

**ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББӢ-ИҶТИМОИИ
ТОҶИКИСТОН**

**ВЕСТНИК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА
ТАДЖИКИСТАНА**

**HERALD OF THE MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTE
OF TAJIKISTAN**

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2021 г.

3 (8) 2023

Сармухаррир: А. Ахмедов – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон

Муовини сармухаррир: Икромов Т.Ш. – д.и.т.

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов Ҳ.И. – д.и.т., профессор, академики Академияи илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия

Мирочов Ғ.Қ. – д.и.т., профессор, академики Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон

Муродов А.М. – д.и.т., профессор, академики Академияи илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия

Пулотов К.Қ. – н.и.т.

Расулов У.Р. – д.и.т., профессор

Рофиев Р.Р. – н.и.т., профессор, котиби масъул

Вохидов А.В. – д.и.т., профессор

Главный редактор: А. Ахмедов – д.м.н., профессор, член-корр. Национальной академии наук Таджикистана

Заместитель главного редактора: Икромов Т.Ш. - д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодов Х. – д.м.н., профессор, академик Академии медико-технической наук Российской Федерации

Мироджов Г.К. – д.м.н., профессор, академик Национальной академии наук Таджикистана

Мурадов А.М. – д.м.н., профессор, академик Академии медико-технических наук Российской Федерации

Пулатов К.Дж. – к.м.н.

Расулов У.Р. – д.м.н., профессор

Рофиев Р.Р. – к.м.н., профессор, ответственный секретарь

Вахидов А.В. – д.м.н., профессор

**ПАЁМИ
ДОНИШКА-
ДАИ ТИББӢ-
ИҚТИМОИИ
ТОҶИКИСТОН**

**Маҷаллаи
илмӣ-амалии тиббӣ**

**Ҳар се моҳ ҷоп
мешавад**

**Соли таъсисаш –
2021**

**Наشريи МТҒ
“Донишкадаи
тиббӣ-иқтимоии
Тоҷикистон”**

**Маҷалла
дар Вазора-
ти фарҳанги
Ҷумҳурии
Тоҷикистон тахти
№197/ИҚ-97 аз
20 майи соли 2021
ба қайд гирифта
шудааст.**

Подписано в пе-
чать 18.01.2023. Фор-
мат 60x84¹/₈. Бума-
га офсетная. Печать
офсетная. Гарнитура
Times New Roman.
Усл. печ. л. 10,0. Ти-
раж 100 экз. Заказ
№03.

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

ШҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Аҳмадов С.М. – д.и.т., профессор, узви вобастаи Акаде-
мияи миллии илмҳои Тоҷикистон.

Ғоибзода А.Ҷ. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ.

Юсуфӣ С.Ҷ. – д.и.ф., профессор, узви пайвастаи АМИТ.

Муҳиддин Н.Д. – д.и.т.

Исмоилов К.И. – д.и.т., профессор.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Аҳмадов С.М. – д.м.н., профессор, член-корр. Националь-
ной академии наук Таджикистана.

Ғоибзода А.Дж. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ.

Юсуфи С.Дж. – д.м.н., профессор, академик НАНТ.

Муҳиддин Н.Д. – д.м.н.

Исмоилов К.И. – д.м.н., профессор.

**Қисман ё пурра нашр кардани маводи дар маҷалла
нашршуда танҳо бо иҷозати хаттии идораи маҷалла
раво дида мешавад.**

**Идораи маҷалла масъулияти муҳтавои маводи
таблиғотиро ба уҳда намегирад.**

**Нуқтаи назари муаллифон метавонад муҳолифи
назари идораи маҷалла бошад.**

НИШОНИИ МАҶАЛЛА

734042, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе,
кӯчаи Клара Сеткина – 2,
Тел: +992 933 75 10 75
E-mail: dtit082020@mail.com

Мудири редакция Муродова М.М.

© МТҒ “Донишкадаи тиббӣ-иқтимоии Тоҷикистон”, 2023.

М У Н Д А Р И Ч А

А.С. Ашуров, К.К. Кобилов, Э.К. Иброҳимов, Н.Х. Ҷураева, Х.Н. Мансуров. Ташхис ва муолиҷаи холесистити шадиди калкулёзӣ дар беморони, хатари зиёди ҷарроҳӣ дошта	5
И.Б. Гайратова. Хусусиятҳои клиникӣ ва инструменталии бемории ишемиявии дил дар якҷоягӣ бо диабет қанд навъи 2.....	12
Мижғони Сорбон, Яхшибекова Ш.Ҷ. Ҷанбаҳои тиббӣ ва ташкилии таъмини расонидани кӯмаки тиббӣ ба кӯдакони навзоди дорои нуқсонҳои модарзодии аноректалӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	21
С.Х. Назармамадова, А.А. Мамадризоҳонов. Асосҳои илмӣ-методи парвариши плантатсионӣ дар садбарги дамаскӣ (<i>rosa damascena mill.</i>) дар шароити ноҳияи Шаҳринави ноҳияҳои тобеи Ҷумҳурии Тоҷикистон	29
Орипова Р.Ш. Хусусиятҳои функсияи гормоналии плацента ва тавсифи морфологии он дар занҳои дорои фарбеҳӣ	36
Шамсуллозода Ш.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Тағоймуродов Ю.Ф., Расулов Н.А. Хусусиятҳои табobati ҷарроҳии беморон бо ҷурраҳои пасазҷарроҳии вентралӣ.....	43

Тафсирҳо

С.М. Муҳаммадиева, Д.З. Юнусова. Марҳилаи ташкил, инкишоф ва беҳтаркунии моделҳои ташкилии минтақавии перинаталӣ	51
М.Б. Ҳакимова, Д.Ш. Махмудова. Об ва ҳаво ҳамчун омилҳои саломатӣ.....	60

Ахборот

Эъломия, қарори ҷаласаи Шӯрои олимони	69
---	----

ОГЛАВЛЕНИЕ

А.С. Ашуров, К.К. Кобиров, Э.К. Иброгимов, Джураева Н.Х., Х.Н. Мансуров. Диагностика и лечение острого калькулёзного холецистита у больных повышенного операционного риска

И.Б. Гайратова. Клинико-инструментальная характеристика ишемической болезни сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа

Мижгони Сорбон, Яхшибекова Ш.Дж. Медицинские и организационные аспекты оказания помощи новорожденным с аноректальными пороками развития в Республике Таджикистан

Назармамадова С.Х., Мамадризохонов А.А. Научно-методическое обоснование плантационного выращивания розы дамасской (*rosa damascena* mill.) в условиях Шахринавского района районов республиканского подчинения Республики Таджикистана

Р.Ш. Орипова. Особенности гормональной функции плаценты и морфологическая характеристика плаценты у беременных женщин с ожирением

Шамсуллозода Ш.Н., Сайдалиев Ш.Ш., Тагоймуродов Ю.Ф., Расулов Н.А. Особенности хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами

Обзор литературы

С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова. Этапы становления, развития и совершенствования организационных моделей перинатальной регионализации

М.Б. Хакимова, Д.Ш. Махмудова. Вода и воздух как фактор здоровья

Хроника

Резолюция, решения заседания Ученого совета

CONTENS

A.S. Ashurov, K.K. Kobilov, E.K. Ibrohimov Juraeva N.Kh, H.N. Mansurov. Diagnostic and treatment of acute calcular cholecystitis in patients with high operational risk

I.B. Gairatova. Clinical and instrumental characteristics of coronary heart disease in association with type 2 diabetes mellitus

Mizhgoni Sorbon, Yakhshibekova Sh.J. Medical and organizational aspects of providing care to newborns with anorectal developmental developments in the Republic of Tajikistan

S.Kh. Nazarmamadova, A.A. Mamadrizokhonov. Scientific and methodological rationale for plantation cultivation of damasce rose (*rosa damascena* mill.) in the conditions of central Tajikistan

R.Sh. Oripova. Features of the hormonal function of the placenta and morphological characteristics of the placenta in obese pregnant women

Shamsullozoda Sh.N., Saidaliev Sh.Sh., Tagoymurodov Yu.F., Rasulov N.A. Features of surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias

Review of literature

S.M. Mukhamadieva, D.Z. Yunusova. Stages of formation, development and improvement of organizational models of perinatal regionalisation

M.B. Khakimova, D.Sh. Makhmudova. Water and air as a factor of health

Chronicle

Resolution, Solution meetings of the Academic council

УДК 616.366-002.1-07-089.11

А.С. Ашуров, К.К. Кобиров, Э.К. Иброгимов, Джураева Н.Х.,
Х.Н. Мансуров

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Ашуров Абдурахмон Саторович - к.м.н., доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Разработка путей комплексной диагностики и лечения острого холецистита у больных повышенного операционного риска.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты комплексной диагностики и лечения 68 пациентов с ОКХ, которые поступили с 2014 по 2021 гг. в хирургическое отделение МСЧ ГУП ТАЛКО. Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клинично-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, что выполнялось в течение первых 2-3 суток.

Результат исследования и их обсуждение. При оценке интегральных показателей тяжести состояния ожидаемая летальность составила $9,8 \pm 4,9\%$, а послеоперационные осложнения могли развиваться в $49,2 \pm 5,9\%$. По результатам УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 сут. после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе (32 пациента) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря, во 2-й группе (36 пациентов) не было улучшения.

Заключение. Таким образом, интегральные шкалы SAPS-II, POSSUM и клинично-инструментального обследования при поступлении и в динамике позволяют обоснованно выделить группы больных с высоким операционным риском и помогают в определении тактики и выборе метода лечения острого холецистита.

Ключевые слова: острый холецистит, пожилой возраст, больные повышенного риска.

A.S. Ashurov, K.K. Kobilov, E.K. Ibrohimov Juraeva N.Kh, H.N. Mansurov

DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ACUTE CALCULAR CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH HIGH OPERATIONAL RISK

GOU «TSMU named after Abuali ibn Sino»

Ashurov Abdurakhmon Satorovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy of the State Educational Institution "TSMU named after. Abuali ibni Sino.»

The purpose of the study is development of ways for comprehensive diagnosis and treatment of acute cholecystitis in patients with high operational risk.

Material and methods The work carried out the results of complex diagnostics and treatment of 68 patients with acute calculus cholecystitis who were admitted from 2014 to 202 to the surgical department Medical - sanitary part of the Tajik Aluminum Company (TALCO). A standard examination algorithm was applied to all patients, including clinical and laboratory studies and an ultrasound scan of the abdominal cavity, which was performed during the first 2-3 days.

The result of the study The expected mortality was $9.8 \pm 4.9\%$ when evaluating the integral indicators of severity of the condition and postoperative complications could develop to $49.2 \pm 5.9\%$. According to the result of ultrasound, which was performed over the next 2 days after admission, two groups were distinguished from patients. In the 1st group (32 patients) there was a regression of inflammatory changes in the gallbladder, in the 2nd group (60 patients) there was no improvement.

Conclusion Thus, the integral scales of SAPS-II, POSSUM and clinical and instrumental examination at admission and in the dynamics allow to reasonably identify groups of patients with high operational risk and help in determining tactics and choosing the treatment method for acute cholecystitis.

Key words: Key words: acute cholecystitis, old age, high-risk patients.

Введение. Среди всех больных с острым холециститом пациенты повышенного риска составляют, по данным разных авторов, от 26,4 до 66% [1, 3]. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста, которые в соответствии с классификацией физического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA), относятся к IV и V классам, т.е. это пациенты с выраженной системной патологией, потерей трудоспособности, требующие постоянного лечения. Больные, которые относятся к V классу по ASA, могут погибнуть без хирургической операции в течение ближайших 24 ч. В настоящее время в лечении острого холецистита «золотым стандартом» считается лапароскопическая холецистэктомия. Однако следует учитывать, что, во-первых, состояние больных группы повышенного риска осложняется развивающимися при остром воспалении метаболическими нарушениями на фоне имеющихся тяжёлых системных расстройств [3, 10, 11]. Во-вторых, хирур-

гическое вмешательство с учётом негативного влияния пневмоперитонеума резко повышает риск операции, а холецистэктомия же из мини-доступа при остром холецистите не нашла широкого применения в связи с невозможностью выполнения адекватной ревизии брюшной полости [2, 4, 5]. В третьих, любая радикальная операция выполняется под наркозом. Летальность при выполнении экстренных и срочных оперативных вмешательств в этой группе больных по поводу острого холецистита достигает, по данным некоторых авторов, 45,1% [2, 7, 8]. В настоящее время одним из способов избежать крайне рискованного оперативного вмешательства, выполняемого под общей анестезией и при этом, по возможности, быстро купировать воспалительный процесс, является применение чрескожной-чреспечёночной пункции желчного пузыря под ультразвуковым контролем с целью декомпрессии и санации желчного пузыря [6, 11, 13]. У особо тяжёлых больных с выраженными кардиопульмонарными

нарушениями, с системными заболеваниями рядом авторов [9-12] рассматриваются как самостоятельный метод лечения. Важно учитывать, что клиническая картина острого холецистита у больных с системными нарушениями стерта. Лабораторные данные часто неадекватно отражают истинную картину воспаления, а излишнее промедление в оказании хирургической помощи может привести к деструкции стенки желчного пузыря, нарастанию интоксикации и развитию полиорганной недостаточности [4, 10, 13]. Следовательно, для постановки точного диагноза и обоснованного выбора тактики лечения необходима объективная оценка не только распространенности воспалительного процесса и степени деструктивных изменений стенки желчного пузыря, но также тяжести состояния больного и риска возможных интра- и послеоперационных осложнений [12, 13]. В решении этого вопроса может помочь применение интегральных шкал, определяющих тяжесть состояния больных, объективизирующих операционный риск.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ОЖХ у больных повышенного операционного риска.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 68 пациентов, которые поступили в Хирургическое отделение МСЧ ГУП ТАЛКО с 2008 по 2017 г. в экстренном порядке с диагнозом «острый калькулёзный холецистит». Все больные, включённые в исследование, по шкале ASA, оценивающей их физическое состояние, относились к III, IV и V классу. При этом к III классу по ASA относились 36 пациентов, к IV классу

– 24, а к V классу – 8. Мужчин было 22 (32,35%), женщин – 46 (67,65%), средний возраст больных составил $76,3 \pm 6,3$ года. Длительность острого периода заболевания варьировала от 73 до 120 часов. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных были ИБС, гипертоническая болезнь III стадии, стенокардия II–III ФК, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, бронхиальная астма, перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения и сахарный диабет. При этом следует отметить, что у 86,5% больных отмечалась сочетанная патология. Для оценки тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства нами использовались шкала SAPS II и шкала POSSUM. Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клиничко-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, которое выполнялось в течение первых 2–3 сут. В динамике оценивались следующие УЗ-параметры: размеры желчного пузыря (объём и поперечный размер желчного пузыря); наличие, расположение, размер и подвижность конкрементов в желчном пузыре, пузырном протоке и общем желчном протоке; состояние стенки желчного пузыря (толщина, слоистость, отечность); состояние паравезикальной клетчатки (наличие отека, инфильтрата, абсцесса). Всем 68 пациентам после постановки диагноза проводили консервативное лечение. Его объём был стандартный и включал в себя инфузионную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, а также терапию по сопутствующим заболева-

ниям, которые начинали проводить сразу после поступления больных в стационар. Из них 36 пациентам выполнено хирургическое лечение, которое было начато с санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря под контролем УЗИ.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных при объективном осмотре определялись признаки острого холецистита, при этом симптомов разлитого перитонита не отмечалось, что давало нам возможность воздержаться от экстренной операции и начать консервативную терапию. Значительного повышения температуры тела

у обследованных больных не было, в среднем она составила $37,3 \pm 1^\circ\text{C}$. Клинический диагноз у большинства пациентов подтверждался лабораторными показателями. Количество лейкоцитов периферической крови в среднем равнялось $13,5 \pm 1,4 \times 10^9/\text{л}$. Незначительное повышение билирубина до $24,5 \pm 2,4$ мкмоль/л отмечалось за счёт непрямой фракции, что говорило, в первую очередь, об интоксикационном характере билирубинемии. При оценке интегральных показателей тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства получили следующие данные (табл. 1).

Таблица 1

Интегральные показатели тяжести состояния больных с острым холециститом по шкале SAPS-II и POSSUM ($M \pm m$)

Шкала SAPS II		Шкала POSSUM	
Сумма баллов	Летальность	Послеоперационная летальность %	Послеоперационные осложнения %
$27,3 \pm 5,3$	$9,8 \pm 4,9$	$8,2 \pm 2,9$	$49,2 \pm 5,9$

Из представленных данных видно, что больные являются тяжёлыми и прогностическим опасными в плане развития осложнений. Ожидаемая летальность составила $9,8 \pm 4,9\%$, а послеоперационные осложнения могли развиться в $49,2 \pm 5,9\%$. Данные результаты объясняют нашу сдержанность в отношении выполнения холецистэктомии этим больным при отсутствии перитонеальных симптомов.

Наряду с оценкой клинической картины и лабораторных показателей, особое внимание в диагностике и постановке показаний к хирургическому лечению острого холецистита мы уде-

ляем динамическому ультразвуковому исследованию, при котором получили следующие данные (таб. 2).

Как видно из таблицы, при контрольном УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 сут. после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе (32 пациента) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря, при оценке клинико-лабораторных показателей также отмечалось их улучшение. Во 2-й группе (36 пациентов) не только не было улучшения, а даже иногда ухудшалась ультрасонографическая картина, что выражалось в среднем увеличением

Таблица 2.

Результаты динамического УЗИ желчного пузыря

Показатели	При поступлении (68 больных)	Первые сутки после поступления		Сравнение между группам		
		1-я группа, n=32	2-я группа, n=36	P 1-2 (U)	P 1-3 (U)	P 2-3 (U)
Объем, мл	94,6±7,4	68,7±8,1	116,6±8,1	<0,01	<0,01	>0,05
Поперечный размер, см	5,2±0,4	4,4±0,6	5,9±0,6	<0,01	<0,01	<0,05
Толщина стенки, мм	6,8±0,8	4,5±0,5	8,0±0,5	<0,01	>0,05	>0,05
Слоистость стенок, %	84,7	31	85	<0,01	>0,05	<0,01
Паравезикальные изменения, %	5,2	Нет	8		>0,05	
Множественные подвижные конкременты, %	52,5	71,8	28,2	<0,01	<0,01	>0,05
Неподвижный конкремент в шейке желчного пузыря, %	47,5	25,8	74,2	<0,01	>0,05	<0,01

Примечание: достоверность различий между данными при разных морфологических формах ОКХ вычисляли по U-критерию Манна-Уитни.

объёма желчного пузыря до 116,6±8,1мл и его поперечного размера до 5,9±0,6см. Изменения в паравезикальной клетчатке определялись уже у 10% больных. При этом изменения данных УЗИ не всегда соответствовали динамике клинико-лабораторных показателей пациентов в этой группе. В лечении 32 пациентов, у которых при проведении консервативной терапии отмечалось улучшение состояния больных, нормализация клинико-биохимических показателей и положительная динамика при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, мы ограничивались консервативной терапией. Мы крайне важным считаем

выполнение УЗИ в динамике. Даже при наличии улучшения субъективного состояния, уменьшения болевого синдрома и улучшения лабораторных показателей отрицательная динамика при УЗИ является показанием к более активной хирургической тактике.

Ухудшение ультрасонографической картины, нарастание деструктивных изменений в стенке желчного пузыря мы отмечали у 36 пациентов. У них помимо консервативной терапии, применялись микрохолецистостомия (МХС) под контролем УЗИ. Изменение параметров ЛИИ и ПТ указывало на наличие выраженной эндотоксемии у больных МХС.

У 28 больных МХС оказалось эффективным. На третьи сутки у этих пациентов ($n=28$) после МХС отмечалось снижение уровня указанных показателей в 2-3 раза (до МХС: ЛИИ - $6,2 \pm 0,8$; ПТ- $15,2 \pm 1,8$; после ЛИИ- $2,8 \pm 1,4$; ПТ- $24,3 \pm 2,3$). Воспалительные явления были полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

У 8 пациентов произведена операция, показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и нарастание параметром интоксикации после МХС. Из 36 больных, у которых консервативное лечение оказалось неэффективным, летальный исход отмечался в 2 (5%) случаях. Они поступили в тяжелом состоянии. Причина смерти в обоих случаях - острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне интоксикации.

Таким образом, интегральные шкалы SAPS- II и POSSUM позволяют обоснованно выделить группы больных с высоким операционным риском и помогают в определении тактики и выборе метода лечения острого холецистита.

Полученные нами результаты обследования и лечения острого холецистита у больных повышенного операционного риска свидетельствуют о том, что тактика их лечения зависит от результатов клиничко-инструментального обследования не только при поступлении, но и в динамике. Ухудшение ультрасонографической картины, при контрольном УЗИ желчного пузыря, даже при клиническом улучшении состояния пациента, является показанием к хирургическому

лечению, которое надо начинать с санационно-декомпрессионной пункции под контролем УЗИ.

Высокий риск послеоперационной летальности и большая вероятность развития послеоперационных осложнений заставляют на начальном этапе воздерживаться от радикальных оперативных вмешательств при отсутствии перитонеальных симптомов, лечение должно быть начато с консервативных мероприятий. При неэффективности консервативного лечения хирургическое лечение надо начать от МХС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой /М.Д. Дибиров [и др.]// Неотложная медицинская помощь. журнал им. Н.В. Склифосовского. - 2017. - Т.6. №2. - с.145- 148
2. Гурцкая Л.З. Результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста с учетом факторов риска ишемической болезни сердца/ Л.З. Гурцкая, Н.Ю. Коханенко, В.С. Василенко // Медицина и организация здравоохранения. - 2018. -Т.3. - №4. - С.28-34.
3. Косаева С.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы/ Косаева С.Б., Аймагамбетов М.Ж.// Наука и здравоохранение. - 2018. - Т.20. - №2. - С.148-167.
4. Курбонов К.М. Результаты различных способов холецистэктомии при лечении острого деструктивного холецистита/ К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Р.Х. Саидов, У.К. Муродов // Вестник последипломного образования Таджикистана. - 2017. - №2. - С. 43 - 48.
5. Магамедов М.Г. Малоинвазивные вмешательства при остром осложнённом холеци-

стите у лиц пожилого и старческого возраста/ Магамедов М.Г., Маджитов Р.Т., Мусаев З.М., Маммаев М.К.// Медицинский Вестник ЮГА России, -2017, №52, С-349-352.

6. Оморев Р.А. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении больных острым калькулезным холециститом и меры профилактики осложнений./Р.А. Оморев, А.У. Айтикеев.// Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2020. - №1.- С. 35-40.

7. Пути оптимизации хирургического лечения больных ЖКБ и её осложнений у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском./ П. М. Назаренко [и др.]// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2019. - Т.12. №.1. - с. 23 - 28.

8. Хажалиев В. А. Особенности течения и хирургическая тактика при деструктивном холецистите у лиц пожилого и старческого возраста/В.А. Хажалиев, А.Н. Ферзаули, Р.В. Хажалиев, А.С. Байсаев//Вестник Чеченского государственного университета. - 2016. -№3. - С.29-46.

9. Pisano M. World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis./ Pisano M., Allievi N., Gurusamy K. et al.// World J. Emerg. Surg., 2020, No. 15, pp.61.

10. Demirkan A. The Effect of Leucocytosis, Gender Difference, and Ultrasound in the Diagnosis of Acute Cholecystitis in the Elderly Population./ A. Demirkan // Hindawi Emergency Medicine International. - V. 2019. Article ID 6428340. 6 pages.

11. Frailty predicts morbidity and mortality after laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis:/ Fagenson A.M.et al.// an ACS-NSQIP cohort analysis. J Gastrointest Surg -2021. 25(4):932–940

12. Outcome of delayed cholecystectomy after percutaneous Cholecystostomy for acute Cholecystitis./ Sakran N. et al. // IMAJ. 2018;20(10):627–31.

13. Outcomes following an index emergency admission with cholecystitis: a national cohort study. / Mytton J et al //Ann Surg.2021. 274(2):367–374.

ХУЛОСА

**А.С. Ашуров, К.К. Қобилов,
Э.К. Иброҳимов, Н.Х. Чураева,
Х.Н. Мансуров**

ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ХОЛЕСИСТИТИ ШАДИДИ КАЛКУЛЁЗӢ ДАР БЕМОРОНИ ХАТАРИ ЗИЁДИ ЧАРРОӢ ДОШТА

Мақсади таҳқиқот. Рушди ҳамаҷонибаи ташхис ва табобати холесистити шадид дар беморони таҳти хатари зиёди чарроҳӣ қарор дошта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот натиҷаи ҳамаҷонибаи ташхис ва табобати холесистити шадид дар 68 беморон, ки тули солҳои 2008-2017 дар қисми тиббӣ-санитарии КВД АТ бистари ва табобат ёфтаанд оварда шудааст. Нисбати тамоми беморон алгоритми стандартии муоина, аз ҷумла таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ ва ТУС-и ковокии шикам гузаронида шуд, ки он дар тӯли 2-3 шабонарӯз иҷро гардид.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми арзёбии нишондиҳандаҳои интегралӣ вазнинии ҳолат фавтнокӣ интизорӣ $9,8 \pm 4,9\%$ -ро ташкил дода, оризаҳои пас аз чарроҳӣ мумкин буд, то ба ҳудуди $49,2 \pm 5,9\%$ зиёд мешуд. Тибқи натиҷаҳои ТУС-и, ки баъди ду шабонарӯзи пас аз бистаришавӣ гузаронида шуда буд, беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи аввал (32 бемор 47%) таназзули тағйиротҳои илтиҳобии талҳадон ба мушоҳида мерасад ва дар гурӯҳи дуюм (36 бемор 59%), ки беҳбудӣ ба назар намерасид.

Хулоса. Ҳамин тавр, шкалаи интегралӣ SAPS-II, POSSUM ва таҳқиқотҳои клиникаию инструменталӣ ҳангоми бистарии беморон ва дар давоми вақти назорат имкон медиҳад, ки гурӯҳи беморони хатари ҷарроҳӣ доштаро муайян намуда барои муайян кардани

тактикаву интиҳоби усули муолиҷаи холесистити шадид имконият фароҳам оварад.

Калимаҳои калидӣ: холесистити шадид, миёнсол, беморони тахти хатари зиёд.

УДК 616.379-008.64-07-08

И.Б. Гайратова

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ СЗН РТ

Гайратова Идигул Бороновна – зав. отделением инфаркта миокарда ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»; тел: (+992) 005055253.

Цель исследования. Изучить клиническую и инструментальную характеристику течения ишемической болезни сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужило медицинская документация 116 больных с ишемической болезнью сердца, которые соответствовали критерию отбора. Все больные в зависимости от наличия сахарного диабета были разделены на две группы: I группа с сахарным диабетом 2 типа (n=44) и II группа без сахарного диабета 2 типа (n=72).

Результаты исследования и их обсуждение. Больные с ишемической болезнью сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа были старше и составили 37,9% от общей группы. Среди факторов риска артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и ожирение занимали лидирующие позиции в сравниваемых группах. Анализ вариантов течения ишемической болезни сердца в сравниваемых группах, показал, что неангинозные или другие симптомы (одышка) чаще наблюдались у диабетиков. По результатам эхокардиографии размер предсердий (левого и правого) были выше в группе больных с диабетом.

Заключение. Проведенное исследование показало, что больные с ишемической болезнью сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа были старше, имели более высокий индекс массы тела и сердечно-сосудистые факторы риска.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет (СД), факторы риска, эхокардиография (ЭхоКГ)

I.B. Gairatova

CLINICAL AND INSTRUMENTAL CHARACTERISTICS OF CORONARY HEART DISEASE IN ASSOCIATION WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

State Institution «Tajik Research Institute of Preventive Medicine»

State Institution «Republican Clinical Center of Cardiology» MH SZN RT

Gairatova Idigul Boronovna – the head department of myocardial infarction. State Institution «Republican Clinical Center of Cardiology»; тел: (+992) 005055253.

Aim. *To study the clinical and instrumental characteristics of the course of coronary heart disease in association with type 2 diabetes mellitus.*

Material and research methods. *The material for the study was 116 patients with coronary heart disease who met the selection criteria. All patients depending on the presence of diabetes mellitus were divided into two groups: group I with type 2 diabetes mellitus (n=44) and group II without type 2 diabetes mellitus (n=72).*

Research results. *Patients with coronary heart disease in association with type 2 diabetes mellitus were older and accounted for 37.9% of the total group. Among the risk factors, arterial hypertension, hypercholesterolemia and obesity occupied leading positions in the compared groups. An analysis of the course of coronary heart disease in the compared groups showed that nonanginal or other symptoms (shortness of breath) were more often observed in diabetics. According to the results of echocardiography, the size of the atria (left and right) was higher in the group of patients with diabetes.*

Conclusions. *The study showed that patients with coronary heart disease in association with type 2 diabetes were older; had a higher body mass index and cardiovascular risk factors.*

Key words: *ischemic heart disease (IHD), diabetes mellitus (DM), risk factors, echocardiography (EchoCG).*

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет (СД) представляют собой хорошо известную комбинацию патологических и патофизиологических признаков, которые неизбежно приводят к высокой заболеваемости и смертности и ложатся значительным бременем затрат на любую систему здравоохранения [5, 8].

Сахарный диабет (СД) 2 типа является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, и имеются убедительные доказательства, демонстрирующие высокую распространенность неблагоприятного сердечно-сосудистого риска у лиц с диабетом [1,

5]. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с диабетом увеличивается более чем в два раза по сравнению с пациентами без диабета [1, 8]. Потенциальный механизм диабета как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний может иметь несколько путей. Так, гипергликемия влияет на коронарные микрососуды путем воспаления и усиливает тем самым активность симпатической нервной системы. При этом, возникает вазоспастическое и структурное ремоделирование кровообращения, что приводит к повышению сердечно-сосудистого риска [2, 6, 7].

Недавние публикации, а также более ранние систематические обзоры не только описывают более высокую частоту атеросклеротических заболеваний у пациентов с диабетом по сравнению с пациентами без диабета сопоставимого возраста и пола, но также соглашаются с тем, что у пациентов с диабетом наблюдается более агрессивно прогрессирующая ИБС с более сложными атеросклеротическими поражениями и бляшками, которые чаще склонны к разрыву [2, 6]. Основные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), связанные с СД 2 типа включают ИБС, сердечную недостаточность, инсульт и заболевания периферических артерий, и эти осложнения могут привести к смерти не менее 50% пациентов с СД 2 типа [3, 4, 7].

Кроме того, мы знаем, что пациенты с диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями имеют худшие исходы по сравнению с населением в целом, независимо от того, страдают ли они острым коронарным синдромом или хроническим коронарным синдромом [7]. Примечательно, что пациенты с диабетом клинически чаще страдают бессимптомной ишемией миокарда, что приводит к поздней диагностике и более высокой смертности [4]. Безболевая ишемия миокарда у больных СД в основном является результатом вегетативной невропатии, и по оценкам, присутствует у 10-20% пациентов с диабетом по сравнению с 1-4% у недиабетиков [2].

Учитывая осложнения, которые диабет оказывает на сердечно-сосудистую систему совместная оценка диабета и коронарного стеноза имеет клиническое

значение для лечения этих пациентов. Следовательно, недавние рекомендации и консенсус экспертов характеризовались дальнейшим акцентом на оценке факторов риска в сочетании с очевидными сердечно-сосудистыми патологическими поражениями у пациентов с диабетом [5, 8].

Насколько нам известно, в настоящее время доступно меньше данных о совместном влиянии СД на клинические исходы больных с кардиоваскулярными заболеваниями и их оценка в популяции республики позволит предотвратить жизнеугрожающие состояния и разработать методы их профилактики.

Цель исследования. Изучить клиническую и инструментальную характеристику течения ишемической болезни сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужило 116 больных с ИБС, которые соответствовали критерию отбора. На каждого пациента заполнялись данные в карту обследования – анамнез, текущие симптомы и результаты клинико-функционального и инструментального обследования. Клиническая классификация болей в груди проводилась следующим образом:

I. Типичная стенокардия, если она отвечает всем трем из следующих критериев:

1. сдавливающий дискомфорт в передней части грудной клетки или в шее, челюсти, плече или руке;
2. провоцируется боль после физической нагрузки или эмоциональным стрессом;

3. облегчение боли после покоя или приема нитратов в течение 5 мин.

II. Атипичная стенокардия (возможна), если она соответствует двум из вышеперечисленных критериев.

III. Неангинозная боль в груди, если она соответствует одному или ни одному из вышеперечисленных критериев.

Всем больным проводили ЭКГ в покое в 12 отведениях и эхокардиография. Наличие (или отсутствие) ишемии, отвечающей следующим критериям, оценивалось по функциональным пробам, выполненным в течение предшествующих 6 месяцев:

1. Изменения на ЭКГ, соответствующие ишемии и/или стенокардии при физической нагрузке во время нагрузочного теста на беговой дорожке.

2. При стресс-эхокардиографии – обратимые регионарные аномалии движения стенок.

Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Шапиро-Уил-

ка и Колмогорова-Смирнова. Средние значения (M) и их ошибки ($\pm m$) применялись для количественных признаков, правильного распределения, медианы (Me) и интерквантильного интервала ($[25q; 75q]$) для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследование были включены 116 больных с ИБС, которые соответствовали критерию отбора. Из общей группы были выделены больные ($n=44$) с ИБС в ассоциации с СД 2 типа, что составило 37,9% от общей группы. Базовая характеристика больных представлена в табл 1.

Как видно из данных таблицы больные с СД 2 типа были старше ($65 \pm 10,5$ лет против $60,9 \pm 12,8$ лет, $P=0,0001$). Также в группе больные ИБС+СД 2 типа имели более высокий ИМТ ($28,9 \pm 4,6$ против $26,8 \pm 4,3$ кг/м²; $p < 0,0001$) по сравнению с группой ИБС

Таблица 1.

Базовая характеристика больных ИБС в зависимости от наличия СД 2 типа

Показатели	ИБС+СД 2 типа ($n=44$)	ИБС без СД 2 типа ($n=72$)	P
Возраст, лет ($M \pm m$)	$65,0 \pm 10,5$	$60,9 \pm 12,8$	0,0001
Мужчины, n (%)	23 (52,3%)	39 (54,2%)	<0,05
Женщины, n (%)	21 (47,7%)	33 (45,8%)	<0,05
ИМТ, кг/м ² ($M \pm m$)	$28,9 \pm 4,6$	$26,8 \pm 4,3$	<0,0001
Длительность ИБС, лет	5,87 [2; 8]	5,1 [1,5; 7]	<0,05
Длительность СД 2 типа, лет	5,3 [3; 8]	-	
Средняя ЧСС, уд/мин	$69,6 \pm 12,4$	$62,5 \pm 11,7$	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни)

без СД 2 типа. Длительность СД 2 типа в группе с ИБС+СД 2 типа в среднем составила 5,3 [3; 8] года, а продолжительность ИБС в группе с СД 2 типа составила в среднем 5,87 [2; 8] года.

Сердечно-сосудистые факторы риска, такие как ожирение, АГ и дислипидемия, часто встречаются у пациентов с СД 2 типа, что повышает риск сердечно-сосудистых событий. Общее количество факторов риска у больных с ИБС (в группе в целом) составила $2,5 \pm 1,2$, при этом в группе пациентов ИБС+СД 2 типа было достоверно выше ($2,9 \pm 1,2$) в сравнении с группой ИБС без СД 2 типа – $2,2 \pm 1,4$ ($p < 0,0001$). Мы сочли необходимым изучить частоту и структуру факторов риска в сравниваемых группах (рисунок 1).

АГ распространена среди пациентов СД 2 типа и у больных диабетом тесно связана с развитием диабетической нефропатии (ДН). При ДН почечные клетки стимулируются гипергликемией, что приводит к выработке гуморальных

медиаторов, цитокинов и факторов роста. Продукция этих факторов часто ответственна за структурные изменения, наблюдаемые в клубочках пациентов с диабетом, включая гиалиновый артериосклероз (в первую очередь выносящих артериол). Повышенное отложение коллагена во внеклеточном матриксе и повышенная проницаемость базальной мембраны клубочков, наблюдаемая у пациентов с диабетом с почечной дисфункцией, может способствовать повышенному риску ССЗ. АГ в наших исследованиях занимала лидирующие позиции и в группе пациентов ИБС и СД 2 типа встречалась с частотой 79,5%, против 66,7% в группе ИБС без СД 2 типа.

Больные СД подвержены повышенному риску развития дислипидемии. Одним из механизмов, лежащих в основе этой связи, является повышенное высвобождение свободных жирных кислот, которые способствуют выработке триглицеридов, что, в свою очередь,

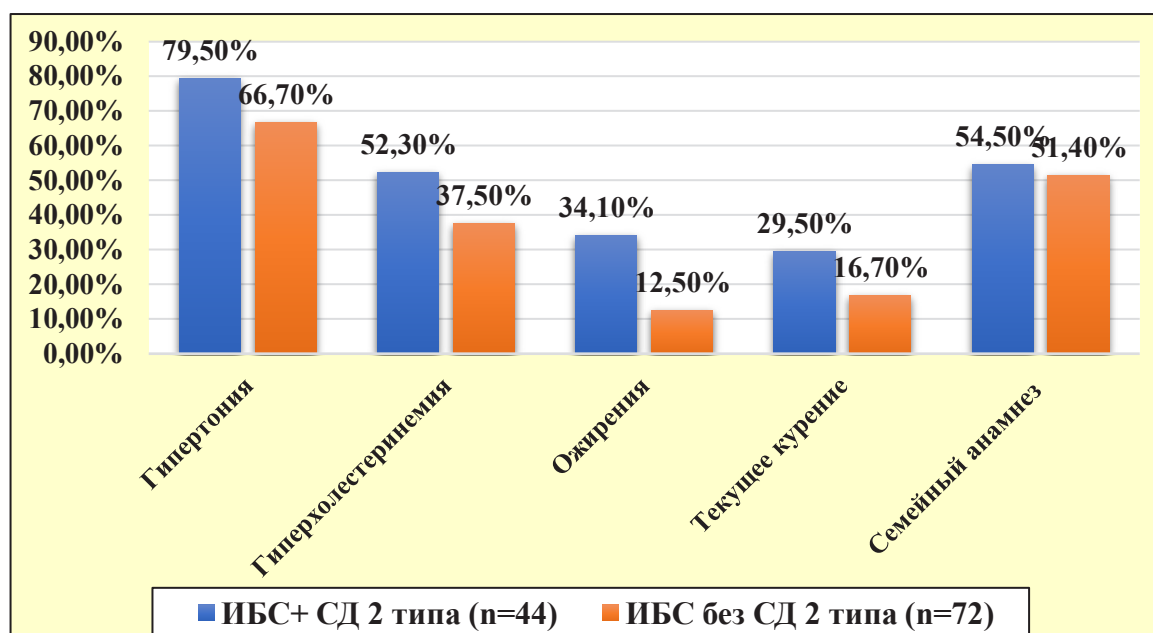


Рисунок 1. Факторы риска (частота и структура) у больных ИБС с СД 2 типа и без

стимулируют секрецию аполипопротеина В (АпоВ) и холестерина ЛПОНП. Высокие уровни АпоВ и ЛПНП связаны с повышенным риском ССЗ. Гиперхолестеринемия у наблюдаемых нами больных встречалась у каждого второго больного (52,3%) с ИБС и СД 2 типа, против 37,5% в группе ИБС без СД 2 типа.

Ожирение часто встречается у пациентов с СД, особенно СД 2 типа, и связано с повышенным риском ССЗ. Одним из возможных механизмов, связывающих СД и ожирение с последующим ССЗ, является слабовыраженное воспаление. У пациентов с СД также снижена продукция адипопектина, что может привести к снижению функции эндотелия. Адипопектин помогает ограничить дисфункцию эндотелия, увеличивая продукцию NO и снижая экспрессию молекул адгезии. Адипопектин также защищает от атеросклероти-

ческого процесса, ингибируя окисление ЛПНП. В группах сравнения ожирение наблюдалось у 34,1% и 12,1% соответственно ($p<0,05$).

Далее нами изучена структура ИБС в сравниваемых группах в зависимости от наличия СД 2 типа при первичном обращении (рисунок 2).

Как видно из данных рисунка в группе больных с СД 2 типа наиболее часто наблюдались нестабильная стенокардия (34,1%), ОКС (13,6%), ПИКС (13,6%) и ОИМ (11,4%) против 31,9%, 9,7%, 6,9% и 5,6% без СД. При этом стабильная стенокардия напряжения наиболее часто наблюдалась в группе больных без СД 2 типа (37,5% против 27,3% с СД 2 типа).

В таблице 2 представлена клиническая характеристика больных с ИБС в сравниваемых группах

Анализ вариантов течения (симптомов) ИБС в сравниваемых груп-

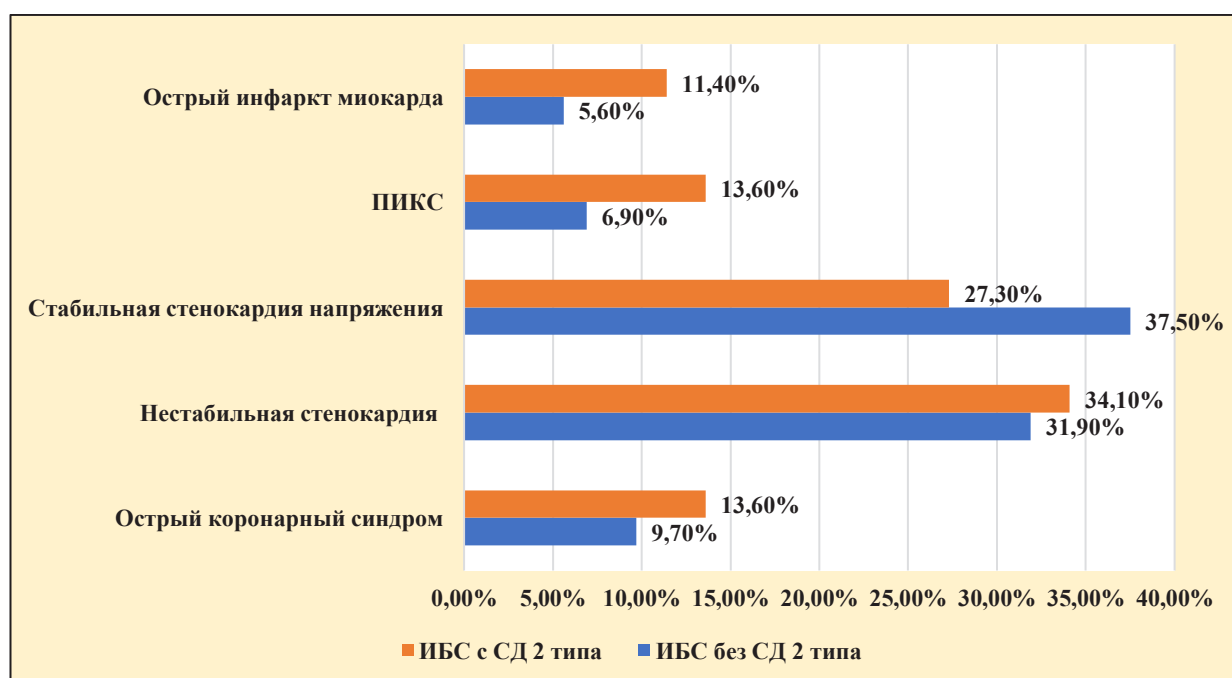


Рисунок 2. Структура ишемической болезни сердца в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа

Таблица 2.

Клиническая характеристика больных с ИБС в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа

Показатели	ИБС+СД 2 типа (n=44), n (%)	ИБС без СД 2 типа (n=72), n (%)	P
Симптомы:			
– Типичная стенокардия	25 (56,8%)	57 (79,2%)	<0,05
– Атипичная стенокардия	8 (18,2%)	9 (12,5%)	<0,001
– Бессимптомная	7 (15,9%)	4 (5,6%)	<0,05
– Неангинозные или др. симптомы	4 (9,1%)	2 (2,8%)	<0,001
Претестовая вероятность ИБС:			
– Низкий	4 (9,1%)	17 (23,6%)	<0,001
– Средний	26 (59,1%)	36 (50,0%)	<0,05
– Высокий	14 (31,8%)	19 (26,4%)	<0,001
ФК ХСН (НУНА):			
– I	4 (9,1%)	11 (15,3%)	<0,05
– II	16 (36,4%)	35 (48,6%)	>0,05
– III	15 (34,1%)	20 (27,8%)	<0,05
– IV	9 (10,4%)	6 (7,3%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни)

пах, показал, что атипичная стенокардия (18,2%), бессимптомная (15,9%) и неангинозные или другие симптомы (9,1%) чаще наблюдались у диабетиков (ИБС+СД 2 типа), по сравнению с недиабетиками (12,5%, 5,6% и 2,8% соответственно). В группе больных без СД 2 типа наиболее часто наблюдалось типичный вариант течения (симптомов) – 79,2%.

Наблюдаемые больные в плановом порядке прошли функциональные стресс-тесты: беговая дорожка с нагрузкой или фармакологический стресс – визуализирующий тест. Результаты анализа показали, что во всех группах претестовая вероятность ИБС находилась в диапазоне средний и высокий.

Так, в группе больных ИБС+СД 2 типа средний риск и высокий встречался у 26 (59,1%) и 14 (31,8%) больных соответственно против 36 (50,9%) и 19 (26,4%) в группе ИБС без СД 2 типа ($p<0,001$).

При регистрации ЭКГ у больных с ИБС в ассоциации с СД 2 типа (n=65) у 7 (15,9%) была зарегистрирована ФП, у 3 (6,8%) желудочковые нарушения ритма.

Всем больным была проведена эхокардиография. Данные ЭхоКГ параметров исследуемых групп представлены в табл 3.

Результаты анализа ЭхоКГ параметров свидетельствуют об отсутствии отличий по систолической функции

Таблица 3.

ЭхоКГ показатели пациентов, участвовавших в исследовании

Показатели	ИБС+СД 2 типа (n=44)	ИБС без СД 2 типа (n=72)	P
Толщина задней стенки левого желудочка, мм Ме (1q-3q)	12,0 (11,0-12,0)	11,0 (10,0-12,0)	<0,01
Толщина межжелудочковой перегородки левого желудочка, мм Ме (1q-3q)	12,0 (10,0-12,0)	11,0 (9,5-12,5)	<0,01
Нарушение локальной сократимости, n (%)	15 (23,1%)	13 (11,9%)	<0,05
ФВ, % Ме(1q-3q)	58,0 (51,75-62,5)	58,0 (55,0-62,0)	<0,05
Диастолическая дисфункция левого желудочка, E/A Ме(1q-3q)	0,69 (0,58-0,96)	0,71 (0,60-1,14)	>0,05
Объем левого предсердия, мл Ме(1q-3q)	60,0 (51,5-75,5)	55,0 (42,0-62,75)	<0,001
Объем правого предсердия, мл Ме(1q-3q)	52,0 (41,25-63,75)	45,0 (34,5-54,5)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между пациентами ИБС+СД 2 типа и пациентами ИБС без СД 2 типа (по U-критерию Манна-Уитни)

ЛЖ, его диастолической дисфункции и толщине стенок между сравниваемыми группами. При этом размер предсердий (левого и правого) были выше в группе больных ИБС СД 2 типа: 60,0 (51,5-75,5) против 55,0 (47,0-63,75).

Заключение. Таким образом проведенное исследование показало, что больные с ИБС в ассоциации с СД 2 типа были старше ($65 \pm 10,5$ лет против $60,9 \pm 12,8$ лет) и имели более высокий ИМТ по сравнению с группой ИБС без СД 2 типа ($28,9 \pm 4,6$ против $26,8 \pm 4,3$ кг/м²). Сердечно-сосудистые факторы риска, такие как артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия и ожирение занимали лидирующие позиции и в группе пациентов ИБС и СД 2 типа встречалась с частотой 79,5%,

52,3% и 34,1% против 66,7%, 37,5% и 12,5% соответственно в группе ИБС без СД 2 типа. Анализ вариантов течения ИБС в сравниваемых группах, показал, что неангинозные или другие симптомы (одышка) чаще наблюдались у диабетиков (ИБС+СД 2 типа), по сравнению с недиабетиками. При проведении функционального стресс-теста (беговая дорожка с нагрузкой или фармакологический стресс – визуализирующий тест) во всех группах претестовая вероятность ИБС находилась в диапазоне средний и высокий с превалированием в группе с СД 2 типа. Результаты анализа ЭхоКГ параметров свидетельствовали об отсутствии отличий по систолической функции ЛЖ, его диастолической дисфункции и толщине стенок между

сравниваемыми группами. При этом размер предсердий (левого и правого) был выше в группе больных ИБС с СД 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 4-8 в References)

1. Ворожцова И.Н. Влияние сахарного диабета 2-го типа на миокард пациентов с ишемической болезнью сердца /И.Н. Ворожцова, О.В. Будникова, С.А. Афанасьев, Д.С. Кондратьева//Сибирский медицинский журнал. – 2018. – 33(1). – Р. 14-20.

2. Марданов Б.У. Особенности клинико-гемодинамических параметров и коронарного кровотока больных хронической ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа /Б.У. Марданов, М.А. Кокожева, Ф.Б. Шукуров и др. // Российский кардиологический журнал. – 2021. – №26(12). Р.39-46.

3. Шукурова С.М. Диабетическая нефропатия: современные вопросы диагностики и терапии /С.М. Шукурова, И.М. Рашидов, С.Дж. Косимова, А.И. Файзуллоев// Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». Душанбе. – 2021 г. – №1. – С.55-61.

REFERENCES

1. Vorozhtsova I.N. Vliyaniye sakharnogo diabeta 2-go tipa na miokard patsientov s ishemicheskoy boleznii serdtsa [Effect of type 2 diabetes mellitus on the myocardium of patients with coronary heart disease] / I.N. Vorozhtsova, O.V. Budnikova, S.A. Afanasiev, D.S. Kondratieva// Sibirskiy medicinskiy jurnal - Siberian Medical Journal. – 2018. – 33(1). - R. 14-20.

2. Mardanov B.U. Osobennosti kliniko-gemodinamicheskikh parametrov i koronarnogo krovoooka bolnikh s ishemicheskoy boleznii serdtsa [Features of clinical and hemodynamic parameters and coronary blood flow in patients with chronic coronary heart disease and type 2 diabetes mellitus] /B.U. Mardanov, M.A. Kokozheva, F.B. Shukurov et al. // Rossiyskiy kardiologich-

eskiy jurnal - Russian Journal of Cardiology. - 2021. - No. 26 (12). R.39-46.

3. Shukurova S.M. Diabeticheskaya nephropatiya: sovremenniyeh voprosi diagnostiki i terapii [Diabetic nephropathy: current issues of diagnosis and therapy] /S.M. Shukurova, I.M. Rashidov, S.J. Kosimova, A.I. Faizulloev//J. «Medisinskiy vestnik Natsionalnoy akademii nauk tadjikistana» - J. “Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan”. Dushanbe. - 2021 - No. 1. - P.55-61.

4. Cai X. Association Between Prediabetes and Risk of All-Cause Mortality and Cardiovascular Disease: Updated Meta-Analysis /X. Cai, Y. Zhang, M. Li, et al. // Bmj. 2020. - №370. - P. 92-97.

5. Das S.R. Expert Consensus Decision Pathway on Novel Therapies for Cardiovascular Risk Reduction in Patients with Type 2 Diabetes: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee /S.R. Das, B.M. Everett, K.K. Birtcher, et al. //J Am Coll Cardiol. - 2020 Sep 1. - No76(9). – P.1117-1145.

6. Liu B. Genetically Predicted Type 2 Diabetes Mellitus Liability, Glycated Hemoglobin and Cardiovascular Diseases: A Wide-Angled Mendelian Randomization Study /B. Liu, A.M. Mason, L. Sun, et al.//Genes (Basel). – 2021. - No12(10). – P.1644.

7. Sattar N. Age at diagnosis of type 2 diabetes mellitus and associations with cardiovascular and mortality risks /N. Sattar, A. Rawshani, S. Franzen, et al. //Circulation. 2019. - No139. - P. 2228-2237.

8. Wright A.K. Primary Prevention of Cardiovascular and Heart Failure Events With SGLT2 Inhibitors, GLP-1 Receptor Agonists, and Their Combination in Type 2 Diabetes /A.K. Wright, M.J. Carr, E. Kontopantelis, et al. //Diabetes Care. - 2022 Apr 1. - No45(4). – P. 909-918.

ХУЛОСА

И.Б. Гайратова

ХУСУСИЯТХОИ КЛИНИКИ ВА
ИНСТРУМЕНТАЛИИ БЕМО-

РИИ ИШЕМИЯВИИ ДИЛ ДАР ЯКЧОЯГӢ БО ДИАБЕТИ ҚАНД НАВӢИ 2

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва инструменталӣ чараёни бемории ишемияи дил дар робита бо диабети қанди навъи 2.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи таҳқиқот 116 беморони гирифтори бемории ишемияи дил буд, ки ба меъёрҳои интихоб ҷавобгӯ буданд. Ҳама беморон вобаста ба мавҷудияти диабети қанд ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I бо диабети навъи 2 ($n=44$) ва гурӯҳи II бидуни диабети қанди навъи 2 ($n=72$).

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Беморони гирифтори бемории ишемикии дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 калонсол буданд ва 37,9%-ро гуруҳи умумӣ ташкил доданд. Дар байни омилҳои хавф

фишорбаландии шараёни, гиперхолестеринемия ва фарбеҳӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда мавқеи пешсафро ишғол карданд. Таҳлили чараёни бемории ишемияи дил дар гурӯҳҳои муқоисашуда нишон дод, ки дар беморони гирифтори диабети қанд бештар аломатҳои ғайриангиналӣ ё дигар (нафастангӣ) мушоҳида мешаванд. Аз рӯи натиҷаҳои эхокардиография, дар гурӯҳи беморони диабети қанд андозаи даҳлезҳо (чап ва рост) зиёдтар буд.

Хулоса. Таҳқиқот нишон дод, ки беморони гирифтори бемории ишемияи дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 калонсолтар буда, индекси массаи бадан баландтар ва омилҳои хавфи бемории дилу рағҳо доранд.

Калимаҳои калидӣ: бемории ишемикии дил (БИД), диабети қанд (ДҚ), омилҳои хатар, эхокардиография (ЭхоКГ).

УДК: 616-053.2 (575.3)

Мижғони Сорбон, Яхшибекова Ш.Дж.

МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Мижғони Сорбон - кандидат медицинских наук, проректор по учебной работе и практике НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». Тел: (+992) 918 67 74 48

Цель исследования. Совершенствование медицинских и организационных аспектов оказания помощи новорожденным с врожденными пороками развития в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты диагностики и лечения 120 новорожденных с врожденными пороками развития аноректальной области. Дети в

зависимости от срока гестации были следующие: доношенные дети -59,2%, недоношенные дети 40,8%. Из общего количества недоношенных детей с III и IV степени были – 6,3%. У матерей в возрасте от 18 до 25 лет дети рождались с пороками развития-59 (38,7%), от 26 до 34 лет -73 (46,8%), наиболее низкий показатель в возрасте от 35 до 45 лет – 3 (1,9%).

Изучено влияние транспортировки новорожденных на исход лечения аноректального порока развития. Транспортировка новорожденных осуществлена в следующем порядке: машиной скорой помощи 25%, самовывоз 48%. Остальные 27% дети находились в детском хирургическом отделении в связи с переводом внутри больницы.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным вопросом при организации перевода новорожденных с аноректальными пороками развития в специализированное детское хирургическое отделение является решение вопроса транспортировки на до госпитальном этапе. В этой связи надо отметить, что наиболее серьёзной задачей в наблюдении новорожденных на этапах транспортировки является профилактика переохлаждения, так как у новорожденных наблюдается процесс гипотермии, который приводит к нарушению обмена веществ, клеточного и тканевого метаболизма, возможно прогрессирующее кровоизлияние в головном мозгу и метаболический ацидоз. Транспортировка новорожденных, при пороках развития аноректальной области из роддомов для хирургической коррекции в основном выполнялось самовывозом, попутной машиной из дальних районов республики, что составляет 48%, реанимационной бригадой скорой помощи из стационаров города Душанбе 35,6%, а транспортом скорой помощи, не предусмотренной для перевозки новорожденных 12,4%, что не соответствует требованиям транспортировки новорожденных.

Выводы. Ведущее место в благополучном исходе лечения аноректальных пороков развития является пренатальная диагностика врожденного порока развития и своевременная госпитализация беременных женщин перед родоразрешением в роддомах ближе к месту, где имеются специализированные детские хирургические стационары. Кроме того, целесообразно обеспечить организацию отделений хирургии врожденных патологий новорожденных при перинатальном центре и обеспечением специальным транспортом для перевозки новорожденных. Обучение персонала в роддомах и скорой помощи по вопросам организации оказания медицинской помощи и межгоспитальной транспортировки новорожденных.

Ключевые слова: пороки развития аноректальной области, пороки развития, этапы транспортировки новорожденных, метаболический ацидоз.

Mizhgoni Sorbon, Yakhshibekova Sh.J.

MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PROVIDING CARE TO NEWBORNS WITH ANORECTAL DEVELOPMENTAL DEVELOPMENTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

Mizhgoni Sorbon - Candidate of Medical Sciences, Vice-Rector for Academic Affairs and Practice of the National Educational Institution “Medical and Social Institute of Tajikistan”. Tel: (+992) 918 67 74 48

Purpose of the study. Improving medical and organizational aspects of providing care to newborns with congenital malformations in the Republic of Tajikistan.

Material and research methods. The results of diagnosis and treatment of 120 newborns with congenital malformations of the anorectal region were analyzed. Children, depending on gestational

age, were as follows: full-term children - 59.2%, premature children - 40.8%. Of the total number of premature children, there were 6.3% of grades III and IV. In mothers aged 18 to 25 years, children were born with developmental defects - 59 (38.7%), from 26 to 34 years old - 73 (46.8%), the lowest rate was from 35 to 45 years old - 3 (1.9%).

The influence of transportation of newborns on the outcome of treatment of anorectal malformation was studied. Transportation of newborns was carried out in the following order: by ambulance 25%, self-pickup 48%. The remaining 27% of children were in the pediatric surgical department due to intra-hospital transfer.

Results of the study and their discussion. The main issue when organizing the transfer of newborns with anorectal malformations to a specialized pediatric surgical department is solving the issue of transportation at the pre-hospital stage.

In this regard, it should be noted that the most serious task in monitoring newborns at the stages of transportation is the prevention of hypothermia, since newborns experience a process of hypothermia, which leads to metabolic disorders, cellular and tissue metabolism, possibly progressive hemorrhage in the brain and metabolic acidosis. Transportation of newborns with malformations of the anorectal region from maternity hospitals for surgical correction was mainly carried out by self-pickup, by passing car from distant regions of the republic, which is 48%, by an ambulance resuscitation team from hospitals in the city of Dushanbe 35.6%, and by ambulance transport, not provided for transportation of newborns 12.4%, which does not meet the requirements for transportation of newborns.

Conclusions. The leading role in the successful outcome of treatment of anorectal malformations is prenatal diagnosis of congenital malformation and timely hospitalization of pregnant women before delivery in maternity hospitals closer to the place where there are specialized pediatric surgical hospitals. In addition, it is advisable to ensure the organization of surgery departments for congenital pathologies of newborns at the perinatal center and the provision of special transport for transporting newborns. Training of personnel in maternity hospitals and ambulances on the organization of medical care and interhospital transportation of newborns.

Key words: malformations of the anorectal region, developmental defects, stages of transportation of newborns, metabolic acidosis.

Актуальность. На сегодняшний день наиболее приоритетным показателем демографической ситуации в стране является детская смертность. Это влияет на качество оказываемой медицинской помощи населению. Что касается Республики Таджикистан, то в первую очередь приоритетными направлениями являются факторы рождаемости и мероприятия, позволяющие снизить летальность, особенно когда мы говорим о так называемой предотвратимой летальности [1, 2].

Анализируя причины младенческой смертности, учитывается совершенство-

вание качества медицинской помощи новорожденным с различными патологиями и врожденными аномалиями развития, при этом позволяет достичь хороших результатов [3, 4].

Превалирующим фактором, влияющим на показатели терапии новорожденных с пороками развития аноректальной области, значителен адекватная транспортировка в лечебное учреждение [5]. В этой связи создание реанимационных бригад неотложной помощи с исключительным оснащением и подготовленными специалистами для перевода новорожденных с пороками раз-

вития в специализированное лечебное учреждение является важной частью данной проблемы [5]

В работах авторов приведены и обсуждены вопросы меж госпитальной транспортировки новорожденных с пороками развития, в частности с аноректальными пороками. При решении вопроса транспортировки в специализированное учреждение, учитывались тяжести выявленных нарушений функций органов и систем и их коррекция в период подготовки к транспортировке и в процессе транспортировки в начальные часы и дни жизни [6, 7]. Одним из важных вопросом в период транспортировки новорожденных с аноректальными пороками развития является, создание оптимального температурного режима в салоне транспорта и в применяемых инфузионных растворах. [6, 7].

Конечные результаты лечения новорожденных с аноректальными пороками развития в основном зависят от обеспечения стабилизации состояния ребенка и правильного выбора терапии на этапах транспортировки. Все это учитывается в первые часы после рождения, должно соблюдаться последовательное выполнение лечебных мероприятий, обоснованность транспортировки и регионализации, приводят к значительным успехам и снижению летальности среди новорожденных с аноректальными пороками развития [1].

Организация специализированных оснащенных бригад неотложной помощи способствует оказанию правильной специализированной помощи от момента рождения до поступления в хирургический стационар, что сокращает вре-

мя на предоперационную подготовку, улучшает результаты хирургического вмешательства. Поэтому основной задачей является подготовка врачей реаниматологов и неонатологов для оказания неотложной помощи при критических состояниях в специализированных машинах скорой помощи [1, 2].

Недооценка состояния новорожденного с аноректальными пороками развития от момента рождения до поступления в специализированное медицинское учреждение и непрофессиональное действие врачей, приводит к гидроидному дисбалансу, нарушению кислотно-основного равновесия, что в дальнейшем служит основными факторами декомпенсации органов и систем с неблагоприятным исходом. Респираторная поддержка у новорожденных в первые часы жизни и на этапах транспортировки, является одной из важных задач.

Необходимо отметить отсутствие единого методологического подхода в лечении новорожденных с пороками развития, отсутствие стандартов диагностических программ, обследований и оперативного лечения аномалии развития. Все это приводят к высокой летальности и инвалидности. Все вышесказанное делает проблему актуальной, что приводит к поискам новых методов оказания специализированной помощи новорожденным [1, 2, 4, 6, 7].

Цель исследования. Совершенствование медицинских и организационных аспектов оказания помощи новорожденным с врожденными пороками развития в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования.

Анализированы результаты диагностики и лечения 120 новорожденных с врожденными пороками развития аноректальной области. Дети в зависимости от срока гестации были следующие: доношенные дети -59,2%, недоношенные дети 40,8%. Из общего количества недоношенных детей с III и IV степени были – 6,3%. У матерей в возрасте от 18 до 25 лет дети рождались с пороками развития-59 (38,7%), от 26 до 34 лет -73 (46,8%), наиболее низкий показатель в возрасте от 35 до 45 лет – 3 (1,9%).

Изучено влияние транспортировки новорожденных на исход лечения аноректального порока развития. Транспортировка новорожденных осуществлена в следующем порядке: машиной скорой помощи 25%, самовывоз 48%. Остальные 27% дети находились в детском хирургическом отделении в связи с переводом внутри больницы.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным вопросом при организации перевода новорожденных с аноректальными пороками развития в специализированное детское хирургическое отделение является решение вопроса транспортировки на до госпитального этапа. В этой связи надо отметить, что наиболее серьезной задачей в наблюдении новорожденных на этапах транспортировки является профилактика переохлаждения, так как у новорожденных наблюдается процесс гипотермии, который приводит к нарушению обмена веществ, клеточного и тканевого метаболизма, возможно прогрессирующее кровоизлияние в головном мозгу и метаболический ацидоз. Транспор-

тировка новорожденных, при пороках развития аноректальной области из роддомов для хирургической коррекции в основном выполнялось самовывозом, попутной машиной из дальних районов республики, что составляет 48%, реанимационной бригадой скорой помощи из стационаров города Душанбе 35,6%, а транспортом скорой помощи, не предусмотренной для перевозки новорожденных 12,4%, что не соответствует требованиям транспортировки новорожденных.

Перевод пациентов неонатального периода выполнялось расстоянием от 130 до 300 км, что отрицательно повлияло на состояние новорожденных и исходу болезни. Перед переводом всего у 30,2% новорожденных осуществлялась оценка параметров гемодинамики и с одновременной коррекцией дисфункции органов и систем.

Перевод новорожденных согласовывался между клиниками в 65,9% случаях. в 34,1% перевод пациентов не был согласован случаях, при этом не была соблюдена подготовка, что явилось основным недостатком во всех случаях. Анализ условий транспортировки детей из родильных домов показал, что перевозка новорожденных с пороком развития аноректальной области в 29,8% производилась в зимнее время. Новорожденные доставлялись в клинику в критическом состоянии без соблюдения необходимых условий транспортировки (поддержание тела в определенном положении, обогрев, кислородная поддержка), что составляло 59,8%. В 42% новорожденных сопровождал медицинский персонал

без кислородной поддержки. Во время перевозки не производился контроль параметров кровообращения и насыщенности кислорода. Перевозка пациентов неонатального возраста из районов осуществлялась на необорудованном транспорте (нет источника кислорода, минимальное оборудование).

Анализируя вышеприведенные данные, отмечается большая роль причин нарушения системы кровообращения, дыхания, расстройства терморегуляции у новорожденных с пороками развития аноректальной области при необоснованном переводе. Учитывая географические особенности рельефа республики, организация специализированных центров для оказания неотложной хирургической помощи является целесообразным.

По мнению Albavera- Lagunas с соавт., гипотермия и гипертермия являются наиболее частыми осложнениями при неправильной транспортировке новорожденных. Необходимо отметить, что продолжительность транспортировки отрицательно влияет на состояние новорожденного. Не мало важное значение имеет и сроки гестации новорожденных. С другой стороны транспортировка в тяжелом состоянии даже при хороших условиях не даёт ощутимых результатов и в этой связи целесообразна организация службы интенсивно-реанимационной помощи на местах.

Другим фактором неудовлетворительных результатов лечения новорожденных с аноректальными пороками развития являются сроки поступления после рождения. В нашей случае позд-

няя диагностика составляет 10%, это те дети, которые родились дома.

Следует отметить, что приведённые данные частично совпадают с данными литературы. Это связано с многими факторами, такие как Республика Таджикистан является в основном горной местностью, отсутствие специальных машин скорой помощи для транспортировки новорожденных, отсутствие в областях отделений для оказания помощи новорожденным и другие факторы которые негативно влияют на течение заболеваний. Таким образом ведущее место в обеспечении своевременной и квалифицированной неонатальной помощи занимает проблема транспортировки, которая оказывает значительное влияние на летальность и риск инвалидизации.

Заключение. Ведущее место в благополучном исходе лечения аноректальных пороков развития является пренатальная диагностика врожденного порока развития и госпитализации беременных женщин перед родоразрешением в роддомах ближе к месту, где имеется специализированные детские хирургические стационары. Кроме того целесообразно обеспечить организацию отделений хирургии врожденных патологий новорожденных при перинатальном центре и обеспечением специальным транспортом для перевозки новорожденных. Обучение персонала в роддомах и скорой помощи по вопросам организации оказания медицинской помощи и межгоспитальной транспортировки новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейников Я.Н., Воронин Д.В., Каган А.В., Караваева А., Любименко В.А., Немилова Т.К. Хирургическая помощь новорожденным - принципы организации. // Детская хирургия. - 2005. - №2. - С.46-47.

2. Кучеров Ю.И., Антонов А.Г., Демидов В.Н. с соавт. Первый опыт операций при врожденных хирургических заболеваниях у новорожденных на базе родовспомогательного учреждения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2004. - №5. - С.48-50.

3. Мешков М.В., Князев Ю.В., Тен В., Чуйков Н., Завьялов А.Е., Дорофеев М.Ю., Гончаров А.В. Транспортировка на большие расстояния детей, нуждающихся в сопроводительной интенсивной терапии. // Детская хирургия. - 2004. - №2. - С.41-42.

4. Рахматова Р.А., Рахмонова П.Э., Тиллоева Ф.Х. Изучение тяжести состояния новорожденных детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерским анамнезом // Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения РТ. 2016. № 4. С. 74 – 77.

5. Agostino R., Fenton A.C., Kollee L.A.A. et al. Organization of neonatal transport in Europe // Prenat. Neonat. Med. - 1999. Vol. 4, Suppl. 1. - P.20-34.

6. Poley M.J., Stolk E.A., Langemeijer R.A. et al. The cost-effectiveness of neonatal surgery and subsequent treatment for congenital anorectal malformations // J. Pediatr. Surg. 2001 - Vol. 36, № 10 - P. 1471-1478.

REFERENCES

1. Aleinikov Y.N., Voronin D.V., Kagan A.V., Karavaeva A., Lyubimenko V.A., Nemilova T.K. Surgical care for newborns - principles of organization. // Pediatric surgery. - 2005. - No. 2. - P.46-47.

2. Kucherov Yu.I., Antonov A.G., Demidov V.N. et al. The first experience of operations for congenital surgical diseases in newborns on

the basis of an obstetric institution // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. - 2004. - No. 5. - P.48-50.

3. Meshkov M.V., Knyazev Yu.V., Ten V., Chuikov N., Zavyalov A.E., Dorofeev M.Yu., Goncharov A.V. Long-distance transportation of children in need of accompanying intensive care. // Children's surgery. - 2004. - No. 2. - P.41-42.

4. Rakhmatova R.A., Rakhmonova P.E., Tilloeva F.Kh. Study of the severity of the condition of newborn children born from mothers with a burdened obstetric history // Bulletin of postgraduate education in the field of healthcare of the Republic of Tatarstan. 2016. No. 4. P. 74 – 77.

5. Agostino R., Fenton A.S., Kollee L.A.A. et al. Organization of neonatal transport in Europe // Prenat. Neonat. Med. - 1999. Vol. 4, Suppl. 1. - P.20-34.

6. Poley M.J., Stolk E.A., Langemeijer R.A. et al. The cost-effectiveness of neonatal surgery and subsequent treatment for congenital anorectal malformations // J. Pediatr. Surg. 2001 - Vol. 36, No. 10 - P. 1471-1478.

ХУЛОСА

Мижғони Сорбон, Яхшибекова Ш.Ҷ.

ҶАНБАҲОИ ТИББӢ ВА ТАШКИЛИИ ТАЪМИНИ РАСОНИДАНИ КӢМАКИ ТИББӢ БА КӢДАКони НАВЗод ДОРОИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ АНОРЕКТАЛӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Такмили ҷанбаҳои тиббии ташкилии расонидани кӯмаки тиббӣ ба кӯдакони навозоди дорои нуқсонҳои модарзодӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи ташҳис ва муолиҷаи 120 тифли навозод бо нуқсонҳои модарзодии

минтақаи аноректалӣ таҳлил карда шуд. Кӯдакон вобаста ба синну соли ҳомиладорӣ чунин буданд: кӯдакони пурравакт - 59,2%, кӯдакони бармаҳал таваллуд шуда - 40,8%. Аз шумораи умумии кудакони пеш аз мухлат таваллудшуда 6,3% онҳо синфҳои III ва IV буданд. Дар модарони аз синни 18 то 25 сола кӯдакон бо нуқсони модарзодӣ таваллуд шудаанд - 59 (38,7%), аз 26 то 34 сола - 73 (46,8%) ва нишондоди пасттарин аз 35 то 45 сола - 3 (1,9%) ташкил додааст.

Таъсири интиқоли кӯдакони навзод ба натиҷаи табобати нуқсони аноректалӣ омӯхта шуд. Кашондани кӯдакони навзод бо тартиби зерин ба ҳо оварда шуд: бо мошини ёрии таъҷилӣ 25%, бо худбарӣ 48%. Боқимонда 27% дигари кӯдакон аз сабаби интиқоли дохили беморхона дар шӯъбаи ҷарроҳии кӯдакон буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Масъалаи асосӣ ҳангоми ташкили интиқоли кӯдакони навзоди дорои нуқсонҳои аноректалӣ ба шӯъбаи махсуси ҷарроҳии кӯдакона ҳалли масъалаи интиқоли онҳо дар марҳилаи пеш аз табобати беморхонавӣ мебошад. Дар робита ба ин, бояд қайд кард, ки вазифаи ҷиддии дар вақти интиқоли кӯдакони навзод дар марҳилаҳои интиқол дар зери назорати табиб будан ва пешгирии гипотермия мебошад, зеро навзодон раванди гипотермияро аз сар мегузаронанд, ки боиси ихтилоли мубодилаҳои моддаҳо, мубодилаи ҳуҷайраҳо ва бофтаҳо, эҳтимоли

хунравии прогрессивии майнаи сар ва ацидозии метаболикӣ мегардад.

Интиқоли кӯдакони навзоди нуқсони минтақаи аноректалӣ дошта аз таваллудхонаҳо барои ислоҳ ба воситаи ҷарроҳӣ асосан бо роҳи худбурдан, бо мошини роҳгузар аз ноҳияҳои дурдасти ҷумҳурӣ интиқол дода мешавад, ки он 48%-ро ташкил медиҳад, ба воситаи дастаҳои реаниматологӣ аз ш. Душанбе 35,6%, бо нақлиёти ёрии таъҷилии барои ин кор пешбинӣ нагардида барои кашондани кудакони навзод таъин нагардида 12,4%, ҳамаи ин ба талаботи кашондани кудакони навзод мутобиқат намекард.

Хулоса. Дар натиҷаи бомуваффақияти муолиҷаи нуқсонҳои аноректалӣ ташхиси пеш аз таваллуди нуқсонҳои модарзодӣ ва сари вақт бистарӣ кардани занони ҳомила пеш аз таваллуд дар таваллудхонаҳое, ки шӯъбаҳои ҷарроҳии махсуси кӯдаконаро доранд, нақши пешбаранда мебошад.

Ғайр аз ин, дар маркази перинаталӣ ташкил намудани шӯъбаҳои махсуси ҷарроҳии патологияҳои модарзодии кӯдакони навзод ва бо нақлиёти махсус барои кашондани ин гуна кӯдакон, омӯзиши кадрҳо дар таваллудхонаҳо ва марказҳои ёрии таъҷилӣ фаъолият дошта оид ба ташкили расонидани ёрии аввалияи тиббӣ ва интиқоли байни беморхонавии навзодон мақсаднок мебошад.

Калидвожаҳо: нуқсонҳои минтақаи аноректалӣ, марҳилаҳои интиқоли кӯдакони навзод, ацидозии метаболикӣ.

УДК: 582.734 (735.3)

¹Назармамадова С.Х., ²Мамадризохонов А.А.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЛАНТАЦИОННОГО ВЫРАЩИВАНИЯ РОЗЫ ДАМАССКОЙ (*ROSA DAMASCENA* MILL.) В УСЛОВИЯХ ШАХРИНАВСКОГО РАЙОНА РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДЧИНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАНА

¹НОУ “Медико-социальный институт Таджикистан”

²ГОУ “Хорогский государственный университет им. Моёнино Назаршоева”

Назармамадова Сохибджамол Хушмамадовна – и.о. ассистента кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии НОУ «Медико–социальный институт Таджикистана». E-mail: nasarmamadova_71@mail.ru; тел: (+992) 935 87 87 82)

Цель исследования. Изучить методическое обоснование плантационного выращивания розы дамасской (*Rosa damascena* Mill) в Шахринавском районе районов республиканского подчинения республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалами для исследования послужили переработка эфиромасличного сырья, наряду с эфирными маслами, такими ценными биохимическими продуктами, как биоконцентраты, урсоловая кислота, водные биоэкстракты, экстракты, воск, гидралаты и др., отходы которых широко используются в качестве добавки в корма в животноводстве и в промышленном рыбоводстве.

Результаты исследования и их обсуждение. На территории Республики Таджикистан в последние годы в качестве решения актуальных задач развития сельского хозяйства предусматривается более полное вовлечение и эффективное использование перспективных видов полезных растений.

В связи с тем, что за последние годы резко повысился спрос на эфиромасличную продукцию, интерес к плантационному выращиванию эфиромасличных растений как в нашей стране, так и за рубежом, возрастает.

Одной из ценных эфиромасличных культур, которое в последние годы все больше привлекает внимание ученых и специалистов, является *Rosa damascena* Mill. Продукты переработки цветков розы (эфирное масло, конкрет, розовая вода) широко используются в различных отраслях народного хозяйства: при изготовлении высококачественных парфюмерно-косметических изделий, средства для ухода за кожей, полостью рта, волосами, мыла, и др., а также кондитерском производстве, ликероводочном, фармацевтическом, медицинском, лакокрасочном производствах и пищевой промышленности.

В целях создания благоприятной среды для дальнейшего развития выращивания и переработки сырья *Rosa damascena* Mill., а также повышения экспортного потенциала отрасли, весьма перспективным направлением является создание и расширение площади её промышленного выращивания на территории республики.

Выбранный объект для широкого промышленного разведения в условиях Шахринавского района, её ценность как перспективное эфиромасличное растение, а также опыт его ин-

продукционной способности выращивания в почвенно-климатических условиях региона даёт положительные прогнозы для его выращивания и широкого разведения в условиях региона.

Заключение: Создание высокоурожайных плантаций *Rosa damascena* Mill. и налаживание комплексного их использования создаст условия для удовлетворения различных потребностей общества в рамках организации многоцелевого, рационального использования сырья эфиромасличной розы является важнейшим принципом и приоритетным направлением развития сельскохозяйственного комплекса, в соответствии со Стратегией развития Республики Таджикистан до 2030 г.

Ключевые слова: эфирные масла, биохимические продукты, биоконцентрат, урсуловая кислота, водные биоэкстракты, воск, гидралаты.

S.Kh. Nazarmamadova, A.A. Mamadrizokhonov

SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL RATIONALE FOR PLANTATION CULTIVATION OF DAMASCE ROSE (*ROSA DAMASCENA* MILL.) IN THE CONDITIONS OF CENTRAL TAJIKISTAN

NEI “Medical and Social Institute “

KhSU “ Khorog State University named after M. Nazarshoev”

Nazarmamadova Sohibjamol Khushmamadovna - Lecturer, Department of Microbiology, Virology and Immunology, NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

Purpose of the study. To study the methodological rationale for plantation cultivation of the damask rose *Rosa damascena* Mill in the Shakhriyav region of Central Tajikistan.

Materials and methods of research: the materials for the study were used in the processing of essential oil raw materials, along with essential oils, such valuable biochemical products as bioconcentrates, ursolic acid, aqueous bioextracts, extracts, waxes, hydralates, etc., the waste of which is widely used as an additive in feed in livestock farming, in industrial fish farming.

Results of the study and their discussion: In recent years, in the territory of the Republic of Tajikistan, as a solution to pressing problems of agricultural development, a more complete involvement and effective use of promising species of useful plants has been envisaged.

Due to the fact that in recent years the demand for essential oil products has sharply increased, interest in the plantation cultivation of essential oil plants both in our country and abroad is increasing. One of the valuable essential oil crops, which in recent years has increasingly attracted the attention of scientists and specialists, is *Rosa damascena* Mill. Rose flower processing products (essential oil, concrete, rose water) are widely used in various sectors of the national economy: in the manufacture of high-quality perfumes and cosmetics, skin care products, oral care products, hair care products, soaps, etc., as well as confectionery production, alcoholic beverage, pharmaceutical, medical, paint and varnish industries, food industry.

In order to create a favorable environment for the further development of cultivation and processing of *Rosa damascena* Mill. raw materials, as well as increasing the export potential of the industry, a very promising direction is the creation and expansion of its industrial cultivation area in the republic.

The selected object for wide industrial cultivation in the conditions of the Gissar Valley, its value as a promising essential oil plant, as well as the experience of its introduction ability to grow in the soil and climatic conditions of the region give positive forecasts for its cultivation and wide cultivation in the region.

Conclusion: Creation of high-yielding *Rosa damascena* Mill plantations. and establishing their integrated use to meet the various needs of society within the framework of organizing multi-purpose, rational use of rose essential oil raw materials is the most important principle and priority direction for the development of the agricultural complex, according to the Development Strategy of the Republic of Tajikistan until 2030

Keywords: essential oils, biochemical products, bioconcentrate, ursolic acid, aqueous bioextracts, wax, hydralates.

Актуальность. На территории Республики Таджикистан в последние годы в качестве решения актуальных задач развития сельского хозяйства предусматривается более полное вовлечение и эффективное использование перспективных видов полезных растений.

В связи с тем, что за последние годы резко повысился спрос на эфиромасличную продукцию, интерес к плантационному выращиванию эфиромасличных растений как в нашей стране, так и за рубежом возрастает.

Одной из ценных эфиромасличных культур, которое в последние годы все больше привлекает внимание ученых и специалистов, является *Rosa damascena* Mill. Продукты переработки цветков розы (эфирное масло, конкрет, розовая вода) широко используются в различных отраслях народного хозяйства: при изготовлении высококачественных парфюмерно-косметических изделий, средств для ухода за кожей, полостью рта, волосами, мыла, и др., а также кондитерском производстве, ликероводочном, фармацевтическом, медицинском, лакокрасочном производствах и пищевой промышленности [12]. В силу своей биологической активности преобладающие эфиромасличные растения одновременно являются лекарственными и поэтому широко применяются в

народной, и в официальной медицине, а также в ароматерапии, ветеринарии и т.д. [13].

Цель исследования: изучить методическое обоснование плантационного выращивания розы дамасской (*Rosa damascena* Mill) в Шахринавском районе районов республиканского подчинения Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования: материалами исследования послужили переработка эфиромасличного сырья, наряду с эфирными маслами, такими ценными биохимическими продуктами, как биоконцентраты, урсоловая кислота, водные биоэкстракты, экстракты, воск, гидралаты и др., отходы, которых широко используются в качестве добавки в корма в животноводстве и в промышленном рыбоводстве.

Результаты исследования и их обсуждение. В связи с тем, что за последние годы резко повысился спрос на эфиромасличную продукцию, интерес к плантационному выращиванию эфиромасличных растений, как в нашей стране, так и за рубежом, возрастает.

Одной из ценных эфиромасличных культур, которое в последние годы все больше привлекает внимание ученых и специалистов, является *Rosa damascena* Mill. Продукты переработки цветков розы (эфирное масло, конкрет, розо-

вая вода) широко используются в различных отраслях народного хозяйства: при изготовлении высококачественных парфюмерно-косметических изделий, средств для ухода за кожей, полостью рта, волосами, мыла, и др., а также кондитерском производстве, ликероводочном, фармацевтическом, медицинском, лакокрасочном производствах и пищевой промышленности.

В целях создания благоприятной среды для дальнейшего развития выращивания и переработки сырья *Rosa damascena* Mill., а также повышения экспортного потенциала отрасли, весьма перспективным направлением является создание и расширение площади её промышленного выращивания на территории республики.

Выбранный объект для широкого промышленного разведения в условиях Шахринавского района Республики Таджикистан, её ценность как перспективное эфиромасличное растение, а также опыт его интродукционной способности выращивания в почвенно-климатических условиях региона дает положительные прогнозы для его выращивания и широкого разведения в условиях региона.

Для создания стабильной сырьевой базы *Rosa damascena* Mill. необходимо проведение комплексные исследования по познанию процессов, лежащих в основе стабильного роста и развития (потенциал долголетия, биопродуктивность, факторы экологической устойчивости, устойчивость к вредным организмам и значимые элементы биомассы в качестве источников сырья и т.д.). Данная проблема включает также агро-

технологические аспекты, связанные с расширением площади промышленных плантаций, и повышения погектарной урожайности, научной разработки методов повышения продуктивности кустов и улучшения товарных качеств сырья, а также научное решение проблем, связанные с созданием плантаций, агротехники проведения уходов, борьбы с вредными организмами, оптимальные способы вегетативного размножения, совершенствования технологии закладки, выращивания и эксплуатации промышленных плантаций на базе комплексной механизации и химизации производственных процессов, и научное обоснование всех производственных процессов.

На основе выявленных закономерностей предстоит разработать теоретическое обоснование промышленного выращивания розы, регулирования и оптимизации её жизнедеятельности, а также разработка комплекса практических рекомендаций по созданию эффективно функционирующей промышленной плантации *Rosa damascena* Mill. в новых условиях их произрастания, улучшения количественных и качественных характеристик её функционирования. Главным итогом научного обоснования представленной работы является создание эффективно функционирующий промышленной плантации в условиях Шахринавского района Республики Таджикистан и дальнейшее расширение в других регионах республики, которое способствует обеспечению отрасли высокую адаптивность к конкурентной рыночной среде и устойчивому развитию.

Результатами наших исследований установлено, что природное условие Шахринавского района Республики Таджикистан, благодаря уникальности своим эколого-климатическим условиям является благоприятным регионом для выращивания и переработки *Rosa damascena* Mill. Эффективное налаживание производственной работы по выращиванию и сбору качественного сырья в значительной степени может стимулировать и повысить темпы развития эфиромасличной отрасли в республиканском масштабе.

Следует отметить, что до настоящего времени на территории Республики Таджикистан подобная работа, связанная с промышленным выращиванием и использованием розы не проводилась. Созданная промышленная плантация *Rosa damascena* Mill. на территории Шахринавского района по объему не так уж велика и составляет порядка 25 га, а количество получаемого сырья ровняется 80-100 т. Тем не менее в связи с возросшим спросом именно на розовое эфирное масло имеется тенденция к их расширению.

Для повышения рентабельности плантационного выращивания требуется разработка оптимальной технологии производства посадочного материала.

Получение высокого и качественно-го урожая в значительной степени зависит от правильного и своевременного применения мер борьбы с вредителями и болезнями. Сюда входят также и другие агротехнические мероприятия: начиная от ухода, своевременного сбора сырья и до подготовительных работ для успешного прохождения зимнего пери-

ода и т.д. Актуальной остается задача быстрого размножения сортовых растений с целью получения посадочного материала. Для решения сразу целого ряда выше обозначенных проблем целесообразно использовать метод зеленого черенкования, позволяющий в короткий срок получать большое количество оздоровленного посадочного материала для закладки плантаций.

Заключение: Создание высокоурожайных плантаций *Rosa damascena* Mill. и налаживание комплексного их использования для удовлетворения различных потребностей общества в рамках организации многоцелевого, рационального использования сырья эфиромасличной розы является важнейшим принципом и приоритетным направлением развития сельскохозяйственного комплекса, согласно Стратегии развития Республики Таджикистан до 2030 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений СССР / [гл. редактор П. С. Чиков]. М.: ГУГК, 1980. С. 286–287.
2. Базавлуцкая, А.С., Канахина Л.И. Промышленное размножение роз окулировкой. Ашхабад: ЦБС АН ТССР, 1990, 5 с.
3. Байрамов, А.А. Экономические основы интродукции растений в условиях сухих субтропиков Азербайджана (итоги и перспективы) // *Azərbaycan florası: Bitkiçiliyin istifadəsi və qorunması*, - Bakı: Elm, -1999. - с.352-357.
4. Быховец, А.И. Розы / А.И.Быховец, С.Л.Быховец, В.М.Гончарук - Минск: «Харвест», - 2004. - 224 с.
5. Войткевич С.С. Эфирные масла для парфюмерии и ароматерапии. // М.: Пищевая промышленность, 1999. 284 с.

6. Кафарова О.О. Интродукция, селекция и биологические особенности роз группы флорибунда на Абшероне. Баку, «ЭЛМ», 2020, - 196 с.

7. Клименко, З.К. Биологические основы селекции садовых роз на юге Украины// Автореф. дис. докт. биол. наук. - Ялта, 1996, -77 с.

8. Пряно-ароматические растения СССР и их использование в пищевой промышленности / Под ред. М.М. Ильина, С.Н. Суржина. М.: Пищепромиздат, 1963. 432 с.

9. Станков С. С. Дикорастущие полезные растения СССР. (Описание основных лекарственных, пищевых и технических растений СССР, способов их сбора и сушки) // [2-ое испр. и доп.изд.]. -М.: Советская наука, 1951. С. 264–270.

10. Ткаченко К.Г. Эфирномасличные растения и эфирные масла: достижения и перспективы, современные тенденции изучения и применения // Вестник Удмуртского университета. –2011. Вып. 1. С. 88-100.

11. Ткаченко К.Г., Казаринова Н.В., Шкиль Н.А., Чупахина Н.В. Эфирные масла как средства дезинфекции в ветеринарии // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2009.

12. Войткевич 1999 Пряно-ароматические растения, 1963;

13. Станков, 1951; Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений..., 1980; Ткаченко, 2011; Ткаченко и др., 2009.

14. Клименко, 1996; Байрамов, 1999, Ткаченко и др., 2009; Кафарова, 2020.

REFERENCES

1. Atlas of areas and resources of medicinal plants of the USSR / [ch. editor P. S. Chikov]. M.: GUGK, 1980. pp. 286–287.

2. Bazavlutskaya, A.S., Kanakhina L.I. Industrial propagation of roses by budding. Ashgabat: Central Bank of the Academy of Sciences of the TSSR, 1990, 5 p.

3. Bayramov, A.A. Economic basis of plant introduction in the dry subtropics of Azerbaijan (results and prospects) // Azərbaycan florası: Bitkiçiliyin istifadəsi və qorunması, - Bakı: Elm, -1999. - p.352-357.

4. Bykhovets, A.I. Roses / A.I.Bykhovets, S.L.Bykhovets, V.M.Goncharuk - Minsk: “Harvest”, - 2004. - 224 p.

5. Voitkevich S.S. Essential oils for perfumery and aromatherapy. // M.: Food industry, 1999. 284 p.

6. Kafarova O.O. Introduction, selection and biological characteristics of roses of the floribunda group on the Absheron. Baku, “Elm”, 2020, - 196 p.

7. Klimenko, Z.K. Biological foundations of selection of garden roses in the south of Ukraine // Author’s abstract. dis. doc. biol. Sci. - Yalta, 1996, -77 p.

8. Spicy and aromatic plants of the USSR and their use in the food industry / Ed. MM. Ilyina, S.N. Surzhina. M.: Pishchepromizdat, 1963. 432 p.

9. Stankov S.S. Wild useful plants of the USSR. (Description of the main medicinal, food and technical plants of the USSR, methods of their collection and drying) // [2nd revision. and additional and building]. -M.: Soviet Science, 1951. pp. 264–270.

10. Tkachenko K.G. Essential oil plants and essential oils: achievements and prospects, current trends in study and application // Bulletin of the Udmurt University. –2011. Vol. 1. pp. 88-100.

11. Tkachenko K.G., Kazarinova N.V., Shkil N.A., Chupakhina N.V. Essential oils as disinfectants in veterinary medicine // Scientific bulletins of Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacy. 2009. T.59. No. 7. pp. 58-66.

12. Voitkevich 1999 Spicy and aromatic plants, 1963;

13. Stankov, 1951; Atlas of habitats and resources of medicinal plants..., 1980; Tkachenko, 2011; Tkachenko et al., 2009.

14. Klimenko, 1996; Bayramov, 1999, Tkachenko et al., 2009; Kafarova, 2020.

ХУЛОСА

С.Х. Назармамадова,
А.А. Мамадризохонов

АСОСҲОИ ИЛМӢ-МЕТОДИИ ПАРВАРИШИ ПЛАНТАТСИОНӢ ДАР САДБАРГИ ДАМАСКӢ (ROSA DAMASCENA MILL.) ДАР ШАРОИТИ НОҲИЯИ ШАҲРИНАВИ НОҲИЯҲОИ ТО- БЕИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши асосҳои методологии парвариши садбарги дамаскӣ (*Rosa damascena* Mill) дар шароити плантатсионӣ дар ноҳияи Шаҳринави ноҳияҳои тобеи Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Маводҳои таҳқиқотӣ коркарди ашёи хоми рағани эфирӣ буда, дар баробари он маҳсулоти биохимиявии арзишманд, аз қабилӣ биоконцентратҳо, кислотаи урсулӣ, биоэкстрактҳои обӣ, экстрактҳо, мум, гидралатҳо ва ғайра буданд, ки партовҳои онҳо ба сифати илова дар ҳуҷраҳои чорво дар чорводорӣ, моҳипарварӣ ва саноати моҳидорӣ васеъ истифода бурда мешавад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Солҳои охир дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ҳалли мушкилиҳои рушди хоҷагии қишлоқ ба таври пурра ҷалб намудан ва самаранок истифода бурдани навъҳои ояндадори растаниҳои ғайракӯш пешбинӣ карда шудааст.

Аз сабаби он, ки солҳои охир талабот ба маҳсулоти рағани эфирӣ якбора афзудааст, тавачҷӯх ба парвариши

растаниҳои рағани эфирӣ ҳам дар дохили кишвар ва ҳам дар хориҷи кишвар афзуда истодааст.

Яке аз зироатҳои пурқимати рағани эфир, ки дар солҳои охир диққати олимону мутахассисонро бештар ҷалб мекунад, садбарги дамаскӣ (*Rosa damascena* Mill) мебошад. Маҳсулоти коркарди гули садбарг (рағани эфир, оби садбарг) дар соҳаҳои гуногуни хоҷагии халқ аз ҷумла дар истеҳсоли атриёт ва косметикаи хушсифат, маҳсулоти нигоҳубини пӯст, маҳсулоти нигоҳубини даҳон, маҳсулоти нигоҳубини мӯй, собун ва ғайра, инчунин дар истеҳсоли маҳсулоти каннодӣ, нушокиҳои спиртӣ, дорусозӣ, тиб, саноати рангуборкунӣ ва хурукворӣ васеъ истифода бурда мешавад.

Бо мақсади фароҳам овардани шароити мусоид барои рушди минбаъдаи парвариш ва коркарди ашёи хоми «*Rosa damascena* Mill» инчунин баланд бардоштани иқтидори содиротии соҳа бунёд ва васеъ намудани майдони кишти саноатии он дар ҳудуди ҷумҳурии самти хеле ояндадор мебошад.

Объекти интихобшуда барои парвариши васеи он дар саноатӣ дар шароити ноҳияи Шаҳринав, арзиши он ҳамчун растаниҳои ояндадори рағани эфирӣ, инчунин таҷрибаи ҷорӣ намудани қобилияти парвариши он дар шароити хоку иқлими минтақа барои парвариши он пешгӯии мусбат медиҳад то, ки он дар ин минтақа васеъ кишт карда шавад.

Хулоса. Бунёди киштзори серҳосили *Rosa damascena* Mill ва истифодаи маҷмӯии онҳо барои қонеъ гардонидани эҳтиёҷоти гуногуни ҷомеа дар

доираи ташкили истифодаи сермақсад ва оқилонаи ашёи хоми рағғани эфирӣ садбарг муҳимтарин принцип ва самти афзалиятноки рушди комплекси кишоварзӣ мебошад.

Калидвожаҳо: рағғанҳои эфирӣ, маҳсулоти биохимиявӣ, биоконцентратҳо, кислотаи урсулик, биоэкстрактҳои обӣ, экстрактҳо, мум, гидралатҳо.

УДК 618.3-06

Р.Ш. Орипова

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

Орипова Рухшона Шухратовна – и.о. зав. кафедрой акушерства и гинекологии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана” E-mail: rukshona1707@gmail.com тел: (+992) 008-08-07-00.

Цель исследования. Изучить гормональную функцию плаценты и дать морфологическую характеристику плаценты у беременных женщин с ожирением.

Материал и методы исследования. Проспективно обследовано 139 пациенток из них 109 беременных женщин с ожирением (основная группа). Данная группа в свою очередь разделена на три подгруппы: с ожирением -40 пациенток, ожирение + преэклампсия -39 пациенток и ожирение + инсулин резистентность -30 пациенток. Контрольная группа сформирована из числа здоровых беременных -30 пациенток. Проведено гистологическое исследование плаценты (n=24) родильниц.

Результаты исследования и их обсуждения. Результаты нашего исследования показали на снижение среднего уровня плацентарных гормонов эстрадиола, ПЛГ и прогестерона, что позволяет своевременно диагностировать внутриутробное страдание плода.

Заключение. Гормональные данные показали снижение уровней гормонов у беременных женщин с ожирением (прогестерон, эстрадиол, плацентарный лактоген), статистически значимое снижение уровня прогестерона выявлено у женщин с ожирением и СЗРП. Гистологическая оценка плацент показала, что у 78,6% беременных женщин с ожирением и преэклампсией наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность, которая проявлялась гипопластическим (55,5%), и диссоциированным (45,5%) типом развития плаценты, что неблагоприятно отражается на пренатальном развитии плода и перинатальных исходах.

Ключевые слова: ожирение, беременность, роды, гормоны, плацента

R.Sh. Oripova

FEATURES OF THE HORMONAL FUNCTION OF THE PLACENTA AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PLACENTA IN OBESE PREGNANT WOMEN

NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

Oripova Rukhshona Shukhratovna – acting head Department of Obstetrics and Gynecology, National Educational Institution “Medical and Social Institute of Tajikistan” E-mail: rukhshona1707@gmail.com tel: (+992) 008-08-07-00

The purpose of the study. Study of the characteristics of the hormonal function of the placenta and morphological evaluation of the placenta in women with obesity.

Research materials and methods. A total of 136 patients including 109 pregnant women with obesity (main group) were prospectively observed. This group, in turn, is divided into three groups: obesity in the patient - 40 patients, obesity + preeclampsia - 39 patients and obesity + insulin resistance - 30 patients. The control group consisted of healthy pregnant women. Histological analysis of placentas of women who gave birth ($p=24$) was performed.

Research results and discussion. The conducted analyzes showed a decrease in the intermediate level of maternal hormones estradiol, PLH, progesterone, which contributes to timely fertilization of the baby's uterus.

Summary: 1. Hormonal data showed a decrease in the level of hormones in pregnant women with obesity (estradiol, HPL and progesterone), the statistical significance of the decrease in the level of progesterone was found in pregnant women with obesity and SSDBT. 2. Histological assessment of placentas showed that 78.6% of pregnant women with obesity and preeclampsia have chronic placental insufficiency, which is manifested as hypoplastic type (55.5%) and dissociation (45.5%) with the type of placental development. which has a negative effect on the prenatal development of the fetus and perinatal consequences.

Key words: obesity, pregnancy, birth, placenta, hormone.

Актуальность. В Республике Таджикистан в 2016 году было проведено «Национальное исследование статуса микроэлементов в Таджикистане» Министерством здравоохранения и социальной защиты населения совместно с международной организацией ЮНИСЭФ, в отчете указано, что 24,5% женщин репродуктивного возраста страдают избыточной массой тела.

По мировым статистическим данным последних лет четко прослеживается рост числа людей, имеющих избыточный вес. Причем доказано, что за каждые 10 лет прирост этого показателя составляет около 10% населения от исходного предыдущего количества. При этом в среднем у 15-27% женщин в экономически развитых странах диа-

гностируется ИМТ и/или ожирение. По результатам исследования последних лет, во всем мире число людей с ожирением достигло 500 млн. [52].

У беременных женщин с ожирением выявлено нарушение кровотока в маточно – плодово-плацентарном комплексе, способствующее развитию плацентарной недостаточности, подтвержденные морфологическими изменениями плаценты по дислоцированному и гипопластическому типам.

Цель исследования. Изучить гормональную функцию плаценты и дать морфологическую характеристику плаценты у беременных женщин с ожирением.

Материал и методы исследования. Проспективно обследовано 139 пациен-

ток из них 109 беременных женщин с ожирением (основная группа). Данная группа в свою очередь разделена на три подгруппы: с ожирением -40 пациенток, ожирение + преэклампсия -39 пациенток и ожирение + инсулин резистентность -30 пациенток. Контрольная группа сформирована из числа здоровых беременных -30 пациенток. Проведено гистологическое исследование плаценты (п=24) родильниц.

Результаты исследования и их обсуждения. Проведенное исследование показало, что средний уровень прогестерона достоверно ($P < 0,05$) снижался

у беременных с ожирением в сочетании с преэклампсией ($101,5 \pm 1,74$). В группе беременных женщин с ожирением данный показатель составил - $114,0 \pm 1,34$, в группе женщин с ожирением и инсулинорезистентностью данный показатель составил - $130,12 \pm 3,29$ соответственно по сравнению с контрольной группой ($144,73 \pm 36,16$). Результаты исследования выявили значимое снижение уровня прогестерона, что свидетельствует о плацентарной недостаточности.

Среднее содержание гормонов плаценты в сыворотке крови обследованных групп представлено в таблице 1.

Таблица 1.

**Среднее содержание гормонов плаценты в сыворотке крови
обследованных групп**

Группы	Гормоны	Прогестерон (нмоль/л)	ПЛ (мг/л)	Эстрадиол (нмоль/л)
Беременные женщины с ожирением (п=30)		$1140 \pm 1,34$	$4,58 \pm 0,06$	$75,62 \pm 0,28$
Беременные женщины с ожирением и преэклампсией (п=20)		$101,5 \pm 1,74^*$	$3,96 \pm 0,01^*$	$71,63 \pm 0,37^*$
Беременные женщины с ожирением и инсулиноустойчивостью (п=21)		$130,12 \pm 3,29$	$5,01 \pm 0,23$	$79,02 \pm 2,30$
Контрольная группа (п=30)		$144,73 \pm 36,16$	$5,37 \pm 0,61$	$82,5 \pm 2,33$

Примечание: * $P < 0,05$ достоверное отличие средних значений гормонов плаценты (прогестерон, эстрадиол, ПЛГ) в сыворотке крови у беременных с ожирением по сравнению с контролем.

В группе женщин с ожирением и преэклампсией отмечено снижение среднего уровня эстрадиола - $71,63 \pm 0,37$, в группе беременных женщин с ожирением данный показатель также имел тенденцию к снижению и составил - $75,62 \pm 0,28$, в группе женщин с ожирением и инсулинорезистентно-

стью - $79,02 \pm 2,30$ соответственно по сравнению с группой контроля.

Также в третьем триместре беременности большое диагностическое значение имеет уровень ПЛГ, снижение уровня данного гормона показывает на функциональное состояние плаценты.

В таблице 2 представлены содержание гормонов плаценты в сыворотке

Таблица 2.

Среднее содержание гормонов плаценты в сыворотке крови у беременных женщин с ожирением в зависимости от степени ожирения

Гормоны Степень ожирения	Прогестерон (нмоль/л)	ПЛ (мг/л)	Эстрадиол (нмоль/л)
Ожирение I степени	146,25±3,01*	6,08±0,18**	86,21±0,26
Ожирение II степени	138,25±2,30	5,78±0,22	83,2± 2,12
Ожирение III степени	105,43±3,05	5,07±0,44	81,0±1,35

Примечание: *P <0,001, **P <0,001 достоверное отличие средних значений гормонов плаценты (прогестерон, эстрадиол, ПЛГ) в сыворотке крови у беременных с ожирением по сравнению с контролем.

крови у беременных женщин с ожирением в зависимости от степени ожирения.

Результаты исследования показали, что в группе беременных женщин с ожирением и преэклампсией наблюдалось значительное снижение среднего уровня плацентарных гормонов эстрадиола, ПЛГ и прогестерона, что позволяет своевременно диагностировать внутриутробное страдание плода.

Для исследования плацент был отобран материал женщин с ожирением, роды у которых произошли в сроках 36-38 недель беременности.

Гистологически и визуально по виду и на срезах плаценты были изучены нарушения созревания ворсин, что характеризовало соответствие строения виллезного дерева сроку гестации, циркуляторные нарушения, наличие и распространенность воспалительных изменений, степень компенсаторно-приспособительных изменений в плаценте. Диагностированная хроническая плацентарная недостаточность распределялась по форме патологии.

Макроскопически в плацентах (n=14) женщин с ожирением и преэ-

клампсией преобладали нарушения материнского кровотока в виде инфарктов (9 плацент – 64,2%). Стаз наблюдался в 7 случаях, тромбоз в 3 случаях, что составило 50%, 21,4% соответственно. Повышение числа инфарктов и тромбозов в межворсинчатом пространстве свидетельствует о выраженных циркуляторных нарушениях у женщин с ожирением и преэклампсией.

Гистологически были исследованы плаценты беременных женщин, у которых течение беременности и родов протекало без осложнений, также были исследованы плаценты женщин с ожирением и преэклампсией. Гистологическая картина плацент с ожирением представлена на рисунке 1.

Гистологическая картина плацент (n=10) группы женщин с ожирением без преэклампсии показала, что в структуре ворсинчатого хориона преобладали терминальные зрелые ворсины. Общая численность ворсинчатого хориона составила 80%, при этом от общего количества ворсин промежуточные составили 12%, а стволые ворсины - 8%.

Необходимо отметить, что только в 3-х (21,4%) случаях в плацентах

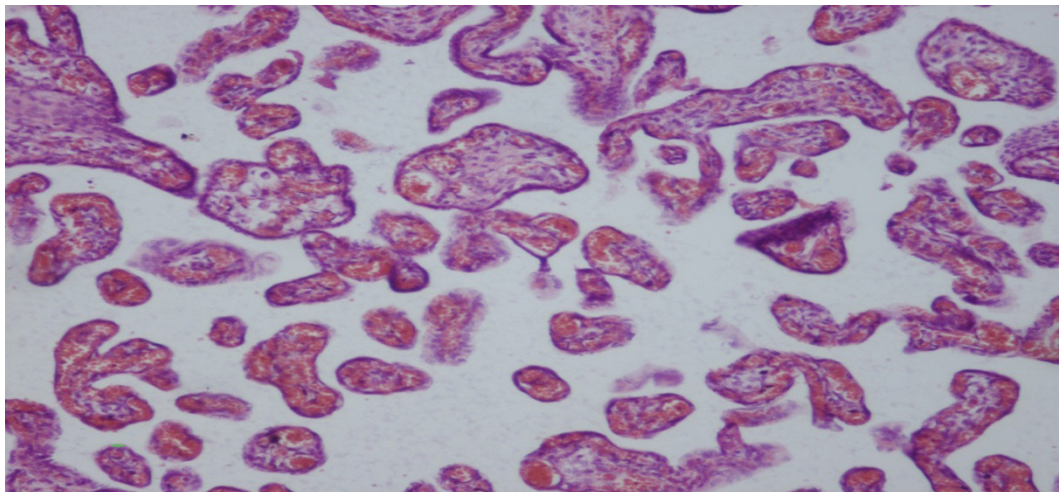


Рисунок 1. Гистологическая картина плаценты родильницы с ожирением.

женщин с ожирением и преэклампсией структура villозного дерева плаценты соответствовала сроку гестации.

По итогам гистологического исследования плацент, хроническая плацентарная недостаточность диагностирована в 11 (78,6%) случаях. Субкомпенсированная диссоциированная развитием плаценты имела место у 6 (55,5%) женщин, у которых имела место хроническая плацентарная недостаточность.

В 4 (28,6%) случаях в последах женщин с ожирением и преэклампсией

были выявлены воспалительные изменения (мембранит).

Гипопластический тип хронической плацентарной недостаточности выявлен в 5 (45,5%) и диссоциированный тип в 6 (54,50%) случаях. Гистологическая картина характеризовалась уменьшением размеров плаценты и числа ворсин хориона и капилляров, что имело место у женщин с субкомпенсированными и декомпенсированными нарушениями маточно-плодово-плацентарного кровотока, у которых наблюдался синдром задержки развития плода.

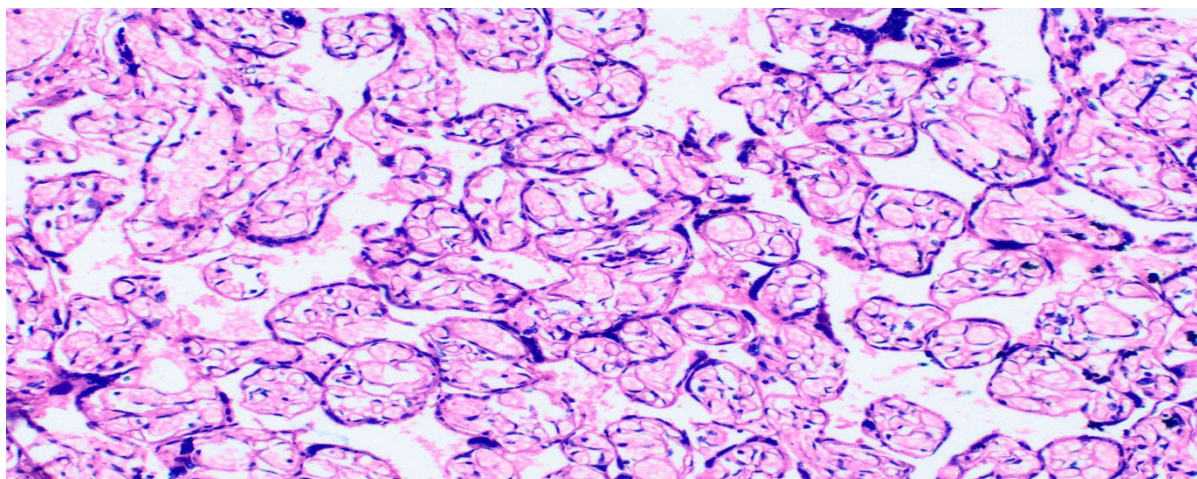


Рисунок 2. Плацента родильницы с ожирением и преэклампсией.

В результате исследования плацент женщин с ожирением и преэклампсией, у которых была диагностирована хроническая плацентарная недостаточность, имели место компенсаторно-приспособительные изменения в 9 случаях. Слабо выраженные изменения в плацентах обнаружены у 33,33% женщин, умеренные изменения выявлены у 44,44% и выраженные изменения в 22,22% соответственно. Гистологическая картина в плацентах женщин с ожирением без преэклампсии в 2(20%) случаях характеризовалась циркуляторными нарушениями умеренной степени.

Значительная степень циркуляторных нарушений в 10 (71,4%) выявлена в плацентах женщин с ожирением, преэклампсией и нарушениями кровотока.

Выводы:

1. Гормональные данные показали снижение уровней гормонов у беременных женщин с ожирением (прогестерон, эстрадиол, плацентарный лактоген), статистически значимое снижение уровня прогестерона выявлено у женщин с ожирением и СЗРП.

2. Гистологическая оценка плацент показала, что у 78,6% беременных женщин с ожирением и преэклампсией наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность, которая проявлялась гипопластическим (55,5%), и диссоциированным (45,5%) типом развития плаценты, что неблагоприятно отражается на пренатальном развитии плода и перинатальных исходах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровкова Е.И., Макаров И.О., Байрамова М.А. Перинатальные исходы у па-

циенток с ожирением и неблагоприятным биохимическим скринингом// Вестник Российского университета дружбы народов. -М.-2011. -№6,-С.116-121

2. Влияние эндотелий - опосредованных факторов на формирование акушерской патологии при метаболических нарушениях [Электронный ресурс] / В.Е. Радзинский, Н.В. Палиева, Т.Л. Боташева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 5. - URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25145>. - Загл. с экрана. - (дата обращения: 27.09.2016).

3. Дубова Е.А., Павлов К.А., Боровкова Е.И. и соавт. Фактор роста эндотелия сосудов и его рецепторы в плаценте беременных с ожирением//Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. -М.-2011. -№2. -С.218-223

4. Серегина, Д.С. Ожирение-ведущее патогенетическое звено патологического течения беременности и родов [Текст] / Д.С. Серегина, И.П. Николаенков, Т.У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. -2020.-№2.Т. 69.-С.73-82.

5. Камилова, М.Я. Изменение плацентарных гормонов и маркеров апоптоза у женщин с угрозой прерывания беременности и отягощенным невынашиванием беременности [Текст] / М.Я. Камилова, Д.М. Рахматуллоева, С.У. Арабова // Sciences of Europe №14. 2017. -С. 45-48.

REFERENCES

1. Borovkova E.I., Makarov I.O., Bayramova M.A. Perinatal outcomes in patients with obesity and unfavorable biochemical screening // Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. -M.-2011. -No.6,-P.116-121

2. The influence of endothelium-mediated factors on the formation of obstetric pathology

in metabolic disorders [Electronic resource] / V.E. Radzinsky, N.V. Palieva, T.L. Botasheva [and others] // Modern problems of science and education. - 2016. - No. 5. - URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25145>. - Cap. from the screen. - (date of access: 09/27/2016).

3. Dubova E.A., Pavlov K.A., Borovkova E.I. et al. Vascular endothelial growth factor and its receptors in the placenta of obese pregnant women // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. -M.-2011. -No. 2. -P.218-223

4. Seregina, D.S. Obesity is the leading pathogenetic link in the pathological course of pregnancy and childbirth [Text] / D.S. Seregina, I.P. Nikolaenkov, T.U. Kuzminykh // Journal of obstetrics and women's diseases. -2020.-№2.Т. 69.-P.73-82.

5. Kamilova, M.Ya. Changes in placental hormones and apoptosis markers in women with threatened miscarriage and complicated miscarriage [Text] / M.Ya Komilova, D.M. Rakhmatulloeva, S.U. Arabova // Sciences of Europe No. 14. 2017. -S. 45-48.

ХУЛОСА

Орипова Р.Ш.

ХУСУСИЯТҲОИ ФУНКСИЯИ ГОРМОНАЛИИ ПЛАСЕНТА ВА ТАВСИФИ МОРФОЛОГИИ ОН ДАР ЗАНҲОИ ДОРОИ ФАРБЕҲӢ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани хусусиятҳои функсияи гормоналии плацента ва тавсифи морфологии он дар занҳои дорои фарбеҳӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 136 нафар беморон аз ҷумла 109 нафар за-

нони ҳомила дорои фарбеҳӣ (гуруҳи асосӣ) гузаронида шуд. Гуруҳи мазкур дар навбати худ ба се гуруҳ тақсим карда шуд: бо дорои фарбеҳӣ - 40 нафар, фарбеҳӣ+преэклампсия -39 нафар ва фарбеҳӣ +муқовимат ба инсулин - 30 нафар. Гуруҳи назоратӣ аз ҳисоби занони ҳомиладорони солим ташкил карда шуд. Таҳлили гистологии ҳама плацентаҳои занони таваллудкарда (n=24) гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима.

Таҳлилҳои гузаронидашуда пастшавии сатҳи мобайнии ҳормонҳои машима эстрадиол, ПЛГ ва прогестеронро нишон дод, ки ин ҳолат ба саривақт дарёфт намудани оризаи дохили батнии тифл мусоидат менамояд.

Хулоса. Маълумотҳои ба даст омадаи гормонӣ паст шудани сатҳи гормонҳоро дар занҳои ҳомилаи дорои фарбеҳӣ (эстрадиол, ХЛП ва прогестерон) нишон дод, аҳамияти омории паст шудани сатҳи прогестерон дар занҳои ҳомилаи дорои фарбеҳӣ ва ССДБТ дарёфт карда шуд.

Арзёбии гистологии плацентаҳо нишон дод, ки 78,6% занони ҳомилаи дорои фарбеҳӣ ва преэклампсия норасоии музмини плацентавӣ доранд, ки он бо намудҳои гипопластикӣ (55,5%) ва диссоциатсия (45,5%) бо намуди номусоиди инкишофи плацентавӣ зоҳир шудаанд, ки ба рушди пренаталӣ ҷанин ва оқибатҳои перинаталӣ таъсири манфӣ мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: фарбеҳӣ, ҳомиладорӣ, таваллуд, плацента, гормон.

УДК 617.55-007.43 (075.8)

¹Шамсуллозода Ш.Н., ²Сайдалиев Ш.Ш., ¹Тагоймуродов Ю.Ф.,
³Расулов Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

¹ГУ «ГЦСМП г. Душанбе»

²ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

³ГОУ «ИПО в СЗ Республики Таджикистан»

Шамсуллозода Шерхон Нурали - зав. отделением заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ГУ «ГЦСМП г. Душанбе». E-mail: sherxon.yoftakov@mail.ru; Тел.: (+992) 918 79 3030.

Цель исследования. Улучшение способов герниопластики ПОВГ путем применения эндоскопии различными вариантами сепарационных пластик (СП).

Материал и методы исследования. Операции подвергнуты 148 больных с ПОВГ. Больные распределены на 3 группы. В I группу вошли 58 (39,2%) больных, которым выполнена передняя, II группу вошли 44 (29,7%) пациента, которым выполнена задняя СП. Остальные 46 (31,1%) больных составили III группу, которым проводились стандартные «натяжные» способы герниопластики по типу Onlay (n=28) и sublay (n=18). Причины возникновения ПОВГ: несоблюдение режима труда у 36 (24,3%); в анамнезе релапаротомия у 25 (16,9%); нагноение ран у 18 (12,2); лигатурные свищи у 11 (7,4%); причины не выявлены у 58 (39,2%) больных. 15 (10,1%) пациентам производилось КТ, при этом определены соотношение размеров грыжевого мешка к объему брюшной полости, с целью прогнозирования и выявления степени риска развития абдоминального компартмент синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение. На выбор способа операции влияли показатели интраоперационного внутрибрюшного давления (ВД). У пациентов I-группы в ближайшем послеоперационном периоде с использованием передней СП осложнения со стороны раны возникли у 10 (17,2%), во II-группе у которых применялась задняя СП, подобное осложнение отмечены у 4 (9,1%) больных. В III- группе у которых применялись натяжные методы, осложнения со стороны раны наблюдались в 7 (15,2%) случаях.

Рецидив в течение от 1 месяца до 4,5 года отмечено у 12 оперированных. Причем частота рецидива грыж оказалась высокой в первой у 5 (8,6%) и третьей группы у 6 (13,0%) больных. Во II группе, где применялась задняя СП рецидив наблюдалась у 1 (2,3%) больного. Причина: нагноение ран, ожирение и сопутствующие заболевания.

Летальность имело место - у 2 (1,3%) больных: 1 пациент с первой группы (1,7%) и 1 с третьей группы (2,3%). Причиной последней являлись развитие абдоминального компартмент-синдрома с развитием ПОН.

Заключение. Послеоперационные вентральные грыжи в 25% случаев остаются осложнением лапаротомии особенно у пациентов с разной степенью ожирения. Рецидив грыж и летальность при стандартных натяжных методах остается высокими по сравнению с предложенными вариантами СП путем применения эндоскопов.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, эндосетки, лечение, осложнение.

¹Shamsullozoda Sh. N., ²Saidaliev Sh.Sh., ¹Tagoymurodov Yu.F., ³Rasulov N.A.

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

¹GU «GTSMP Dushanbe»

²State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”

³State Educational Institution «Institute of Postgraduate Education in the Healthcare Sphere of the Republic of Tajikistan»

Shamsullozoda Sherkhon Nurali - head of the department of diseases of the liver, railways and pancreas, Dushanbe State Center for Emergency Medicine. E-mail: sherxon.yoftakov@mail.ru; Phone: (+992) 918 79 3030.

Aim. improvement of POVH hernioplasty methods by using endo-mesh with various separation plastics (SP).

Material and methods. Operations were performed on 148 patients with POVH. Patients are divided into 3 groups. Group I included 58 (39,2) patients who underwent anterior SP. Group II included 44 (29,7%) patients who underwent posterior SP. The remaining 46 (31,1%) patients made up group III, who underwent standard “stretch” methods of hernioplasty of the Onlay (n=28) and sublay (n=18) types. Causes of POVH: non-compliance with the work regime - in 36 (24.3%); a history of relaparotomy in 25 (16.9%); suppuration of wounds in 18 (12.2); ligature fistulas in 11 (7.4%); causes were not identified in 58 (39,2%) patients. 15 (10.1%) patients underwent CT, while determining the ratio of the size of the hernial sac to the volume of the abdominal cavity, in order to predict and identify the degree of risk of developing the abdominal compartment syndrome.

Results. The choice of the operation method was influenced by the indicators of intraoperative intra-abdominal pressure (IP). In patients of group I, in the immediate postoperative period with the use of an anterior SP, complications from the wound occurred in 10 (17.2%), in group II, in whom a posterior SP was used, a similar complication was noted in 4 (9.1%) patients. In group III, in which tension methods were used, complications from the wound were observed in 7 (15.2%) cases. Relapse within 1 month to 4.5 years was noted in 12 operated patients. Moreover, the frequency of hernia recurrence was high in the first group in 5 (8.6%) and in the third group in 6 (13.0%) patients. In group II, where posterior SP was used, recurrence was observed in 1 (2.3%) patient. Reason: suppuration of wounds, obesity and concomitant diseases. Mortality occurred in 2 (1,3%) patients: 1 patient from the first group (1.7%) and 1 from the third group (2,3%). The latter was caused by the development of abdominal compartment syndrome with the development of PON.

Conclusion. POVH in 25% of cases remains a complication of laparotomy, especially in patients with varying degrees of obesity. The recurrence of hernias and lethality with standard tension methods remains high compared with the proposed variants of the joint venture using endonets.

Key words: postoperative ventral hernias, endonets, treatment, complication.

Актуальность. Лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Послеоперационная вентральная грыжа является наиболее частым осложнением после

лапаротомии и составляет 2-25% [1]. Рецидивы грыж после различных пластических методов операции составляет 15-20, а при больших гигантских послеоперационных грыжах нередко достигает 30-45% [2]. Основными этиологическими факторами развития грыжи являются дистрофические нарушения тканей передней брюшной стенки, происходящие в основном, в результате повышения внутрибрюшного давления [3].

Несмотря на достигнутые значительные успехи в области герниологии, в том числе и в лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами до сих пор нет более конкретных рекомендаций по выбору того или иного метода операции, что делает данную проблему своевременной и требует проведения дальнейшего исследования. Вопрос, связанный с выбором метода пластики послеоперационных вентральных грыж также остается актуальным. В настоящее время, несмотря на существование более 200 методов пластики передней брюшной стенки, разработка новых способов метода пластики продолжается [1, 4, 5].

Революция в лечении больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами произошел после 1990 года, когда впервые Ramirez O.M (1990) показал возможность разделения мышечно-фасциальных компонентов с частичным рассечением мышечно-апоневротических каркасов для увеличения объема брюшной полости. Данный метод позволил провести ушивание даже больших грыжевых ворот брюшной стенки без натяжения. Ramirez O.M впервые свою методику операции апро-

бировав у 10 трупов и применил у 11 больных без рецидива. Однако, такой результат в последующем повторить не удалось. В послеоперационном периоде увеличились рецидивы грыж, и появился так называемый «лягушачий живот». В связи с этим, для укрепления грыжевых ворот начали применять эндосетки, которые накладывались на место ушивания апоневроза и места дефектов боковых отделов живота.

Цель исследования. Улучшение способов герниопластики вентральных грыж путем применения эндосетки различными вариантами сепарационных пластик.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 148 больных находившихся в стационаре на лечение в ГУ ГЦСМП г. Душанбе и в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» на базе кафедр хирургических болезней №1, общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино за период с 2014 по 2020 гг. Возрастной состав пациентов составил от 23 до 79 лет. Мужчин было 57 (38,5%), женщин 91 (61,5%) больных. Давность заболевания варьировал от 1 года до 10 лет. В зависимости от применяемого способа вмешательств все оперированные больные были распределены на 3 группы:

В первую группу вошли 58 (39,2%) больных, которым выполнена пластика грыжевых ворот передним сепарационным способом.

Во вторую группу вошли 44 (29,7%) пациента, которым выполнена задняя сепарационная пластика. Остальные 46 (31,1%) больных составили третью группу, которым проводились стандарт-

ные «натяжные» способы герниопластики по типу Onlay (n=28) и sublay (n=18).

Из анамнеза среди наших больных у 35 (23,6%) грыжи появились после операции на желчном пузыре и желчевыводящих путей; у 31 (20,9%) на тонкой и толстой кишках; у 11 (7,4%) при травме живота с повреждением внутренних органов; у 9 (6%) после операции на желудке и у 3 (2%) при остром панкреонекрозе. Лишь 27 (18,2%) поступивших пациентов к нам с послеоперационными грыжами название раннее перенесённых вмешательств не помнили.

Судя по выявленным обстоятельствам для возникновения вентральных грыж имелись следующие факторы: несоблюдение режима труда (раннее возвращение к тяжелому физическому труду)- у 36 (24,3%); в анамнезе релапаротомия у 25 (16,9%); нагноение ран у 18 (12,2%); лигатурные свищи у 11 (7,4%); причины не выявлены у 58 (39,2%) больных.

Многие с послеоперационными

вентральными грыжами имели сопутствующие заболевания, которые также увеличили частоту образования ПОВГ. Среди наблюдаемых больных самыми распространёнными сопутствующими болезнями были сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, заболевания ЖКТ, сахарный диабет и другие патологии. У 92 (62,2%) больных имелись более одной сопутствующей патологии. При выборе способов пластики грыжевых ворот необходимо было измерять объём брюшной полости. С этой целью у 15 (10,1%) пациентов нами производилось КТ-исследования, при этом нами определены соотношение размеров грыжевого мешка к объёму брюшной полости, с целью прогнозирования и выявления степени риска развития абдоминального компартмент синдрома, как в до и раннем послеоперационном периоде герниопластик. Если при КТ исследовании был обнаружен малый объём брюшной полости, то в таких случаях с целью увеличения объёма



Рис. 1. Этапы наложения искусственного управляемого пневмоперитонеума:

- а) под УЗ-датчиком после нахождения безопасного «акустического окна»;
б) после наложения; в) окончательный вид манипуляции.

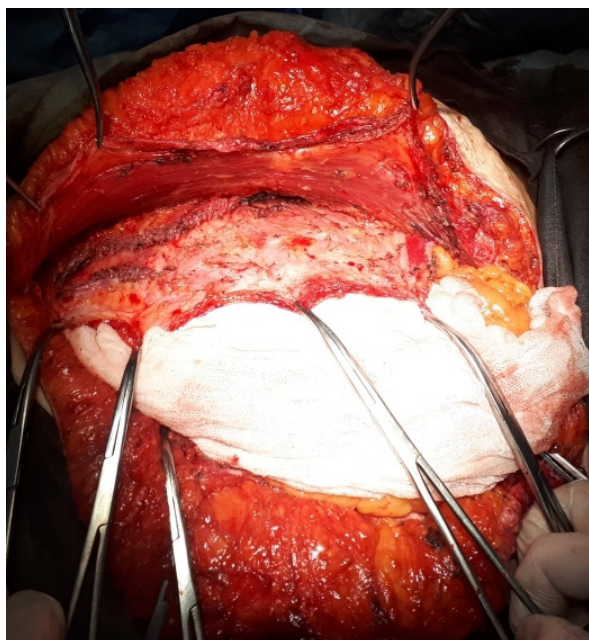
брюшной полости выполняли искусственный управляемый пневмоперитонеум под контролем УЗИ (рис. 1).

Данный способ применялся у 8 (5,4%) больных. Во всех случаях результаты хирургического лечения были хорошими. Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики. Статистическая обработка полученных результатов проведена на ПК с использованием программ MS Excel 2003 и Statistica 6,0. Для нормального распределения выбора рассчитывали среднее значение (M), для неоднородных и малых выборок использовали медиану (Me), значения минимума (min) и максимума (max). Значимость средних показателей между группами с нормальным распределением высчитывали по t -критериям Стьюдента: при ненормальном распределении использовали Q -критерий Мальта–Уитни. Данные считались при $p < 0,05$.

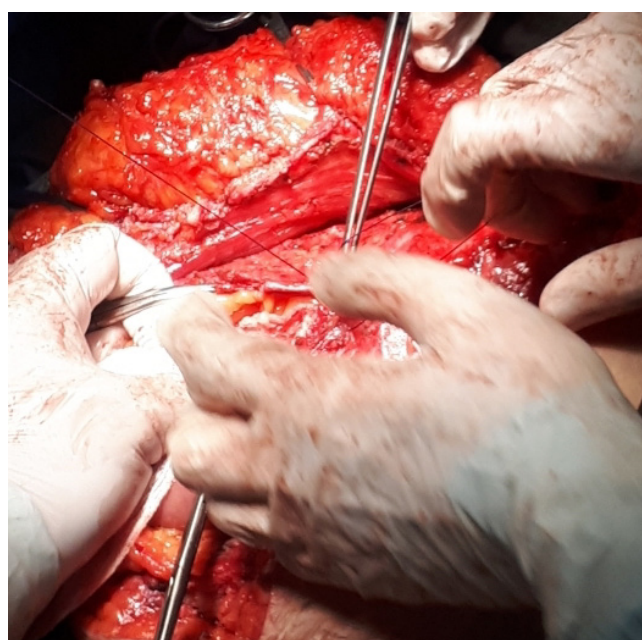
Результаты исследования и их обсуждение. Хирургические вмешательства проводились под общим обезболиванием. Для закрытия грыжевого дефекта применялись сетки типа Prolene и Ultraro. После герниолапаротомии с частным или полным удалением грыжевого мешка у пациентов первой группы ($n=58$) выполнялась грыжесечение с использованием передней сепарационной техники разделение мышц абдоминальной стенки.

У пациентов второй группы ($n=44$) при выполнении герниопластики использовались методики задней сепарационной пластики (рис. 2).

При этом после ушивания брюшины укладывается сетчатый эндопротез под прямыми мышцами живота и подшивается к поперечной фасцией (трансапоневротический), в шести участках над эндопротезом подводят 2 дренажные трубки через отдельные проколы. Затем ушивают края апоневроза (рис. 3).



а)

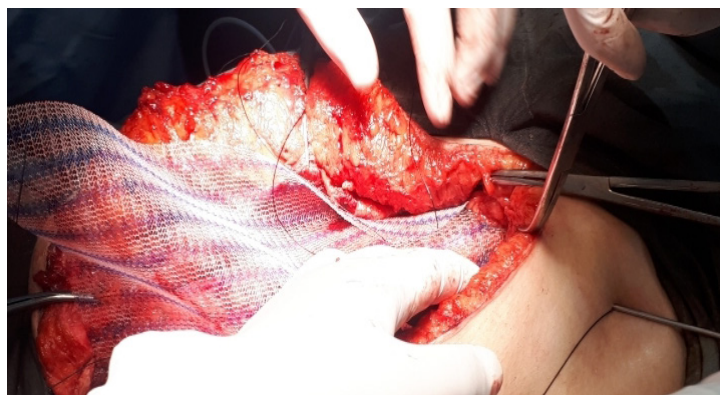


б)

Рис.2. а) - этапы задней сепарационной пластики; б) восстановление брюшины.



а)



б)

Рис.3. а) фиксации эндопротеза транспоневротическими швами;
б) фиксированный эндопротез.

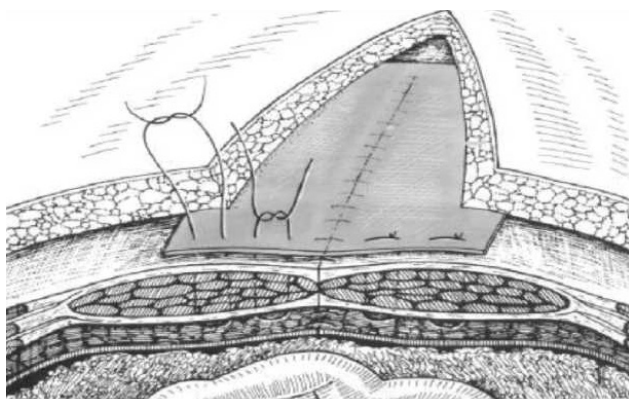
В третьей группе больных ($n=46$) выполняли герниопластику стандартными методами Onlay и Sublay без техники разделения тканей (рис. 4).

Основными моментами, влияющими на выбор способа операции у больных всех 3-х наблюдаемых групп, являлись показатели интраоперационного исследования уровня внутрибрюшного давления. После проведения отдельных этапов хирургического вмешательства для решения выбора методов пластики грыжевого дефекта выполнялось пробное соединение краев грыжевых ворот с измерением уровня ВБД.

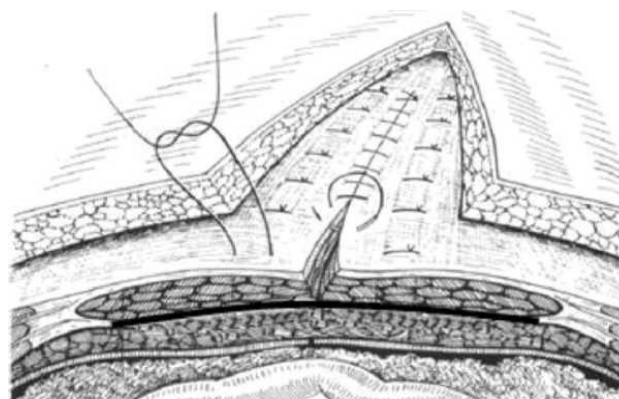
Анализируя полученные результаты герниопластики, принято решение от-

казаться от натяжных методов пластики при больших и гигантских грыжах. Данный метод использовали только при грыжах небольших размеров. Кроме того наличие тяжелых сопутствующих соматических заболеваний со стороны сердечно-легочной системы, при сахарном диабете, ожирениях и низких показателей ВБД также являются противопоказанием к натяжным методам герниопластик.

У пациентов первой группы в ближайшем послеоперационном периоде с использованием передней сепарационной пластики осложнения со стороны раны возникли у 10 (17,2%) больных. Во второй группе оперированных у ко-



а)



б)

Рис.4. а) пластика по технологии onlay; б) пластика по технологии sublay.

торых применялась задняя сепарационная пластика, подобное осложнение отмечены у 4 (9,1%) больных. У обследованных третьей группы, у которых применялись натяжные методы герниопластики, осложнение со стороны раны наблюдались в 7 (15,2%) случаях.

Рецидив заболевания в течение от 1 месяца до 4,5 года отмечены у 12 оперированных. Причем частота рецидива грыж оказалась высокой в первой у 5 (8,6%) и третьей группы у 6 (13,0%) больных. Второй группе, где применялась задняя сепарационная пластика, рецидив болезни наблюдался у 1 (2,3%) больного. Причиной рецидива были нагноение ран, ожирение и сопутствующие заболевания сердечно-легочной системы, сахарный диабет.

Летальность констатирована у 2 больных. В первой группе у 1 (1,7%) пациента и в третьей группе имелся 1 (2,8%) случай. Причиной летальных исходов являлись развитие абдоминального компартмент - синдрома с развитием полиорганной недостаточности.

Заключение. ПОВГ являются частым осложнением после лапаротомии (до 25%) особенно у тучных больных с сопутствующими заболеваниями как сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой и легочной системы. Рецидив ventральных послеоперационных грыж при использовании стандартных натяжных методов герниопластики составил 13,0%, при передней сепарационной пластики 8,6%, а при задней сепарационной пластики лишь 2,3%. Послеоперационная летальность составило 1,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Дж.А. Новые подходы в диагностике и лечении осложнений грыж живота / Дж.А. Абдуллаев, К.М. Курбонов // Герниология. -2004.-№3.-С-4.
2. Тарасова Н.К. Анализ причин рецидива послеоперационных ventральных грыж /Н.К.Тарасова // Журнал им Н.И. Пирогова.-2019.-№10.-С.36-42.
3. Власов В.В. Анализ неспецифической дисплазии соединительной ткани у больных с паховой грыжей /В.В. Власов, И.В. Бабий // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – Москва.-2013. –С.37-38.
4. Кулиев С.А. Факторы риска, влияющие на развитие осложнений у пациентов с гигантскими послеоперационными грыжами /С.А. Кулиев, А.В. Протасов, М.А. Косович // Журнал имени академика Б.В.Петровского.-2020.-Том 8.- №1. -С.7-11.
5. Егиев В.Н. Грыжи /В.Н. Егиев, П.К. Воскресенский //- Москва. -2015. -480с.

REFERENCES

1. Abdullayev Dzh.A. Novyye podkhody v diagnostike i lechenii oslozhneniy gryzh zhivota / Dzh.A. Abdullayev, K.M. Kurbonov // Gerniologiya. -2004.-№3.-S-4.
2. Tarasova N.K. Analiz prichin retsidi-va posleoperatsionnykh ventral'nykh gryzh /N.K.Tarasova // Zhurnal im N.I. Pirogova.-2019.-№10.-S.36-42.
3. Vlasov V.V. Analiz nespetsificheskoy displazii soyedinitel'noy tkani u bol'nykh s pakhovoy gryzhey /V.V. Vlasov, I.V. Babiy // Materialy KH konferentsii «Aktual'nyye voprosy gerniologii». – Moskva.-2013. –S.37-38.
4. Kuliyeв S.A. Faktory riska vliyayushchiye na razvitiye oslozhneniy u patsiyentov s gigantскими posleoperatsionnymi gryzhami /S.A. Kuliyeв, A.V. Protasov, M.A. Kosovich // Zhurnal imeni akademika B.V.Petrovskogo.-2020.-Tom 8.- №1. -S.7-11.
5. Yegiyev V.N. Gryzhi /V.N. Yegiyeev, P.K. Voskresenskiy //- Moskva. -2015. -480s.

ХУЛОСА

Шамсуллозода Ш.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Тағоймуродов Ю.Ф., Расулов Н.А.

ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БЕМОРОН БО ҶУРРАҲОИ ПАСАЗҶАРРОҲИИ ВЕНТРАЛӢ

Мақсади таҳқиқот. Такмил додани усулҳои герниопластикаи ЧПВ бо истифода аз эндосеткаҳо бо тармими гуногуни ҷудогона (ТС).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 148 нафар беморони гирифтори ЧПВ ҷарроҳӣ карда шуданд. Беморон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуда ба гурӯҳи якум 58 нафар бемороне, ки пеш аз ҷарроҳӣ ТС гузаштаанд, дохил шуданд. Гурӯҳи II 44 беморонро дар бар гирифт, ки ТС баъди амалиёти ҷарроҳӣ ва 46 нафар беморони боқимонда гурӯҳи III-ро ташкил медоданд, ки онҳо аз усулҳои стандартӣ «тарангшуда»-и навъи Онлай ($n=28$) ва Сублай ($n=18$) гузаштанд. Сабабҳои пайдо шудани ЧПВ чунинанд: рӯя накардани речаи қор - дар 36 (24,3%) ҳолат; дар собика реллапаротомия дар 25 (16,9%) ҳолат; фасодгирии захмҳо дар 18 (12,2%) ҳолат ва носурӯҳи риштавӣ дар 11 (7,4%) ҳолат. Мутаасифона дар 58 (41,9%) беморон сабабҳои он муайян карда нашудаанд. Ба 15 (10,1%) беморон ҳангоми муайян кардани таносуби андозаи ҷуррахалта ба ҳаҷми ковокии шикам бо мақсади пешгӯӣ ва муайян кардани дараҷаи хавфи пайдоиши аломати фишорбаландии батн ТК гузаронида шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ба натиҷаҳои усули ҷарроҳӣ

нишондиҳандаҳои фишори дохили шикам (ФД) таъсир расониданд. Дар беморони гурӯҳи I, дар давраи фаврии пас аз ҷарроҳӣ бо истифодаи ТС пешӣ, мушкилии захм дар 10 нафар (17,2%), дар гурӯҳи II, ки дар онҳо ТС баъди ҷарроҳӣ гузаронида шудааст, дар 4 нафар мушкилии мушобех ба қайд гирифта шудааст. (9,1%) беморон. Дар гурӯҳи III, ки дар онҳо усулҳои шиддатноки герниопластика дар 7 (15,2%) ҳолат истифода шуданд.

12 нафар беморони ҷарроҳии такроршаванда дар давоми 1 моҳ то 4,5 сол ба мушоҳида гирифта шудааст. Гузашта аз ин, дар гурӯҳи якум дар 5 (8,6%) ва дар гурӯҳи сеюм дар 6 (13,0%) беморон такроршавии ҷурра зиёд буд. Дар гурӯҳи II, ки дар он ТС баъди ҷарроҳӣ истифода шудааст, дар 1 (2,3%) бемор такроршавии ҷурра ба мушоҳида расид. Сабаб: фасодгирии захмҳо, фарбеҳӣ ва бемориҳои ҳамрав. Фавт дар 2 бемор ҷой дошт: 1 бемор аз гурӯҳи якум (1,7%) ва 1 нафар аз гурӯҳи сеюм (2,8%).

Хулоса. Дар 25% ҳолатҳои ҷурра пас аз ҷарроҳии вентралӣ як мушкилии баъди лапаротомия, махсусан дар беморони дорои дараҷаҳои гуногуни фарбеҳӣ, бемории қанд, бемориҳои системаи дилу раг ва шуш боқӣ мемонад.

Такроршавии ҷурраҳои пас аз ҷарроҳии вентралӣ бо истифода аз усулҳои стандартӣ шиддатноки герниопластика 13%, бо гузаронидани пластикаи сепаритсионӣ пеш 8,6% ва ҳамин гуна усул аз тарафи қафо 2,3%,- фавт пас аз ҷарроҳӣ 1,3%-ро ташкил додааст.

Калидвожаҳо: ҷурраҳои пасазҷарроҳии вентралӣ, эндосеткаҳо, табобати ҷарроҳӣ, оризаҳо.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-053.31-082-036.21

С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ, РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ

***ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»***

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна – профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». E-mail: saohon@mail.ru. Тел: (+992) 939999128.

В обзоре суммированы данные популяционных исследований о системе перинатальной регионализации, изложены основные принципы формирования и развития системы перинатальной регионализации. Дана оценка качества, доступности и эффективности трехуровневой структуры системы оказания перинатальной помощи. Выявлены проблемы и региональные различия, касающиеся организации работы в учреждениях разного функционального уровня, объединенных согласно принципам централизации помощи.

Ключевые слова: регионализация, маршрутизация, перинатальный центр, качество услуг, антенатальный уход.

S.M. Mukhamadiev, D.Z. Yunusova

STAGES OF FORMATION, DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF ORGANIZATIONAL MODELS OF PERINATAL REGIONALISATION

***State Educational Institution «Institute of Postgraduate Education in the Healthcare Sphere
of the Republic of Tajikistan»***

Mukhamadiev Saodatkhon Mansurovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Department of Obstetrics and Gynecology State Educational Institution «Institute of Postgraduate Education in the Healthcare Sphere of the Republic of Tajikistan». E-mail: saohon@mail.ru. Тел.: (+992) 939999128.

The review summarizes the data of population studies on the system of perinatal regionalization, outlines the main principles of the formation and development of the system of perinatal regionalization. An assessment of the quality, accessibility and effectiveness of the three-level structure of the perinatal care system is given. Problems and regional differences have been identified regarding the organization of work in institutions of different functional levels, united according to the principles of centralization of assistance.

Key words: regionalization, routing, perinatal center, quality of services, antenatal care.

Рекомендации по перинатальной регионализации представлены во многих международных документах. В частности, предложения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по перинатальным направлениям освещены в стандартах качества оказания помощи матери и ребенку, согласно которым каждую женщину и новорожденного с состояниями или заболеваниями, с которыми невозможно эффективно справиться с помощью ресурсов, имеющихся в медицинском учреждении, необходимо направлять в стационары более высокого уровня [13].

В Таджикистане одним из актуальных направлений улучшения службы здравоохранения и снижения репродуктивных потерь в стране является расширение доступа к медицинским услугам путем повышения качества предоставляемых услуг на всех уровнях родовспомогательных учреждений [14].

В настоящее время этот принцип обозначается как «регионализация медицинской помощи», то есть передача функций от национального на региональный уровень и соблюдается во всех экономически развитых странах [1, 5, 8, 31, 33].

Принцип регионализации заключается в том, что медицинские учреждения разделяются территориально по трехуровневой системе в зависимости от оказываемой ими помощи: первый, второй и третий [8]. Достаточно большое количество рандомизированных исследований научно обосновывают эффективность перинатальной регионализации в снижении материнской и

перинатальной заболеваемости и смертности [6, 24, 25, 30].

Согласно имеющимся источникам, первые основы перинатальной регионализации были сформулированы более 40 лет назад. За этот временной промежуток модель организации медицинской помощи неоднократно была обновлена и усовершенствована соответственно современным требованиям.

На этапе развития системы регионализации, трехуровневая модель перинатальных направлений начала функционировать в Соединенных Штатах Америки (1976 г.), когда на первом уровне оказывалась базовая помощь, на втором-специализированная, на третьем-узкоспециальная. Принцип этой модели заключался в перенаправлении беременных и рожениц групп высокого риска в родовспомогательное учреждение более высокого уровня, которое располагает возможностями для оказания им необходимой помощи [21]. В Великобритании действующая подобная модель трехуровневой системы перинатальной регионализации имеет другую формулировку - первый уровень - уровень общей помощи, второй – уровень высокой зависимости от оказываемой помощи и третий уровень – уровень реанимации [8].

В последующие 20 лет приобретенный практический опыт и поиск научно-обоснованных рекомендаций по улучшению системы регионализации позволили детализировать принципы перинатальных направлений/перинаправлений. Так, в 1997 году J.J. Chale и соавторы по результатам ретроспективного анализа первичной документации

выявили влияние организационных проблем региональных перенаправлений новорожденных с массой менее 1500 г. и/или гестационным возрастом менее 33 недель. На достаточно большом материале авторы установили достоверные различия в скорости транспортировки данной категории младенцев и обеспечении их медицинской помощью в стационарах третьего уровня. Показано, что ранняя диагностика рождения ребенка с экстремально низкой массой тела у женщин из группы высокого риска и родоразрешение в учреждении соответствующего уровня способствуют благоприятным перинатальным исходам [22].

Во Франции процесс развития регионализации продолжался около 8 лет. R. Vieux и соавт.(2006 г.) опубликовали данные родовспомогательных учреждений девяти регионов Франции за 1997 год, согласно которым проведен ретроспективный анализ первичной документации 1262 новорожденных с экстремальной массой тела при сроке гестации менее 31 недель. Авторы пришли к выводу, что недоношенные новорожденные должны быть госпитализированы в учреждения третьего уровня, где имеются неонатальные отделения для предоставления им интенсивной терапии [36].

В Португалии система регионализации развивалась в течение 8 лет. В рамках преобразований службы здравоохранения с 1989 года в стране функционировали акушерские отделения мощностью более 1500 родов в год и родильные стационары были классифицированы как первый уровень – в ро-

довспомогательных учреждениях роды не проводились, второй - в учреждениях роды проводились у женщин низкого риска и оказывалась интенсивная терапия среднего уровня и на третьем уровне медицинская помощь оказывалась для женщин высокого риска и были организованы отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Эффективность трехуровневой системы регионализации в стране оценена в работе Tomé T. (2009г), которая свидетельствует о снижении перинатальной смертности в 2,4 раза (с 16,4 до 6,6 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, неонатальной – в 3 раза (с 8,1 до 2,7), младенческой – в 3 раза (с 12,2 до 4). Полученные результаты автор считает существенными связывает их с адекватной оценкой акушерских и перинатальных рисков, а также соблюдением строгих организационных принципов перенаправлений [35].

Оценку системы регионализации во Франции продемонстрировали в своих исследованиях B. Veit-Sauca и соавт. (2008 год). Проанализировав отчетные данные перинатальных центров, созданных в сельском регионе Лангедок-Руссильон, авторы показали, что за восьмилетний период (с 1997 по 2005 годы) улучшились показатели перинатальной смертности и заболеваемости, при этом качество антенатальной профилактики улучшилось в 1,4 раза (с 61 до 87%) и увеличилось количество операций кесарева сечения в 1,8 раза (с 38 до 72%). Исследователи считают, что для улучшения результатов необходима обновленная информация для лиц, осуществляющих уход за новорожденным

[37]. Опубликованы данные, которые свидетельствуют о выявленных проблемах и результативности трехуровневой модели регионализации в улучшении качества перинатальной медицинской помощи в Аргентине [33].

Аналогичные выводы получены из результатов исследования J.W. Dudenhausen и соавт. (2006г.), которые указывают о недооценке перинатальных рисков на амбулаторном уровне и не соблюдении принципов маршрутизации беременных и рожениц в стационары третьего уровня, что, несомненно, влияет на эффективность регионализации [24].

Цитируемые исследования подчеркивают, что эффективность акушерской помощи оценивается в случаях, когда в стационаре в течение года происходят пятьсот-тысяча родов и не более пятидесяти младенцев рождаются с экстремальной массой тела. Авторы считают, что, если количество новорожденных с очень низкой массой тела будет больше пятидесяти в год, не стоит ожидать положительных результатов [8, 29].

Е.А. Jensen и соавт. (2015г.) в своей работе также доказали, что на перинатальные исходы влияет уровень отделения интенсивной терапии новорожденных родильного дома и годовой объем родов младенцев с экстремальной массой тела при рождении [28, 38].

В то же время, в исследованиях S Staebler (2011г) показаны противоречивые данные, в которых указано, что система регионализации может быть эффективной в случае, когда в учреждениях третьего уровня в год регистрируется более двух тысяч родов и коли-

чество новорожденных с очень низкой массой тела может быть больше пятидесяти [34].

Chale J.J. и соавт (1997г.) в своих исследованиях показали, что при массе новорожденного менее 1500 грамм и гестационном сроке менее 33 недели система регионализации теряет свою значимость [22].

М. Ros и соавт (2017г) пришли к выводу, что готовность медицинского персонала и полная информация о состоянии новорожденного до начала его доставки в учреждение высокого уровня предоставляет возможность осуществить медицинскую сортировку и, поскольку позволяет предвидеть потребность в специализированной медицинской помощи со стороны транспортной бригады [32]. Данные, приведенные в работе R. Hentschel и соавт. (2019 г.), свидетельствуют, что при решении госпитализации детей с очень низкой массой тела в другое учреждение, следует принять во внимание не только уровень стационара, но и тяжесть состояния младенца [26]. Некоторые авторы доказали, что соблюдение принципов перинатальной регионализации позволяет в значительной степени уменьшить перинатальные потери и целесообразно использовать коечный фонд родовспомогательных учреждений и улучшить клинический аудит [7].

В 2016 году Hossain S. И соавт. (2016г.) опубликовали результаты достаточно большого исследования, в котором установили неблагоприятные исходы у детей с очень низкой массой тела и гестационном сроке до 32 недель, родившихся в родовспомогатель-

ных учреждениях Австралии, Новой Зеландии и Канады. Авторы показали, что перинатальные исходы данной категории пациентов зависят территориального расположения и организационных моделей регионализации [27]. Аналогичные проблемы установлены при сопоставлении системы перинатальной регионализации в Южной Корее, США, Японии и других стран [22, 23.].

В то же время, изучение проблем перинатальной помощи в Норвегии показано в работе Grytten J. И соавт. (2014г.), которые пришли к выводу, что перинатальная смертность не зависит от уровня стационара, в котором произошли роды, а эффективность регионализации обусловлена, с одной стороны, соблюдением принципов маршрутизации, с другой — стабильно низкими показателями ранней и поздней неонатальной смертности в стране [25]

По данным М. Канеко и соавт. (2015 г.), изучавшим в популяции региональную маршрутизацию матерей и детей, родившихся с массой менее 1500 грамм, объективную оценку результативности системы перинатальной регионализации обеспечивают организационные факторы: целесообразное разумное распределение медицинского персонала и использование оборудования, не копирование целей и назначений, уменьшение расходов при росте эффективности [29]. В исследованиях О.П. Ковтун (2020г.) подчёркивается, что для эффективного функционирования системы перинатальной регионализации важно постоянно наблюдать за деятельностью небольших отделений интенсивной терапии новорожден-

ных и при необходимости изменять их структуру [6]. M.D. Brantley и соавт. (2017г.) в своих исследованиях также подтверждают, что неперенным условием результативности регионализации являются объективная оценка статистических показателей и географических условий региона [20].

Россия воспользовалась мировым опытом, разработанным рядом экономически развитых стран, который показал, что создание трехуровневой системы в перинатальной службе является приоритетным направлением здравоохранения, способствующий улучшению материнских и перинатальных исходов [1-3, 6, 9, 16]. Российская модель является скоординированной, многоуровневой и межрегиональной системой. В течение последнего десятилетия она постоянно совершенствуется и функционирует во всех регионах Российской Федерации и построена на принципе строгого восприятия степени материнского и перинатального риска [2-4, 7, 10-12, 15-18].

Модель перинатальной регионализации в странах Центрально-Азиатского региона находится на стадии развития трехуровневой системы. Примером является Республика Казахстан. В период территориального разделения службы здравоохранения по трем уровням, материнская смертность ежегодно снижается до 3,5%, при этом отмечается повышение качества предоставляемых услуг на всех уровнях родовспомогательных учреждений [5].

На сегодняшний день во многих развивающихся странах продолжается строительство территориально распределенных перинатальных центров.

Публикации организаторов здравоохранения и научные разработки свидетельствуют, что эти объекты позволяют предоставить специализированную медицинскую помощь матерям и новорожденным на высоком уровне и обосновывают эффективность перинатальной регионализации [1, 6, 14, 19, 30]. Практический опыт регионального распределения перинатальных центров с учетом территориального расположения, объемов работы и транспортной готовности медицинских услуг освещены многими отечественными и зарубежными учеными и организаторами здравоохранения [2-4, 6, 8, 24, 25, 39, 40].

Помимо этого, возникают нерешенные проблемы относительно оценки эффективности деятельности трехуровневой системы акушерско-гинекологической помощи. Так, М.П. Шуваловой с соавт. (2017 г.) обозначается проблема отсутствия инструментария и индикаторов, позволяющих оценить эффективность и результативность данной системы [16]. Так, Р.Б. Курбанисмаиловым с сппоавт. (2019 г.) на примере Красноярского края впервые применен подход, основанный на результатах функционирования дистанционного перинатального мониторинга в регионе [7].

Выводы. 1. Модель перинатальной регионализации в каждой стране мира разрабатывалась с учетом существующей системы здравоохранения, местных традиций, сложившимися десятилетиями взаимоотношений «пациент - медработник», а также количества и формы медицинских учреждений, ока-

зывающих акушерскую и неонатальную помощь.

2. Соблюдение принципов направлений/перенаправлений определяют эффективность регионализации на территории высокоразвитых, так и развивающихся стран.

3. Анализ существующих научных данных о совершенствовании модели перинатальной регионализации предоставляет полезную информацию для поиска дальнейших путей по улучшению качества медицинских услуг и снижения репродуктивных потерь.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 18-39 см. в REFERENCES)

1. Байбарина Е.Н. Приоритетный Проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе, развитие сети перинатальных центров» и его роль в снижении показателя младенческой смертности в Российской Федерации:/ Е.Н. Байбарина, Е.В. Гусева, О.В. Чумакова // Вестник Росздравнадзора. - 2017. - № 1. - С. 22-23.

2. Богданова Т.Г. Региональная модель охраны репродуктивного здоровья женщин в Чувашской Республике / Т.Г. Богданова, А.В. Самойлова // Проблемы репродукции.-2017.- № 23 (6).-С.97-104.

3. Богза О.Г. Роль трехуровневой системы организации медицинской помощи женщинам и детям в снижении младенческой смертности на примере Омской области /О.Г. Богза, О.П. Голева //Врач-аспирант. – 2015. – № 3.2 (70). – С. 239-247.

4. Гурьев В.Л. Регионализация перинатальной помощи в Ярославской помощи: клинические и организационные аспекты / В.Л. Гурьев, Т.А. Волкова, Н.В. Олендарь, М.Б. Охупкин.//Доктор Ру.-2015.-№ 4(115).- С.38-41.

5. Касымова Г.П. Ш.А.Организация акушерско-гинекологической помощи в Респуб-

ке Казахстан/Г.П. Касымова, Ш.А.Карабалаева// Вестник КазМНУ. -2017.-№4- С. 366-367.

6. Ковтун О.П. Анализ эффективности системы перинатальной регионализации/О.П. Ковтун, Н.С. Давыдова, Р.Ф. Мухаметшин// Педиатрия.- 2020- 65(3)-С.18–24.

7. Курбанисмаилов Р.Б. Динамика показателей, характеризующих трехуровневую систему оказания акушерской и перинатальной помощи в Красноярском крае / Р.Б. Курбанисмаилов, А.Н.Наркевич, К.А. Виноградов //Сибирское медицинское образование.-2019 (3). - С.112-113.

8. Мустафина, М. Д. Обзор по развитию регионализации перинатальной помощи на примере Казахстана // М. Д. Мустафина// Молодой ученый. - 2017. - № 42 (176). - С. 60-63.

9. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери: проблемы, приоритеты, потенциал/Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, И.В. Юрасов, И.А. Блощинская, Т.П. Князева// Дальневосточный медицинский журнал -2020.- (3)- С.116-119.

10. Пильщикова В.В. Проведение анализа показателей деятельности Краснодарского краевого перинатального центра / В.В. Пильщикова, В.Е. Холодова // Наука и образование: проблемы и стратегии развития. - 2017. - Т. 2. № 1 (3). - С. 37-39.

11. Ремнёва О.В. Совершенствование организации трёхуровневой системы службы родовспоможения в регионе с использованием информационных технологий / О.В. Ремнёва, Е.Г. Ершова, И.В. Молчанова // Здравоохранение Российской Федерации – 2018.- 62(4) - С.181-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-4-181-186>

12. Семеновский Н.В. Влияние деятельности регионального перинатального центра на стабилизацию демографических показателей / Н.В. Семеновский, И.А. Макарова, С.А. Дворянский и др. // Вятский медицинский вестник. - 2016. - Т. 50 (2). - С. 58-60.

13. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях. – ВОЗ - 2016. - 100 с.

14. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030

года// Постановление Правительства РТ №414 от 30.09.2021г.

15. Шмелев И. А. Система мер по оптимизации медицинской помощи женщине-матери и ребенку в регионе / И. А. Шмелев, О.Е. Коновалов, В.В. Харченко // Вестник РУДН. - 2017. - № 1. - С. 137-143.

16. Шувалова М.П. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации/ М.П. Шувалова, Т.В. Письменская, Т.К. Гребенник // Социальные аспекты здоровья населения. - 2017. - №3 (55) 2017-С.2-16. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/> (дата обращения 10.12.2018).

17. Харбедия Ш.Д. Оценка социальной эффективности деятельности перинатального центра в условиях мегаполиса / Ш.Д. Харбедия, А.В. Алексеева, И.Н. Родин и др.// В сб.:Проблемы городского здравоохранения. - Санкт-Петербург.- 2017. - С. 184-187.

18. Харитонов А.К. Анализ показателей работы клинко-диагностического отделения областного перинатального центра // Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2016. - № 3. - С. 152-157.

REFERENCES

1. Baybarina E.N. Priority Project «Improving the organization of medical care for newborns and women during pregnancy and after childbirth, which includes, among other things, the development of a network of perinatal centers» and its role in reducing the infant mortality rate in the Russian Federation: / E.N. Baibarina, E.V. Guseva, O.V. Chumakova // Bulletin of Roszdravnadzor. - 2017. - No. 1. - S. 22-23.

2. Bogdanova T.G. Regional model of women's reproductive health in the Chuvash Republic / T.G. Bogdanova, A.V. Samoilova // Problems of reproduction.-2017.- No. 23 (6).-P.97-104.

3. Bogza O.G. The role of the three-level system of organizing medical care for women and children in reducing infant mortality on the example of the Omsk region / O.G. Bogza, O.P. Goleva // Postgraduate doctor. - 2015. - No. 3.2 (70). – S. 239-247.

4. Guriev V.L. Regionalization of perinatal care in Yaroslavl care: clinical and organizational aspects / V.L. Guriev, T.A. Volkova, N.V. Olendar, M.B. Okhapkin.//Doctor Ru.-2015.-No. 4(115).- P.38-41.
5. Kasymova G.P. Sh.A. Organization of obstetric and gynecological care in the Republic of Kazakhstan / G.P. Kasymova, Sh.A. Karabalaeva // Bulletin of KazMNU. -2017.-№4- S. 366-367.
6. Kovtun O.P. Analysis of the effectiveness of the system of perinatal regionalization / O.P. Kovtun, N.S. Davydov, R.F. Mukhametshin//Pediatrics.- 2020-65(3)-p.18-24.
7. Kurbanismailov R.B. Dynamics of indicators characterizing the three-level system of obstetric and perinatal care in the Krasnoyarsk Territory / R.B. Kurbanismailov, A.N. Narkevich, K.A. Vinogradov // Siberian medical education.-2019 (3). - P.112-113.
8. Mustafina M. D. Overview of the development of regionalization of perinatal care on the example of Kazakhstan // M. D. Mustafina // Young scientist. - 2017. - No. 42 (176). - S. 60-63.
9. Pestrikova T.Yu. Perinatal losses: problems, priorities, potential / T.Yu. Pestrikova, E.A. Yurasova, I.V. Yurasov, I.A. Bloshchinskaya, T.P. Knyazeva // Far Eastern Medical Journal -2020.- (3) - P.116-119.
10. Pilshchikova V.V. Conducting an analysis of the performance indicators of the Krasnodar Regional Perinatal Center / V.V. Pilshchikova, V.E. Kholodova // Science and Education: Problems and Development Strategies. - 2017. - V. 2. No. 1 (3). - S. 37-39.
11. Remneva O.V. Improving the organization of a three-level system of obstetric services in the region using information technology / O.V. Remneva, E.G. Ershova, I.V. Molchanova // Healthcare of the Russian Federation - 2018.- 62(4) - P.181-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-4-181-186>.
12. Semenovskiy N.V. Influence of the activities of the regional perinatal center on the stabilization of demographic indicators / N.V. Semenovskiy, I.A. Makarova, S.A. Dvoryansky and others // Vyatka Medical Bulletin. - 2016. - V. 50 (2). - S. 58-60.
13. Standards for improving the quality of medical care provided to mothers and newborns in medical institutions. - WHO - 2016. - 100 p.
14. Strategy for protecting the health of the population of the Republic of Tajikistan for the period up to 2030// Decree of the Government of the Republic of Tajikistan No. 414 of 09/30/2021.
15. Shmelev I. A. System of measures to optimize medical care for a woman-mother and child in the region / I. A. Shmelev, O. E. Kononov, V.V. Kharchenko // Bulletin of RUDN University. - 2017. - No. 1. - S. 137-143.
16. Shuvalova M.P. The effectiveness of the third level of the system of regionalization of perinatal care in the Russian Federation / M.P. Shuvalova, T.V. Pismenskaya, T.K. Grebennik // Social aspects of public health. - 2017. - No. 3 (55) 2017-p.2-16. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/> (accessed 10.12.2018).
17. Harbediya Sh.D. Assessment of the social efficiency of the perinatal center in a metropolis / Sh.D. Kharbediya, A.V. Alekseeva, I.N. Rodin et al.// In the collection: Problems of urban health care. - St. Petersburg. - 2017. - S. 184-187.
18. Kharitonov A.K. Analysis of the performance indicators of the clinical diagnostic department of the regional perinatal center // Bulletin of the People's Friendship University of Russia. Series: Medicine. - 2016. - No. 3. - S. 152-157.
19. Blencowe H. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis / H. Blencowe, S. Cousens, F. B. Jassir et al. // Lancet Global Health. - 2016. - Vol. 4. Issue 2. - P. 98-108.
20. Brantley M.D. Perinatal regionalization: a geospatial view of perinatal critical care, United States, 2010–2013. / M.D Brantley, N.L. Davis, D.A. Goodman, W.M. Callaghan, W.D Barfield// Am J Obstet Gynecol 2017- 216 (2)-P. 185.e1–185.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.10.011
21. Committee on Perinatal Health. Toward Improving the Outcome of Pregnancy: Recommendations for the Regional Development of Maternal and Perinatal Health Services// White Plains, NY: March of Dimes National Foundation- 1976- 38 p.

22. Chale J.J. Type of birth center and conditions of transfer of neonates under 1500 g or gestational age under 33 weeks// J.J. Chale, M. Vial, M. Brodin, B. Colladon, A.Lacroix, I Nisand. et al.//Arch Pediatr.- 1997.- 4 (4)-P. 311–319. DOI: 10.1016/s0929-693x(97)86446-9-
23. Chang Y.S. Regionalization of neonatal intensive care in Korea/ J.Y. Chang, K. S. Lee, W.H. Hahn, S.H. Chung. //Korean J Pediatr.- 2011- 54 (12)-P. 481–488. DOI: 10.3345/kjp.2011.54.12.481.
24. Dudenhausen J.W., Locher B., Nolting H.D. Implementation of perinatal regionalization: frequency of high-risk deliveries outside of specialized perinatal care centres/ J.W.Dudenhausen, B.Locher, H.D. Nolting//Z. Geburtshilfe Neonatol.- 2006- 210 (3)-P.92–98. DOI: 10.1055/s-2006-941553
25. Grytten J. Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care - the effect on neonatal and infant mortality/ J. Grytten, L. Monkerud, I. Skau, R. Serensen // Health Serv Res – 2014-49 (4)-P.1184-1204. DOI: 10.1111/1475-6773.12153
26. Hentschel R. Risk-adjusted mortality of VLBW infants in high-volume versus low-volume NICUs./ R. Hentschel, K. Guenther, W. Vach, I. Bruder // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed-2019.- 104 (4)-P. F390–F395. DOI: 10.1136/archdischild-2018-314956
27. Hossain S. Outborns or Inborns: Where Are the Differences? A Comparison Study of Very Preterm Neonatal Intensive Care Unit Infants Cared for in Australia and New Zealand and in Canada/ S. Hossain, P.S. Shah, Ye X.Y, B.A. Darlow, S.K. Lee, K. Lui// Neonatol.- 2016-109 (1)-P. 76–84. DOI: 10.1159/000441272
28. Jensen E.A. Effects of a Birth Hospital's Neonatal Intensive Care Unit Level and Annual Volume of Very Low-Birth-Weight Infant Deliveries on Morbidity and Mortality / E.A., S.A. Jensen Lorch // JAMA Pediatr – 2015- 169 (8)- e151906. DOI: 10.1001/jama-pediatrics.2015.1906-
29. Kaneko M. Perinatal morbidity and mortality for extremely low-birthweight infants: A population-based study of regionalized maternal and neonatal transport]/M. Kaneko, R.Yamashita, K. Kai, N.Yamada, H. Sameshima., T. Ikenoue//J Obstet Gynaecol Res -2015- 41 (7) - P. 1056-1066. DOI: 10.1111/jog.12686.
30. Rashidian A. The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review/ A. Rashidian, AH Omidvari, Y Vali, S Mortaz, R Yousefi-Nooraie, M Jafari, et al.// Public Health. -2014-128(10)-P.872-85.
31. Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina/. // Article in Spanish. Rv Panam Salud Publica.-2017.- 25(41).-P.38.
32. Ros M. Predictive model to anticipate the need of major medical interventions by specialized newborn transport team/ M.Ros, L.Sánchez García, M.Pérez Grande. et al.//J. Pediatric and Neonatal Individualized Med.- 2017- Vol. 6 (2)-P. 25.
33. Simioni A. T. Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina /A. T. Simioni, O. Llanos, M. Romero et al.// Rev Panam Salud Publica. - 2017. - Vol. 25 (41). - P. 38.
34. Staebler S. Regionalized systems of perinatal care: health policy
35. Considerations//Adv Neonatal Care.- 2011- 11 (1)- P. 37–42. DOI: 10.1097/ANC.0b013e318206fd5a.
36. Tomé T. Neonatal morbi-mortality in very low birth weight in Europe: the Portuguese experience./T. Tomé, H. Guimarães, A. Bettencourt, J.C. Peixoto// J. Matern Fetal Neonatal Med 2009 - 22 (Suppl 3)-P. 85–87. DOI: 10.1080/14767050903199288.
37. Vieux R. Improving perinatal regionalization by predicting neonatal intensive care requirements of preterm infants:an EPIPAGE-based cohort study. //R. Vieux, J. Fresson, J.M. Hascoet, B. Blondel, P. Truffert, J.C. Roze et al.// Pediatrics.- 2006-118 (1)-P. 84–90. DOI: 10.1542/peds.2005-2149
38. Veit-Sauca B. Regionalization of perinatal care helps to reduce neonatal mortality and morbidity in very preterm infants and requires updated information for caregivers.// B. Veit-Sauca, H. Boulahtouf, J.B. Mariette, P. Thevenot, M. Gremy, B. Ledésert et al.//Arch Pediatr -2008- 15 (6)-P. 1042–1048. DOI: 10.1016/j.arcped.2008.02.011-

39. Wang H. Chinese Collaborative Study Group for Neonatal Respiratory Diseases. Admission volume is associated with mortality of neonatal respiratory failure in emerging neonatal intensive care units.// H. Wang, Y. Dong, B. Sun.// J Matern Fetal Neonatal Med.- 2019- 32 (13)-P. 2233–2240. DOI: 10.1080/14767058.2018.1430133

ХУЛОСА

С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова

МАРҲИЛАИ ТАШКИЛ, ИН- КИШОФ ВА БЕҲТАРКУНИИ МОДЕЛҲОИ ТАШКИЛИИ МИНТАҚАВИИ ПЕРИНАТАЛӢ

Дар мақола маълумотҳо оид ба системаи минтақавии перинаталӣ чамъбаст гардида, принципҳои асосии ташаккул ва рушди системаи мазкур нишон дода шуда, баҳодиҳии сифат, дастрасӣ ва самаранокии сохтори се сатҳи системаи нигоҳубини перинаталӣ дода мешавад. Мушкилот ва тафовутҳои минтақавӣ оид ба ташкили кор дар муассисаҳои сатҳҳои функционалии гуногун, ки аз рӯи принципҳои мутамарказкунии кӯмак муттаҳид шудаанд, муайян карда шуданд.

Калимаҳои калидӣ: минтақавӣ, муосир, маркази перинаталӣ, сифати хизматрасонӣ, нигоҳубини антенаталӣ.

УДК:504.75

М.Б. Ҳакимова¹, Д.Ш. Махмудова²

ВОДА И ВОЗДУХ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ

¹*НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

²*ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибни Сино»*

Ҳакимова Мухаббат Баходуровна - к. м. н., и.о. зав. кафедрой гигиены и экологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» E-mail: bashorat.khakimova@mail.ru; Тел: (+992) 935720009

Цель. Изучить ретроспективно причины экологического загрязнения воды и воздуха и его последствия, формирование у аудитории элементов экологического образования по поводу антропогенного загрязнения воды и воздуха..

Материал и методы исследования. Для изучения влияния различных факторов на загрязнения воды и пути решения экологического загрязнения воды на региональном уровне проведен ретроспективный информационно- библиографический анализ: - анализ отечественной и зарубежной литературы, диссертаций, интернет ресурсов, отечественных статистических сборников.

Результаты исследования и их обсуждение. Неблагоприятные условия водоснабжения, санитарии и гигиены оказывают значительное неблагоприятное воздействие на благосостояние граждан страны, в частности на сельских жителей, бедных и детей. В настоящее

время только 51,4% населения Таджикистана, включая 86,9% городского населения, и 43,4% сельского населения, имеют доступ к питьевой воде и хорошим санитарным условиям. 49,6% населения либо не имеют доступа к питьевой воде, либо используемая вода небезопасна в плане санитарии и гигиены. Значительное влияние на состояние здоровья населения оказывают химизация сельского хозяйства в результате усиленного использования минеральных удобрений и пестицидов для борьбы с сорняками и вредителями, приводящие к сильному химическому загрязнению водоемов.

Заключение. Таким образом, безопасность окружающей среды и питьевой воды является основополагающим фактором поддержания здоровья населения и находится в тесной зависимости от работы экологических служб страны, учреждений здравоохранения и добровольных общественных экологических организаций.

Ключевые слова: безопасное водоснабжение, химическое загрязнение атмосферного воздуха, минеральные удобрения, пестициды, здоровье населения.

M.B. Khakimova¹, D.Sh. Makhmudova²

WATER AND AIR AS A FACTOR OF HEALTH

¹NEI “Medical-Social Institute of Tajikistan”

²SEI “Avicenna Tajik State Medical University”

Khakimova Mukhabbat Bakhodurovna - Candidate of Medical Sciences, acting as head of the Department of Hygiene and Ecology, NSI “Medical - Social Institute of Tajikistan”. E-mail: bashorat.khakimova@mail.ru; Tel: (+992) 935720009

Purpose of the study. To study and analyze retrospectively the causes of environmental pollution of water and air and its consequences, the formation of elements of environmental education in the audience about anthropogenic pollution of water and air.

Material and research methods. To study the impact of various factors on water pollution and ways to solve environmental water pollution at the regional level, a retrospective information and bibliographic analysis was carried out: - analyze domestic and foreign literature, dissertations, Internet resources, domestic statistical compilations.

Results of the study and their discussion. Unfavorable conditions of water supply, sanitation and hygiene have a significant adverse impact on the well-being of the country's citizens, particularly the rural population, the poor and children. Currently, only 51.4% of Tajikistan's population, including 86.9% of the urban population, 61.5% of the municipal population and 43.4% of the rural population, have access to drinking water and good sanitation. 49.6% of the population either do not have access to drinking water or the water used is unsafe in terms of sanitation and hygiene. Significant impact on the health of the population is caused by chemicalization of agriculture as a result of increased use of mineral fertilizers and pesticides to control weeds and pests, leading to severe chemical pollution of water bodies.

Conclusion. Thus, the safety of the environment and drinking water is a fundamental factor in maintaining public health and is closely dependent on the work of the country's environmental services, public health institutions and voluntary public environmental organizations.

Key words: safe water supply, chemical air pollution, mineral fertilizers, pesticides, public health.

Актуальность темы. Лидеры и правительства многих государств особое внимание вынуждены уделять проблемам воды, так как она является важным стратегическим сырьём, необходимым для решения множества самых насущных жизненных задач по устойчивому развитию общества. Вода необходимо для жизни и деятельности человечества – в производстве, сельском хозяйстве, на транспорте и в быту, что побуждает её рассматривать, как важнейший товар первейшей необходимости. Вопросы, связанные с водой, отражены в документах высокого уровня: «Цели развития тысячелетия ООН», «Йоханнесбургский план», «Всемирные водные форумы» и саммиты. Принимая во внимание актуальность проблемы воды в жизнедеятельности всей популяции человечества, Генеральная Ассамблея ООН провозгласила: 2003 год – международным годом пресной воды; 2005-2015 годы – международным десятилетием действий «Вода для жизни»; 2013 год – «Вода для сотрудничества» и 2018-2028 годы – международным десятилетием действий «Вода для устойчивого развития». Вышеуказанные решения ООН были приняты по инициативе Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона, в свете чего они являются одним из главных направлений социальной политики республики [1, 3, 4, 10, 16].

Доступ к воде остается одной из самых актуальных проблем за все годы независимости Таджикистана. В настоящее время только 51,4% населения Таджикистана, включая 86,9% городского населения и 43,4% сельско-

го населения имеют доступ к питьевой воде и хорошим санитарным условиям. 49,6% населения либо не имеют доступа к питьевой воде, либо используемая вода небезопасна в плане санитарии и гигиены

Власти Таджикистана утверждают, что, проблема водоснабжения населения остается нерешенной из-за финансового кризиса, роста населения, изменения климата, стихийных бедствий. В исследованиях отмечается, что Таджикистан страдает от высокого уровня замедленного роста и развития среди детей, что тесно связано с лишениями, связанными с доступом к надлежащему уровню питьевого водоснабжения и санитарии, а также недостаточным питанием и уходом. [2, 5-7, 19].

Цель исследования. Изучить и проанализировать ретроспективно причины экологического загрязнения воды и воздуха и его последствия, формирование у аудитории элементов экологического образования по поводу антропогенного загрязнения воды и воздуха..

Материал и методы исследования. Для изучения влияния различных факторов на загрязнения воды и пути решения экологического загрязнения воды на региональном уровне проведен ретроспективный информационно- библиографический анализ: - анализ отечественной и зарубежной литературы, диссертаций, интернет ресурсов, отечественных статистических сборников.

Результаты исследования и их обсуждение. Хотя с 2000 года Таджикистан добился значительного прогресса в обеспечении доступа к улучшенным источникам питьевой воды, страна так и

не достигла показателя в области развития, сформулированного в рамках Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ), касающейся питьевой воды. В представленном Всемирным банком отчете (2017 г.) говорится, что доступ к улучшенным услугам водоснабжения и безопасной санитарии, связанной с функционирующей системой канализации, относится к числу наиболее значительных и неравномерно распределенных услуг в стране. Доступ к смывным туалетам, подключенным к канализационной системе в сельских районах, остается низким – всего 1,7%, в отличие от 60% в городских районах. При возникновении потребности каждое четвертое домохозяйство в Таджикистане не имеет доступа к достаточному объему воды. Доступ зависит от безопасно управляемых источников воды (то есть тех, которые улучшены, доступны по мере необходимости и без фекального загрязнения). [8-11, 18, 19].

Неблагоприятные условия водоснабжения, санитарии и гигиены оказывают значительное неблагоприятное воздействие на благосостояние граждан страны, в частности на сельских жителей, бедных и детей. Вода неразрывно связана с каждым аспектом развития и практически со всеми Целями в области устойчивого развития. Она определяет динамику экономического роста, обеспечивает здоровое функционирование экосистем и является фундаментальным составляющим, необходимым для самой жизни.

Приблизительно 2 миллиарда людей во всем мире не имеют доступа к безопасным системам питьевого водоснаб-

жения, 3,6 миллиарда людей не обеспечены безопасными услугами санитарии, а у 2,3 миллиарда людей нет доступа к основным удобствам для мытья рук. Во многих регионах в силу сочетания ряда факторов – таких как низкая доступность услуг водоснабжения и санитарии, рост населения, модели экономического развития, характеризующиеся более интенсивным использованием водных ресурсов, повышение изменчивости количества атмосферных осадков и загрязнение окружающей среды – проблемы с доступом к воде относятся к числу самых серьезных помех для экономического прогресса, искоренения бедности и устойчивого развития.

Вода – один из важнейших факторов внешней среды, от которого зависит здоровье миллионов людей, их нормальная жизнедеятельность. В процессе круговорота свойства воды и ее химический состав могут существенно изменяться. Эти изменения зависят от санитарного состояния атмосферного воздуха, состава почвы и природно-климатических условий [12, 13, 15, 20].

Несмотря на то, что по данным Евразийского банка развития по выбросам углекислого газа в странах СНГ оказалось, что в Таджикистане зафиксированы относительно низкие показатели – 1,1 тонны, по данным Государственного комитета, по статистике в Таджикистане ежегодно от стационарных источников в атмосферу выбрасывается более 48 тыс. тонн вредных веществ (2018), что на 27 раз больше чем 2014 году. По официальной статистике в 2020 году около 19 тысяч тонн или 30,5% от общих выбросов в Таджикистане от

стационарных источников приходилось на долю столицы. Количество выбрасываемых загрязняющих веществ постоянно увеличивается. Это связано как с ростом промышленного производства, увеличением количества транспорта, масштабным строительством, так и с недостаточным уровнем оснащения предприятий пылегазоулавливающим и другим современным оборудованием. Более 35 тыс. тонн из вредных веществ выброшенных из стационарных источников в атмосферу (2018) остаются не очищенными, но основным загрязнителем воздуха является автотранспорт. Выбросы от транспортных средств удвоились за последнее десятилетие и в настоящее время составляют 340 000–540 000 тонн эквивалента CO₂ в год. Один легковой автомобиль поглощает ежегодно из атмосферы в среднем больше 4 тонны кислорода, выбрасывая с выхлопными газами примерно 800 кг окиси углерода, около 40 кг окислов азота и почти 200 кг различных углеводородов. Время, в течение которого вредные вещества естественным образом сохраняются в атмосфере, оценивается от десяти суток до полугода.

Почти 80% загрязняющих веществ выбрасывается в атмосферный воздух транспортным средством, по показаниям сотрудников службы охраны окружающей среды, только в городе Душанбе в день перемещается 80 тысяч транспортных средств и выбрасывает в атмосферный воздух более 35 тонн автомобильных отходов. Только в 2018 году в республике от передвижных источников в воздух было выброшено 344,7 тыс. тонн вредных веществ. Из

них более 70% пришлось на долю, окиси углерода [14, 22].

Окись углерода оказывает непосредственное действие на клетки, нарушает тканевое дыхание, уменьшает потребление тканями кислорода. Основное влияние его связано с высокой способностью вступать в реакцию с гемоглобином, образуя карбоксигемоглобин, что приводит к гипоксии организма [17, 24, 25].

Химизация сельского хозяйства в результате усиленного использования минеральных удобрений и пестицидов для борьбы с сорняками, вредителями и их болезнями приводит к сильному загрязнению водоемов. Наибольшее загрязнение водоисточников наблюдается в районах орошаемого земледелия, т.к. оно дает большие возвратные стоки, которые не только загрязнены удобрениями и пестицидами, но и сильно минерализованы. Ежегодно в республике для улучшения плодородия почвы используется более 200 тыс. тонн органических и более 60 тыс. тонн минеральных удобрений. Неправильное применение их может привести к загрязнению грунтовых вод и атмосферы (в загрязнении участвуют отдельные компоненты минеральных удобрений, вымытые из почвы до их усвоения растениями) [20, 23]. Из внесенных удобрений в водоисточники попадает около 20% азота, 25% фосфора и 30% калия. В связи с этим сельское хозяйство является основным загрязнителем водных объектов биогенными элементами. В организме человека нитраты, поступающие в пищу, всасываются в пищеварительный тракт, попадают в кровь, а с ней – в ткани.

Около 65% нитратов превращаются в нитриты уже в полости рта. Нитриты окисляют гемоглобин до метабегмоглобина, имеющую тёмную коричневую окраску; он не способен переносить кислород. Норма метабегмоглобина в организме – 2%, а большее его количество вызывает различные заболевания. При 40% метабегмоглобина в крови человек может умереть. У детей ферментативная система слабо развита, и поэтому нитраты для них более опасны. Нитраты и нитриты в организме превращаются в нитрозосоединения, являющиеся канцерогенами. Нитрозоамины, обладая гепатотоксическими свойствами, вызывают также заболевание печени, в частности гепатит. Нитриты ведут к хронической интоксикации организма, ослабляют иммунную систему, снижают умственную и физическую работоспособность, проявляют мутагенные и эмбриотоксические свойства.

Значительное влияние на состояние здоровья оказывают пестициды используемые в сельском хозяйстве. В Таджикистане существует пробелы в управлении пестицидами:

- не отлажена система регистрации пестицидов;
- не разработана система стандартизации показателей качества используемых пестицидов;
- нет соответствующих нормативно-технических документов на пестициды в установленном порядке;
- нет контрольно-токсикологической лаборатории для проведения лабораторных исследований по определению остаточного количества пестицидов в объектах окружающей среды и сель-

скохозяйственной продукции, а также для осуществления контроля качества ввозимых пестицидов

- нет четкой системы контроля над ввозом и потреблением пестицидов

Высокие уровни пестицидов в крови, способствуют устойчивости тканей к инсулину, что приводит к неспособности перерабатывать глюкозу, и, соответственно, вызывает сахарный диабет 2-го типа. Пестициды могут быть повинны в возникновении лимфомы, лейкемии, рака мозга, молочной железы, простаты, щитовидной железы, печени, лёгких, толстого кишечника. Любой ядохимикат независимо от его количества может вызвать аллергию, отравление и диатез. Сильное же накопление веществ в организме приводит к генетическим отклонениям, вызывая мутационные процессы в организме, что приводит к опасным наследственным нарушениям в нескольких последующих поколениях. В случае, если будущая мама употребляет в пищу продукты, перенасыщенные пестицидными препаратами, риск эмбриональной смерти малыша увеличивается в три раза. Контакт с пестицидами у людей с заболеваниями легких может вызвать удушье. От негативного влияния пестицидов страдает сердечно-сосудистая система по причине закупорка сосудов и их ослабление [20, 21, 25].

Вывод. Таким образом, безопасность окружающей среды и питьевой воды является основополагающим фактором поддержания здоровья населения и находится в тесной зависимости от работы экологических служб страны, учреждений здравоохранения и добро-

вольных общественных экологических организаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авалиани С. Л., Андрианова М. М., Печенникова Е. В., Пономарева О. В. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья. М. Консультационный центр по оценке риска. - 1997 -С.185.
2. Азимов Г.Д., Дабуров К.Н. Питиевое водосабжение населения в Таджикистане. Анализ ситуации и стратегия на будущее. Текст научной статьи по специальности «Социологические науки»/ Медицинские науки, 2016. -С.9-11.
3. Азимов Г.Д., Дабуров К.Н. Санитарно-гигиенические аспекты состояния водных объектов Республики Таджикистан. Душанбе, 2016.-С.18-21.
4. Санитарная охрана водоемов от загрязнения промышленными сточными водами/ под ред. С. Н. Черкинского. -М, 1960.-С. 264-276.
5. Бахтиёрова Н.Б., Дабуров К.Н., Эгамназаров Х.Н. Санитарно-гигиеническое состояние источников водоснабжения в республике Таджикистан и пути его улучшения /Вестник Авиценны, том 21, № 4 2019. -С. 675-678.
6. Данилов-Данильян В. И. Глобальная проблема дефицита пресной воды. Век глобализации, 2008.-С.45-56.
7. Данилов-Данильян В. И., Пискулов Н. А. Устойчивое развитие: Новые вызовы. Учебник для вузов В. — М.: Издательство «Аспект Пресс», 2015. — С.22- 42.
8. Декларация Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей человека среде, А / CONF.48/14/ Rev.1, Глава I, Стокгольм, июнь 1972 г.
9. Н. А. Иванов С.В. Федорова Э.Л. Темиров Э.Э. «Влияние качества воды на здоровье населения» Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2017, - С 186-189.
10. Йоханнесбургская декларации по устойчивому развитию, А / CONF.199/20, глава 1, Резолюция 1, Йоханнесбург, сентябрь 2002 г.
11. Мирзоев А.С., Сафаров З.Ш., Гулова М.О. Улучшение доступности чистой питьевой воды в Республике Таджикистан. Международные инициативы Таджикистана по воде. Вестник последилоного образования в сфере здравоохранения, 2018 (4) -С. 41-46.
12. Крымская И.Г. Гигиена и экология человека. Учебное пособие. М. 2016. - С. 123-126.
13. Кириллук, Л. И. Влияние качества питьевой воды на здоровье населения Тюменского Севера. Автореферат дисс,1999.- С. 56-58.
14. Охрана окружающей среды в Республике Таджикистан (статистический сборник) Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2019. - С.16-20.
15. Онищенко Г.Г. Гигиеническая оценка обеспечения питьевой водой населения Российской Федерации и меры по её улучшению. Гигиена и санитария 2013. 2-4 С-13.
16. План выполнения решений Всемирной встречи на высшем уровне по устойчивому развитию, А /CONF.199/20, глава 1, Резолюция 2, Йоханнесбург, сентябрь 2002 г.
17. Каратай Ш. С. Бадюгин И. С., Константинов Т. К. Окись углерода // Экстремальная токсикология: Руководство для врачей / Под ред. Е. А. Лужникова. — М.:ГЭОТАР-Медиа: 2006 — С. 229-237.
18. Программа реформы водного сектора Республики Таджикистан на 2016 – 2025 годы. от 30 декабря 2015 года №791-С.32-46.
19. Программа развития водного сектора Таджикистана на 2010-2025 годы. Проект заключительного отчета. Душанбе, декабрь, 2009.- С.32-46
20. Павлов А.В., Борисенко Н.Ф., Гуменный В.С., Григорьев В.А. К проблеме влияния пестицидов на здоровье (обзор)Текст научной статьи по специальности «Клиническая медицина»/ Киев,1980.- С.60-62.
21. Промоненков В. К.Каспаров В.А. Применение пестицидов за рубежом [Текст] /, —М.: Агропромиздат, 1990. - С. 222.
22. Рио-де-Жанейрская декларация по окружающей среде и развитию, А / CONF.151/26 (Vol. I), Глава I, приложение I, Рио-де-Жанейро, июнь 1992 г.

23. Стефанский К. С., Врочинский К.К., Маковский В.Н. Влияния хлорорганических пестицидов на организм человека/ Текст научной статьи по специальности «Науки о здоровье». Киев, 1976. -С. 84-85

23. Шафран Л. М., Леонова Д. И., Пресняк И. С. и др. Токсикология горения в проблеме химической безопасности производства и окружающей среды // 3-й Съезд токсикологов России: Тезисы докладов (Москва, 2-5 декабря 2008).- М., 2008.- С. 340-342.

24. Элленхорн М. Дж. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека. Т.2. – М.: Медицина, 2003. – С. 498-590.

REFERENCES

1. Avaliani S. L., Andrianova M. M., Pechennikova E. V., Ponomareva O. V. Environment. Health Risk Assessment. M. Consulting Center for Risk Assessment. - 1997 -C.185.

2. Azimov G.D. Daburov K.N. Drinking water supply to the population in Tajikistan. Analysis of the situation and strategy for the future. Text of scientific article on specialty “Sociological Sciences”/ Medical Sciences, 2016. -C.9-11.

3. Azimov G.D., Daburov K.N. Sanitary and hygienic aspects of the state of water bodies of the Republic of Tajikistan. Dushanbe, 2016.-C.18-21.

4. Sanitary protection of water bodies from pollution by industrial wastewater / edited by S. N. Cherkinsky. N. Cherkinsky. -M, 1960.-P. 264-276.

5. Bakhtiyorova N.B., Daburov K.N., Egamnazarov H.N. Sanitary and hygienic condition of water supply sources in the Republic of Tajikistan and ways to improve it /Vestnik Avicenna, Vol. 21, No. 4 2019. -C. 675-678.

6. Danilov-Danilyan V. I. Global problem of fresh water deficit. Century of globalization, 2008.-S.45-56.

7. Danilov-Danilyan V. I. Piskulov N. A. Sustainable Development: New Challenges. Textbook for universities V. - M.: Aspect Press, 2015. - C.22- 42.

8. Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment, A / CONF.48/14/ Rev.1, Chapter I, Stockholm, June 1972.

9. N.A. Ivanov S.V. Fedorova E.L. Temirov E.E. “Impact of water quality on public health” International Journal of Applied and Fundamental Research, 2017, - P 186-189.

10. Johannesburg Declaration on Sustainable Development, A / CONF.199/20, Chapter 1, Resolution 1, Johannesburg, September 2002.

11. Mirzoev A.S., Safarov Z.Sh., Gulomova M.O. Improvement of clean drinking water availability in the Republic of Tajikistan. International initiatives of Tajikistan on water. Bulletin of postgraduate education in health care, 2018 (4) -C. 41-46.

12. Krymskaya I.G. Hygiene and human ecology. Study guide. M. 2016. - C. 123-126.

13. Kirilyuk, L. I. Influence of drinking water quality on the health of the population of the Tyumen North. Abstract dissertation, 1999.- P. 56-58.

14. Environmental protection in the Republic of Tajikistan (statistical compendium) Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan, 2019. - C.16-20.

15. Onishchenko G.G. Hygienic assessment of drinking water supply to the population of the Russian Federation and measures to improve it. Hygiene and sanitation 2013. 2-4 C-13.

16. Plan of Implementation of the World Summit on Sustainable Development, A / CONF.199/20, Chapter 1, Resolution 2, Johannesburg, September 2002.

17. Karatay Sh. S. Badyugin I. S., Konstantinov T. K. Carbon monoxide // Extreme Toxicology: Manual for Physicians / Edited by E. A. Luzhnikov. - Moscow: GEOTAR-Media: 2006 - P. 229-237.

18. Water Sector Reform Program of the Republic of Tajikistan for 2016 - 2025. dated December 30, 2015 №791-C.32-46.

19. Water Sector Development Program of Tajikistan for 2010-2025. Draft final report. Dushanbe, December, 2009.- P.32-46.

20. Pavlov A.V., Borisenko N.F., Gumenny V.S., Grigoriev V.A. To the problem of pesti-

cide influence on health (review)Text of scientific article on specialty "Clinical Medicine"/ Kiev, 1980.- P.60-62.

21. Promonenkov V.K.Kasparov V.A. Application of pesticides abroad [Text] /, -M.: Agropromizdat, 1990. - С. 222.

22. Rio-de-Janeiro on Environment and Development, A / CONF.151/26 (Vol. I), Chapter I, Annex I, Rio de Janeiro, June 1992.

23. Stefansky K. S., Vrochinskiy K.K., Markovskiy V.N. Effects of organochlorine pesticides on the human body/ Text of scientific article on specialty "Health Sciences". Kiev, 1976. -С. 84-85

24. Shafran L. M., Leonova D. I., Presnyak I. S. et al. Combustion Toxicology in procombustion toxicology in the problem of chemical safety of production and environment // 3rd Congress of Toxicologists of Russia. Toxicologists of Russia: Theses of reports (Moscow, December 2-5, 2008).- Moscow, 2008.340-342.

25. Ellenhorn M.J. Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Poisoning in Man.

26. Toxicology: Diagnosis and treatment of poisoning in humans. Vol.2. - M.: Medicine, 2003. - С. 498-590.

ХУЛОСА

М.Б. Ҳакимова, Д.Ш. Махмудова

ОБ ВА ҲАВО ҲАМЧУН ОМИЛИ САЛОМАТӢ

Мақсади таҳқиқот. Таҳқиқ ва таҳлили ретроспективи сабабҳои ифлосшавии обу ҳаво, оқибатҳои он, баррасии ташаккули унсурҳои таълими экологӣ дар аудитория дар бораи ифлосшавии антропогенӣ об ва ҳаво.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои омӯзиши таъсири омилҳои гуногун ба ифлосшавии об ва роҳҳои ҳалли

ифлосшавии он дар сатҳи минтақавӣ таҳлили ретроспективи иттилоотӣ – библиографӣ, таҳлили адабиети ватанӣ ва хориҷӣ, диссертатсияҳо, захираҳои интернетӣ, маҷмӯаҳои оморӣ ва ватанӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Шароити номусоиди обтаъминкунӣ, санитария ва гигиена ба некӯаҳволии шаҳрвандони кишвар, аз ҷумла ба сокинони деҳот, камбизоатон ва кӯдакон таъсири манфӣ мерасонад. Дар ҳоли ҳозир танҳо 51,4% аҳолии Тоҷикистон, аз ҷумла 86,9% аҳолии шаҳр ва 43,4% аҳолии деҳот ба оби ошомиданӣ ва шароити хуби санитарӣ дастрасӣ доранд. 49,6% аҳоли 6 ба оби нӯшокӣ дастрасӣ надоранд ва 6 ба оби истифодашуда аз ҷиҳати санитарӣ ва гигиенӣ беҳатар нест. Химизатсияи кишоварзӣ дар натиҷаи истифодаи пурзӯри нуриҳои минералӣ ва пеститсидҳо барои мубориза бо алафҳои бегона ва ҳашароти зараррасон, ки ба ифлосшавии шадиди химиявӣ обанборҳо оварда мерасонанд, ба вазъи саломатии аҳоли таъсири назаррас мерасонад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, беҳатарии муҳити зист ва оби нӯшокӣ омилҳои асосии нигоҳ доштани саломатии аҳоли буда аз фаъолияти ҳадамоти экологӣ кишвар, муассисаҳои тандурустӣ ва ташкилотҳои ихтиёрии ҷамъиятии экологӣ вобастагии зиҷ дорад.

Калимаҳои калидӣ: таъмини оби беҳатар, ифлосшавии химиявӣ ҳавои атмосфера, нуриҳои минералӣ, пеститсидҳо, саломатии аҳоли.

ХРОНИКА

РЕЗОЛЮЦИЯ ЕЖЕГОДНОЙ III РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ НОУ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТАДЖИКИСТАНА» НА ТЕМУ: “АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ, ПУТИ ЕЁ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН” С УЧАСТИЕМ МЕЖДУНАРОДНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

22-23 сентября 2023 г.

г. Душанбе

В соответствии пункта 9 Плана - научных мероприятий НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» «Об обеспечении хода научно-исследовательских работ и формировании профессиональных компетенций» на 2023-2024 учебные годы при непосредственной поддержке Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Российской академии медико-технических наук, Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности 22-23 сентября 2023 г. в режиме онлайн и офлайн была организована и проведена на высоком уровне Ежегодная III республиканская научно-практическая конференция НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Актуальные про-

блемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан” с участием международных специалистов.

В работе конференции отмечено, что здоровье общества в нашей стране считается приоритетным направлением социальной политики государства и правительства, каждая структура сферы здравоохранения и социальной защиты - это вопрос современных повседневных изменений, повышения конкуренции и качества жизни населения, улучшение медицинского и социального обслуживания и своевременное их рассмотрение, и решение проблем.

В современное время развитие человеческих ресурсов в сфере расширяется из года в год с учетом устойчивой образовательно-правовой базы, включающей национальные концепции, стратегии и программы. В целях усиления работы в направлении подготовки медико-социальных кадров два года назад была принята «Программа подготовки медицинских кадров на период до 2030 года» и ее реализация напрямую связана с развитием сферы здравоохранения и социальной защиты населения Респу-

блики Таджикистан и способствует повышению качества медицинских услуг социальному развитию страны.

Согласно поручению главы государства в ходе встречи с медицинскими работниками (18.08.2020 г.), в целях повышения качества образования и подготовки медицинских и медико-социальных кадров предложено внести необходимые изменения и дополнения в Концепцию реформирования медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан.

За последнее десятилетие по этому важному направлению в Республике Таджикистан принято ряд решающих документов и решений (более 30 стратегий и национальных программ), отвечающих современным требованиям реформирования здравоохранения, одним из которых является «Стратегический план развития первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы» и «Стратегия питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015-2024 годы».

Хотя с 90-х годов прошлого века в странах Европы, России, Киргизии, Украине и Казахстане процесс подготовки медико-социальных и психологических специалистов был начат в медико-социальных институтах, а в штатах Америки и Китая в колледжах, и по специальным специальностям на базе медицинских вузов готовили медико-социальных специалистов, в Республике Таджикистан, учитывая необходимость этого направления, по предложению и при непосредственной поддержке Основателя мира и национального единства

- Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона (письмо от 27.06.2020 г., №25/2-4) 2015 г. организован ООО «Медико-социальный колледж г. Душанбе» и 10 мая 2020 года на базе ООО «Медико-социальный колледж г. Душанбе» создано Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана», имеющий лицензию Агентства по контролю в сфере образования и науки при Президенте РТ на содействие деятельности Т-ИФ №0000001 от 08.03.2020 г., при ней действуют 5 факультетов. Также при институте открыт «Клинический, научно-образовательный центр», который в опыте структуры здравоохранения страны является первым медицинским учреждением при институте. Здесь действуют хирургическое, урологическое, терапевтическое, кардиологическое, стоматологическое, гинекологическое, лечебное и другие отделения.

Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана» является первым негосударственным медико-социальным профессиональным высшим учебным заведением, рожденным в эпоху Независимости, и ставит своей целью реализацию указаний и указаний Основателя мира и национального единства - Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона в Послании Маджлиси милли Маджлиси Оли от 21 декабря 2021 года «Об основных направлениях внутренней и внешней политики республики», в направлении подготовки кадров высшей квалификации, специалистов в области

медицинской реабилитации, социальной работы и медицинских психологов, как негосударственное учреждение высшего профессионального образования реализует государственную политику в сфере высшего профессионального образования, в целях обеспечения конституционных прав граждан создаются условия, для получения высшего профессионального образования.

Достижения таджикских ученых-медиков в период независимости были значительными и были направлены на повышение уровня диагностики с использованием современных технологий и разработку новых методов лечения.

Данная конференция посвящена одному из важных вопросов в области охраны здоровья и социальной защиты населения, который считается новым направлением в процессе образования, практики и науки для нашей страны. Хотя со времени проведения первой конференции прошел год, и была принята Резолюция о решении существующих проблем, к сожалению, многие аспекты, требующие решения, до сих пор остались не решенными.

Участники конференции оценили роль медико-социального образования как нового направления в развитии образования, практики и науки в Республике Таджикистан и поддержали его в повышении качества медицинских услуг и дальнейшем медико-социальном развитии.

В работе конференции приняли участие более 250 человек. Среди участников конференции принимали участие представители Российской Федерации и Республики Узбекистан, а также

специалисты из учреждений высшего профессионального и последиplomного образования, научно-исследовательских и медицинских учреждений Республики Таджикистан, в том числе: Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; Министерства образования и науки Республики Таджикистан; Национальной академии наук Таджикистана; ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»; Государственного агентства социальной защиты населения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с руководителями подведомственных ему учреждений, ГОУ «Республиканский медицинский колледж», Республиканского комитета профсоюза работников здравоохранения и социальной защиты Таджикистан, представители фармацевтических компаний, действующих на территории Республики Таджикистан, а также принимали участие кафедры и сотрудники подструктур НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Во время конференции было проведено 3 пленарных заседаний, 2 секционных по направлениям: клинические дисциплины и медицинские и не медицинские теоретические дисциплины. Заслушано 33 докладов. На пленарном заседании прозвучало 6 доклада по актуальным вопросам дня, на первом секционном заседании было рассмотрено 14 и на втором – 13 докладов. Второе пленарное заседание было итоговое с участием председателей пленарного заседания №1, секционных заседаний №1

и №2. Пленарное заседание №3 проведено в форме «Мастер-класс» 23 сентября 2023 г. в зале Клинического, научно-образовательного центра при НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: «Анализ научных и практических достижений института в области эндохирургии и эндоурологии за последние годы» с видеотрансляцией операций и докладом д.м.н., проф. Хабибулло Ибодова.

Во время прибытия гостей, встречи и регистрации участников конференции, в течение 45 мин. (9.00-9.45) прочитал лекцию **Бабаев Бобо Домуллаевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации прочитал лекцию на тему: «Лечение детей с диабетическим кетоацидозом в отделении реанимации».

Далее работу конференции открыл с поздравительными словами основатель НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», д.м.н., профессор Хабибулло Ибодов, и представил участников конференции и гостей.

После представления гостей с приветственным словом выступили: Мухсинзода Гафур Мухсин – зам. министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор; Саидшозода Мухсин – главный специалист управления учреждений высшего профессионального и последипломного образования и науки Республики Тад-

жикистан; зав.отделом медицинских и фармацевтических наук Национальной академии наук Таджикистана, член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Гоибзода А.Дж.; Председатель Республиканского комитета профсоюза работников здравоохранения и социальной защиты Таджикистана Хаётзода Нурхон Шариф; Мухиддин Нуриддин Давлатали - д.м.н. ректор ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан” и искренне поздравили руководство института с началом III республиканской научно-практической конференции “**Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в республике таджикистан**” и с полной уверенностью выразили, что работа Конференции будет проходить в конструктивной и благотворной атмосфере, ее рекомендации и предложения будут включены в принимаемую Резолюцию и реализованы на практике во благо здоровья и благополучия населения страны.

На пленарном и 2-х секционных заседаниях конференции приняли участие в работе конференции и выступили с докладами: **Бабаев Бобо Домуллаевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, лекцию на тему: «Ингаляционные анестетики в детской анестезиологии»; **Жилиев Андрей Геннадьевич** – д.м.н., профессор председатель Евразийской

ассоциации медицинских и экологических технологий, президент Академии медико-технических наук на тему: «Алгоритм этапной дифференциальной диагностики стрессозависимых расстройств»; **Кароматов Ином Джураевич** - ассистент кафедры народной медицины Бухарского государственного медицинского института Республики Узбекистан на тему: «Диагностическая ценность знака Френка при ИБС и остром нарушении мозгового кровообращения». **Федорова Е.Ю.** - д.б.н., профессор Московского городского университета Российской Федерации на тему: «Стресс – факторы городской среды: особенности адаптации обучающихся столичного мегаполиса». **Инаков Шерзодбек Алишерович** - докторант Школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской Академии Республики Узбекистана. **Хайдаралиева Шахноза Зокировна** – к.м.н., продакт – менеджер Представительства Гедеон Рихтер в Республике Таджикистан на тему: «Безопасность имеет значение».

С докладами (онлайн) выступили: **Журба Ольга Михайловна** – доктор биологических наук, заведующая лабораторией аналитической экотоксикологии и биомониторинга, старший научный сотрудник ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований». г. Ангарск, Иркутская область РФ на тему: «Определение маркеров экспозиции у работников в условиях профессионального воздействия токсикантов» и **Лисецкая Людмила Гавриловна** – кандидат биологических наук, научный сотрудник

«Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», Ангарск, РФ на тему: «Апробация комплексной оценки влияния производства алюминия на окружающую среду и здоровье населения». **Вырупаева Екатерина Викторовна** – аспирант ФГБНУ “Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека”. г.Иркутск Российской Федерации, по уважительной причине не смогла приехать на конференцию и соответственно не была включена в программу конференции, но не смотря на это она выступила со своим докладом онлайн: на тему: “Оценка качества жизни женщин 45-69 лет в постковидном периоде”.

Также заслушаны доклады: кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», кафедры хирургии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», кафедры хирургии ГОУ «Республиканский медицинский колледж», ГУ “Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов” Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и 15 докладов с клинических, медицинских и немедицинских теоретических дисциплин кафедр «НОУ Медико-социальный институт Таджикистана».

Ученые Медико-социального института Таджикистана провели очередную ежегодную конференцию института «**Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской на-**

уки, пути её развития в Республике Таджикистан» (с международным участием) путем проведения 3 пленарных заседаний и 2 секционных заседаний на высоком уровне. В них было обсуждено 34 доклада. На пленарном заседании прозвучало 3 доклада по актуальным вопросам дня, на первом секционном заседании было рассмотрено 17 докладов, на втором – 14 докладов. Второе пленарное заседание было итоговое с участием председателей пленарного заседания №1, секционных заседаний №1 и №2.

23 сентября на 3 пленарном заседании проведен **“Мастер класс”** - анализ научных и практических достижений института в области эндохирургии и эндоурологии за последние годы.

В дискуссии приняли участие д.м.н., проф. Хабибулло Ибодов, д.м.н., профессор Ахмедов А., Кароматов Ином Джураевич.

Участники Конференции по вопросам реформ в сфере здравоохранения и социальной защиты населения по обеспечению доступа населения к медицинским услугам и здоровому питанию, внедрению новых услуг методом оснащения современным оборудованием, доступности всех групп населения к медико-санитарному и реабилитационному лечению, обеспечение здоровья уязвимых слоев населения, решения которых зависят от состояния здоровья при рождении, грамотности населения, здорового образа жизни, экологических условий места обитания, условий труда, наличия и эффективности системы здравоохранения и ее уровня благосо-

стояния, единогласно, свободно высказывали свое мнение.

По итогам данного пленарного заседания конференции участниками конференции была принята Резолюция.

После обеденного перерыва гости конференции отправились по историческим местам г. Душанбе, побывали в г. Турсунзаде, Нурек и Гиссар.

Все рассмотренные доклады были представлены участникам конференции в понятной форме, полным перечнем и содержательным цветовым оформлением и привлекли их внимание. Материалы конференции опубликованы в приложении №3 журнала «Вестник Медико-социального института Таджикистана» в объеме 195 страницы.

В целях дальнейшего медико-социального развития в республике, развития медицинской реабилитации на основе изучения опыта различных областей медицины, повышения качества медико-социального образования в институте участники конференции

ПРИНЯЛИ РЕЗОЛЮЦИЮ о следующем:

1. Принять к сведению, что Ежегодная III республиканская научно-практическая конференция НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в республике таджикистан”** проведена на высоком организационном уровне.

2. Участники ежегодной III республиканской научно-практической конференции института выражают искреннюю благодарность руководству

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Медико-социального института Таджикистана, на базе которого работа данной конференции была проведена в конструктивной и доброжелательной атмосфере.

3. Конференция отметила значительный вклад Медико-социального института Таджикистана в развитие медицинской реабилитации, клинической психологии и социального обслуживания в Республике Таджикистан, и доказала возможность улучшения здоровья населения путем развития системы медико-социальной реабилитации с использованием природных ресурсов республики.

4. Ученым, педагогам и практикующим врачам:

4.1. В вопросе повышения качества профессиональной подготовки в области медицинской реабилитации и развитию системы профессионального образования на основе теоретических исследований и практического опыта, а также опыта лечебно-профилактических и научно-клинических учреждений, новых методов медико-социальной реабилитации уязвимых слоев населения, детей и подростков республики с использованием активно внедряемого комплекса природных лечебных факторов, оснащения современным высокотехнологичным и физиотерапевтическим оборудованием, разработать и внести предложения по совершенствованию нормативной и законодательной базы с целью обеспечения доступности оказания медико-социальной помощи, а также продолжать реализацию меро-

приятий по принятой РТ «Национальные программы и стратегии» в области медицины и социальной политики;

4.2. Поэтапно устранить дефицит кадров, в том числе путем интеграции высшего образования, науки и производства;

4.3. В дальнейшем совершенствовать оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

4.4. Широко рекомендовать использование опыта зарубежных стран по медицинской, социальной и психологической реабилитации в своей научной, учебной и практической деятельности;

4.5. На практике использовать новые клинические рекомендации с включением нового раздела санаторно-курортного лечения, а специалистам рекомендовать при составлении клинических рекомендаций санаторно-курортного лечения нозологических форм заболеваний, наиболее востребованных для санаторно-курортного лечения, что в первую очередь должны быть включены к санаторно-курортному разделу;

4.6. В целях усиления и повышения качества профессиональной подготовки в области медицинской реабилитации способствовать развитию системы профессионального образования на основе проведения теоретических исследований и практического опыта.

4.7. Систематично проводить научные исследования по использованию нетрадиционных оздоровительных технологий в реабилитационном процессе;

4.8. Систематически распространять в средствах массовой информации опыт внедрения технологии физического воспитания в процесс реабилитации и восстановительного лечения инвалидов;

5. При проведении научно-практических исследований в области медицинской реабилитации и реабилитации в медико-социальной сфере должны внедряться методы и принципы, основанные на доказательной медицине.

6. Национальную систему оценки эффективности реабилитации и реабилитационных мероприятий следует оценивать на основе международной классификации ВОЗ активности, инвалидности и здоровья.

7. Обеспечить благоприятные условия в процессе сотрудничества с кафедрами ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», НОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», медицинским факультетом Таджикского национального университета, НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», с учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения, научных лабораторий и других учреждений по вопросам обмена опытом, внедрения технологий в области медицинской реабилитации инвалидов, - должны быть обеспечены благоприятные условия.

8. Создать необходимые условия для создания научно-исследовательского центра по научному обоснованию методов медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

9. В целях повышения качества их жизни, относительно возможности использования технологии адаптации физической культуры в процессе реабилитации инвалидов в различных учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты населения, популяризации возможностей использования элементов спорта в процессе физической реабилитации, совершенствование существующих технологий физической реабилитации проводить соответствующие научные исследования.

10. Разработать нормативно-правовую базу для обеспечения возможности проведения курсов повышения квалификации специалистов в области медицинской реабилитации, клинической психологии и социальной работы в учреждениях высшего профессионального образования, что позволит им занять должность врача-реабилитолога, медицинского психолога и социального работника в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения республики.

11. Кадровая система республики с врачами-реабилитологами, медицинскими психологами и социальными работниками нуждается в постоянном пересмотре: введение в работу подразделений новых специальностей (реабилитолог, клинический психолог) в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения страны, создание учебных пособий по медицинскому, социальному, психологическому и педагогическому аспектам, в том числе по лечебной физкультуре и трудотерапии.

12. Разработать и внедрить в практическую медицину программу обучения специалистов - реабилитологов, клинических психологов и социальных работников, оказывающих помощь в подборе технических средств реабилитации в соответствии с международными стандартами.

13. Ежегодную IV научно-практическую конференцию НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» провести во второй половине 2024 года.

Резолюция обсуждена и принята единогласно на 3-м пленарном заседании ежегодной III республиканской научно-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан”

**Организационный
комитет**

**ҚАРОРИ ҶАЛАСАИ ШУРОИ ОЛИМОНИ МУАССИСАИ
ТАЪЛИМИИ ҒАЙРИДАВЛАТИИ “ДОНИШКАДАИ
ТИББӢ-ИҶТИМОИИ ТОҶИКИСТОН”**

16.12 соли 2023

№ 5/3-2

ш. Душанбе

О ходе выполнении решения заседания Ученого совета института от 31 марта 2023 г. № 9/4-1 и распоряжения института от 3 апреля 2023 г. № 06 «О проведении III ежегодной республиканской научно-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан” с участием международных специалистов

Информацию проректора института по науке и инновациям, члена-корреспондента Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессора А.Ахмедова «О ходе выполнении решения заседания Ученого совета института от 31 марта 2023 г. № 9/4-1 и распоряжения института от 3 апреля 2023 г. № 06 «О проведении III ежегодной республиканской научно-практической

конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан” с участием международных специалистов, а также с целью дальнейшего развития медико-социального процесса в республике, развития медицинской реабилитации на основе изучения опыта различных направлений медицины, повышения качества медико-социального образования в институте, члены Ученого совета обсудили и **ПРИНЯЛИ РЕШЕНИЕ,**

1. Информацию проректора института по науке и инновациям, члена-корреспондента Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессора А.Ахмедова «О ходе выполнении решения заседания Ученого совета института от 31 марта 2023 г. № 9/4-1 и распо-

ряжения института от 3 апреля 2023 г. № 06 «О проведении III ежегодной республиканской научно-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в Республике Таджикистан” с участием международных специалистов, - принять к сведению.

2. Принять к сведению, что ежегодная III республиканская научно-практическая конференция НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Актуальные проблемы клинической и социальной медицинской науки, пути её развития в республике таджикистан” проведена на высоком организационном уровне.

2.1. Участники ежегодной III республиканской научно-практической конференции института выражают искреннюю благодарность руководству Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Медико-социального института Таджикистана, на базе которого работа данной конференции была проведена в конструктивной и доброжелательной атмосфере.

3. Решение Резолюции конференции, посвященной дальнейшему развитию медико-социального процесса в республике, развитию медицинской реабилитации на основе изучения опыта различных направлений медицины, повышению качества медико-социального образования в институте, - поддержать.

4. Проректору института по учебной работе и практике, к.м.н. Мижгони Сорбон:

4.1. Обеспечить благоприятные условия в процессе сотрудничества с кафедрами ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», НОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», медицинским факультетом Таджикского национального университета, НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», с учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения, научных лабораторий и других учреждений по вопросам обмена опытом, внедрения технологий в области медицинской реабилитации инвалидов;

4.2. Относительно возможности использования адаптационной технологии работы кафедры физической культуры института в процессе использования спортивных элементов, физической реабилитации усовершенствовать существующую технологию физической реабилитации, провести анализ и предложить изменить название кафедры физической культуры;

4.3. Разработать и внедрить в практическую медицину программу обучения специалистов - реабилитологов, медицинских психологов и социальных работников, оказывающих помощь в подборе технических средств реабилитации в соответствии с международными стандартами;

4.4. Разработать нормативно-правовую базу для обеспечения возможности проведения курсов повышения квалификации специалистов в области медицинской реабилитации, медицинской психологии и социальной работы в

учреждениях высшего профессионального образования, что позволит им занять должность врача-реабилитолога, медицинского психолога и социального работника в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения республики;

5. Проректору института по науке и инновациям, член-корр. Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессору А.Ахмедову:

5.1. Создать необходимые условия для создания научно-исследовательского центра по научному обоснованию методов медицинской реабилитации и восстановительного лечения;

5.2. Систематично проводить научные исследования по использованию нетрадиционных оздоровительных технологий в реабилитационном процессе;

5.3. При проведении научно-практических исследований в области медицинской реабилитации и реабилитации в медико-социальной сфере должны внедряться методы и принципы, основанные на доказательной медицине;

5.4. Национальную систему оценки эффективности реабилитации и реабилитационных мероприятий следует оценивать на основе международной классификации ВОЗ активности, инвалидности и здоровья;

5.5. Систематически распространять в средствах массовой информации опыт внедрения технологии физического воспитания в процесс реабилитации и восстановительного лечения инвалидов.

6. Проректору по лечебной работе, директору Клинического, научно-образовательного центра при НОУ «Медико-

социальный институт Таджикистана» к.м.н. Ибодзода Г.Х.:

6.1. В средствах массовой информации систематически распространяться опыт внедрения технологии физического воспитания в процесс реабилитации и восстановительного лечения инвалидов;

6.2. При проведении научно-практических исследований в области медицинской реабилитации и реабилитации в медико-социальной сфере должны внедряться методы и принципы, основанные на доказательной медицине;

6.3. Национальную систему оценки эффективности реабилитации и реабилитационных мероприятий следует оценивать на основе международной классификации ВОЗ активности, инвалидности и здоровья;

6.4. На практике использовать новые клинические рекомендации с включением нового раздела санаторно-курортного лечения, а специалистам рекомендовать при составлении клинических рекомендаций санаторно-курортного лечения нозологических форм заболеваний, наиболее востребованных для санаторно-курортного лечения, что в первую очередь должны быть включены к санаторно-курортному разделу.

7. Просить ректора НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» к.э.н. З.Х. Ибодзода:

7.1. Совместно с Управлением медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан постоянно пересматривать кадровую систему республики с вра-

чами-реабилитологами, медицинскими психологами и социальными работниками: введение в работу подразделений новых специальностей (реабилитолог, клинический психолог) в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения страны, создание учебных пособий по медицинскому, социально-психологическому и педагогическому аспектам, в том числе по лечебной физкультуре и трудотерапии.

8. Ежегодную IV научно-практи-

ческую конференцию НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» провести во второй половине 2024 года.

9. Контроль за ходом исполнения настоящего решения Ученого совета возложить на проректора института по науке и инновациям, член-корр. Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессора А.Ахмедова.

**Председатель Ученого совета,
к.э.н. З.Х. Ибодзода**