



Министерство здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»



ИННОВАТСИЯ ДАР
ТИБ – АЗ ИЛМ БА
АМАЛИЯ



1-ДЕКАБРЯ

2023

ДУШАНБЕ

ИННОВАЦИИ В
МЕДИЦИНЕ: ОТ
НАУКИ К ПРАКТИКЕ



МАТЕРИАЛЫ
КОНФЕРЕНЦИИ
ТОМ-1

INNOVATIONS IN
MEDICINE: FROM
SCIENCE TO PRACTICE



71
научно-практическая
конференция с
международным
участием





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



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

ИННОВАТСИЯ ДАР ТИБ: АЗ ИЛМ БА АМАЛИЯ

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

INNOVATIONS IN MEDICINE: FROM SCIENCE TO PRACTICE

Материалы научно-практической конференции
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной)
«**Иновации в медицине: от науки к практике**», с международным участием

ТОМ 1

**(ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ,
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ И ПЕДИАТРИЯ)**

Душанбе
01.12.2023

Суфаров П.С., Абдумаджидова Н.Х., Акбарова Д.С.
КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ГАСТРИТОЛОМ

Кафедра клинической фармакологии Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Функциональные диспепсии (ФД) представляют собой состояния, которые характеризуются одним или более из следующих симптомов: постпрандиальное чувство переполнения, раннее насыщение, эпигастральная боль или жжение, которые нельзя объяснить после рутинного клинического обследования [2, 3]. Согласно рекомендациям согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Римские критерии IV, 2016 г.), примерно 20–30% населения постоянно или периодически испытывают диспептические симптомы. При этом, как показали исследования, меньшая часть (35 – 40%), приходится на группу заболеваний, входящих в группу органической диспепсии, а большая часть (60 – 65%) – на долю функциональной диспепсии [1]

Наличие диспептических жалоб существенно снижает качество жизни таких больных [5]. Примерно каждый второй пациент с диспепсией рано или поздно обращается за медицинской помощью в течение жизни. Боль и страх перед серьезными заболеваниями являются основными причинами обращения за медицинской консультацией [4].

Имеются доказательства нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе функциональной диспепсии. Роль инфекции *H.pylori* при ФД является спорной. Накопленные в настоящее время данные не дают оснований считать *H.pylori* существенным этиологическим фактором возникновения диспептических расстройств у большинства больных с функциональной диспепсией. Проведение эрадикации может оказаться полезным лишь у части таких пациентов [2].

В Узбекистане по данным Центра Здоровья МЗ РУз диагноз «функциональная диспепсия» по МКБ 10 (K30), несмотря на имеющиеся клинические проявления, ставится очень редко, во много раз чаще употребляется диагноз «хронический гастрит». Хронический гастрит, проявляющийся стойким структурным изменением слизистой желудка, чаще всего не имеет клинических проявлений. В западных странах диагноз «хронический гастрит» в последнее время ставится редко, врач обычно ориентируется на симптоматику заболевания и на её основании применяет термин «функциональная диспепсия». В Японии, стране с наибольшей частотой **рака желудка**, диагнозы «хронический гастрит» и «функциональная диспепсия» комбинируют, указывая тем самым на наличие или отсутствие изменений слизистой оболочки желудка и/или соответствующих клинических симптомов [5].

Цель исследования: Изучение клинической оценки эффективности препарата «Гастритол» для лечения ФД.

Материал и методы: Исследования проводились в гастроэнтерологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование было включено 152 пациент в возрасте с 19 до 80 лет, средний возраст 45±16,5. Всем больным было проведено анкетирование с помощью специального опросника, где изучалась вероятность наличия кислотозависимых заболеваний, в том числе и ФД. Согласно опроснику, синдром боли в эпигастрии регистрировали в тех случаях, когда у больного, по меньшей мере 1 раз в неделю отмечались умеренные или выраженные боли, или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носили постоянный характер, были связаны с приемом пищи или возникали натощак, не локализовались в других отделах живота, не уменьшались после дефекации и не сопровождалась признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Синдром боли в эпигастрии часто сочетался с постпрандиальным дистресс-синдромом.

В свою очередь постпрандиальный дистресс-синдром регистрировали в тех ситуациях, когда у больного по меньшей мере несколько раз в неделю после еды, при приеме обычного объема пищи возникало чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом постпрандиальный дистресс-синдром иногда сочетался с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии. Оценку симптоматики производили по 3-х балльной системе, где: 0-отсутствие симптома; 1-маловыраженная, периодическая симптоматика–редко; 2-средней степени выраженная симптоматика– достаточно часто; 3-выраженная, постоянная симптоматика – постоянно.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что гендерные показатели обследованных больных незначительное различие по полу: из 152 лиц 49,3%- составляли лица мужского пола, а 50,7%– женского пола. Исследования по возрастным градациям показали превалирование лиц старшей возрастной группы с пиком заболеваемости 35-45 лет.

Первичный опрос анкетированных лиц выявил, что у 12,5% больных был отмечен острый гастрит, у 57,5 % лиц был диагностирован хронический гастрит. В тоже время у 14% лиц отмечалась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и только у 6% была диагностирована ФД.

В дальнейшем всем больным с острыми и хроническими гастритами и ФД была проведена эзофагогастродуоденоскопия. По результатам повторного обследования было выявлено, что диагноз «острый гастрит» был верифицирован только у 6,5% больных. Диагноз «хронический гастрит» типа А, В и С был верифицирован у 31,5 % больных. Процент больных с ФД наоборот, резко увеличился почти в 7 раз и составил 48% .

ФД у больных была представлена язвенноподобным синдромом в 24,3% случаев и постпрандиальным дистресс синдромом в 20,6% случаях. В 45,3% случаев болезнь протекала в смешанной форме. Клинические проявления в виде боли в верхних отделах живота была установлена лишь в 36,5% случаев, только 62% из этих больных предъявляли жалобы на боль, возникающую после приема пищи, 82% пациентов беспокоили ночные боли (в то же время боль в животе, которая мешала больным спать - в 89,0% случаев). Чувство раннего насыщения больные отмечали в 85,7% случаев, жжение, в основном в эпигастральной области - в 85,4% случаев, тошноту - в 92,5% случаев.

Наиболее значимыми этиологическими факторами ФД у больных были: кислотный фактор; наследственная предрасположенность; наличие в анамнезе *H.pylori*; курение, алкоголь; перенесенные частые токсикоинфекции; алиментарные факторы (злоупотребление острой и соленой пищей, поздний ужин, переедание); психосоциальные факторы.

Одним из препаратов, применение которого целесообразно при ФД, является «Гастритол» в виде капель для

перорального введения. «Гастритол» содержит ряд активных веществ, вызывающих местный эффект в желудочно-кишечном тракте и оказывающих центральное действие на секреторную и моторную функции желудка. В состав «Гастритола» входят жидкие экстракты из травы лапчатки гусиной, цветков ромашки лекарственной, корней солодки, дягиля, травы кадобенедикта, полыни горькой, зверобоя продырявленного.

Всем больным с ФД были даны рекомендации по питанию: частое (до 5-6 раз в день), дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, а также кофе. Было рекомендовано отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП. Больным препарат Гастритол назначали по 20-30 капель 3 раза в день, растворенных в небольшом количестве воды в течении 14 дней. После производили субъективную оценку клинического эффекта препарата по шкале: эффективный, малоэффективный, неэффективный препарат.

Большинство больных перенесли препарат хорошо. Некоторые отмечали горький вкус препарата.

В таблице 1 представлена динамика клинических проявлений заболевания до и после курса лечения

Таблица 1

Динамика болевого и постпрандиального дистресс синдромов у больных с ФД после лечения препаратом «Гастритол»

Жалобы	До диагностики	Через 14 дней лечения
Боли в эпигастральной области	2-3	0-1
Чувства жжения в эпигастральной области	2-3	0-1
Чувство тяжести после еды	3	0-1
Чувство раннего насыщения	3	0-1
Метеоризм	3	1
Тошнота	2	0

У большинства больных боль в эпигастрии уменьшилась уже на 7-е сутки лечения. К 14-м суткам самочувствие больных улучшилось, и к концу лечения лишь у 1 (3,3%) больного отмечались умеренные болезненные ощущения в эпигастральной области. При пальпации боль в эпигастральной области постепенно уменьшалась к 7-м, 14-м суткам лечения, к концу курса терапии, то есть через 4 недели, у 10% больных сохранялись болевые ощущения при глубокой пальпации в этой зоне. Изжога в процессе лечения уменьшалась уже к 7-м суткам, к концу курса лечения она исчезла у всех больных. На фоне лечения у 4 из 7 больных нормализовался стул, у 10% остался запор, который наблюдался у больных на протяжении многих лет и не был связан с обострением заболевания. Метеоризм до начала лечения наблюдался у 62% больных, после лечения — у 25%.

Следует отметить, что у больных на фоне приема «Гастритола» улучшилось настроение и сон. На динамику клинических проявлений заболевания «Гастритол» оказывал положительное влияние, которое, возможно, связано с нормализацией моторной функции желудочно-кишечного тракта, а следовательно, и с уменьшением и/или исчезновением диспепсических жалоб.

В процессе лечения «Гастритолом» побочных эффектов не наблюдалось и переносимость препарата была хорошей. Эффективность «Гастритола» была высокая у 90%, незначительная — у 10% больных.

Таким образом, проведенные исследования показали, по процентному соотношению количество больных с ФД лидирует среди кислотозависимых заболеваний органов пищеварения. В большинстве случаев, когда диагноз хронического гастрита должен ставиться только после эндоскопического заключения, в первичном звене наблюдается случаи гипердиагностики гастритов и диагноз основанный только на клинических жалобах больного без морфологического подтверждения, хотя должно формулироваться согласно МКБ 10 как «К 30: функциональная диспепсия неуточненной этиологии» или по Римским критериям IV «В I: функциональная диспепсия». Почти у половины больных верифицированный диагноз был представлен функциональной диспепсией протекающей болевым и постпрандиальным дистресс синдромами. Применение препарата растительного производства «Гастритол» способствует эффективному купированию симптомов связанных с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка.

Выводы

1. В две трети случаев диагноз хронического гастрита, установленный в СВП, семейных поликлиниках и частных медицинских учреждениях верифицируется как ФД.
2. Препарат «Гастритол» хорошо переносится больными с ФД и не дает побочных эффектов.
3. Изучение препарата «Гастритол» свидетельствует о его терапевтической эффективности при болевой и постпрандиальной формах ФД.

Список литературы

1. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV –Functional disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* 2016; 150(6):1257-61.
2. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs // Brook R.A., Kleinman N.L., Choung R.S. et al. // *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013. Vol. 8. P. 498–503.
3. Корой П.В. Функциональная диспепсия. Вестник молодого ученого Том: 12. Номер: 1 Год: 2016 С. 40-45.
4. Pike B.L., Porter C.K., Sorrell T.J., Riddle M. S. Acute gastroenteritis and the risk of functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis // *Am J Gastroenterol*. 2013 Oct. Vol. 108 (10). P. 1558–1563.
5. Review article: current treatment and management of functional dyspepsia // Lacy BE, Talley NJ, Locke GR et al. // *Aliment Pharmacol. Ther.* 2012. Vol. 36. P. 3–15.

ПРОКИНЕТИКИ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов. Постоянно повторяющееся раздражение нижнего отдела пищевода может обусловить развитие стриктуры пищевода, эрозивного эзофагита, рака пищевода, синдрома Баррета. Это свидетельствует о важности своевременной диагностики и лечения пациентов с ГЭРБ. Приблизительно 32-60% пациентов с ГЭРБ имеют клинические симптомы синдрома функциональной желудочной диспепсии (ФД). Данная когорта больных с ГЭРБ, плохо отвечают на терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП).

Причиной недостаточной эффективности антисекреторной терапии ГЭРБ — это проблема коморбидности. Один из примеров коморбидной патологии — сочетание ГЭРБ и функциональной диспепсии (ФД). По данным систематических обзоров, сочетанное течение ГЭРБ встречается у 32-62% пациентов с ФД. Сочетанная функциональная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) изменяет клиническую картину ГЭРБ, что затрудняет дифференциальную диагностику, приводит к неадекватному назначению лекарственной терапии и ее низкой эффективности. [1].

Фармакотерапия ГЭРБ помимо ИПП также включает прокинетики [3]. Это обосновано за счет усиления антропилоэрической моторики, что приводит к повышению тонуса нижнего пищеводного клиренса и более ускоренной эвакуации желудочного содержимого.

Цель исследования. Сравнительная оценка клинической эффективности ИПП — лансопризола и его комбинации с домперидоном при коморбидном течении ГЭРБ и ФД.

Материалы и методы исследования. Для исследования было отобрано 60 больных ГЭРБ протекающего на фоне ФД (37 мужчин и 23 женщин). Средний возраст больных составил 44 года. Диагноз подтверждался данными ЭГДС и рН-метрией ацидогастрометром АГМ-03 (Россия, Исток система). У больных ФД протекала в виде болевой симптоматики у 25%, в виде постпрандиального дистресс синдрома у 34% и в виде сочетания обеих симптомов у 41 больного.

Все больные были разделены на две репрезентативные группы. Первая группа больных принимали ИПП — лансопризол в дозе 30 мг в сутки в течение 4-х недель. Второй группе больных назначали лансопризол в аналогичной дозе и домперидон в дозе 10 мг по 1 таблетке 3 раза в день до еды в течение 2-х недель.

Контроль в процессе лечения проводили по единой программе, включавшей в себя общеклиническое обследование, внутриведенную рН-метрию, ЭГДС. Симптомы, ассоциированные с рефлюксом, оценивали с помощью шкалы Likert. ЭГДС, рН-метрия и исследование симптомов заболевания проводились до начала лечения и через 4 недели после завершения курса лечения.

Результаты и обсуждение. Изучение динамики клинических проявлений ГЭРБ у обследованных больных по шкале Лайкерт (табл. 1) показало, что основными характерными симптомами заболевания в первую очередь остается изжога — 100%. Далее идут такие симптомы, как отрыжка — 82,8%, срыгивание — 53,2% и загрудинные боли — 43,6%. На фоне проведенной терапии в обеих группах больных отмечались следующие изменения по шкале Лайкерт. В первой группе отмечалось снижение симптомов изжоги на 60,4%, отрыжки на 33,2%, срыгивания на 23,4%. Во второй группе показатели составили соответственно — 86,0%; 65,5%; 51,0%.

Проведенные эндоскопические исследования показали, что у 67,5% пациентов первой группы ГЭРБ протекала в виде катарального эзофагита, а у оставшихся 32,5% пациентов в слизистой оболочке отмечалось наличие эрозий. Во второй группе пациентов катаральный эзофагит выявлен в 70% и эрозивный в 30% случаев. Повторную эндоскопическое исследование проводили через 4 недели. После проведенной терапии в первой группе пациентов катаральный эзофагит наблюдался у 18%, а эрозивный эзофагит у 17,5% пациентов. Во второй группе катаральный эзофагит был верифицирован у 10,5%, а эрозивный эзофагит — у 8,5% пациентов. Проведенное исследование определило в первой группе больных улучшение эндоскопической картины ГЭРБ на 62,5%, а во второй группе — 85%.

Проведенное трансэндоскопическая и топографическая рН-метрия показала, что при использовании лансопризола отмечалось достоверное повышение уровня рН в зоне активного кислотообразования — передней и задней стенок тела желудка. При использовании ИПП уровень рН в теле желудка к 4-й неделе находился в пределах 3, 8. Во второй группе больных принимавших лансопризол в комбинации с домперидоном уже в 4-й неделе уровень рН в зоне активного кислотообразования был на уровне 4, 6. Уровень рН в зоне кислотонейтрализации, которая находится в антральном отделе желудка при использовании лансопризола находилось на уровне 3, 9 (при норме 4, 6). В группе пациентов, принимавших комбинированную терапию, на 4-й неделе уровень рН в антральном отделе находилось на уровне нормальных значений — 4, 3.

В результате исследования была отмечена клиническая эффективность и хорошая переносимость проводимого лечения, случаев отмены препаратов или возникновения побочных эффектов не наблюдалось.

В гастроэнтерологической литературе появились ряд сообщений, о том, что применение домперидона может спровоцировать ряд серьезных сердечно-сосудистых нарушений, вплоть от удлинения интервала QT до возникновения аритмий типа «пируэт» [4]. Проведенный ретроспективный анализ пациентов с тошнотой и рвотой, получавших домперидон с 2009 по 2013г. Investigational New Drug (IND) показал, что у 73% пациентов, получавших терапию домперидоном, отмечалось уменьшение тошноты и рвоты. У 10 из этих пациентов пролонгировалось удлинение QTc в диапазоне от 453 до 509 мс без каких-либо нарушений ритма [5].

Возникает вопрос: почему сейчас стал активно рассматриваться вопрос о выраженных побочных эффектах препарата, которые принципиально изменили отношение к нему медицинского сообщества? Food and Drug Administration (FDA) 7 июня 2004г. предупредило о том, что распространение любых продуктов, содержащих домперидон, является незаконным. FDA предприняло это действие из-за использования домперидона лактирующими женщинами для улучшения выработки грудного молока. Хотя первоначальные сообщения о серьезных нежелательных были связаны с внутривенным введением домперидона и его высокими концентрациями в крови[2]. Однако FDA признает, что некоторые пациенты с тяжелыми нарушениями моторики ЖКТ (ГЭРБ, гастропарез и хронический запор), которым сложно нивелировать симптоматику доступной терапией, могут получать терапию домперидоном. Согласно медицинской литературе, стандартная доза домперидона составляет 10 мг 3 или 4 р./сут [2]. Взвешенный подход к назначению препарата позволяет не только добиться хорошего результата, но и исключить риски развития побочных эффектов.

Табл. 1

Динамика клинических проявлений ГЭРБ у обследованных больных

Симптомы	Количество баллов по шкале Likert			
	I группа (до лечения)	I группа (после лечения)	II группа (до лечения)	II группа (после лечения)
Изжога	4,5±0,3	1,2±0,2	4,4±0,5	1,5±0,3
Отрыжка	3,2±0,2	1,8±0,3	3,1±0,3	2,0±0,1
Срыгивание	2,4±0,5	1,6±0,1	2,4±0,2	1,9±0,3
Загрудинные боли	2,2±0,7	0,7±0,4	2,3±0,5	1,2±0,2

Табл. 2

Эндоскопическая характеристика ГЭРБ у обследованных больных

	Катаральный эзофагит		Эрозивный эзофагит	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I группа (n-40)	27 (67,5%)	4 (10,0%)	13 (32,5%)	3 (7,5%)
II группа(n-40)	28 (70%)	7 (17,5%)	12 (30,0%)	5 (12,5%)

Список литературы

1. De Bortoli N, Martinucci I, Bellini M, Savarino E. Overlap of functional heartburn and gastroesophageal reflux disease with irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol. 2013;19(35):5787-97.
2. Domperidone IND Packet [Электронный ресурс] // US Food and Drug Administration. 2018. 17 p. URL: <https://www.fda.gov/downloads/drugs/developmentapprovalprocess/howdrugsaredevelopedandapproved/appro>.
3. Ortiz A., Cooper C.J., Alvarez A. Cardiovascular Safety Profile and Clinical Experience with High-Dose Domperidone Therapy for Nausea and Vomiting // Am. J. Med. Sci. 2015. Vol. 349 (5). P. 421–424.
4. Parkman H.P., Jacobs M.R., Mishra A. Domperidone Treatment for Gastroparesis: Demographic and Pharmacogenetic Characterization of Clinical Efficacy and Side-Effects Digestive Diseases and Sciences // Dig. Dis. Sci. 2011. Vol. 56 (1). P. 115–124.
5. Schey R., Saadi M., Midani D. Domperidone to Treat Symptoms of Gastroparesis: Benefits and Side Effects from a Large Single-Center Cohort // Dig. Dis. Sci. 2016. Vol. 61(12). P. 3545–3551.

Ибрагимов А.Ф., Шоназарова М.А., Шарифов М.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ АНЕМИЯХ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Одной из наиболее важных звеньев развития ИБС среди других факторов различной природы (дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, курение, гиподинамия, сахарный диабет) является эндотелиальная дисфункция. При нарушении функции эндотелия усиливается окислительный стресс, в результате повышается АД, возникает тромбоз. [1,2]

Гомоцистеин представляет собой серосодержащую аминокислоту, образующуюся в организме в метаболическом цикле метионина. Как показали результаты одного из крупнейших международных исследований (MONICA-Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), не так давно выделена группа так называемых новых факторов риска, к клеточным повреждениям прежде всего относится увеличение уровня гомоцистеина (ГЦ) в крови. [3,4]

Гомоцистеин обладает выраженным токсическим действием на клетку, поэтому для ее защиты существуют специфические механизмы выведения ГЦ из клетки. В норме избыток ГЦ катаболизируется различными путями при участии фолиевой кислоты и витамина В12 или с помощью витамина В6. Для предотвращения избытка ГЦ образовавшийся в метионин требуется активная форма фолиевой кислоты, которая образуется только при участии фермента 5,10-метилтетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR). ГЦ быстро окисляется в периферической крови, в результате образуется большое количество радикалов содержащих кислородов. При этом происходит повреждение клеток эндотелия, приводящее к потере эластичности внутрисосудистой выстилки, а также окисление ЛПНП, что в свою очередь способствует развитию сердечно-сосудистой патологии. [5,6] Норма ГЦ составляет 5-11 мкмоль. Увеличение ГЦ от 30 до 100 мкмоль/л является предельно допустимой, более 100 мкмоль/л считается тяжелой гипергомоцистеинемией. Одной из главных причин витаминдефицитных состояний приводящих к гипергомоцистеинемии являются заболевания

Оглавление

Гулзода Махмадшоҳ Курбонали	
ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ.	3
ХИРУРГИЯ.	4
Абдувохидов Б.У., Давлатов Д.А., Хван И.Н.	4
ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО СИСТЕМНО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОБЕДНЕННЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТОКОМ	4
Абдуллаева Р.А., Олимова Ф.З., Шералиева М.Г.	5
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	5
Абдуллоев М.С., Курбанов С.Х., Юнусов И.А.	7
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	7
Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Сайдалиев Ш.Ш.	8
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ.	8
Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Сайдалиев Ш.Ш.	10
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЮНОГО ВОЗРАСТА.	10
Абдурахимов А.Х., Джонибекова Р.Н., Хабибов С.С.	13
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «ШИФОБАХШ»	13
Абдурахманов Д.Ш., Хурсанов Ё.Э.	14
КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	14
Абуллаева Р.А., Косымов З.К., Гафурова Н.Г.	18
ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН С ЭКЛАМПСИЕЙ.	18
Адылова Ф.Х., Муродов Ш.Д., Давронзода М.Д.	20
ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА	20
Адылова Ф.Х., Махамадиев А.А., Муродова П.Ф.	21
ПРОБЛЕМЫ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.	21
Азиззода З.А., Сангов М.Б., Сафаров Ф.Ш.	22
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ	22
Айниев Б.С., Омонов Э.О., Каримов Д.А.	24
ПРИУМУЩЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ.	24
Айниев Б.С., Камолов К.М., Мехтаров К.К.	26
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ КИСТИ	26
Алиев А.А., Боронов Х.А., Омонов Э.О.	27
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ КОЛИЧЕСТВА ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ В СТЕНКАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА.	27
Парвана Исмаил гызы Алиева,	29
ИЗУЧЕНИЕ МИНЕРАЛОВ У МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	29
Алишова Н.Ф., Везирова Р.Ш., Джаваншир П.А.	30
ПРИМЕНЕНИЕ МИО-ИНОЗИТОЛА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ.	30
Амонов1,2 Ш.Ш., Мусоев2 С.Ш., Олими 1,2 М.О.	32
ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	32
Аскарлов А.Т., Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н.	33
НАШ ОПЫТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ...	33
Ахророва З.А., Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф.	34
АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ УХА.	34
Ахророва З.А., Холматов Д.И.	35
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА В ТАДЖИКИСТАНЕ	35
Ашуров А.С., Кобилов К.К., Иброгимов Э.К.	36
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.	36
Ашуров А.С., Кобилов К.К., Мансуров Х.Н. Бахромов М.Б.	37
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕЙСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	37

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ДИСТРОФИИ: ПОНЯТИЕ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ	485
Давлатмира Г.Ш., Рабоева Ш.Р., Рахимзода О.....	486
ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	486
Давлатмирова Г.Ш., Хайдарова У.З., Абдурахмонзода Т.А.....	487
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННО-ОТЯГОЩЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНСУЛЬТА	487
Давлатмирова Г.Ш., Абдурахмонзода Т. А., Хайдарова У. З.....	489
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ.....	489
Дадабаев Р.Д, Алиев Х.И., Хомидзода Х.Х.	490
ОНИХОПАТИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ.....	490
Даминов Б.Т., Акбаров И.Б.	492
ИЗУЧИТЬ ЗНАЧЕНИЕ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ	492
Джураева С. Д., Ниязова Н.Ф.	494
ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ.....	494
Дододжони А., Рахимова Д.С.	495
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	495
Дододжони А.	496
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	496
Дырда Н.И., Абдиева Д.Х., Валиева М.С.....	498
СКАБИОЗНАЯ ЛИМФОПЛАЗИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ.....	498
Ёдгорова М.Дж., Мукарамова Д.А., Аюбова Д.Х.....	499
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	499
Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Курбонов А.Д.	500
АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО-РЕФЛЮКСНОЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	500
Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Обидова Ш.В.....	502
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д, КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	502
Зайнаббиди Х.С., Иноятова Н.А.....	503
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	503
Зоидбоева Н.З., Навджуванов И.М., Одинаев Ш.Ф.,.....	504
Гормоны Щитовидной железы в аспекте патологии сердца у рабочих алюминиевого производства	504
Зоидбоева Н.З., Эмомзода И.Х., Одинаев Ш.Ф.	506
Формирование анемического сердца у пациентов С хронической железodefицитной анемией	506
Зоирова Н.П., Саидзода Б.И., Абдурахмонов Р.И.	508
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ.....	508
Зуфаров П.С., Абдумаджидова Н.Х., Акбарова Д.С.....	510
КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ГАСТРИТОЛОМ	510
Зуфаров П.С., Каримов М.М., Пулатова Н.И.....	512
ПРОКИНЕТИКИ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ.....	512
Ибрагимов А.Ф., Шоназарова М.А., Шарифов М.М.....	513
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ АНЕМИЯХ	513
Иззатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х.	514
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТОЛА У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТОЙСТВАМИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЭНДОКРИНОЛОГА	514
Иномзода Ч.И., Ёдгорова М.Ч., Носирова М.П.	516
ТАРЗҶОИ МУКАММАЛИ ТАБОБАТ ДАР ФАЪОЛИЯТИ ТАБИБОНИ ОИЛАВИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН.....	516
Иноятова Н.А., Пирматова М.А., Астанова М.К.....	518
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	518
Иноятова Н.А., Пирматова М.А.....	520
ОЖИРЕНИЕ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.....	520
Иноятова Н.А., Астанова М.К., Сайфиддинзода З.Х.	521
АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	521
Исмоилов И.И., Шарапова М.С., Кокнаева Н.И.....	522