳо, антиагрегантҳо) истеъмол карданд. Ба ҳамаи беморон ба ғайр аз гузаронидани сабти барқии дил тақрори, инчунин назорати монитории шабонарузи - холтер монитор гузаронида шуданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Натиҷаи тахлили монитории шабонарузӣ – Холтер монитори сабти барқии дил дар гуруҳи асосӣ нишон дод, ки экстрасистолияҳои хавфнок III – IV – градасия бо таври Лаун – Волф дар 40 нафар, ки 72% – ро ташкил медиҳад, бартараф гаштанд. Дар ин беморон экстрасистолияҳои II градасия 30% ва III градасия; 42% ро ташкил карданд. Дар гуруҳи назоратӣ экстрасистолияҳои номбурда 72% зиёдтар мушоҳида гаштанд, ки хело назаррас мебошад. Қабули маводи номбурда дар беморон ақсултаъсир пайдо нанамуд.

**Хулосаи тадқиқот.** Аз нишондодҳои боло хулоса бароварда мешавад, ки дар натиҷаи истифодаи аспартати тивортин дар табобати ҳамҷояи гуруҳи беморони пас аз сакта, ки хатари сар задани аритмияҳои хавфнок доранд (III – IV – градация бо таври Лаун – Волф) кам намуда бо ҳамин тариқ хатари ташакули оризаҳо ва марги нобахангомро дар байни чунин беморон пешгири менамояд. Аз ин лиҳоз сифати ҳаёти беморон беҳтар мегардад.

*Қураев А.А., Хочаев И.А., Раҳимова М.Г., Гаффарова М.А.*

## ТАКТИКАИ БУРДАНИ ЗОИШ ДАР ҲОМИЛАДОРОН БО НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ

Маркази бемориҳои дил ва ҷарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд ба номи профессор А. Орифов  
ш. Хучанд, Ҷумҳурии Тоҷикистон

---

**Мақсад.** Инкишоф додани масъалаҳои ташкили кӯмаки тиббӣ ба занони ҳомила ҳангоми бемориҳои нуқсонии модарзодии дил.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Таҳлили 85 картаи мубодилавӣ ва таърихи валодати занҳои зоянда гузаронида шуд. Инчунин ба ҳар як нафари ин занҳо муоинаи умумии клиникӣ, санчишҳои сабти барқии дил, эхокардиография, таҳлилҳои биохимиявии хун иҷро карда шуд.

**Натиҷа.** Маълум гардид, ки бисёре аз занони гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил давраи ҳомилагиро хуб аз сар мегузаронанд. Хатари бо ҳомилагӣ робита дошта аз ҳислати бемории дил ва инчунин омилҳои иловагӣ, ба монанди ҳолати меъдачаҳо ва дарғотҳо, синфи вазифавии норасогии музмини дил ва мавҷудоти сианоз вобастаги дорад. Санчишҳо исбот намуд, ки нуқсонҳои модарзодии дил нисбати нуқсонҳои ғайримодарзодии дил 2,5 маротиба зийёдтар дучор мешавад. Бештар нуқсонҳои тавораи байни даҳлезҳо ва меъдачаҳо ба назар мерасад. Аз 85 нафар ҳомиладорони нуқсонҳои модарзодии дил дошта 8 (9,4%) тетрада Фалло (аз ин миқдор ба 7 нафар ҷарроҳии радикалӣ то давраи ҳомиладори гузаронида шудааст, 36 (42,3%) нафар нуқси тавораи байнидаҳлезҳо, 27 (31,8%) нафар нуқси тавораи байни меъдачаҳо, 1 нафар синдроми Эйзенмейгера, 1 нафар стенози модарзодии шохраг, 12 (14,1%) нафар маҷрои кушодаи шараёни ташхисшуда буд. Ба 25 (29,4%) нафар ҷарроҳии қайсари гузаронида шудааст. Тактикаи зоиши занҳои гирифтори нуқсонҳои модарзодии вобаста ба намуди нуқсонҳо ва давраҳои зоиш, мавҷудияти омилҳои хатар ва оризаҳо муайян карда шудааст. Ҳомиладорони авориз дошта асосан бо нишонаҳои гипертензияи шушӣ ва норасогии музмини дилҷарроҳӣ шудаанд, дар боқимонда ҳолатҳо марҳилаи дуҷуми валодат бо истифода аз усулҳои ҳозира замони беҳискуни (перидуралӣ) қатъ карда шудааст.

**Хулоса.** Таҳлилҳо нишон доданд, ки аз шумораи умумии нуқсонҳои модарзодии дил бештар нуқсонҳои тавораи байни даҳлезҳо ва меъдачаҳо во меҳӯрад. Ҷарроҳии чоки қайсари дар ҳолати авориз доштани нуқсонҳои модарзодии дил гузаронида мешавад. Усулҳои беҳтарини қатъ намудани марҳилаи дуҷуми валодат ин беҳискунии перидуралӣ ба ҳисоб меравад. Назорат ва ташхис гузаронии занони ҳомила бояд дар марҳилаи аввали ҳомиладорӣ (дар триместри аввал) бо иштироки табиби дилшинос баргузор гардад. Ҳомиладорони нуқсонҳои модарзодии дил бояд 2 ҳафта пеш аз тавваллуд бистарӣ шавад ва дар ин муддат тақрибан санчишҳои таҷвотҳои замонавӣ гузаронида шавад.

*Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Шамсов Н.Х.*

## СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА НЁБА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИКАХ СТАФИЛОВЕЙЛОПЛАСТИКИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Сравнить влияние применения различных методик хирургического лечения врожденной расщелины нёба на сосудисто-нервный пучок нёба.

**Материал и методы.** В материал исследования вошли 168 больных с врожденной расщелиной нёба, поступивших в отделение восстановительной хирургии в период с 2009 по 2018

годы. Гендерное распределение больных было примерно равномерным: к лицам мужского пола относились 85 (50,6%) больных, к женскому – 83 (49,4%). Средний возраст больных на момент обращения составлял  $7,4 \pm 1,2$  года. Изолированную расщелину мягкого нёба имели 29 больных, 2 больных имели изолированную расщелину твёрдого нёба (повторное обращение), у 137 пациентов отмечалось наличие сочетанного варианта врождённой расщелины нёба.

**Результаты.** В ходе исследовательской работы больным были выполнены в основном 4 вида оперативных вмешательства: укрытие дефекта по модифицированной методике Veau – 79 пациентов, методике Лимберга – 21 больной, фарингопластика – 39 больных, Z- пластика по Фурлоу – 29 больных. В ходе исследования было установлено, что при применении методики Veau частота сдавления сосудисто-нервного пучка составляла 21 (26,6%) случай и зависела от размера дефекта – чем больше был дефект, тем больше была необходимость широкой мобилизации лоскута, что приводило к прижиманию сосудисто-нервного пучка в отверстии. При применении методики Лимберга прижатие не наблюдалось, так как эта методика использует частичную резекцию кости в области выходного отверстия сосудисто-нервного пучка, однако, данное вмешательство неблагоприятно сказывается на дальнейшем росте верхней челюсти, ввиду чего операция Лимберга в настоящее время мало используется. Применение методики фарингопластики и Z-пластики по Фурлоу не вызывало сдавления ввиду отсутствия при данных методиках влияния на положение сосудисто-нервного пучка.

**Выводы.** Применение фарингопластики и Z-пластики по Фурлоу является более оправданным с точки зрения снижения патологического влияния мобилизации тканей нёба на сосудисто-нервный пучок нёба. Несмотря на свою эффективность и удобство, методика Veau требует дальнейшего совершенствования с целью снижения нарушений кровоснабжения в послеоперационном периоде.

*Шаймонов А.Х., Шамсов Н.Х.,  
Бободжонов Д.Н., Шодиев Ш.Ш.*

## ОЦЕНКА КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ НЕСВОБОДНОГО ПАХОВОГО ЛОСКУТА НА НИЖНЕЭПИГАСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучение реакции сосудистого русла несвободного кожно-фасциального пахового лоскута при различной степени перерыва его связи с донорским участком.

**Материал и методы.** В материал исследования вошли 83 больных, поступивших в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 1999 по 2014 года по поводу посттравматических дефектов верхних конечностей различной этиологией. Всем больным проводилось укрытие дефекта. Реакция сосудистого русла проверялась с использованием доплерографии, а также визуальной оценкой отёчности, качества капиллярного ответа, выраженности шелушения кожных покровов лоскута, цвета кожных покровов и состояния кровоснабжения в ходе пережатия питающей ножки на различных уровнях.

**Результаты.** При нормальном течении процесса, без применения передавливания питающего сосуда, заживление ран проходило в период от 10 до 12 суток, в зависимости от индивидуальных особенностей. При передавливании сосуда в области устья по каким-либо причинам, таким как отёчность, перегиб ножки и другим, приживление тканей нарушалось, и без устранения причинного фактора наблюдалось их отторжение либо некротизация. При этом в ситуациях, когда сдавление происходит у шейки ножки лоскута некротические и другие патологические явления, связанные с нарушением кровоснабжения лоскута, выражены не так ярко, как при сдавлении ножки у её основания.

**Выводы.** Таким образом, сдавление ножки лоскута у его основания является грозным явлением, устранить которое необходимо как можно в более быстрые сроки, что чрезвычайно важно для достижения оптимального приживления и избегания отторжения тканей. Сдавливание на уровне шейки лоскута имеет менее яркий патологический эффект, однако также неблагоприятно сказывается на отдалённых результатах.



*Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б., Уроков К.З., Хасанов Д.М.*

## ЛЕЧЕНИЕ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ ХИМИОТЕРАПИЮ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить эффективность глутатиона в терапии интоксикационного синдрома вследствие химиотерапии у больных с острым миелобластным лейкозом.

**Материал и методы.** Нами был проведен ретроспективный анализ 46 историй болезней больных с острым миелобластным лейкозом, наблюдавшихся в гематологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Возраст больных от 15 до 65 лет. Лиц мужского пола – 27, женского – 19. Медиана возраста 25 лет.

В группе сравнения под наблюдением находился 41 больной с острым миелобластным лейкозом в возрасте от 15 до 60 лет. Среди них мужчин – 22, женщин – 19. Медиана возраста 28 лет.

Диагноз верифицирован на основании общего анализа периферической крови, полного исследования биохимических тестов, свертывающей системы крови, миелограммы и цитохимического исследования костного мозга.

Всем больным назначена полихимиотерапия по программе «7+3» – сочетание цитозара с даунорубицином. Параллельно больные получали вспомогательную терапию: гемостатики, антибактериальную терапию, компоненты крови, гепатопротекторы, инфузионную терапию, противорвотные препараты центрального действия. Больные во второй группе получали аналогичную терапию и дополнительно глутатион – РАМ 600 по 5 мл в/в, 2 раза в день ежедневно, в течение всего периода химиотерапии.

**Результаты.** У всех больных первой группы развился интоксикационный синдром различной степени вследствие химиотерапии (тошнота, рвота, снижение аппетита). Все они получали достаточное количество инфузионной терапии и противорвотных препаратов центрального действия (ондансетрон). В связи с этим только 28 больных благополучно закончили индукционную терапию. Остальным 30 пациентам была отменена химиотерапия из-за развития выраженного интоксикационного синдрома (неукротимая рвота и диарея).

Во второй группе только у 6 больных наблюдался кратковременный и слабо выраженный интоксикационный синдром в виде тошноты и снижения аппетита. Все больные второй группы благополучно закончили полный курс полихимиотерапии.

**Выводы.** Таким образом, глутатион является высокоэффективным и безопасным препаратом в коррекции интоксикационного синдрома вследствие химиотерапии у больных с острым миелобластным лейкозом. В сочетании с другими детоксикационными препаратами и инфузионной терапией появляется возможность в полном объеме провести полихимиотерапию. В результате значительно повышается эффективность полихимиотерапии, улучшается прогноз заболевания и качество жизни больных. Данные результаты предварительные, исследования в этом направлении продолжаются.

*Шамсуддинов Ш.Н., Авезов С.А.*

## ВЛИЯНИЕ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЭСТРАГОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Актуальность.** Как известно, в клинике сахарного диабета значительное место занимает нарушение функциональное состояние печени. При возникновении экспериментального сахарного диабета у животных уже в ранних стадиях наблюдаются биохимические изменения, указывающие на патологические сдвиги в гепатоцитах.

Аллоксангидрат относится к гепатотоксическим агентам. Однократная инъекция 100 мг/кг массы тела аллоксангидрата наряду с тяжелым диабетом вызывает развитие жировой и белковой дистрофии печени. Последние не только связаны с непосредственным воздействием аллоксангидрата, но и с нарушением обмена углеводов и липидов, которые в дальнейшем быстро прогрессируют. Нами доказано, что сухой экстракт эстрагона (СЭЭ) при экспериментальном сахарном диабете оказывает положительное влияние на обмен углеводов.

**Цель.** Изучение влияния сухого экстракта эстрагона на функциональное состояние печени при экспериментальном аллоксановым диабетом (ЭАД).

**Материал и методы.** Опыты проведены на 58 белых крысах-самцах массой 160-180 г. Аллоксановый диабет вызывали подкожным введением 10% раствора аллоксангидрата в дозе 100 мг/кг массы животного после 8-часового голодания. Эффективность СЭЭ сравнивали с действием глибенкламида (5 мг/кг массы).

**Результаты.** У здоровых крыс продолжительность бармаливого сна составила  $87,4 \pm 6,4$  мин, концентрация бромсулфалина в сыворотке крови через 10 минут -  $11,6 \pm 8$  мг%, через 30 минут -  $7,3 \pm 0,6$  мг%. У белых крыс с ЭАД активность АлАТ была в 2,6 раза больше, продолжительность барбамилового сна - на 62,4% длиннее, а концентрация бромсулфалеина в сыворотке крови - на 50-70% больше, чем у интактных животных. У белых крыс, получавших внутривенно СЭЭ, активность АлАТ статистически достоверно снизилась на 41,7%. Продолжительность барбамилового сна укоротилась на 38,4%, содержание бромсулфалеина в сыворотке крови уменьшилось на 32%, по сравнению с исходными показателями. У животных, леченных глибенкламидом, концентрация АлАТ уменьшилась на 28,2%, продолжительность барбамилового сна уменьшилось на 19,2%.

**Выводы.** СЭЭ наряду с гипогликемическим эффектом, оказывает благоприятное влияние на функциональное состояние печени у белых крыс с экспериментальным диабетом.

*Шамсудинов Ш.Н., Аvezов С.А., Давлатова Г., Самандаров Н.*

## СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА, КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

**Актуальность.** Цинк обладает исключительно высокой биологической активностью, несмотря на то, что по распространенности в геосфере (земной коре) он находится только на 27 месте. Биологическое значение цинка определяется его участием во многих ферментных системах.

**Цель.** Изучение изменения количества цинка, кальция и фосфора в сыворотке крови у больных циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** Обследовано 50 больных ЦП. Среди них 20 мужчин и 30 женщин в возрасте от 10 до 60 лет. Контрольную группу составили 20 лиц. Диагноз установлен на основании клинико-морфологических, биохимических, вирусологических и иммунологических результатов. Количество цинка, кальция и фосфора определяли с помощью метода фотометрии набором фирмы Витал (Российская Федерация).

Результаты исследований подвергнуты статистической обработке по критериям Стьюдента.

**Результаты.** Содержание цинка в сыворотке крови здоровых лиц составило  $15 \pm 0,5$  мкмоль/л. У больных ЦП содержание цинка было в среднем  $11 \pm 0,6$  мкмоль/л. У 40% больных оно было снижено на 39%, у 60% - на 13,2%, чем в контрольной группе.

Дефицит цинка положительно коррелирует со степенью тяжести поражения печени и снижением содержания лейкоцитов в периферической крови. У 30% больных циррозом печени количество кальция в сыворотке крови составило  $1,7 \pm 0,10$  ммоль/л против контрольной группы

( $2,3 \pm 0,13$  ммоль/л), что было на 26% ниже. У 35% больных циррозом печени количество кальция в сыворотке крови составило  $2,2 \pm 0,12$  ммоль/л, у остальных 35% больных циррозом печени содержание этого элемента составило  $2,4 \pm 0,13$  ммоль/л. Содержание неорганического фосфора в сыворотке крови у больных циррозом печени составило  $1,6 \pm 0,11$  ммоль/л (у контрольной группы -  $1,1 \pm 0,10$  ммоль/л), что на 45% выше.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о значительном изменении содержания цинка, кальция и фосфора в сыворотке крови больных циррозом печени и их корреляции с тяжестью поражения печени.

*Шарапова Н., Азимзода С.М., Дустов А.*

## ЗНАЧЕНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ HCV С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучение клинического значения инсулинорезистентности у больных ХГС с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** Было обследовано 86 больных ХГС. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1 - больные ХГС с МС (n=54); 2 – ХГС без МС (n=32). У всех больных определяли массу тела, рост, окружность талии (ОТ), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) в кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты.** Все больные ХГС с МС имели избыточную массу тела (ИМТ  $\geq 26 < 32$  кг/м<sup>2</sup>). У 14 из 54 (25,9%) пациентов имелось ожирение (ИМТ  $> 33$  кг/м<sup>2</sup>), при этом частота ожирения 1, 2 и 3 степеней составила 32 (59,2%), 14 (25,9%) и 8 (14,8%) соответственно. В нашем исследовании в целом у больных преобладал генотип 1b HCV (61,6%), затем 3a (15,1%), 2a (18,6%) и 2c (4,6%).

Уровень инсулина натощак у 86 больных колебался от 1,97 до 121,3 мкМЕ/мл и составил в среднем  $11,9 \pm 13,5$  мкМЕ/мл. Показатели НОМА-IR анализировались у 32 больных, не имеющих СД2. ИР наблюдалась одинаково часто у больных ХГС с МС и без МС, но среднее значение НОМА-IR у больных с МС было значимо выше ( $p < 0,05$ ). Выраженная ИР (НОМА-IR), или состояние преддиабета, установлена у 15 (18,3%), а СД2 диагностирован у 10,5% исследованных больных. При этом НОМА-IR и СД2 наблюдались у больных с МС чаще, чем у больных без МС ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Обнаружение ИР и СД2 у больных ХГС без МС позволяет высказать мнение о важной роли HCV в развитии метаболических нарушений. Наличие ИР (НОМА-IR) независимо положительно коррелировало с наличием ХГС I генотипа, степенью нарушения ИМТ и стеатозом печени.

*Шарапова Н.Х., Азимова С.М., Дустов А.*

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

---

**Цель.** Изучить клиническое значение инсулинорезистентности у больных ХГС в зависимости от различных генотипов вируса гепатита С.

**Материал и методы.** Было обследовано 86 больных ХГС. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-я - больные ХГС с МС (n=54); 2-я – ХГС без МС (n=32). Диагноз ХГС

устанавливался на основании данных анамнеза, клинического обследования, результатов лабораторных методов диагностики, включая вирусологическое исследование (положительные тесты на антитела к HCV и HCV RNA) с определением генотипа HCV и вирусной нагрузки. У всех больных определяли массу тела, рост, окружность талии (ОТ), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) в  $\text{кг}/\text{м}^2$ , холестерин ( $<1,04$  ммоль/л для мужчин и  $<1,3$  ммоль/л для женщин); АД  $\geq 130/85$  мм. РТ. ст. Секвенирование HCV, определение RNA HCV были проведены в Университете Фрайбург, Германия (под руководством профессора Х. Блюм) и Нагойском Университете, Япония (под руководством профессора М. Мизоками). У 94 больных проводилось исследование уровня инсулина натощак и оценка ИР с применением НОМА (Homeostasis Model Assessment)-индекса, или НОМА-IR (уровень инсулина натощак (МЕ/мл)  $\times$  глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5). Критерием наличия ИР считали значение НОМА-IR  $>2$ .

**Результаты.** Среди обследованных больных ХГС преобладали женщины (м/ж - 28/58), возраст больных составил от 26 до 68 лет (средний - 41,3 $\pm$ 9,0 лет). У 17 (19,7 %) больных заболевание было диагностировано на стадии цирроза печени (ЦП).

Больные ХГС с МС имели избыточную массу тела (ИМТ  $\geq 26 < 32$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ). У 14 из 54 (25,9%) больных имело место ожирение (ИМТ  $>33$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ), при этом частота ожирения 1, 2 и 3 степеней составила 32 (59,2%), 14 (25,9%) и 8 (14,8%) больной, соответственно. Наличие жировой инфильтрации паренхимы печени было выявлено у 51 пациента из 54 обследованных ХГС с МС. Отмечалось повышение эхогенности измененной паренхимы печени, сопровождающееся акустическим эффектом ослабления ультразвука в глубоких слоях паренхимы. Структура паренхимы печени оставалась однородной. При этом не нарушалась форма органа, контуры оставались ровными, край острый.

МС диагностирован у 54 из 86 (62,7%) больных, что превышает частоту метаболического синдрома в популяционных исследованиях взрослого населения экономически развитых стран. С высокой частотой наблюдались такие компоненты метаболического синдрома, как абдоминальное ожирение (52,6%), артериальная гипертензия (43,9%), атерогенная дислипидемия (гипертриглицеридемия у 47,4%, снижение холестерина у 48,3% больных), в то время как нарушения углеводного обмена выявлены лишь у 17,6% больных, что может свидетельствовать о преобладающей роли факторов хозяина (генетических, избыточного питания, гиподинамии).

МС чаще наблюдался у женщин, лиц старшего возраста и имеющих большую длительность HCV-инфекции. При изучении частоты встречаемости симптомов обструктивного апноэ во сне было установлено, что в группе больных ХГС с МС у 18 из 54 (33,3%) обследованных больных отмечалось возникновение храпа. В контрольной группе частота встречаемости храпа была статистически значимо ниже. Также было выявлено увеличение частоты встречаемости нарушений сна в виде бессонницы и сонливости с увеличением возраста. У 75% обнаруживались шершавые, морщинистые и темные участки кожи на локтях, подмышечных впадинах и под молочными железами у женщин. Подобные образования называются «акантозис нигриканс» (acanthosis nigricans).

У практически здоровых лиц коэффициент инсулинорезистентности составил 2.24. Коэффициент в крови больных гипергликемией уже изменился и составил 4.87. У пациентов СД II типа он оказался наибольшим и составил 19.01. При нарушении толерантности к глюкозе повышение коэффициента отмечалось до 10.41. То есть, даже минимальные изменения уровня глюкозы, включая скрытые, сопровождаются повышением уровня инсулина в крови и изменением индекса инсулинорезистентности.

Филогенетический анализ региона HCV показал, что все PCR положительные случаи принадлежат генотипу 1b. В нашем исследовании, в целом преобладал HCV/1b генотип (61,6%), а затем HCV/3a (15,1%), 2a (18,6%) и 2c (4,6%). Интересно, что у больных ХГС с МС выявлены HCV/1b у 41(75,9), - HCV/3a у 7 (12,9%), HCV/2a у 5(9,2%) и HCV/2c у 1(1,8%) больных.

Уровень инсулина натощак, исследованный у 86 больных, колебался от 1,97 до 121,3 мкМЕ/мл и составил в среднем 11,9 $\pm$ 13,5 мкМЕ/мл. Показатели НОМА-IR анализировались у 32 больных, не имеющих СД2. Наличие ИР (НОМА-IR) установлено у 41 (50%), что соответствует данным литературы, свидетельствующим о выявлении той или иной степени ИР у 30-70% больных ХГС. ИР наблюдалась одинаково часто у больных ХГС с МС и без МС, но среднее значение НОМА-IR у больных с МС было значимо выше. Выраженная ИР (НОМА-IR), или состояние преддиабета, установлена у 15 (18,3%), а СД2 диагностирован у 10,5% исследованных больных. При этом НОМА-IR и СД2 наблюдались у больных с МС чаще, чем у больных без МС ( $p < 0,01$ ).

При изучении 86 больных ХГС выявлена высокая частота МС (47,4%), который чаще наблюдался у женщин, лиц старшего возраста и имеющих большую длительность HCV-инфекции, а также таких компонентов МС, как абдоминальное ожирение (62,7%) и артериальная гипертензия (48,8%), что свидетельствует о важной роли факторов хозяина в развитии механизмов прогрессирования фиброза и неэффективности ПВТ.



**Выводы.** Таким образом, у 50% из обследованных больных ХГС с МС выявлена ИР (НОМА-IR), в том числе у 17% – тяжелая ИР, или состояние преддиабета (НОМА-IR). У 12 (10,5%) больных ХГС с МС диагностирован СД2 (10,5%). Обнаружение ИР и СД2 у больных ХГС без МС позволяет обсуждать роль НСВ в развитии метаболических нарушений. Наличие ИР (НОМА-IR) независимо положительно коррелировало с окружностью талии ( $p < 0,01$ ) и степенью стеатоза печени ( $p < 0,01$ ).

*Шарапова Ю.Ш., Ташкенбаева Э.Н., Маджидова Г.Т.,  
Рахимов С.К., Ражабова Ю.Ж.*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кафедра внутренних болезней №2 Самаркандского государственного медицинского института  
Самаркандский филиал РНЦЭМП  
г. Самарканд, Узбекистан

---

**Цель.** Изучение клинической особенности и частоты встречаемости нарушений ритма сердца (НРС) при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

**Материал и методы.** Было обследовано 72 больных с ОИМ, которые находились на лечении в отделении кардиореанимации, 1 и 2 терапевтических отделениях Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП). Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное обследование. Под наблюдением находились 72 пациентов с диагнозом ОИМ осложнённое различными нарушениями ритма сердца, из них с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) – 53 (73,6%), с инфарктом миокарда без подъёма сегмента ST (ИМбпST) – 19 (26,4%). Средний возраст пациентов с ОИМ составил  $65,2 \pm 9,8$  лет.

**Результаты.** Анализ результатов наблюдений показывает, что из сопутствующей патологии у пациентов с ОИМ артериальная гипертензия диагностирована у 28 больных, сахарный диабет 2 типа – у 5, сочетание АГ и СД у 2, ХОБЛ - у 4, пневмония - у 2 и перенесенный ишемический инсульт в анамнезе - у 3 больных. В зависимости от локализации инфаркта, по данным ЭКГ, при передне-распространённом инфаркте наджелудочковые экстрасистолии встречались (НЖЭ) у 3 (23,1%), фибрилляция предсердий (ФП) - у 6 (40%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) – у 22 (61,2%), пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) - у 5 (71,4%), фибрилляция желудочков (ФЖ) - у 1 (1,4%) больного. При нижне-боковой локализации инфаркта НЖЭ встречались у 3 (23,1%), ФП - у 5 (33,3%), ЖЭ - у 10 (27,7%), ПЖТ - у 2 (28,6%) больных, а при задне-базальном инфаркте НЖЭ - у 7 (53,8%), ФП - у 4 (26,7%), ЖЭ - у 4 (11,1%) пациентов. У обследованных были зарегистрированы ЖЭ различных градаций по классификации В.Low: I и II классы - у 28 (38,9%) больных, III класс - у 15 (20,8) IV класс - у 9 (12,5%) V класс - у 4 (5,5%) больных.

**Выводы.** У больше половины больных из НРС наблюдаются желудочковые экстрасистолии, в то время как ФЖ регистрировалась у одного пациента в момент поступления в стационар. Также надо отметить, что при передне-распространённом инфаркте чаще наблюдаются желудочковые аритмии, а при задне-базальной локализации - наджелудочковые аритмии.

*Шаринов З.Р., Шоев Ф.С., Рахимзода Х.Б., Дадабаев Д.У.*

## ПРИМЕНЕНИЕ В-БЛОКАТОРА ЭСМОЛОЛА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка эффективности и безопасности интраоперационного использования эсмолола в различных клинических ситуациях при кардиохирургических вмешательствах.

**Материал и методы.** В исследование вошли 102 пациента (67 мужчин, 35 женщин) в возрасте от 43 до 76 лет. Эсмолол вводили болюсно в суммарной дозе 20-260 мг при наджелудочковой тахикардии, некупируемой углублением анестезии, при АД не менее 90 мм рт.ст. на фоне симпатической стимуляции при манипуляциях на сердце и аорте, ларингоскопии и интубации трахеи, на мониторинга ЭКГ, АД и ЦВД.

**Результаты.** Болюсное введение эсмолола в дозе 0,25-1 мг/кг на фоне наджелудочковой тахикардии оказалось эффективным более чем у 92% больных. Урежение ЧСС наступало на 1-й минуте после введения адrenoблокатора, достигая максимальных значений к 5-й минуте, с последующим ослаблением эффекта на 12-22 минуахе. Наши наблюдения доказали безопасность применения эсмолола у больных как с гипердинамической реакцией, сопровождающейся повышением МОС и СИ, так и у больных со сниженной производительностью сердца. Применение оптимальной, безопасной дозы эсмолола для болюсного введения зависело от состояния гемодинамики. Для лечения тахикардии в отсутствии гипертензии доза эсмолола составляет 0,25-0,5 мг/кг. Для купирования тахикардии и артериальной гипертензии на фоне повышенной производительности сердца болюсная доза эсмолола может быть повышена до 1 мг/кг. Инфузионное введение эсмолола в дозе 40-200 мкг/кг/мин позволяет пролонгировать адренергическую блокаду.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать использование селективной  $\beta_1$ -адреноблокады на основе болюсного и инфузионного введения эсмолола для дозированного регулирования частоты ритма и артериального давления во время операций на сердце.

*Шарипов Ш., Олимова Ш., Рахимов З.*

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан  
ГОУ ИПОСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Определить барьеры на пути совершенствования качества клинических протоколов (КП) диагностики, лечения и профилактики основных неинфекционных заболеваний и наметить пути их устранения.

**Материал и методы.** При Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан была создана экспертная группа, которая проанализировала вновь разработанные клинические протоколы (КП) по всем функционирующим клиническим дисциплинам. Всего за период 2013-2018 годы анализу были подвергнуты 1114 КП. Оценка качества осуществляли клинические эксперты по специальному разработанному нами алгоритму оценки качества, позволяющему структурировано и объективно проанализировать каждый представленный КП. Этот документ на двух языках (русском и таджикском) включает в себя подробный анализ новых подходов в диагностике, лечении и профилактике заболеваний, основанных на принципах evidence-based medicine, с учетом достижений науки и практики, рекомендаций Лидера Нации, Президента РТ Эмомали Рахмона относительно рационального использования богатейших природных ресурсов Таджикистана. Нами также учитывались рекомендации национальной стратегии: «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на период 2013-2023 годов», стратегических документов «Здоровье 2020» и «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годов». Алгоритм оценки КП нами был ранжирован из 30 пунктов (индикаторов контроля), позволяющих принять строгое объективное решение.

**Результаты.** Из всего количества было возвращено на доработку 906 КП (81,3%), которые ранее были разработаны по устаревшим требованиям: не имели раздела по фитотерапии - 986

КП (88,5%), диетотерапии - 688 (61,7%), не имели рекомендаций по реабилитации и санаторно-курортному лечению - 807 (72,4%). Также отмечались недостатки, связанные с допущением полипрагмазии, - в 322 КП (28,9%), игнорирование принципов evidence-based medicine было отмечено в 552 КП (49,6%). Недостаточное использование в рекомендациях списка основных лекарственных средств (СОЛС) РТ и основных принципов рационального использования лекарственных средств (РИЛС) были отмечены в 331 КП (29,7%). При этом выяснилось, что ни один из авторов/соавторов этих разработанных КП ранее не проходил подготовку на курсах доказательной медицины, семинарах по правильному использованию СОЛСа РТ и РИЛСу.

**Выводы.** Новые критерии оценки КП позволили выявить ряд недостатков. Своевременное устранение выявленных недочетов послужит целям дальнейшего совершенствования КП, что в свою очередь позволит практикующим врачам оказывать более эффективную диагностику, полноценное и безопасное лечение и более результативную профилактику.

*Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Сохибов Р.Г., Нуруллоев О.С.*

## ЭФФЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ РАЗНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить наличие и особенности коронаропротективных эффектов (КПЭ) (возможно и церебропротективных - ЦПЭ) ишемического прекондиционирования (ИПреК) у больных стабильной стенокардией (СС), протекающей с гипертонической энцефалопатией (ГЭ), в зависимости от эффективности антигипертензивной терапии (АГТ).

**Материал и методы.** Исследование проведено в группах пациентов с контролируемой (КАГ; n=30) и неконтролируемой (НКАГ; n=25) артериальной гипертензией (АГ), с проявлениями СС и ГЭ. По шкалам быстрой оценки психического здоровья и короткого синдромального теста оценена когнитивная функция. При отсутствии противопоказаний моделирован феномен ИПреК проведением двойного 6-минутного теста ходьбы (ТШХ), с 30-минутным отдыхом между ними, на фоне Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ). Анализируются ранние эффекты ИПреК, как частота, продолжительность транзиторной ишемии миокарда, нарушения ритма, длительность восстановительного периода, коронарный резерв. Статистическая обработка проведена пакетом «Statistica 10,0».

**Результаты.** У пациентов АГ с проявлениями СС и ГЭ эффекты ИПреК установлены при КАГ в 16 (53,3%) и в 6 (24%) случаях при НКАГ ( $p < 0,05$ ). КПЭ характеризовался увеличением дистанции по ТШХ и укорочением восстановительного периода, снижением суммарного индекса ишемии и повышением коронарного резерва. ЦПЭ (улучшение способности к восприятию, концентрации внимания и памяти) отмечен у 14 (46,7%) пациентов КАГ и 4 (16%) – с НКАГ ( $p < 0,02$ ). При отсутствии СС ранее нами чаще были установлены ЦПЭ ИПреК.

**Выводы.** При ИПреК как у пациентов с КАГ, так и НКАГ наблюдаются одновременно и КПЭ, и ЦПЭ. Сочетание СС и ДЭ у пациентов с НКАГ сопровождается урежением эффектов ИПреК.

*Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Якубов Д.М., Сохибов Р.Г.*

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить возрастную частоту и выраженность дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) во взаимосвязи с клинико-гемодинамическими показателями у пациентов артериальной гипертонией (АГ).

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты АГ, осложнённой ДЭ (n=873), госпитализированные в кардиологическое и неврологическое отделения ГМЦ №2 г. Душанбе. Составлены 2 группы: пациенты до 60 лет (n=448; 1 гр.) и старше 60 лет (n=425; 2 гр.). Изучены клинико-гемодинамические показатели: уровни АД, частота хронической сердечной недостаточности (ХСН), ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета (СД) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) при сопоставлении с возрастом и степенью ДЭ. Взаимосвязь показателей изучена по Spearman.

**Результаты.** В связи с учащением 2-3 стадий, выраженность ДЭ выше у пациентов старше 60 лет. На этом фоне у пациентов 2 группы уровни САД ( $p<0,05$ ) и ДАД ( $p>0,05$ ) выше и частота 3 степени АГ наблюдается чаще (35% и 43,1% - соответственно в 1 и 2 группах;  $p<0,02$ ). Учащение СД (25,2%), ИБС (54,4%), ОНМК (32,9%) и ХСН (94,4%) у пациентов старше 60 лет – значимое. В целом, пациенты с перенесенными ОНМК и инфарктом миокарда значимо преобладали во 2 группе (48,5%;  $p<0,01$ ).

Взаимосвязь степени ДЭ и частоты ИБС ( $r=0,768399$ ), ОНМК ( $r=0,469818$ ) – тесная, прямая; с выраженностью ХСН ( $r=0,141758$ ) – слабая, но тоже достоверная ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** ДЭ значимо чаще отмечена у пациентов старше 60 лет с АГ и у 38,8% - в выраженной степени (2-3 ст.). Фоновыми заболеваниями при ДЭ являются тяжёлая АГ, СД, ИБС, ХСН и ОНМК, которые значимо взаимосвязаны с ДЭ.

*Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н.,  
Якубов Д.М., Шербадалов А.А.*

## НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить распространённость острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и 5-летнего риска развития резистентности к антигипертензивной терапии (РкАТ) в популяции пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ).

**Материал и методы.** Объективизация когнитивных нарушений при помощи мини-теста для оценки психического состояния (MMSE) и теста для оценки визуального восприятия и зрительно-моторного слежения (ТМТ) проведена у 1029 пациентов с артериальной гипертонией (АГ), поступивших в кардиологическое и неврологическое отделения ГМЦ №2.

Выделены пациенты с ДЭ (n=873; муж. – 251, жен. – 622) и без ДЭ (n=156; муж. – 32, жен. – 124). Изучена распространённость ОНМК и ИБС (по анамнезу) и 5-летнего риска развития РкАТ [Gurta A.K. и др., 2011] с их ранжированием. Взаимосвязь показателей изучена по Spearman.

**Результаты.** ОНМК (n=256) наблюдалось чаще у мужчин (41,1% и 24,6% -соответственно у мужчин и женщин;  $p<0,0001$ ) и при 2 степени риска РкАТ (41,6%).

Возраст пациентов с ОНМК старше ( $p<0,01$ ), фоновые уровни САД и ДАД – выше ( $p<0,0001$ ), 2-3 стадия ДЭ (51,2%), ИБС (43,1%) и ХСН (88,6%) наблюдаются чаще ( $p<0,0001$ ) у пациентов с ОНМК в анамнезе, чем при его отсутствии.

Взаимосвязь тяжести ОНМК со степенью 5-летнего риска РкАТ ( $r=0,386962$ ), выраженностью ДЭ ( $r=0,328064$ ) и с выраженностью ХСН ( $r=0,434729$ ) - достоверная ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** С проявлениями ДЭ в неврологическое и кардиологическое отделения чаще поступают женщины, однако, частота перенесенных ОНМК и выраженные степени ДЭ значимо преобладают у мужчин. Факторами, взаимосвязанными с частотой и тяжестью ОНМК, являются мужской пол, высокий 5-летний риск развития РкАТ и выраженность ХСН.



*Шарипова Х.Ё., Негматова Г.М.,  
Турсункулов З.Д., Пирова Г.Д.*

## **ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить взаимосвязь гендерных стереотипов личности (ГСЛ) с факторами риска (ФР) и степенью поражения органов-мишеней (ПОМ) у пациентов с резистентной артериальной гипертонией (РАГ).

**Материал и методы.** У 80 пациентов с РАГ (возраст  $53,2 \pm 0,45$ ), у которых отсутствовало стойкое снижение АД до целевого уровня на фоне лечения тремя гипотензивными препаратами разных классов (включая диуретик), определены ГСЛ (маскулинности-феминности) по опроснику С. Бэма с расчётом основного индекса - IS. По величине IS выделены стереотипы: пациенты с андрогинным - АС (от -1 до +1), маскулинными - МС (ниже минус 1) и феминными - ФС (выше +1) стереотипами. Изучены факторы риска, влияющие на течение АГ, - вредные привычки, липидный спектр крови (общий холестерин - ОХС, триглицериды - ТГ и липопротеиды высокой плотности - ЛПВП) и ПОМ. Приверженность к лечению (ПЛ) определяли по Мориски-Грину. Взаимосвязь показателей изучена по Pearson и Spearman.

**Результаты.** РАГ чаще возникала у пациентов с: МС- на фоне депрессии (Д), избыточного употребления NaCl, курения и снижения ПЛ; ФС - на фоне Д и частых стрессов; АС-увеличения массы тела и повышении ТГ. ПОМ характеризовалось учащением высокого индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), увеличением толщины интима-медиа (ТИМ), диастолической дисфункции ЛЖ, ИБС и мозга у пациентов с МС. IS взаимосвязан с ИММЛЖ ( $r = -0,6813$ ), с ТИМ ( $r = -0,61144$ ) и Е/А ( $r = 0,2499$ ;  $p < 0,05$ ). Установлено, что наиболее оптимальным ГСЛ является АС.

**Выводы.** Маскулинный ГСЛ, вне зависимости от биологического пола, следует рассматривать как предиктор РАГ и тяжёлого течения заболевания. Относительно благоприятное течение РАГ наблюдается у пациентов с андрогинным ГСЛ.

*Шарипова Х.Ё., Султонов Х.С.,  
Негматова Г.М., Нуруллоев О.С.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА БЕЗ ДЕПРЕССИИ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель исследования.** Изучить эффективность стандартной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне мягкой и умеренной артериальной гипертензии (АГ) у мужчин среднего возраста без депрессивных расстройств.

**Материалы и методы.** Проведена оценка эффективности терапии ХСН у 38 мужчин среднего возраста без депрессии. Всем пациентам, в соответствии с проявлениями ХСН и АГ, подобрана поддерживающая стандартная терапия, согласно Российским Национальным рекомендациям. Исходно и через 24 недели терапии изучена выраженность ХСН и АГ, и структурные параметры миокарда и сосудов.

Различие показателей в динамике изучали по Т-критерию Вилкоксона; взаимосвязь показателей изучена по Spearman.

**Результаты.** На фоне терапии значительно повысилась ( $p<0,05$ ) приверженность к лечению (от  $2,3\pm 0,15$  до  $3,4\pm 0,11$ ; на 47,8%), что сопровождалось улучшением гемодинамических показателей: снижением САД ( $p<0,05$ ), выраженности ХСН по ШОКС (от  $3,0\pm 0,29$  до  $1,1\pm 0,2$ ) и как результат – снижение ФК ХСН (от 1,42 до 0,84:  $p<0,05$ ). Отмечалось снижение ИММЛЖ (от  $132,8\pm 1,5$  до  $124,6\pm 1,0$ ;  $p<0,05$ ) и повышение Е/А ( $p<0,05$ ); тенденция к уменьшению толщины интима-медиа аорты - ТИМ ( $p>0,05$ ). В динамике у 6 (15,8%) больных проявления ХСН не выявлены, а у 4 (10,5%) - выраженность ХСН была снижена. Взаимосвязь между снижением ФК ХСН и повышением приверженности лечению - сильная отрицательная ( $r=-0,70852$ ;  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Эффективность стандартной терапии ХСН и АГ у мужчин среднего возраста без депрессии – высокая: снижает уровни АД, выраженность ХСН и ИММЛЖ. Центральным звеном эффективности терапии является повышение приверженности к терапии; её взаимосвязь с выраженностью ХСН сильная и обратная.

*Шарипова Х.Ё., Султонов Х.С.,  
Турсункулов З.Д., Аминов У.Х.*

## ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить частоту хронической сердечной недостаточности (ХСН) у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией (АГ).

**Материал и методы.** У мужчин в возрасте 45 - 64 лет, средний возраст которых равен  $55,5\pm 0,33$  года (по классификации возрастов American Health Association Demographic Statistics Section), госпитализированных по поводу гипертонической болезни (ГБ) и/или ХСН ( $n=287$ ), изучена частота и уровни артериального давления (АД), выраженность ХСН. Статистическая обработка проведена с помощью прикладного пакета «Statistica 6,0».

**Результаты.** АГ разной степени была выявлена у 269 (93,7%) пациентов, а у 18 (6,3%) отмечены нормальные уровни АД, диагноз ГБ при этом был исключён. У преобладающего большинства пациентов с АГ (250/92,9%) имела место мягкая и умеренная АГ, у остальных (19/7,1%) - тяжёлая. ХСН отсутствовала у 123 (49,2%) пациентов с мягкой и умеренной АГ, а у 127 (50,8%) - выявлена ХСН разного функционального классов (ФК). У пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией ХСН 1, 2 и 3 ФК отмечено у 35,4 - 57,5 и 7,1%, а на фоне тяжёлой АГ – у 22,2 – 50,0 и 27,8% пациентов соответственно. На фоне тяжёлой АГ, ХСН выявлена у 94,7% пациентов и 3 ФК ХСН значимо чаще наблюдалась на фоне тяжёлой АГ (27,8%;  $p<0,01$ ).

**Выводы.** Мягкая и умеренная АГ отмечается у значительной части мужчин среднего возраста с АГ (92,9%). ХСН разной степени выраженности наблюдается у более половины больных пациентов с АГ. У мужчин среднего возраста с АГ частота тяжёлой её степени (7,1%) и 3 ФК ХСН (5,2%) – невысокая. Однако, при тяжёлой АГ (при сравнении с пациентами 1-2 ст. АГ), значимо чаще отмечается 3 ФК ХСН.

*Шарипова Ш.Т., Самадова Г.А., Дадабаева Б.С.*

## СКРИНИНГ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** К настоящему времени имеется значительное количество литературы о факторах риска, ведущих к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. В них говорится о важности различных профилактических мероприятий, необходимых для выявления этих факторов у человека. Скрининг является одним из таких методов первичного обследования населения.

**Цель.** Изучить скрининг по выявлению факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы в практике семейной медицинской сестры.

**Материал и методы.** Скрининг проводился во время подворового обхода населения Городского центра здоровья №1. В целевую группу (лица в возрасте 35 лет и старше) вошли 210 человек. Изучались факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, объем талии, индекс массы тела, артериальное давление, уровень глюкозы в периферической крови.

**Результаты.** 210 человек (78 мужчин и 132 женщин) составили группу риска. Большинство мужчин были возрастной группы 51-55, женщины - 41-45 лет. Анализ результатов показал: нервные стрессы были в 56,2%, малоподвижный образ жизни - в 36,2%, наследственный фактор - в 6,2% случаев. Избыточная масса тела имела у 78 (37,2%), ожирение - у 68 (32,4%) лиц, чрезмерным ожирением страдали 3 человека. У 23 человек (10,9%) впервые при 2-кратном измерении артериального давления обнаружено его повышение. Уровень глюкозы в периферической крови, по данным глюкометра, превышал норму в 2,7% случаев.

**Выводы.** Скрининг, проводимый семейной медсестрой, повышает качество медицинского обслуживания населения. Планируемый скрининг целевых групп помогает семейной медсестре выявить на ранних стадиях проблемы здоровья (до 10% синдром артериальной гипертензии, до 2% нарушение углеводного обмена).

*Шарифзода Х.С., Кадырова Д.А., Абдухамидов М.Н.*

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ВОПРОСАМ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценка качества консультирования семейными врачами пациентов с ИБС по вопросам изменения образа жизни в Городском центре здоровья № 2 г. Душанбе.

**Материал и методы.** Исследование проводилось среди 150 пациентов с ИБС в возрасте от 50 до 90 лет при одном или нескольких посещениях ими Городского центра здоровья № 2 г. Душанбе. Диагностика ИБС пациентам проводилась согласно международным руководствам и стандартам. Была разработана специальная анкета. В анкету включены вопросы, касающиеся образа жизни пациентов, такие как питание и нарушения диеты, физическая активность, вредные привычки, а также антропометрические данные (вес и рост больного). Содержание консультирования по вопросам образа жизни было классифицировано как оценка факторов риска (ФР) и дача конкретных советов. Оценка образа жизни была определена как сбор информации о повышении массы тела (ПМТ) или изменение массы тела, о режиме питания, физической активности, курении, употреблении алкоголя или изменения такого поведения. Дача советов по образу жизни была определена как дача конкретного совета или информации по этим темам.

**Результаты.** При изучении факторов риска заболевания у больных с ИБС семейные врачи выявили, что у 45,5% пациентов имеется повышение массы тела, нарушение диеты отмечалось у 76,7 %, гиподинамия - у 43,4%, гиперхолестеринемия - у 63,7% пациентов. В большинстве консультаций семейными врачами рассматривались только один или два фактора риска. Из 10 консультаций или осмотров семейными врачами только в двух или в трех случаях были затронуты темы изменения образа жизни. Наиболее распространенной комбинацией была оценка ПМТ и нарушения диеты. В большинстве случаев содержание советов по образу жизни имело весьма

общий характер. Примерами советов являются «Попробуйте сбросить массу тела», «Ограничьте употребление соли», «Больше двигайтесь» и т.д. В большинстве случаев продолжительность консультаций была короткой, а обсуждение образа жизни чаще всего носило оценку факторов риска заболевания.

**Выводы.** В менее чем половине консультаций с больными ИБС семейные врачи обсуждали вопросы образа жизни. Продолжительность консультаций, в основном, была короткой и не была выполнена в соответствии с важными принципами консультирования образа жизни.

Для повышения качества медицинской помощи больным с ИБС необходимо улучшение качества консультаций, проводимых семейными врачами, по вопросам изменения образа жизни пациентов. В этом вопросе семейные врачи нуждаются в получении соответствующей информации и обучении.

<sup>1</sup>Шепелькевич А.П., <sup>1</sup>Дыдышко Ю.В., <sup>2</sup>Салко О.Б.

## ОЦЕНКА МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеотерапии»

г. Минск, Беларусь

**Актуальность.** Согласно современным рекомендациям экспертов Американской диабетологической ассоциации, целесообразно проведение скрининга микрососудистых осложнений: диабетической дистальной полиневропатии (ДДП), диабетической ретинопатии (ДР), диабетической нефропатии (ДН) у всех пациентов с сахарным диабетом 1-го типа (СД1) при длительности заболевания от 5 лет.

**Цель.** Оценка клинико-лабораторных параметров пациентов с СД1 типа в возрасте 30-45 лет при длительности заболевания от 5 до 15 лет.

**Материал и методы.** Для статистической обработки отобраны 360 анкет пациентов с СД1, из которых 196 (54,4%) мужчины и 164 (45,6%) женщины. Средний возраст пациентов составил  $37,9 \pm 4,5$  (37,4–38,4) лет, возраст манифестации заболевания –  $28,1 \pm 6,2$  (27,5–28,8) лет, длительность заболевания –  $9,0$  (7,0–12,0) лет, значение индекса массы тела (ИМТ) –  $24,8 \pm 3,95$  (23,6–25,2) кг/м<sup>2</sup>. Пациенты заполняли опросники приверженности к контролю гликемии, по результатам которых были выделены две группы: 1-я (Гр1) – 257 (71,4%) человек – преимущественно комплаентные пациенты, 2-я (Гр2) – 103 (28,6%) человек – преимущественно не приверженные к контролю гликемии.

**Результаты.** ДДП диагностирована у 133 (36,9%) пациентов, ДР – у 78 (21,7%) пациентов, ДН – у 146 (40,6%) пациентов, при этом альбуминурия выявлялась у 137 (38,1%) человек. В целом микрососудистые осложнения диабета были установлены у 270 (75%) пациентов. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) в среднем составил  $8,37 \pm 1,83$  (8,18–8,56), при этом в Гр1 показатель был значимо ниже, чем в Гр2:  $8,20 \pm 1,83$  vs  $8,80 \pm 1,75\%$ , однако в обеих группах целевые значения достигнуты не были.

Зафиксированы достоверные различия по группам в наличии ДДП –  $33,5$  vs  $45,6\%$  ( $\chi^2=4,67$ ;  $p=0,030$ ) и любого микрососудистого осложнения –  $71,6$  vs  $83,5\%$  ( $\chi^2=5,55$ ;  $p=0,018$ ). Однако не установлены различия в группах по распространенности ДН –  $62,6$  vs  $51,5\%$  ( $\chi^2=4,67$ ;  $p=0,051$ ), альбуминурии –  $35,4$  vs  $44,7\%$  ( $\chi^2=4,67$ ;  $p=0,060$ ), ДР –  $51,4$  vs  $54,4\%$  ( $\chi^2=2,66$ ;  $p=0,102$ ).

**Выводы.** У пациентов с СД1 при длительности заболевания от 5 до 15 лет микрососудистые осложнения регистрируются в 75% случаев. Отсутствие достижения целевых значений гликированного гемоглобина ассоциировано с развитием диабетической невропатии.



<sup>1</sup>Шепелькевич А.П., <sup>2</sup>Лобашова В.Л.

## ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеотерапии»

г. Минск, Беларусь

---

**Актуальность.** Высококалорийная пища и сидячий образ жизни приводят к быстрому распространению сахарного диабета (СД) не только в развитых странах, но и в государствах с развивающейся экономикой. В основе терапии СД лежит модификация образа жизни. В то же время, необходимость пожизненного контроля потребляемой пищи увеличивает риск развития нарушений пищевого поведения у пациентов с СД.

**Цель.** Оценка риска развития расстройств пищевого поведения у пациентов с СД, получающих инсулинотерапию.

**Материал и методы.** В исследовании принял участие 141 пациент с СД, проживающих на территории Минска и Минской области. Из них 46 пациентов с СД 1-го типа (23 мужчины и 23 женщины) и 95 пациентов с СД 2-го типа (24 мужчины и 71 женщина). Все пациенты получали инсулинотерапию в схеме лечения. Средняя длительность сахарного диабета у пациентов составила  $12,28 \pm 6,3$  лет. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) было  $29,43 \pm 6,21$  кг/м<sup>2</sup>. Для исследования пищевого поведения использовали опросник пищевых предпочтений EAT-26 (адаптированную на русскоязычном пространстве версию ОПП-26). Балл по шкале от 20 и выше означает высокий риск развития расстройств пищевого поведения.

**Результаты.** По результатам анкетирования, среди пациентов с СД 1-го типа 5 (10,8%) имели балл выше порогового. Все пациенты были женского пола; ИМТ у 4 пациенток был в пределах нормальных значений (18,5-25) кг/м<sup>2</sup>, у одной пациентки ИМТ составил 39,3 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует ожирению II степени.

Среди пациентов с СД 2-го типа 31 (32,6%) пациент имел балл 20 и более, означающий риск наличия расстройств пищевого поведения. Из них 4 мужчины и 27 женщин; ИМТ у 3 пациентов соответствовал норме, у 6 пациентов - избыточной массе тела, у 10 – ожирению I степени, у 7 – ожирению II степени, у 5 – ожирению III степени.

**Выводы.** Пациенты с сахарным диабетом, получающие инсулинотерапию в схеме лечения, имеют высокий риск развития нарушений пищевого поведения.

*Шоалимова З.М., Абдалимова У.К.*

## МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней №1 Ташкентской медицинской академии  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Изучение показателей эндотелиальной дисфункции при постинфарктном кардиосклерозе, осложненном хронической сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** Обследованы 60 больных с ХСН, мужчины в возрасте от 50 до 65 лет. Все больные были рандомизированы на 2 группы по функциональному классу ХСН согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов, по результатам теста 6-минутной ходьбы и клинической оценки признаков ХСН: 1 группу составили 34 больных с II ФК, 2 группу - 26 больных с III ФК ХСН. По возрасту и сопутствующим заболеваниям больные были сопоставимы. Для изу-

чения показателей эндотелиальной дисфункции определены уровень фактора фон Виллебранда, пробы с реактивной гиперемией (РГ) и нитроглицерином (НТГ).

**Результаты.** У больных 1 группы в покое диаметр плечевой артерии составил  $4,47 \pm 0,06$  мм. В фазу реактивной гиперемии (сразу после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра ПА на 7,4%, составляя  $5,17 \pm 0,89$  мм ( $P > 0,05$ ). При проведении НТГ теста через 1 минуту после пробы наблюдалось увеличение диаметра ПА на 16,8% составляя  $5,2 \pm 0,93$  мм ( $P < 0,01$ ), а через 2 минуты этот показатель составлял  $5,52 \pm 0,90$  мм ( $P < 0,05$ ). У больных соответствующая динамика наблюдалась и по параметру скорости кровотока в ПА, которая исходно составляла  $63,84 \pm 22,1$  мм/сек. Сразу после проведения манжеточной пробы отмечалось усиление скорости кровотока в ПА на 19,8% ( $P < 0,001$ ) и на 18,6% на 60 секунде пробы.

У больных ХСН III ФК исходный диаметр составил  $3,30 \pm 0,48$  мм, что на 25,9% ниже данного показателя больных ХСН II ФК, что свидетельствует о более выраженных нарушениях функции эндотелия у этой группы больных. Измерение данного параметра сразу после пробы с РГ показало, что он увеличился 7,4% от исходного уровня, составляя  $3,97 \pm 1,054$  мм ( $P > 0,05$ ) соответственно. Изучение эндотелийнезависимой вазодилатации ПА у больных 2 группы с применением НТГ теста выявило, что на 1 минуте пробы диаметр ПА увеличился на 9,8%, составляя  $4,12 \pm 1,05$  мм, а через 2 минуты - на 14,6%, составляя  $4,45 \pm 1,05$  мм ( $P < 0,01$ ). Анализ показателей скорости кровотока в ПА также показал, что у больных 2 группы данный показатель был ниже на 14,3%, по сравнению с показателем 1 группы, и составил  $54,69 \pm 14,2$  мм/сек.

Интегральным маркером в формировании дисфункции эндотелия является активность фактора фон Виллебранда (ФФВ). У больных со II ФК ХСН отмечалась достоверное увеличение уровня ФФВ, по сравнению с показателями контрольной группы, на 40,5% и 39,9% в первой и второй группах соответственно. Исходный уровень ФФВ у больных первой и во второй группах со II ФК ХСН составил  $158 \pm 3,46\%$  и  $157,3 \pm 3,09\%$  соответственно.

У больных же III ФК ХСН этот показатель был достоверно высоким на 51,4% и 56,3% ( $P < 0,001$ ), чем в контрольной группе, составляя  $170,2 \pm 6,37\%$  и  $175,7 \pm 6,37\%$  у больных первой и второй групп соответственно. Следовательно, уровень ФФВ, определяемый в плазме крови у больных ХСН, зависит от степени функционального класса, наибольшие его величины наблюдают у больных с III ФК

**Выводы.** У больных ХСН отмечается нарушение как эндотелийзависимой, так и эндотелийнезависимой функции эндотелия, характеризующиеся уменьшением диаметра ПА и снижением скорости кровотока, а также увеличение уровня фактора фон Виллебранда, которые наиболее выражены у больных III ФК, что требует коррекции подбором медикаментозных лекарственных средств, способствующих улучшению функции эндотелия.

*Шоалимова З.М., Кимсанов М.Ш.*

## ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра внутренних болезней №1 Ташкентской медицинской академии  
г. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Изучение факторов риска, клинических и лабораторно-инструментальных особенностей инфаркта миокарда (ИМ) у лиц молодого возраста содействует установлению наиболее значимых предикторов риска развития инфаркта миокарда в данной возрастной категории.

**Цель.** Изучение факторов риска и течения инфаркта миокарда в молодом возрасте.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни пациентов в возрасте до 45 лет, находившихся в отделениях кардиореанимации и кардиологии 1 клиники Ташкентской медицинской академии по поводу ИМ в период 2015-2017 гг.

**Результаты.** При анализе обследованных респондентов средний возраст составил  $42,15 \pm 1,72$  лет, 95% мужчин и 5% женщин. Среди них 38% работали в условиях повышенной эмоциональной нагрузки, 14% были безработными. В 14 случаях (66%) не было предшествующей

шего анамнеза ИБС, у 4 (19%) – ИМ был повторным, у трех больных (11%) было стенокардия в анамнезе. Среди факторов риска ведущее значение (в 86%) имела артериальная гипертензия (АГ), в том числе у 76% неконтролируемая. В 71% выявлена избыточная масса тела, курение – у 54%, на отягощенную наследственность указывали только 18%. Сопутствующая патология была представлена патологией желудочно-кишечного тракта (19%), остеохондрозом (14%), ХОБЛ (14%). Развитию ИМ в

38% предшествовал гипертонический криз, в 11% - употребление алкоголя, в 10% - интенсивная физическая нагрузка. У всех пациентов отмечено наличие типичного коронарного болевого синдрома, у 74% - признаки резорбционно-некротического синдрома. В 62% диагностирован обширный ИМ с зубцом Q. Осложнения ИМ представлены нарушениями ритма в виде суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол у 29%, развитием аневризмы у 19%. У 62% случаев установлено наличие хронической сердечной недостаточности ФК II-III. Выявлено значимое нарушение липидного обмена у 18 больных, что составило 76%, атеросклеротическое поражение аорты (60%), сонных артерий с наличием у стенозов (50%), ангиопатия сосудов сетчатки (83%). У 80% выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, у 62% гипо- и акинезия того и или иного участка миокарда ЛЖ, у 50% - снижение фракции выброса. При ведении больных, перенесших ИМ в молодом возрасте, следует учитывать следующие – модификация факторов риска, обязательная немедикаментозная и медикаментозная коррекция АГ, активное выявление сосудистых расстройств, предотвращение развития атеросклероза.

**Выводы.** Таким образом, при анализе факторов риска и течения инфаркта миокарда в молодом возрасте наиболее значимым факторами явились артериальная гипертензия и избыточная масса тела. При ведении больных, перенесших ИМ в молодом возрасте, следует учитывать следующее: своевременное устранение модифицируемых факторов риска, обязательная немедикаментозная и медикаментозная коррекция АГ, активное выявление сосудистых расстройств, предотвращение развития атеросклероза.

*Шодиев Б.Р., Хакимова Ф.М., Ходжиев А.И., Рачабова Г.*

## КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Выявление частоты и структуры сопутствующей патологии у ревматических больных, длительно принимавших базисную терапию.

**Материал и методы.** Проанализирована медицинская документация больных, находившихся на стационарном лечении. Пролечено 342 больных с различной ревматологической патологией (107 мужчин и 235 женщин), средний возраст –  $49,1 \pm 7,4$  года.

Верификация диагнозов проводилась согласно принятым диагностическим критериям по нозологии. С высокой частотой встречались больные с остеоартрозом, ревматоидным артритом (75,2%).

**Результаты.** Среди сопутствующей патологии кардиологические заболевания диагностированы у 207 больных (60,5%), 183 из них имели артериальную гипертензию (48,5%), 118 (34,5%) страдали различными формами ишемической болезни сердца, 27 (7,8%) – хронической сердечной недостаточностью.

Важно подчеркнуть, что при сопутствующей кардиальной патологии проведение базисной терапии ревматологической больных являются проблематичным ввиду определённых противопоказаний. У 145 пациентов (42,3%) отмечена патология желудочно-кишечного тракта. Гастропатии в виде эрозивно-язвенных поражений встречались у 40 больных. При назначении НПВП-терапии необходимо учитывать наличие гастропатии.

На третьем месте в сопутствующей патологии у ревматических больных оказались нефропатии. Они выявлены у 106 пациентов (30,9%).

Последующие места среди сопутствующих заболеваний заняли: анемии (101 человек, 29,5%), сахарный диабет (40 пациентов, 11,6%), тиреотоксикоз (49 человек, 14,3%), неврологические заболевания отмечены у 35 (7,0%) больных.

**Выводы.** Таким образом, коморбидность у ревматических больных достаточно высока. При назначении базисной терапии необходимо учитывать сопутствующую патологию у ревматического контингента больных.

*Шодиев Б.Р., Шукурова С.М.*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ХОНДРОПРОТЕКТОРА «ИБРА» ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Современная ревматология рассматривает остеоартроз (ОА) как «гетерогенную группу заболеваний суставов различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими и клиническими признаками и исходом, приводящим к полной потере хряща и повреждению субхондральной кости, синовиальной оболочки, внутрисуставных связок, суставной капсулы и периартикулярных мышц». В настоящее время активно ведутся разработки новых, так называемых структурно-модифицирующих препаратов при ОА. Эта группа препаратов включена в рекомендации EULAR и международного сообщества по изучению остеоартрита (OARSI) по лечению ОА.

**Цель.** Изучение эффективности перорального хондропротектора «Ибра» (хондроитин сульфат + глюкозамин сульфат) у больных ОА.

**Материал и методы.** В исследование были включены 55 больных остеоартрозом. Женщин - 77%. Продолжительность заболевания у обследованных колебалась от 2 до 23 лет, в среднем -  $5,4 \pm 2,1$  лет. Диагноз остеоартроза верифицировался согласно диагностическим требованиям, рекомендованным Ассоциацией ревматологов России с учетом критериев R.D. Altmanna (1995) и формулировался согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), подготовленной ВОЗ (Женева, 1992). Все больные были распределены на 2 группы: 1-я - 25 больных, принимали диклофенак 75 мг в сутки; 2-я - 30 больных ОА, наряду с диклофенаком принимали препарат «Ибра» по 1 табл. 2 раза в сутки.

**Результаты.** Больные ( $n=55$ ) с верифицированным диагнозом остеоартроза проходили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследования в условиях стационара. Динамику суставного синдрома оценивали по функциональному индексу Лекена в баллах, 100-мм визуально-аналоговой шкале (ВАШ), изменениям диаметра окружности сустава, динамике УЗИ суставов.

Клиническая эффективность лечения остеоартроза оценивалась через 120 дней от начала лечения. Показатели боли по ВАШ изменились в 1 группе с 8,1 до 5,2, во 2 группе - с 8,7 до 2,4 баллов. В основной группе больных, применявших препарат «Ибра», имеется достоверное преимущество по эффективности снижения болевого синдрома и более стабильному конечному результату. Динамическое наблюдение УЗИ суставов в двух сравниваемых группах показали уменьшение синовита у больных во второй группе наблюдения.

**Выводы.** Таким образом, хондропротектор «Ибра» является перспективным препаратом для ОА, он влияет на основные механизмы развития заболевания. Его использование позволяет снизить интенсивность боли, улучшить функциональную способность пораженных суставов, уменьшить потребность в локальной терапии.



*Шодикулова Г.З., Бабамурадова З.Б., Туробов Б.Г.*

## ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Самаркандский государственный медицинский институт  
г. Самарканд, Узбекистан

---

**Актуальность.** Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) является актуальной проблемой современной медицины, в последние годы вызывает большой интерес, что обусловлено увеличением численности пациентов с данной патологией. Важным фактором в формировании осложнений является скрыто развивающаяся ишемия и гипоксия в тканях. В этих условиях может активироваться ангиогенез, который состоит из процессов пролиферации, миграции эндотелиальных клеток и формирования васкулогенеза.

**Цель.** Оценка в сыворотке крови основных маркеров диагностики и прогноза течения заболевания у пациентов с НДСТ.

**Материал и методы.** В популяционное обследование включено 68 лиц в возрасте от 15 до 28 (19,9±1,42) лет с этиологическими признаками первичного пролапса митрального клапана. Диагноз устанавливали на основании классификации Т.И. Кудриной, подтверждали данными ЭхоКГ.

У всех обследованных определяли содержание ММР-2, ММР-9, TIMP-1 и TIMP-2. В зависимости от степени регургитации все больные были разделены на 2 группы. В 1 группу обследования включили 27 пациентов с ПМК и регургитацией I степени, а во 2 группу - 41 пациента со II степенью регургитации.

**Результаты.** У пациентов 2 группы содержание ММР-2 и ММР-9 существенно превышает данные 1 группы и контроля на 9,5% ( $p<0,05$ ) – 15,9% ( $p<0,02$ ) и 8,3% ( $p<0,02$ ) - 12,8% ( $p<0,02$ ) соответственно. Следовательно, повышение экспрессии ММР-2 и ММР-9 происходит адекватно возрастанию в крови пациентов уровня содержания TIMP-2 и снижение TIMP-1. У пациентов 2 группы содержание TIMP-2, по сравнению с 1 группой и контролем, повышено на 23,6% ( $p<0,001$ ) и 35,9% ( $p<0,001$ ), а TIMP-1, наоборот, снижено на 8,2% ( $p<0,05$ ) и 13,8% ( $p<0,01$ ) соответственно.

**Выводы.** Таким образом, адекватный ангиогенез является детерминирующим фактором при формировании сосудистой патологии, маркеров про- и антиангиогенеза, сигнализирующих о дисфункции эндотелия, имеет диагностическую и прогностическую значимость, позволяет разработать тактику лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с НДСТ.

*Шодикулова Г.З., Исмоилов С., Атоев Т.Т.*

## ВЛИЯНИЕ L-АРГИНИНА НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандского государственного медицинского института  
Кафедра эндокринологии Самаркандского государственного медицинского института  
г. Самарканд, Узбекистан

---

**Актуальность.** Дисплазия соединительной ткани – наследственные нарушения соединительной ткани мультифакторной природы, объединяющие разные синдромы. Одним из ключевых механизмов развития НДСТ является дисфункция эндотелия (ДЭ).

**Цель.** Изучить влияние L-аргинина на биохимические показатели крови у больных НДСТ с различной степенью регургитации.

**Материал и методы.** В популяционное обследование включено 68 лиц, в возрасте от 15 до 28 ( $19,9 \pm 1,42$ ) лет с этиологическими признаками первичного пролапса митрального клапана (ПМК). Диагноз устанавливали на основании классификации Т.И. Кудриной, подтверждали данными ЭхоКГ. Условно больных разделили на две группы. Первую гр. (1гр). составил 31 больной, которым в течение 6 месяцев назначали курс терапии L-аргинина, 2 гр. - 37 пациентов, за которыми велось только наблюдение.

**Результаты.** В первой группе применение L-аргинина способствовало некоторому снижению высоких значений VEGF и VEGF-R2 у пациентов с 1-й степенью пролабирования клапанов. В то же время у пациентов со 2-й степенью регургитации такие изменения в уровне VEGF и VEGF-R2 носили статистически значимый характер. Так, исходно высокий уровень выше перечисленных показателей снизился в 1,25 ( $P < 0,05$ ) и 1,2 ( $P < 0,05$ ) раза, приближаясь к показателям практически здоровых лиц. По уровню ЭТ-1 с ПМК 1-й степени отмечена лишь тенденция к снижению. У больных со 2-й степенью пролапса уровень ЭТ-1 статистически значимо снизился в 1,26 ( $P < 0,05$ ) раза. Фармакотерапия 2-й степени ПМК L-аргинином способствовала более выраженной стабилизации показателей. Так, высокий уровень оксида азота статистически значимо снизился в 1,18 раза относительно исходных параметров. При этом низкая активность eNOS достоверно возросла в 1,32 ( $P < 0,05$ ) раза, а высокие значения iNOS оксида азота и пероксинитрита статистически значимо снизились в 1,31 ( $P < 0,05$ ) и 1,25 ( $P < 0,05$ ) раза, соответственно исходных параметров.

**Выводы.** Таким образом, включение в комплекс лечения пациентов НДСТ с ПМК L-аргинина привело к более выраженному корригирующему действию функции эндотелия.

*Шодикулова Г.З., Исмоилов С.М., Атоев Т.Т.*

## НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандского государственного медицинского института  
Кафедра эндокринологии Самаркандского государственного медицинского института  
г. Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на многообразные проявления НДСТ со стороны различных органов и систем, наиболее клинически значимые её проявления отмечаются со стороны сердечно-сосудистой системы. Они обусловлены изменениями соединительнотканного каркаса и клапанного аппарата сердца.

**Цель.** Изучить особенности электрокардиографических нарушений у больных с дисплазией соединительной ткани в зависимости от степени митральной регургитации

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных в возрасте от 15 до 28 ( $20,5 \pm 1,42$ ) лет с признаками первичной ПМК. Диагноз устанавливался на основании классификации Т.И. Кадриной и был подтвержден ЭхоКГ и ЭКГ исследованиями. Все больные в зависимости от степени ПМК были разделены на 2 группы: 1-я группа – 27 пациентов с ПМК 1-й степени; 2-я группа – 33 больных с ПМК 2-й степени.

У 2-5% обследованных больных была выявлена синусовая аритмия, синусовая брадикардия нами была установлена у 3% обследованных. Синусовая брадикардия и аритмия чаще отмечалась у пациентов с исходной ваготонией. Анализ различных форм экстрасистолии у обследованных нами больных с ПМК в зависимости от ее степени и выраженности регургитации показал наличие ее у 8-12% обследованных. В редких случаях (у 3,5–5,4%) обследованных больных мы наблюдали феномен преждевременного возбуждения желудочков. По данным ЭКГ, у 15,7% пациентов выявлялись изменения конечной части желудочкового комплекса. У 11 из 60 пациентов 7,9% нами была выявлена I степень нарушения реполяризации; у 10,6% случаях – II степень и у 0,3% больных – III степень нарушений реполяризации.

**Выводы.** Таким образом, клинические проявления ПМК зависят от степени нарушения клапанного аппарата и степени регургитации. Это связано с изменениями электрической проводимости и ритма сердца. В тяжелых случаях они могут определять риск развития аневризмы аорты и внезапную смерть. Раннее выявление нарушений ПМК, а также изучение механизма их развития в подростков и лиц молодого возраста позволяют проводить диспансерный учет, лечение и профилактику осложнений.

*Шоев Ф.С., Аликулов А.Г., Дадабаев Дж.У., Гулов А.М.,  
Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т.*

## **ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Анализ безопасности антиагрегантной терапии перед коронарным шунтированием в условиях искусственного кровообращения с позиции послеоперационных осложнений и выбора трансфузионно-гемостазологического обеспечения.

**Материал и методы.** В отделении кардиохирургии РНЦССХ в период 2017-2018 гг. обследованы 80 пациентов с ИБС, поступавшие в клинику для прямой реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения. Все больные в комплексе базовой терапии получали аспирин, кардиомагнил, тромбо-асс, клопидогрель, β-адреноблокаторы, нитраты, статины, ингибиторы АПФ и др. Учитывая поражение коронарного русла и функциональный класс стенокардии, больные были разделены на 2 группы. В первой группе 40 пациентов получили АСК-150 мг/сут, вторая группа из 40 пациентов после отмены дезагрегантов за 5 дней до операции получали гепарин 25000 ед/сут. В первой группе использовалась трансфузия концентрата протромбинового комплекса, под контролем тромбоэластограммы и свертываемости крови, АЧТВ, ПТВ, ПТИ, МНО, фибриноген, количество тромбоцитов, АСТ и др.

**Результаты.** В первой группе отмечено закономерное снижение показателей гемостаза и тромбоцитов в послеоперационном периоде. При трансфузии концентрата протромбинового комплекса снижение показателей МНО до значений 1,1-1,4 происходило в течение 4-5 ч, а остановка кровотечения достигалась у 80-85% пациентов. Динамическое исследование системы гемостаза ускоряет принятие решения о трансфузии концентрата протромбинового комплекса и позволяет снизить объем необходимых компонентов крови.

**Выводы.** Антиагрегантная терапия перед операцией коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения обоснована у пациентов с высокой категорией риска неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений. Предоперационная тактика и ранняя отмена дезагрегантов позволяют избежать послеоперационных геморрагических осложнений и трансфузии концентрата протромбинового комплекса.

*Шоев Ф.С., Тошпулатов У.Т., Аликулов А.Г., Джобиров Ш.И.,  
Дадабаев Дж.У., Шарипов З.Р.*

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить частоту развития послеоперационных бронхолегочных осложнений (БЛО) у кардиохирургических больных.

**Материал и методы.** В условиях отделения анестезиологии и реанимации (ОАР) РНЦССХ за 2018 год было проведено обследование 40 больных, оперированных по поводу врождённых (20) и приобретённых пороков сердца (20). В качестве активного метода лечения у всех пациентов применялась искусственная вентиляция легких (ИВЛ).

Для диагностики патологии бронхолегочной системы использовались рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, микробиологическое исследование мокроты, клинические и

биохимические анализы крови. Исходные хронические бронхолегочные заболевания имелись у 10 больных с ППС.

**Результаты.** У 15 (37,5%) больных в послеоперационном периоде отмечались бронхолегочные осложнения: трахеиты выявлены у 8 (20%), бронхиты – у 2 (5%), пневмонии - у 3 (7,5%), ларингит (стридор) - у 2 (5%). Отмечена прямая зависимость частоты развития БЛО от дыхательной недостаточности (ДН) и продолжительности ИВЛ. Всем больным ИВЛ проводилась во время операции и послеоперационном периоде в течение первых 1-2 суток. У больных с исходной ДН и ИВЛ свыше 3 суток в последующем развивалось БЛО. При длительности ИВЛ более 3 дней БЛО отмечены у 70% больных, а при ИВЛ более 4 дней БЛО развивались у 90% больных. При этом замечено, что ИВЛ, проводимая через трахеостому и накладываемая, как правило, на 6-7 сутки, вызывала БЛО реже, чем ИВЛ, проводимая через интубационную трубку.

**Выводы.** Инфекционные бронхолегочные осложнения развились в послеоперационном периоде у 15 (37,5%) больных. Исходные нарушения дыхания и ДН, требующие ИВЛ в течение более чем двое суток, заканчивались БЛО у 80% больных, ИВЛ более 4 дней приводила к развитию пневмонии у 3% (3,7) пациентов. Снижение частоты развития инфекционных БЛО при ИВЛ через трахеостому свидетельствует о необходимости наложения трахеостомы в более ранние сроки.

*Шокиров Ч.Ф., Раҷабов Ч.В., Холова С.Ф., Ҷонова Б.Ю.*

## НАҚШИ ТАБИБОНИ ОИЛАВӢ НИСБАТИ ДАРӢФТИ БЕМОРИҲО ВА НАЗОРАТИ ОНҲО

МД “Маркази чумхуриявӣ таълимию клиникаи тибби оилавӣ”

Шуъбаи байниноҳиявӣ таълимию клиникаи тибби оилавӣ шаҳри Истаравшани вилояти Сугд, Чумхурии Тоҷикистон

Яке аз самтҳои афзалиятноки асосии ислоҳоти соҳаи тандурустии Чумхурии Тоҷикистон, ки дар асоси «Нақшаи стратегии рушди кумаки аввалияи тиббию санитарӣ аз рӯи принсипи тибби оилавӣ дар Чумхурии Тоҷикистон барои солҳои 2016-2020» бармеояд, ин рушди хизматрасониҳои сифатноки тиббӣ ба аҳоли мебошад.

**Мақсад.** Таҳлили нишондодҳои асосии фаъолияти табибони тибби оилавӣ шаҳри Истаравшан дар соли 2018.

**Мавод ва усулҳои тадқиқотӣ.** Барои таҳлили фаъолияти табибони оилавӣ шаҳри Истаравшан ҳуҷҷатҳои тиббии шабакаи муассисаҳои КАТС-и Истаравшан дар соли 2018 дида баромада шудаанд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.** Таҳлилҳо нишон додан, ки аз ҷониби табибони оилавӣ дар соли 2018 605664 нафар мизочон қабул ва дар хона муоина карда шудааст, аз ҷумла беморон 89725 муоина карда шудааст, аз инҳо бори аввал беморони дарёфт шуда 3045 нафар, ки қисми таркибии онро бемориҳои роҳи нафас 623, бемории фишорбаландӣ ва бемориҳои ишемиявӣ дил - 263, бемории сил - 5нафар, ҳепатити «В» ва «С» - 240 нафар, ҳепатити «А»-106 нафар, бемориҳои узвҳои ҳозима-452, бемориҳои омосӣ - 447, диабетии қанд-285, нуқсонии модарзодӣ – 4 нафар, бемориҳои тарбодӣ - 26 нафар ва баромади модарзодии рон-37 нафар ро ташкил медиҳад. Ҷамҷунин, оиди нишондодҳо оиди назорати ҳомиладорон дар соли 2018 нисбати соли 2017 чунин будаанд: ба қайдгирии ҳомиладорон то 12 ҳафта аз 76,5% то 98,8% боло рафт ва дарёфти фишорбаландии гестационӣ аз 56,5% то 87,9% тадриҷан зиёд шуд. Камхунӣ дар байни ҳомиладорон ва табобати камхунӣ аз 64,2 то 91,3% зиёд шуд. Нақшаи иҷроиши эмкунии кӯдакон 99,4% - ро ташкил менамояд.

**Хулоса.** Нақши табибони оилавӣ барои дарёфти беморӣ, табобат, назорат ва пешгирии бемори бузург аст. Табибони оилавӣ барои рушди кумаки аввалияи тиббию санитарӣ нақши калидиро мебозанд. Аммо нишондодҳои саломатии аҳоли ҳоло низ дар сатҳи паст қарор дорад. Аз ин лиҳоз, барои беҳтар намудани сифати хизматрасониҳои тиббӣ ба аҳоли мутахассисони тибби оилавӣ бояд дониш ва малакаҳои касбии худро мутаасил мукамал намоянд.



*Шолкова М.В., Доценко Э.А., Бураков И.И.*

## **ШКАЛЫ SCORE И BODE: ОЦЕНКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Беларусь

---

**Актуальность.** Коморбидность между хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и сердечно-сосудистыми заболеваниями приводит к повышению кардиоваскулярного риска. Статины относятся к препаратам выбора при лечении дислипидемии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель.** Оценить динамику сердечно-сосудистого и респираторного рисков у пациентов с ХОБЛ при приеме аторвастатина.

**Материал и методы.** В исследование было включено 75 пациентов с ХОБЛ в сочетании с гиперлипидемией. Пациенты были разделены на две группы. В группе 1 (группа вмешательства, n=30) в дополнение к стандартной терапии назначался аторвастатин в дозе 20 мг в сутки. В группе 2 (группа сравнения, n=45) пациенты получали только стандартное лечение ХОБЛ. Изучалась динамика уровня липидов, функции внешнего дыхания (ФВД), теста шестиминутной ходьбы (ШМТ), уровней сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE и респираторного риска по шкале BODE. Наблюдение над пациентами велось на протяжении 24 недель.

**Результаты.** Через 24 недели в группе 1 уровень общего холестерина снизился с 6,2 ммоль/л до 4,6 ммоль/л,  $p=0,036$ , холестерина липопротеинов низкой плотности - с 3,5 ммоль/л до 2,5 ммоль/л,  $p=0,039$ , триглицеридов - с 1,7 ммоль/л до 1,0 ммоль/л,  $p=0,027$ . Также в группе 1 было отмечено улучшение показателей ФВД и переносимости физической нагрузки по результатам ШМТ. Сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE в группе 1 снизился с 12,0% [5,0; 15,0], до 8,5% [4,5; 15,0] через 24 недели ( $p=0,005$ ), в группе 2 достоверно не изменился. Респираторный риск по шкале BODE в группе 1 снизился с 2,5 [1,0; 4,0] до 1,0 [0; 3,0] баллов ( $p=0,017$ ).

**Выводы.** Применение аторвастатина у пациентов с ХОБЛ приводит не только к снижению сердечно-сосудистого, но и респираторного риска по шкале BODE.

*Шукуров Б.М., Кравцов В.И., Уфимцев В.С.,  
Алейникова Е.С., Семилетова Г.В.*

## **МАТЕМАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ВИЗУАЛИЗАЦИИ CLEAR STENT КАК МЕТОД УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ**

Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград, Россия

---

**Цель.** Определить эффективность математической системы визуализации ангиографического изображения clear stent для оптимизации имплантации стентов при выполнении рентгеноэндоваскулярных вмешательств на коронарных сосудах.

Система математической визуализации clear stent (фирма Siemens) путем виртуального наложения ангиографического изображения коронарного сосуда в месте имплантации стента и рентгенологического изображения самого стента позволяет четко определить место имплантации, степень расправления и наличие деформаций структур стента, его прилегание к стенкам коронарного сосуда и т.д.

Система цифровой визуализации clear stent использовалась нами при выполнении 240 коронарных вмешательств у больных ИБС. Возраст больных колебался от 52-х до 85 лет. Основная масса больных была мужского пола (200).

Имплантировались коронарные кобальт хромовые стенты диаметром от 2,5-3,0 мм длиной 15-20 мм. В основном (95%) морфология стенозов была не тяжелой

Сравнивали рутинную рентгеноангиографическую коронарографию после имплантации стента и изображение стентированного сегмента, полученное с использованием системы clear stent.

В 212 стентированных сегментах результаты рутинной коронарной ангиографии показали оптимальный результат стентирования (по прилеганию к стенкам сосуда, расположению стента и адекватности по геометрии сосуда) и совпали с результатами анализа системой цифровой визуализации clear stent.

В 28 сегментах использование рутинной коронарографии показало оптимальный результат стентирования. Однако, после анализа изображения полученного с помощью системы clear stent, было выявлено неплотное прилегание стента к стенкам коронарного сосуда. Эти находки в 20 случаях потребовали дополнительное раздувание баллонного катетера с большим давлением, а в 8 использование баллонного катетера большего диаметра. Дополнительные манипуляции привели к оптимальному стентированию по всем оцениваемым показателям. Анализ непосредственных и отдаленных результатов в этой группе больных (6 мес.) показал отсутствие рестенозов как клинически, так и по данным коронарографии (20 наблюдений).

**Выводы.** Опыт применения математической системы визуализации clear stent является эффективным методом интраоперационного контроля при имплантации коронарных стентов, позволяет оперативно исправлять ошибки при выполнении коронарных вмешательств и является дополнительным методом визуализации помогающим улучшить результаты вмешательств.

*Шукуров Б.М., Кравцов В.И., Уфимцев В.С., Дробкова Е.М., Шагина Е.С.*

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕНТОВ С НЕЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград, Россия

---

**Актуальность.** Известно, что в условиях острого коронарного синдрома и нейрогуморального стресса, связанного с этим, реакция сосудистой стенки на стент и его покрытие может быть непредсказуема. Возможны реакции гипервоспаления, гиперкоагуляции, тромбоза, гиперплазии интимы и др. которые обусловлены в том числе и реакцией на инородное тело (стент и его покрытие).

Покрытие PROBIO состоит из аморфного сплава карбида кремния, которое инкапсулирует стент, сводя к минимуму взаимодействие между металлом стента и окружающей тканью, создает препятствие для выделения ионов, формирует поверхность, уменьшающую агрегацию тромбоцитов и облегчающую процесс эндотелизации.

Эти качества, на наш взгляд, особо важны в условиях коронарного гуморально-гемодинамического стресса, сопутствующего ОКС.

**Цель.** Определить клиническую эффективность и возможность использования стентов с покрытием PROBIO при лечении больных с острым коронарным синдромом.

**Материал и методы.** Для определения клинических результатов использования стентов Pro Kinetik (Biotronik, Германия) с нелекарственным покрытием PROBIO были проанализированы результаты стентирования коронарных артерий у 150 больных, поступивших в сроки от 3-х до 24 часов от начала заболевания. Возраст варьировал от 45 лет до 81 года. Большинство были мужского пола (76%). Преваляровали больные с нестабильной стенокардией (63%). ОИМ с подъемом ST - 17%, без подъема ST - 20%. Однососудистые поражения наблюдались у 40%, многососудистые - у 60% больных. Выполнялось стентирование симптомзависимой артерии в

78% случаев, двух артерий - в 20%, трёх и более - в 2%. Все вмешательства выполнены без технических сложностей, интраоперационных осложнений не наблюдали. Клинические результаты оценивались по данным клинических и инструментальных данных.

**Результаты.** 25 больным в сроки до 6 месяцев была выполнена повторная коронарография. Анализ полученных данных показал положительный результат использования стентов Pro Kinetik при остром коронарном синдроме у 97% больных до месяца и 93% - в течение 6 месяцев наблюдений. Коронарография в послеоперационный период показала наличие признаков рестеноза в двух стентах, имплантированных в ПМЖВ при ОИМ. Тромбозов стента в период наблюдения не было.

**Выводы.** Таким образом, опыт использования стентов с нелекарственным покрытием ProBio показал высокую эффективность и безопасность применения при остром коронарном синдроме.

*Шукуров С.Г., Бандаев И.С., Раупов Ф.О., Карахонова Г.Т.*

## ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Раштский межрайонный учебный отдел  
ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»  
Раштский район, Таджикистан

---

**Цель.** Изучить эффективность просветительной работы семейного врача и семейной медицинской сестры в профилактике туберкулеза среди трудовых мигрантов.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 80 трудовых мигрантов в возрасте от 18 до 40 лет, проживающих на территории Раштского района, до и после просветительных мероприятий, проведенных со стороны семейных врачей и семейных медсестер. Семейные врачи и семейные медсестры проводили просветительную работу среди трудовых мигрантов путем разъяснительных бесед, консультаций с использованием информационно-образовательных материалов (ИОМ) – брошюр, буклетов и статей о путях передачи туберкулеза, методах и способах профилактики данной болезни.

**Результаты.** Результаты, полученные при письменном опросе трудовых мигрантов, показали, что 46% опрошенных имеют информацию о том, что туберкулёз имеет негативные последствия, но при этом большинство из них не имеют четких представлений о путях передачи, методах и способах профилактики данного заболевания. После проведения разъяснительных бесед с использованием ИОМ количество знающих о путях передачи и профилактике туберкулёза, негативных последствиях заболевания достигло 88%. Кроме того, молодые люди в анкетах отметили, что полученную информацию распространят среди своих друзей и родственников.

Анализ официальных статистических данных Республиканского центра по борьбе с туберкулезом среди населения Раштского района показывает, что в районе в 2018 году зарегистрировано 90 (взрослые и дети) новых случаев туберкулеза (2012 г. - 55 случаев), из них трудовые мигранты - 25 (27,7%). Для достижения целей «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010- 2020 годы» работникам здравоохранения службы ПМСП необходимо усилить практическую настороженность относительно туберкулёза и принимать адекватные практические меры против данного заболевания на всех уровнях своей деятельности. Результаты нашего исследования показывают, что знания трудовых мигрантов о путях передачи, профилактике и негативных последствиях туберкулёза в Раштском районе остаются низкими. Просветительная работа семейного врача о путях передачи, профилактике туберкулёза и негативных последствиях данной инфекции повышает информированность населения.

**Выводы.** Семейным врачам следует широко использовать просветительную работу для профилактики туберкулёза среди населения, особенно среди трудовых мигрантов.

*Шукурова С.М., Ахунова М.Ф., Ходжиев А.И.*

## ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЖАЛОБ В ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Отсутствие достоверных данных по распространенности ревматических заболеваний с суставным синдромом на территории Республики Таджикистан, расхождение в статистических цифрах и ощутимый рост регистрации запущенных форм этих болезней явилось основанием для проведения анализа суставного синдрома на примере медицинских учреждений города Гафурова северной области республики.

**Цель.** Изучить характер и частоту ревматических жалоб и особенности клинических проявлений заболеваний суставов у взрослого населения.

**Материал и методы.** В статье приведены данные скрининга (n-3000) взрослого населения, прикрепленного территориально к медицинским учреждениям города Гафурова, за период 2011-2012 гг., а также анализ медицинской документации больных поликлиник, стационаров города и районов (n-309) у которых наблюдались жалобы ревматического характера (на этапе скрининга населения).

**Результаты.** Установлено, что артралгии в коленных и/или тазобедренных суставах наблюдались у 48,3% городского и 61,5% населения сельской местности. При этом наблюдалась полная корреляционная связь артралгий и возраста. На вопросы анкеты о наличии припухания суставов положительно ответили 23,3% жителей города и 27,3% сельского населения. Представлена поло-возрастная характеристика: из общего количества больных женщины составляют большинство, при этом для каждой отдельной нозологии свойственна половая избирательность.

Установлена структура ревматических заболеваний у лиц, обратившихся с суставными жалобами. Среди них преобладают больные с остеоартрозом и ревматоидным артритом. Характер и локализация суставного синдрома имела свои особенности от вида РЗ, пола и возраста.

**Выводы.** Скринирующий этап исследования взрослого населения продемонстрировал масштабы проблемы патологии суставов и выявил характерные ревматические жалобы - боли в суставах (артралгии) и припухание, что в большинстве случаев позволяют заподозрить ревматическое заболевание.

*Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Холов С.С., Холиков Р.В.*

## СТРУКТУРА И ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

НМЦ РТ «Шифобахш»

г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести ретроспективный анализ историй болезни и оценить клиническую характеристику ревматических заболеваний.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 600 историй болезни больных ревматологического отделения НМЦ РТ за период 2014-2016 гг.

**Результаты.** Выявлено, что ведущее место в структуре ревматических заболеваний по-прежнему занимают ревматоидный артрит и остеоартроз, удельный вес которых составляет 59,2% и



48,7% соответственно. За изучаемый период отмечается рост больных системной склеродермией (6,8%), системной красной волчанкой (СКВ) (5,6%), болезнью Бехчета (3,9%), реактивными артритами (4,8%), подагрой (2,8%), системными васкулитами (2,7%). Чаще стали обращаться больные не в острой (ОРЛ), а в стадии хронической ревматической болезни сердца с формированием пороков сердца средний возраст был 32 года. Изменилась также клиническая картина ревматических заболеваний. Лихорадка, септические состояния и висцеральные поражения стали чаще регистрироваться у больных ревматоидным артритом. Трудности в диагностике встречаются при системных васкулитах, чаще узелковом периартериите. Разнообразие симптоматики, вовлечение в процесс периферической нервной системы, отсутствие в дебюте привычных узелков по ходу сосудов приводят к запоздалой диагностике. Течение современной подагры характеризуется учащением компонентов метаболического синдрома: артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия. Изменилась симптоматика и СКВ. Все чаще в дебюте преобладают лихорадка, полиартрит, артериальная гипертензия, панцитопения.

**Выводы.** Выявленные изменения в структуре ревматических заболеваний и особенности течения послужат стимулом для своевременной диагностики, лечения и профилактики ревматических заболеваний в Республике Таджикистан.

*Шукурова С.М., Раджабова Г.М., Файзалиев Р.Х.*

## КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Актуальность.** Проблеме коморбидности ишемической болезни сердца (ИБС) ввиду высокой социальной значимости сегодня уделяется повышенное внимание. Современная кардиология изучает проблему персонализации подходов в контексте интеграции множества хронических заболеваний, а также с учетом гендерных особенностей.

**Цель.** Изучить коморбидные состояния у больных ИБС с учетом пола.

**Материал и методы.** В исследование включены данные 218 пациентов с ИБС, обследованных в кардио-реанимационном отделении МИ «Истиклол» в 2018 году. Мужчин 148 (возраст 58 [54; 64] лет); женщин 70 (возраст [57; 69] лет). Верификация диагноза поставлена на основании разработанной рекомендации.

Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-инструментальное и биохимическое обследование, включая сахар, мочевую кислоту, липиды, ЭКГ, ЭхоКГ и 15 больным по показаниям проведена коронароангиография. Дополнительно проводился расчет индекса коморбидности (индекс Чарлсона).

**Результаты.** Анализ коморбидной патологии показал, что нарушение углеводного обмена, заболевание щитовидной железы, варикозная болезнь и бронхиальная астма чаще выявлялись у лиц женского пола ( $P < 0,05$ ). Мочекаменная болезнь, ХОБЛ, хронические гепатиты чаще выявлялись у мужчин ( $P = 0,028$ ). При расчете индекса коморбидности значимых групповых различий выявлено не было ( $P > 0,05$ ), однако преобладание среднего уровня коморбидной патологии у женщин составило 68% против 70,4% мужчин.

При оценке наличия хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечено, что у мужчин преобладали I-II функциональные классы (ФК) стенокардии I стадия ХСН, а у женщин, наоборот, более тяжелые III-IV ФК стенокардии и II стадия ХСН ( $P < 0,001$ ). Женщины чаще мужчин страдали артериальной гипертензией (79,7%) и фибрилляцией предсердий (33,8%). При этом атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей преобладало среди мужчин (39,1%).

**Выводы.** Выявление коморбидной патологии у больных ИБС с учетом половых особенностей целесообразно для проведения в дальнейшем лечебно-профилактических особенностей.

Шукурова С.М., Хамроева З.Д.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время активно ведутся разработки новых, так называемых структурно-модифицирующих препаратов при остеоартрозе (ОА). Эта группа препаратов включена в рекомендации EULAR и международного сообщества по изучению остеоартрита (OARSI) по лечению ОА.

**Цель.** Оценить эффективность мукосата (хондроитин сульфат) у больных ОА.

**Материал и методы.** Источником информации явились результаты лечения 120 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном наблюдении по поводу ОА различной локализации. Диагноз ОА верифицирован согласно диагностическим критериям ассоциации ревматологов России с учетом критериев R.D. Altmana (1995). Стадию ОА устанавливали на основании клинико-рентгенологических данных. Исследовали функциональное состояние опорно-двигательного аппарата.

**Результаты.** Из общего числа (n=120) включённых в исследование больных первичным ОА женщины составили 72,5% (n=87), мужчин 27,5%(n=33). Продолжительность заболевания у обследованных колебалась от 2 до 35 лет, в среднем-6,4±2,6лет. В контрольной группе в количестве n=75 (из 120) человек в качестве симптоматических препаратов замедленного действия использовались пероральные формы ХС различных производителей в дозе 800-1000 мг в сутки. В основной группе, насчитывающей n=45 больных, использовался «Мукосат» как внутримышечная форма препарата. Применение ХС у всех больных на первом этапе сочеталась с применением нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 2-х недель. На втором этапе лечения, после купирования острого воспаления, проводилась мототерапия хондроитином до двух месяцев.

Клиническая эффективность лечения остеоартроза оценивалась 120 дней от начала лечения. Показатели боли изменились в контрольной группе с 8,8 до 5,9 в основной группе – от 8,6 до 3,1 баллов. В контрольной на 3-4 неделе отмечается усиление боли, обусловленное отменой нестероидных противовоспалительных препаратов, на 10-12 неделе усиление боли связано с окончанием курса лечения препаратами. В основной группе больных, применявших препарат «Мукосат», имеется достоверное преимущество по эффективности снижения болевого синдрома и более стабильному конечному результату.

При опросе в ходе лечения у 4 (3,8) пациентов из контрольной группы отмечались легкие побочные эффекты в виде диспепсических явлений (метеоризм - 1, боль в эпигастрии - 1, тошнота - 2), у 3 - аллергические реакции в виде крапивницы. В основной группе больных, принимавших препарат «Мукосат», побочные явления наблюдались в 3,5 раза реже. Местных осложнений при внутримышечном введении не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, мукосат (ХС), несомненно, является перспективным препаратом для ОА, он влияет на основные механизмы развития заболевания. Его использование позволяет снизить интенсивность боли, улучшить функциональную способность пораженных суставов, уменьшить потребность в НПВП, возможно, и замедлить прогрессирование болезни.

Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Гиёсиев И.К., Кабиров Р.Х.

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Актуальность.** Состояние больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) во многом определяется объемом и глубиной поражения, уровнем коронарного и миокардиального резервов, нарушениями в проводящей системе сердца и наличием эпизодов аритмий. Кроме этого, немаловажное значение придается определению состояния вегетативной нервной системы, а именно ее основных звеньев - симпатической и парасимпатической (СНС и ПСНС), опосредовано воздействующих на большинство основных функций миокарда.

**Цель.** Изучить вариабельность сердечного ритма и состояние сердечно-сосудистой системы у больных острым инфарктом миокарда

**Материал и методы.** Обследовано 56 больных крупноочаговым ИМ, давностью 1-4 месяца (31 мужчина и 25 женщин) в возрасте 35-70 лет. Всем обследованным для уточнения функционального состояния организма провели велоэргометрию (ВЭМ) и холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) определялась на коротких минутных интервалах в состоянии покоя.

**Результаты.** При проведении ЭКГ рубцовые изменения локализовались у 35 (62,5%) обследованных на передней стенке левого желудочка (ЛЖ), у 21 (37,5%) - на задней стенке ЛЖ, у остальных пациентов отмечалось комбинированное поражение миокарда. Трансмуральные повреждения имели место у 38 (67,8%) обследованных. Нагрузочные пробы (ВЭМ) доведены до положительных диагностических критериев у 68 (79,1%) больных. У остальных 26 пациентов ВЭМ оказалась отрицательной. Проявление хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса (ФК) имело место у 16 (28,5%), II ФК - у 18 (32,1%), III ФК - у 22 (39,2%). По данным эхокардиографии, снижение фракции выброса ниже нормы имело место у 38 (67,8%) больных. Анализ результатов ХМ по степени снижения коронарного резерва в целом соответствовал ВЭМ. Наличие эпизодов аритмий выявлено у 80 (93%) обследованных. При этом изолированные суправентрикулярные нарушения ритма отмечены у 11 (13,75%) больных, только желудочковые аритмии - у 21 (26,25%), у остальных 48 обследованных имелись комбинированные нарушения. Обращает на себя внимание, что у 14 (17,5%) пациентов желудочковые нарушения ритма проявлялись опасными формами в виде политопных, парных или групповых экстрасистол, а у 4 больных при ХМ выявлены эпизоды коротких «пробежек» желудочковой тахикардии.

У 39 (80,2%) больных ИМ отмечено преобладание активности ПСНС, что проявлялось увеличением значений показателей RMSSD, мощности HF и уменьшением отношения LF/HF. У остальных 17 (19,8%) обследованных выявлено повышение тонууса СНС, что не характерно для данного временного периода ИМ. Примечательно, что только у этой группы обследованных в 4 случаях отмечено снижение рNN50 до 2,1-3,8%, что свидетельствует о возможности развития опасных для жизни аритмий. Кроме этого, не выявлено существенных различий в преобладании активности СНС и ПСНС в зависимости от локализации и объема поражения ЛЖ, определяемых при временном анализе ВСР. Вместе с тем, мощность волн в диапазоне VLF оказалась достоверно выше у больных с передним ИМ ( $1180 \pm 120 \text{ мс}^2$ ), чем с задним и нижним ИМ ( $648 \pm 94 \text{ мс}^2$ ;  $p < 0,001$ ) и при объеме поражения  $< 10\%$  ( $980 \pm 106 \text{ мс}^2$ ), чем при объеме  $> 30\%$  ( $364 \pm 72 \text{ мс}^2$ ;  $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что в целом мощность волн VLF во всех случаях оказалась существенно ниже описанных в литературе ( $941 \pm 124 \text{ мс}^2$ ), что, возможно, связано с особенностями применяемых математических методов анализа. У лиц со скрытой миокардиальной недостаточностью, несмотря на преобладание активности ПСНС, у 29 больных показатель рNN50 оказался несколько ниже ( $6,1 \pm 0,4\%$ ), чем у больных без признаков сердечной недостаточности ( $7,4 \pm 0,4\%$ ;  $p < 0,05$ ). Такие же различия получены у больных с желудочковыми и суправентрикулярными аритмиями (соответственно  $4,1 \pm 0,5$  и  $6,8 \pm 0,4\%$ ;  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Изучение ВСР позволяет существенно дополнить информацию о состоянии организма у лиц, перенесших ОИМ. При этом целесообразно одновременное проведение временного и спектрального анализов для уточнения характера патологии, определения степени ее выраженности и опасности развития возможных осложнений.

*Элтаназаров М.Д., Джураев Ш.М., Мухамедова М.А., Тохиров Ф.С.*

## СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить возможности суточного мониторирования ЭКГ для выявления ишемии миокарда у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) и контроля эффективности антиангинальной терапии.

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных с ОКСбпST в возрасте 36-69 лет ( $49,8 \pm 4,8$ ) без клинических проявлений сердечной недостаточности. Всем больным проводили подбор антиангинальных препаратов методом парных велоэргометрий и курсовое лечение с повторной записью суточного мониторирования ЭКГ к концу лечения. Применялись препараты: метопролол в качестве монотерапии и в комбинации с ИАПФ эналаприлом, а также триметазидином.

**Результаты.** Анализ результатов суточного мониторирования ЭКГ позволил выявить ряд различий между группами. Общее количество эпизодов смещения сегмента ST за сутки в обследуемой группе было больше на 31,1% (соответственно  $18,2 \pm 1,4$  и  $13,3 \pm 0,8$ ), количество болевых эпизодов ишемии миокарда также было достоверно больше на 34,4%, чем болевых ( $12,2 \pm 0,6$  и  $7,8 \pm 0,2$ ;  $p < 0,05$ ), суммарная продолжительность всех эпизодов ишемии миокарда за сутки в обследуемой группе ( $54,6 \pm 3,6$  мин.) также была достоверно больше на 36,8%, чем в контрольной ( $32,4 \pm 2,6$  мин.;  $p < 0,05$ ). Выявленные различия объясняется тем, что у больных основной группы, помимо болевых ишемических эпизодов (приступов классической стенокардии), регистрировались эпизоды безболевой ишемии миокарда (БИМ), причем на долю БИМ приходилось не менее 50% от общего суточного количества эпизодов смещения ST, в среднем  $52,4 \pm 3,2\%$ .

Влияние небиволола на безболевую ишемию миокарда имело свои особенности. При суточном мониторировании ЭКГ выявлено, что под влиянием препарата наблюдалось достоверное уменьшение количества БИМ на 59,7% (в среднем от 7 до 3 эпизодов,  $p < 0,001$ ) и длительности на 19,6% ( $5,1 \pm 1,3$  мин. и  $4,1 \pm 1,1$  мин.) преимущественно безболевых эпизодов, причем к концу 6-недельного лечения у данных больных изменилось в сторону преобладания болевых эпизодов ишемии миокарда. В отношении болевых эпизодов ишемии миокарда обнаружено, достоверное снижение их количества за сутки на 42% (от  $6,8 \pm 0,6$  до лечения до  $4,2 \pm 0,4$  после монотерапии триметазидином). Суточное мониторирование ЭКГ после комбинированного лечения метопрололом и триметазидином показало значительное снижение частоты эпизодов ишемии миокарда, чем при монотерапии метопрололом, но меньше, чем при лечении триметазидином и эналаприлом. Комбинация метопролола и триметазидина у больных ОКСбпST в большей степени влияла на болевую ишемию миокарда, чем на БИМ.

**Выводы.** Суточное мониторирование ЭКГ является наиболее достоверным и доступным для широкого использования при диагностике и подборе лечения при ОКСбпST. Метопролол в большей степени влияет на болевую ишемию миокарда, чем на безболевую, но в комбинации с триметазидином позволяет значительно усилить эффективность  $\beta$ -адреноблокаторов в отношении безболевой ишемии миокарда. Комбинация эналаприла с метопрололом и триметазидином существенно усиливает их антиишемический и антиангинальный эффекты, снижает частоту возникновения побочных эффектов и предотвращает развитие толерантности к препаратам.

*Элтаназаров М.Д., Джурраев Ш.М., Саиджонов П.А., Давлатов Б.М.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Изучить эффективность применения метаболических препаратов на экстракардиальную регуляцию и вариабельность сердечного ритма у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПST).

**Материал и методы.** В исследование включены 105 больных (60 мужчин и 45 женщин, средний возраст  $58 \pm 9,5$  лет) ОКСПST с левожелудочковой недостаточностью (по Killip II-III), поступивших в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. ОКСПST диагностировался по критериям ВОЗ (2007).



Базовым измеряемым параметром является длительность интервала R-R (R-R-кардиоинтервала). Для регистрации R-R-интервалов проводилась 10-минутная запись ЭКГ пациента, с наложением электродов по схеме первого стандартного отведения. Выделение последовательности R-Ri и последующую обработку данных проводили цифровым методом on line по компьютерной программе и методике, разработанной Российским центром фундаментальных и прикладных исследований для медицины СПбГУ. Проводили анализ длительности и характера R-R-кардиоинтервала и результаты компьютерной обработки.

**Результаты.** Анализ эффективности левокарнитина и милдроната проведен по показателям степени интеграции связей экстракардиальной регуляции (ЭКР) со стороны ЦНС (степень интеграции устойчивости регуляции сердечного ритма -  $\beta$ ), вариабельности сердечного ритма - ВСР ( $\delta$ ) и состояния вегетативного равновесия. Эти подгруппы при поступлении существенно не отличались друг от друга по показателям  $\beta$  и  $\delta$ , полу, возрасту, локализации инфарктирования, по глубине поражения миокарда, характеру течения болезни, по данным инструментального анализа (ЭхоКГ, ЭКГ) и сопутствующей патологии.

На фоне стандартной терапии ОКСПСТ показатели степени интеграции системных связей ЭКР ( $\beta$ ) и ВСР ( $\delta$ ) во всех подгруппах (ПП, ВТ, ТП) до лечения метаболическими препаратами оставались относительно низкими. ПП→  $\beta=0,36\pm 0,07$ ,  $\delta=0,18\pm 0,06$  мс; ВП→  $\beta=0,37\pm 0,08$ ,  $\delta=0,19\pm 0,07$  мс; ТП→  $\beta=0,38\pm 0,06$ ,  $\delta=0,20\pm 0,04$  мс; в норме  $\beta=0,95\pm 0,12$  отн.ед. и  $\delta=1,0\pm 0,2$  мс. Это говорит в пользу стойкого уменьшения (дезинтеграции) интеграции системных связей ЭКР со стороны ЦНС и снижении ВСР. Одновременно во всех подгруппах наблюдалось повышение Сунч (ПП= $0,68\pm 0,06$ , ВП= $0,64\pm 0,04$ , ТП= $0,66\pm 0,06$ ) симпатической активации (Снч, ПП= $0,48\pm 0,06$ ., ВП= $0,47\pm 0,04$ , ТП= $0,47\pm 0,06$ ) и индекса вегетативного баланса (ИВБ), ПП= $4,8\pm 0,08$ , ВП= $4,5\pm 0,06$ , ТП= $4,7\pm 0,08$ ). В норме Сунч= $0,48\pm 0,04$  отн.ед., Снч= $0,30\pm 0,02$  отн.ед., ИВБ= $2,3\pm 0,4$  отн.ед.

**Выводы.** Результаты стационарного этапа лечения больных ОКСПСТ с левожелудочковой недостаточностью показывает, что применение метаболических препаратов не только задерживает процесс углубления ишемии, ускоряет энергообеспечение клеток, повышает ВСР, препятствует развитию аритмий, но и, в свою очередь, предотвращает нарушение взаимосвязи между центральной регуляцией сердечного ритма, интракардиальной кардиорецепцией и снижает летальность. Применение метаболических препаратов у больных ОКСПСТ способствует улучшению адаптации больных к физической нагрузке, снижает риск летального исхода, ускоряет темп расширения двигательного режима на стационарном этапе реабилитации.

*Элтаназаров М.Д., Джурсаев Ш.М., Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З.*

## ЖИЗНЕОПАСНЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** На основании анализа экстракардиальной регуляции сердечного ритма, выявить риск развития аритмий у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

**Материал и методы.** В исследование включены 80 больных ОКСбпST, обследованных в отделении рентгено-эндоваскулярной хирургии. Средний возраст составил  $67\pm 10$  лет, из них 43 мужчины и 37 женщин. Диагноз устанавливался на основании жалоб, клинико-объективных данных, электрокардиографии и спектрального анализа сердечного ритма.

**Результаты.** Структура низкочастотной флюктуации кардиоинтервала у пациентов с ОКСбпST от контроля ( $\beta=0,95\pm 0,12$  отн.ед,  $S=0,48\pm 0,04$  отн.ед,  $\delta=41\pm 4$  мс,  $p=0,05$ ). У больных ОКСбпST все параметры достоверно и однозначно снижались:  $\beta=0,36\pm 0,10$  отн.ед.,  $S=0,22\pm 0,05$  отн.ед.,  $\delta=14\pm 4$  мс ( $p<0,001$ ). В ходе лечения (и через 2-3 месяца). Вышеизложенные параметры постепенно возвращались ближе к норме:  $\beta=0,62\pm 0,08$  отн.ед.,  $S=0,43\pm 0,08$  отн.ед.,  $\delta=36\pm 8$  мс. Нарушение сердечного ритма у этих больных, по данным кардиомониторинга носили, крат-

ковременный характер; без жизнеопасных нарушений сердечного ритма и проводимости, им не требовалась специальная антиаритмическая терапия.

Анализ показателей больных ОКСбпСТ, у которых развилась нестабильность в коронарной системе в виде острого повторного инфаркта миокарда ( $n=23$ ), показал, что у этих больных характерна выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению всех трех параметров к нулевому уровню за несколько дней до развития реинфаркта ( $\beta=0,16\pm 0,06$  отн. ед.,  $S=0,14\pm 0,04$  отн. ед.,  $\delta=10\pm 4$ мс). При круглосуточном ЭКГ мониторинговании (кардиомониторная система РМ-8014, фирмы «Dräger», Германия.) почти у всех больных зафиксированы желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну–Вольфу (III - V градация).

При сопоставлении величины индекса вегетативного баланса (ИВБ) у больных ОКСбпСТ установлено, что низкочастотная составляющая спектра была значительно выше, а высокочастотная ниже, по сравнению со здоровыми лицами того же возраста (ИВБ в норме составляет  $2,3\pm 0,4$  отн.ед.). В наших наблюдениях у таких больных преобладала симпатическая активация. Повышение тонуса обоих отделов вегетативной нервной системы, как известно, может привести к изменению функционального состояния сердца, увеличению гетерогенности сердечной мышцы и созданию предпосылки развития не только жизнеопасных нарушений сердечного ритма, но и внезапной смерти.

Клинический анализ больных с различной степенью снижения параметров  $\beta$ ,  $S$  и  $\delta$  выявил определенные различия между ними. В группе больных, у которых развился реинфаркт ( $n=23$ ), были лица с многососудистым поражением коронарных артерий (по данным коронароангиографии), течение болезни которых осложнилось проявлением левожелудочковой недостаточности различной степени тяжести.

**Выводы.** Исследование параметров экстракардиальной регуляции сердечного ритма у больных ОКСбпСТ позволит превентивно диагностировать снижение устойчивости регуляции сердечной деятельности и поможет выделить пациентов, у которых высока вероятность развития риска нестабильности в коронарной системе (повторного острого инфаркта миокарда, аритмий), что, в свою очередь, позволяет своевременно выбрать адекватную эффективную терапию для этих больных.

*Элтаназаров М.Д., Джуроев Ш.М., Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З.*

## ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить степень нарушений экстракардиальной регуляции (ЭКР) сердечного ритма и выявить связь с внезапной смертью у больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST (ОКСбпСТ).

**Материал и методы.** В исследование включены 102 больных ОКСбпСТ. Базовым измеряемым параметром являлась длительность R-R интервала. Объектом анализа служит вариационный ряд значений  $R-R_i$  ( $i=1 \dots n$ ) и структура его флюктуаций. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10-минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартных отведений.

**Результаты.** Анализ исследований по показателю  $b$  (оценки степени интеграции связей формирующих ЭКР) выявил наличие трех групп, достоверно отличавшихся друг от друга. Первая группа - 32 пациента, у которых средняя величина  $b$  была равна  $0,36\pm 0,08$  отн.ед., свидетельствуя об устойчивом и достоверном снижении ( $b < 1$ ) влияния экстракардиальной регуляции, в сравнении с контрольной группой. Таким образом, у этой группы больных наблюдалось дезинтеграция связей ЭКР, низкий уровень интегративных связей, что обусловлено структурно-функциональными потерями в системе.

Вторая группа включала 28 пациентов и характеризовалась тем, что по величине степени интеграции связей ЭКР -  $b$  ( $1,10\pm 0,16$  отн.ед.) она была наиболее близка к значениям контрольной

группы, достоверно отличаясь от первой ( $p < 0,05$ ) Анализируемые значения были близки к области адекватных адаптационных реакций, в которой поддерживается оптимальная иерархическая структура распределения функциональных связей ЭКР.

В третью группу вошли 38 больных со средней величиной  $b = 1,86 \pm 0,25$  отн. ед. Эти больные резко отличались как от контрольной группы, так и от двух предыдущих тем, что они по величине  $b > 1$ . Указанный режим в зависимости от величины степени интеграции ЭКР -  $b$  характеризуется усилением или перегрузкой всех адаптационных механизмов с включением дополнительных центральных механизмов регуляции. Численное увеличение  $b$  коррелирует с формированием обширных регуляторных паттернов системных функциональных связей, контролирующих ЭКР, и направленных, в целом, на стабилизацию системы. Сопоставление параметров  $b$ -степени интеграции связей ЭКР и  $d$ -тонуса стохастической регуляции, как интегративных показателей стохастической регуляции, в послеинфарктном периоде позволило выявить, по нашим данным, определенную категорию больных с повышенным риском срыва регуляции, то есть с наибольшей вероятностью рецидивов инфаркта миокарда и, в том числе, внезапной смерти.

Анализ показал, что из 32 пациентов первой группы внезапная смерть наблюдалась у 16% больных в течение 1-3 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда. В данной группе имелся широкий диапазон вегетативной регуляции (ИВБ =  $3,86 \pm 1,88$ ) - от 1,98 до 5,74 отн.ед. Почти у половины больных (18%) ИВБ был повышен за счет симпатической активации. В 21% случаев он был близок к значениям контрольной группы, тогда как в 31% случаев ИВБ был выше, чем в контрольной группе, за счет умеренной парасимпатической активации.

**Выводы.** Снижение устойчивости ЭКР за несколько дней до ухудшения состояния позволяет выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска внезапной смерти с ОКСбпST и выбрать адекватную терапию.

*Эмомов С.Р., Авзонов Б.Ш.*

## **ВЫБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Провести фармакоэпидемиологический анализ лекарственных средств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, фибрилляцией предсердий в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

**Материал и методы.** Проведен сравнительный ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ лекарственных средств в амбулаторных условиях по данным источников первичной медицинской документации за 2016-2018 гг. методом сплошной выборки 55 амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-кардиолога поликлиники, с ХСН и фибрилляцией предсердий. Средний возраст пациентов  $65 \pm 6,4$  лет (от 31 до 89), 29 женщин (52,7%) и 26 мужчин (47,2%). ХСН I ст. диагностирована у 3 (5,4%), ХСН II ст. – у 10 (18,1%), ХСН III ст. - у 42 (76,3%) пациентов. ЭхоКГ исследования выполнено всем больным. По результатам (ЭхоКГ) обнаружены следующие данные: хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса имелась у 8 пациентов (14,5%), сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса - у 47 (85,4%). Для лечения ХСН в том числе назначались бета-блокаторы, которые принимали 47 (85,4%) больных. Из них получали бисопролол 25 (45,4%), метапролол - 20 (36,3%) и корведилол - 10 (18,1%) пациентов.

**Результаты.** На фоне проведенной терапии целевой уровень ЧСС с минимальной частотой дефицита пульса был достигнут у 48 (87,2%) пациентов. Ингибиторы АПФ принимали 32 (58,1%), АРА – 16 (29%), антагонисты альдостерона и петлевые диуретики в виде верошпирона и фуросемида получали 53 (96,3%) пациента в дозе от 50 и 20 мг соответственно. Контроль уровня калия

в крови проводился только у 10 (18,1%) больных. Из сердечных гликозидов получали дигоксин 48 (87,2%) человек. 47 (85,4%) в зависимости от наличия ИБС и АГ назначены статины. В выbranной нами когорте больных случаев осложнений от фармакотерапии не выявлено.

**Выводы.** Результаты нашего исследования показали достаточно фармакологически активное и соответствующее рекомендательным документом ведение больных с ХСН и ФП. Не зафиксировано назначения препаратов вне показаний и при наличии противопоказаний, не выявлено превышения доз и нерациональных комбинаций. Однако достаточно малому количеству больных проведен контроль уровня калия и натрия при комбинации иАПФ, АРА и антагонистов альдостерона и петлевых диуретиков. Также не уделяется должного внимания применению комбинированных препаратов (полипилов) с целью улучшения преемственности на уровне ПМСП.

*Юлдашев Б.А., Юлдашев Н.П., Атамуратов Б.Р., Холикулов С.Ш.*

## ДИНАМИКА АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА УСТАНОВЛЕННЫХ ИМПЛАНТОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение взаимосвязи агрегации тромбоцитов с ангиографическими показателями у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с различными типами имплантов.

**Материал и методы.** Из 200 респондентов, включенных в исследование, у 91 (45,5%) на исходном этапе был проведен анализ агрегационной способности тромбоцитов (АСТ). Всем пациентам проведена коронароангиография (КАГ) с анализом ангиометрии. Этапы исследования проводились через 3, 6, 12 и 24 месяца после проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и имплантации устройств (BVS – каркасов или DES – стентов). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При оценке взаимосвязи спонтанной АСТ с показателями КАГ нами был проведен корреляционный анализ между спонтанной АСТ, с одной стороны, и длиной атеросклеротического поражения ( $p=0,257$ ;  $r=-0,120$ ;  $t=-1,139$ ); диаметром артерии ( $p=0,573$ ;  $r=-0,059$ ;  $t=-0,564$ ) и количеством сосудистых поражений ( $p=0,778$ ;  $r=-0,029$ ;  $t=-0,283$ ) – с другой, однако рассматриваемые взаимозависимости не достигали уровня достоверности. Тем не менее, был установлен тот факт, что по мере усугубления тяжести ИБС отмечалось увеличение уровня спонтанной АСТ ( $p=0,488$ ;  $r=0,074$ ;  $t=0,697$ ). К 3 мес. наблюдения после проведения ЧКВ у всех больных имело место достоверное снижение всех показателей АСТ (спонтанная агрегация, степень и скорость агрегации), которое сохранялось до 12 и 24 месяцев наблюдения. Оценка динамики спонтанной АСТ в зависимости от типа установленных имплантов выявила достоверное снижение уровня АСТ в обеих группах пациентов, на исходном этапе имелась статистически-достоверная межгрупповая разница по уровню спонтанной агрегации и степени агрегации ( $p=0,015$  и  $p=0,005$ , соответственно), однако к концу первого года наблюдения эта разница нивелировалась и данная тенденция сохранялась и через 2 года наблюдения.

**Выводы.** Все пациенты (независимо от формы ИБС) на исходном этапе характеризовались повышенной агрегацией тромбоцитов, при этом по мере усугубления тяжести ИБС отмечался рост спонтанной агрегации тромбоцитов, не достигавший уровня достоверности. Выявленная на исходном этапе повышенная агрегация тромбоцитов спустя уже 3 месяца после проведенного ЧКВ нивелировалась, и данная тенденция сохранялась на дальнейших этапах наблюдения. Респондентам с высоким уровнем спонтанной агрегации тромбоцитов были имплантированы BVS-каркасы, однако динамика данного показателя к концу первого года наблюдения оказалась сопоставима с аналогичным показателем пациентов с установленными DES-стентами.



*Юлдашев Б.А., Юлдашев Н.П., Холикулов С.Ш., Мадрахимов Н.К.*

## ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С БИОРАСТВОРИМЫМИ КАРКАСАМИ «ABSORB» И СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ DES

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Провести оценку динамики качества жизни (КЖ) пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после процедуры стентирования при использовании различных типов имплантов (BVS-каркасы или DES-стенты).

**Материал и методы.** Было обследовано 200 больных ИБС, которым было проведено ЧКВ со стентированием различными типами стентов. Всем проводились: физикальный осмотр, клинико-функциональные и лабораторные общеклинические исследования. Для оценки КЖ использовался международный опросник SF-36, при этом анализировались: физическое функционирование (ФФ), физическое ролевое функционирование (ФРФ), интенсивность боли (ИБ); общее здоровье (ОЗ); жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), эмоционально-ролевое функционирование (ЭРФ) и психическое здоровье (ПЗ). Различия считались достоверными при  $p < 0,005$ .

**Результаты.** Оценка показателей КЖ выявила, что на исходном этапе у всех пациентов имелись значительные ограничения со стороны не только физического компонента здоровья [ФФ, ФРФ, ИБ и ОЗ], но и психологического [ЖА, СФ, ЭРФ и ПЗ]. При этом медиана всех показателей, за исключением ИБ, была ниже 60 баллов. Среднее количество баллов по ИБ составило  $82,73 \pm 14,05$ . Спустя 7-10 дней после проведенного ЧКВ средние значения показателей КЖ несколько улучшились. А именно, уровень ФФ увеличился на 6,1 балла; ФРФ – на 5,9 балла; ОЗ – на 18,0 баллов; ЖА – на 6,3 балла и СФ – на 0,8 балла (все  $p > 0,05$ ). При этом показатель ИБ уменьшился на 50,5 баллов ( $p = 0,000$ ). Через 6 мес. показатели КЖ также выявили положительные сдвиги в целом у всех обследуемых, однако обращала на себя внимание тенденция к стабилизации со стороны эмоционально-социального статуса пациентов. Динамика КЖ через 12 мес. после стентирования установила статистически значимое восстановление не только физического компонента КЖ, но и психологического, что сохранялось и через 24 мес. наблюдения, при этом уровень ИБ, практически сошел на нет, по сравнению с исходными данными.

**Выводы.** Оценка динамики КЖ в зависимости от типа установленных имплантов не выявила каких-либо существенных различий, все  $p > 0,05$ . Это, в свою очередь, свидетельствовало о том, что КЖ значительно улучшается после интервенционного вмешательства со стентированием независимо от типа установленных имплантов, и в данном аспекте BVS-каркасы оказались сопоставимы с DES-стентами.

*Юлдашев Н.П., Атамуратов Б.Р., Сабирова Ш.А.,  
Юлдашев Б.А., Мадрахимов Н.К.*

## НАШ ОПЫТ ПО СТЕНТИРОВАНИЮ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ УСТЬЯ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Цель.** Оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий (СА) у пациентов с патологической извитостью устья общей сонной артерии (ОСА).

**Материал и методы.** С января 2014 по февраль 2018 года в условиях клиники РСНПМЦК эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях (ВСА) были проведены у 40 пациентов. Среди них патологическая извитость устья ОСА была выявлена у 15 (37,5%) человек (из них 10 – мужчины). Средний возраст пациентов составил  $61,3 \pm 7,7$  (от 47 до 77) лет. Все поражения имели атеросклеротический генез. Асимптомных пациентов не было; ОНМК в анамнезе отмечали 10 (80%) больных; ПНМК - 5 (20%) пациентов. Основные методы выявления значимого стенозирования сонных артерий включали ультразвуковое доплеровское исследование и селективную ангиографию. У 8 (53,3%) пациентов для исследования зоны поражения каротидных артерий использовалась контрастная КТ-ангиография.

**Результаты.** Доступ осуществлялся во всех 15 случаях через правую общую бедренную артерию. В условиях нашей клиники не имелось технической возможности канюлировать устье левой ОСА с помощью направляющего проводникового катетера. Для установки гайд-катетера нами использовался метод «баллонной поддержки». Для этого коронарный проводник 0,14 мм был проведен в С/3 левой наружной СА (НСА). Через проводник был проведен баллонный катетер 3\*20 мм и раздут (8 атм) в просвете левой НСА. С помощью поддержки баллонного катетера проводниковый катетер установлен в С/3 ОСА, выполнено стентирование левой ВСА и стент постдилатирован. Во время стентирования использовалось устройство (фильтры-ловушки Spider) защиты дистальной эмболизации артерий головного мозга. Во всех случаях (100%) использовались нитиноловые самораскрывающиеся стенты («Acculink» Abbott Vascular, «Protégé Rx» EV3) и различные устройства («Filterwire» Boston Scientific, «Spider FX» EV3) защиты от дистальной эмболизации.

У пациентов с патологической извитостью устья левой ОСА во всех случаях был достигнут непосредственно хороший ангиографический и клинический успех. Осложнений в виде инсульта и летальных исходов не было.

**Выводы.** Эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА с патологической извитостью устья ОСА имеют положительные перспективы использования, безопасны и, возможно, будут способствовать улучшению мер профилактики ишемического инсульта при данной патологии.

*Юлдашев Н.П., Каримов Б.Х., Юлдашов Б.А.,  
Атамуратов Б.Р., Мадрахимов Н.К.*

## ПРИМЕНЕНИЕ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить ближайшие и отдаленные результаты баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

**Материал и методы.** С 2016 по 2018 гг. было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств (ЭВВ) с ишемическим или нейро-ишемическим вариантами СДС. Из 16 человек 10 были мужчины и 6 – женщины. Возрастная категория больных составила от 44 до 77 лет. Все пациенты длительное время страдали сахарным диабетом (СД). Уровень глюкозы крови варьировал от 6,8 до 17,2 ммоль/л; уровень мочевины – от 7,0 до 18,0 ммоль/л и креатинина от 112,0 до 220,0 ммоль/л.

Показанием для выполнения ЭВВ являлось наличие гемодинамически значимого стеноза ( $\geq 60\%$ ) или окклюзии артерий бедренно-подколенного сегмента и наличие магистрального кровотока хотя бы в одной из берцовых артерий. Степень хронической ишемии конечности оценивали по классификации Фонтейна-Покровского-Кошкина. Для оценки результатов ангиопластики использовали чрескожное определение сатурации кислорода в нижних конечностях до и после (через 3, 6 и 12 месяцев) вмешательства.

**Результаты.** У всех пациентов отмечалось поражение артерий голени от диффузного (без гемодинамически значимых стенозов) до окклюзии. Непосредственный ангиографический успех наблюдался у всех 16 (100%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде отмечалось повышение сатурации кислорода в конечности в среднем на 14%; при повторных визитах у 12 (75%) пациентов сохранялась более высокая сатурация кислорода, по сравнению с исходной, – в среднем  $7\pm 2$ ; у 2 (12%) пациентов через 6 месяцев после вмешательства этот показатель вернулся к исходному значению; у 2 (12%) больных было выявлено снижение этого показателя.

**Выводы.** Одной из причин развития критической ишемии у пациентов с СДС является поражение артерий бедренно-подколенного сегмента. Выполнение баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей при СДС в описываемых нами случаях было оправдано, что позволило сохранить анатомическую целостность конечности.

*Юлдашев Н.П., Холикулов С.Ш.,  
Атамуратов Б.Р., Каримов Б.Х.*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

---

**Актуальность.** Коронарная фистула – это врожденная аномалия, при которой коронарная артерия (КА) впадает в камеры сердца или близлежащие сосуды, что приводит к шунтированию крови и синдрому обкрадывания. Коронарная фистула встречается с частотой 0,2–2% случаев среди всех пороков сердца.

**Цель.** Представить клинический случай эндоваскулярного лечения коронарно-легочной фистулы.

**Материал и методы.** В условиях клиники РСНПМЦК была обследована и пролечена 1 пациентка 59 лет. Из анамнеза: в январе 2018 г. перенесла острый инфаркт миокарда (ОИМ) левого желудочка (ЛЖ) без зубца Q. При поступлении предъявляла жалобы на стенокардитические боли, возникающие при умеренной физической нагрузке. Больной были проведены общеклинические исследования, в ходе которых было обнаружено, что у пациентки имеется дислипидемия IIa типа по Фредриксону; на ЭКГ - признаки очаговых изменений, связанных с перенесенным ОИМ без зубца Q. Учитывая характер болей и сохраняющиеся очаговые изменения на ЭКГ, пациентке провели коронароангиографию (КАГ). По данным КАГ, в правой КА выявлена фистула между правой КА и стволом легочной артерии.

**Результаты.** В устье фистулы установлен гайд-катетер. Коронарный проводник Whisper проведен до дистальных отделов коронарно-лёгочной фистулы. Далее суперселективно до уровня дистального сегмента фистулы проведён микрокатетер Headway 17 advanced. Выполнена последовательная эмболизация коронарно-лёгочной фистулы спиралями AXIUM 8mm\*20cm и AXIUM 9mm\*30cm. Проведена эмболизация микроспиралями до полного стоаза контраста в коронарно-лёгочной фистуле. После проведённого лечения у пациентки отмечалось улучшение клинического состояния: увеличилась дистанция ходьбы, уменьшилась одышка и исчезли боли за грудиной.

**Выводы.** Исходя из вышеизложенного, очевидно, что у пациентки имелся гемодинамически значимый сброс коронарного кровотока в лёгочную артерию из русла правой венечной артерии, что приводило к возникновению синдрома обкрадывания и было причиной возникновения ОИМ по задней стенке ЛЖ. Проведенная эндоваскулярная эмболизация коронарных фистул с помощью спиралей оказала высокоэффективный клинический эффект и явилась безопасным методом лечения в данном конкретном случае.

Юлдашев Н.П., Юлдашев Б.А.,  
Атамуратов Б.Р., Собирова Ш.А.

## НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия дефекта (ТКЗ) межпредсердной перегородки (ДМПП) у больных врожденным пороком сердца (ВПС).

**Материал и методы.** С 2017 по 2018 гг. нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию ДМПП. Возраст больных составил от 23 до 60 лет. Количество женщин и мужчин было 9 и 7 соответственно. У всех больных имелся ДМПП с центральным вторичным дефектом.

У всех 16 пациентов с ДМПП выслушивался систолический шум во 2-м межреберье слева от грудины. На ЭКГ у 13 больных имелись признаки увеличения правого предсердия и правого желудочка; на рентгенограмме отмечалось расширение легочной артерии и усиление сосудистого рисунка за счет гиперволемии; по ЭхоКГ-данным у 6 пациентов Ср.ДЛА составило 35-45 мм рт.ст., у 10 пациентов – в пределах 45-50 мм рт.ст., диастолический градиент на ЛА варьировал от 7 до 19 мм рт.ст.; коэффициент Qp/Qs был в пределах от 1,8 до 2,7. Также измерялись размеры дефекта на Эхо-КГ из субкостальной и апикальной четырехкамерной позиций.

**Результаты.** У всех 16 пациентов ТКЗ проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder фирмы Lifetech (Китай). Производили пункцию правой общей бедренной вены и выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные размеры ДМПП измерялись с помощью специального измерительного баллона и сравнивались с размерами, рассчитанными по данным транссторакальной ЭхоКГ. Под рентгеноскопическим и ЭхоКГ контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюдированного устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, эхокардиографически оценивали положение диска относительно митрального клапана и раскрывали правый диск в правом предсердии. Еще раз под Эхо-КГ-контролем проверяли адекватность расположения окклюдера, последний отделяли от доставочного устройства. Инструменты удаляли из вены и после гемостаза переводили больного в палату.

У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder на операционном столе было констатировано отсутствие лево-правого сброса на уровне предсердий. Контрольное Эхо-КГ-исследование проводилось через 3, 12 и 24 часа. Осложнений при имплантации устройства выявлено не было.

**Выводы.** ТКЗ оказалось высоко-эффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном подборе больных и скрупулезном соблюдении технологии данная операция является практически безопасной. Малая послеоперационная травматичность и отсутствие косметических дефектов, а также короткие сроки госпитализации (до 3-4 дней) являются неоспоримыми преимуществами ТКЗ перед традиционной хирургической коррекцией в лечении ДМПП.

Юлдашев Э.Ч., Юсупова М.Б.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Республиканский клинический центр кардиологии  
г. Душанбе, Таджикистан



**Цель.** Определение клинической эффективности карведила («карведилол» компании «Grindex», Латвия) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** Обследовано 20 больных с клинически выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН), средний возраст  $65,3 \pm 2,3$  года. Среди больных было 15 мужчин (80,0%, средний возраст составил  $66,1 \pm 2,6$  лет) и 5 женщин (20,0%, средний возраст -  $62,0 \pm 4,5$  лет). В зависимости от функционального класса (ФК) и стадии ХСН больные распределились следующим образом: II ФК имели 11 пациентов (43,3%), из них — 92,3% мужчин и 7,7% - женщин; III ФК - 9 пациентов (56,7%), среди которых 70,6% мужчин и 29,4% женщин. В соответствии с протоколом исследования, всем больным был назначен карведил в начальной суточной дозе 6,25 мг, разделенной на два приема. В течение 6-8 недель проводилось титрование дозы карведила (12,5 мг, 25 мг и 50 мг). У больных с массой тела больше 85 кг допускалось увеличение дозы карведила до 100 мг в сутки. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца. Для оценки эффективности, безопасности и обоснованности лечения карведилом в начале исследования и через 3 месяца проводилось клиническое обследование больных, включающее, помимо определения стандартных показателей деятельности сердечно-сосудистой системы, исследование теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка функционального класса ХСН. Кроме того, в начале исследования и через 3 месяца приема карведила всем больным выполнялось эхокардиографическое исследование с определением фракции выброса (ЕФ%) левого желудочка.

**Результаты.** Согласно критериям включения в исследование, все больные были с ХСН II-III ФК, по данным эхокардиографии имели ФВ левого желудочка  $< 45\%$ , систолическое АД  $\geq 90$  мм рт. ст., получали общепринятое лечение ХСН, включающее: иАПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II. Вызывает интерес анализ влияния терапии карведилом на цифры артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Так, исходный средний уровень систолического АД в общей группе больных составил  $136,7 \pm 2,2$  мм рт.ст., диастолического АД -  $80,2 \pm 1,5$ . Через 3 месяца лечения, включающего карведил, наблюдалось достоверное снижение среднего систолического АД на 14,7%, диастолического АД - на 10,8%. ЧСС за период наблюдения уменьшилась с  $78,1 \pm 1,5$  до  $65,8 \pm 0,9$ , т.е. на 15,7%. Через 3 месяца лечения регистрировалось достоверное повышение ФВ левого желудочка на 15,4%, уменьшение конечного систолического объема (КСО) на 10,7% и конечного диастолического объема левого желудочка (КДО) на 7,0%, снижение конечного диастолического размера (КДР) на 11,9% и конечного систолического размера (КСР) на 6,6%.

**Выводы.** При применении карведилола отмечается достоверное повышение ФВ левого желудочка на 15,4%, уменьшение КСО на 10,7% и КДО на 7,0%, что свидетельствует о существенном положительном влиянии карведилола на ремоделирование левого желудочка у больных с ХСН, а также достоверное повышение толерантности к физической нагрузке.

*Юлдошев Х.Ф., Гульмурадов Т.Г., Одил Саидолим, Шоев Ф.С.*

## НАШ ОПЫТ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»  
г. Душанбе, Таджикистан

---

**Цель.** Оценить результаты коронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакохолодовой кардиоopleгии (ФХК) у пациентов с острым коронарным синдромом и сопутствующим сахарным диабетом.

**Материал и методы.** В РНЦССХ за период с 2011 по 2018 гг. в экстренном порядке оперированы 16 больных с острым коронарным синдромом с сопутствующим сахарным диабетом. Пациенты разделены на 2 группы: в I группе (10 больных) – коронарное шунтирование выполнено на работающем сердце; во II группе (6 больных) – в условиях ИК и ФХК. В I группе острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST имело место у 3 пациентов, острый инфаркт миокарда

без подъема сегмента ST - у 2, нестабильная стенокардия - у 4, ранняя постинфарктная стенокардия - у 1. Во II группе – острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST был у 1 пациента, острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST - у 2, нестабильная стенокардия - у 2, ранняя постинфарктная стенокардия – у 1. Больные обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основного заболевания, частоте сопутствующей патологии и срокам оперативного лечения. Среднее количество шунтов в I группе составило 2,5, а во II группе 3,3.

**Результаты.** Продолжительность операций в I группе составила в среднем  $3,5 \pm 1,2$  часа, во второй группе -  $4,4 \pm 1,1$  часа. Длительность ИВЛ: в I –  $6,8 \pm 1,6$  часов, во II –  $11,2 \pm 1,4$  часа. Срок госпитализации в I группе составил 10,9 дней, во II – 13,2 дня. Среди осложнений в I группе отмечались: нарушения ритма сердца – у 1, острое нарушение мозгового кровообращения - у 1. Во II группе выявлены следующие осложнения: дыхательная недостаточность - у 1, кровотечение в раннем послеоперационном периоде - у 1 больного. В I и II группах летальных исходов было по 1 случаю. В первом случае из-за повторного инфаркта, во второй группе - за счет прогрессирующей сердечной недостаточности.

**Выводы.** Коронарное шунтирование на работающем сердце является более предпочтительным вмешательством у пациентов с острым коронарным синдромом и сопутствующим сахарным диабетом, так как позволяет снизить количество периоперационных осложнений, летальных исходов у данной категории больных.

Юсупов Д.М., Камилова У.К.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи  
г. Фергана, Узбекистан

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение показателей эндотелиальной дисфункции у больных инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Обследованы 82 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст  $48,61 \pm 6,76$  года).

Для изучения функции эндотелия были определены эндотелин-1, экспрессия NO синтазы по уровню метаболитов NO (NO<sub>2</sub>-NO<sub>3</sub>), уровень нитрит редуктазы – iNOS. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал, что у больных ИМ отмечалось повышение уровня эндотелина-1 на 47%, по сравнению с показателями контрольной группы ( $8,9 \pm 2,3$  пг/мл против  $3,4 \pm 0,56$  пг/мл контрольной группы). Эндотелиальная дисфункция у больных ХСН сопровождалась снижением экспрессии NO-синтазы, о чем свидетельствует снижение eNOS на 22,4% у обследованных больных ИМ, сопровождающиеся уменьшением метаболитов NO, по сравнению с данными контрольной группы ( $P < 0,05$ ). При этом уровень нитрит редуктазы – iNOS увеличился у больных ОИМ в 3,8 раз, по отношению показателя контрольной группы. Анализ показателя эндотелина-1 у обследованных больных выявил, что у больных осложненным ИМ уровень данного показателя достоверно превышал показатели больных без осложнений в 1,8 раз. Изучение корреляционной связи выявило, что между показателями эндотелина-1 и eNOS имелась отрицательная корреляционная связь высокой степени ( $r = -0,81$ ).

**Выводы.** Таким образом, эндотелиальная дисфункция у больных ИМ характеризуется снижением экспрессии NO-синтазы, о чем свидетельствует уменьшение метаболитов NO (NO<sub>2</sub>-NO<sub>3</sub>) и увеличением уровня эндотелина-1 и нитрит-редуктазы.