[Risk Factors Influencing the TB Process in Children from Areas of Infection]. *Zhurnal Nauka, novye tekhnologii innovatsii Kyrgyzstana - Journal Science, new technologies innovations of Kyrgyzstan*, 2017, No. 8, pp. 101-104.

7. Pokrovskiy V.V. VICH-infektsiya i tuberkulyoz v Rossii: Oba khuzhe [HIV infection and tuberculosis in Russia: Both worse]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2014, pp. 4-7.

8. Shugaeva S.N. Klinicheskie proyavleniya immunopatologii kak faktor riska tuberkuleza u detey pri mono-infektsii i koinfektsii VICH [Clinical manifestations of immunopathology as a risk factor for tuberculosis in children with HIV mono-infection and co-infection]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, Vol 95, No. 11, pp. 69-73.

9. WHO/HTM/TB/2016.13 Global Tuberculosis report 2016. [Electronic resource] // URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en.

10. World Health Organization, Global tuberculosis report 2017. [cited 2017 Aug 2]; Available at: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

ХУЛОСА

Р.У. Махмудова

ВНМО – ҲАМЧУН ОМИЛИ ХАТАРИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИИ СИЛ

Мақсади тадқиқот: Омузиши корти амбулатории (шакли №25/у) 786 –нафар шахсони бо ВНМО зиндагикунанда (64,8% қудакон ва 35,2% калонсолон), ки дар байни онҳо 83 нафарашон бо бемории сил дарёфт гаштааст, ва баҳо додан

ба таъсири омилҳои хатари гирифторшавӣ ба бемории сил.

Мавод ва усули тадқиқот. Барои ноил гаштан ба мақсади гузашта шуда, таҳлили кортҳои дармонгоҳии (шакли 25/у) 786 – нафар сироятёфтагони ВНМО омӯхта шуданд, ки аз онҳо 509 (64,8%) қудакон ва 277 (35,2%) калонсолоне, ки дар қайди диспансерии Марказҳои мубориза ба пешгирии ВНМО буданд. Аз 786-нафар 72% истиқоматкунандагони деҳот ва 28% – шаҳрҳо буда, ки аз онҳо мардон 73,6% ва занон – 26,4% ташкил доданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо: Аз шумораи 786 нафар таххисшудагони шахсони гирифтори ВНМО ҳамагӣ 83 (10,6%) нафар бемории сил дарёфт карда шуд, ки аз 509 нафар қудакони то 17 сола бо бемории ВНМО 47- нафарашон (9,2%) бемории сили фаъолро дар бар мегиранд. Аз 277 нафар калонсолони гирифтори ВНМО 36 нафар (13%) бемории сили фаъолро ташкил медиҳад.

Хулоса. Омилҳои асосии сирояти бемории сил дар байни шахсони гирифтории ВНМО ин тамос бо бемории сили хориҷкунандаи микобактерияи сил мебошанд. Барои пешгири намудани бемории сил дар байни гирифторони ВНМО гузаронидани табobati пешгирикунандаи 6-моҳа бо изониазид, баъд аз инкор намудани сили фаъол таъиноти табobati зиддивириси зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: Сил, омилҳои хатар, ВНМО.

УДК-616.001.17;616.717

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-48-55

Н.М. Мирзоев¹, Г.М. Ходжамуродов², А.Х. Шаймонов², С.С. Зиёзода¹, Б.А. Одинаев¹, Н.Х. Шамсов²

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХЭТАПНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОЖОГОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Мирзоев Набиджон Мирзоевич - аспирант кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои 33; E-mail: mirzoevnabijon@mail.ru

Цель исследования. Изучение ближайших и отдалённых результатов применения несвободных лоскутов при лечении больных с последствиями ожогов верхней конечности.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли 32 больных, с последствиями ожогов верхней конечности, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра

сердечно-сосудистой хирургии в период с 2003 по 2020 годы. Возраст больных колебался в пределах от 4 до 32 лет, среднее значение составило $19,6 \pm 1,9$ года.

Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Средний объём кровопотери в течение одной операции составил $125,6 \pm 11,3$ миллилитров (определялся при выжимании салфеток). Средняя продолжительность операции составила $128,6 \pm 15,7$ минут. После пересадки несвободного пахового лоскута осложнений не отмечалось. Для достижения более приемлемого эстетического результата применяли пересадку несвободного лучевого лоскута, в сроки от пяти до пятнадцати лет после выполнения первичной операции.

Заключение. Таким образом, соблюдение этапности операции в зависимости от превалирования того или иного компонента повреждения решается индивидуально и при этом строго соблюдаются принципы реконструкции важных анатомических структур.

Ключевые слова: последствия ожогов, сосудисто-нервный пучок, лучевой и паховый лоскуты, контрактура кисти и пальцев.

N.M. Mirzoev¹, G.M. Khojamuradov², N.H. Shamonov², S.S. Ziyozoda¹, B.A. Odinaev¹, N.H. Shamsov

RESULTS OF TWO-STAGE PLASTY IN SEVERE CONSEQUENCES OF BURNS OF THE UPPER EXTREMITY

¹Department of Surgical Diseases No. 2, SEI Avicenna Tajik State Medical University

²Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Mirzoev Nabidjon Mirzoevich - Postgraduate student of the Department of Surgical Diseases No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino; 33 Sanoi Str., Dushanbe, 734003, Republic of Tajikistan; E-mail: mirzoevnabidjon@mail.ru

Aim. To study the immediate and long-term results of the use of non-free flaps in the treatment of patients with the consequences of burns of the upper limb.

Material and methods. The study included 32 patients with the consequences of burns of the upper limb, who were admitted to the Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery in the period from 2003 to 2020. The age of the patients ranged from 4 to 32 years, the average value was 19.6 ± 1.9 years.

Results. There were no intraoperative complications. The average volume of blood loss during one operation was 125.6 ± 11.3 ml (determined by squeezing napkins). The average duration of the operation was 128.6 ± 15.7 minutes. There were no complications after transplantation of a non-free inguinal flap. To achieve a more acceptable aesthetic result, a non-free radial flap was used in a period of five to fifteen years after the primary operation.

Conclusion. Thus, the observance of surgical staging depending on the prevalence of one or another lesion component is decided individually and the principles of reconstruction of important anatomical structures shall be strictly followed.

Keywords: consequences of burns, neurovascular bundles, radial and inguinal flaps, contracture of the hand and fingers.

Актуальность. Ожоговая травма является одной из самых тяжёлых в реконструктивно-пластической хирургии [1, 4]. Тяжесть травмы, полученной в ходе контакта с высокими температурами, обусловлена развитием глубоких дегенеративных процессов в области поражения, как со стороны сосудисто-нервных волокон, так и в области сухожильно-мышечного аппарата, а также костно-суставной системы. Кроме того, дополнительная сложность представляет собой диагностика глубины повреждения, а также количества вовлечённых в патологический процесс структур [2, 3]. Однако даже при хорошо выполненном хирургическом вмешательстве у пациентов с последствиями ожо-

гов часто наблюдаются осложнения и рецидивы [5, 6]. Анализ литературы последних лет показывает, что около 4-5% пострадавших с последствиями ожога и электрической травмы считаются инвалидами и абсолютное их большинство меняют свою профессиональную деятельность. Печальным является и тот факт, что большинство из этих пострадавших являются лицами молодого и трудоспособного возраста [7, 8].

Другим не менее важным аспектом является то, что данной категории пациентов часто выполняются операции в неспециализированных учреждениях, без применения новых разработок и учёта особенностей посттравматического дефекта

[9, 10]. Основной ошибкой при ведении больных в таких случаях является неоправданное желание сократить оперативное вмешательство до одного этапа. Между тем, как показывает практика, чем тяжелее поражение высокими температурами, тем больший дефицит тканей наблюдается при устранении последствий ожогов [11, 12]. Двухэтапные операции позволяют избежать развития натяжения и дефицита тканей в области хирургического вмешательства, что приводит к снижению вероятности развития осложнений.

Всё вышеперечисленное обуславливает необходимость поиска новых методов оптимизации результатов хирургического лечения последствий ожогов у больных.

Цель исследования. Изучение ближайших и отдалённых результатов применения несвободных лоскутов при лечении больных с последствиями ожогов верхней конечности.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли 32 больных, с последствиями ожогов верхней конечности, обратившихся в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии в отделение восстановительной хирургии в период с 2003 по 2020 годы. Возраст больных колебался в пределах от 4 до 32 лет, среднее значение составило $19,6 \pm 1,9$ года. В гендерном отношении наиболее превалировал мужской пол (25 (78%)) нежели женский (7 (22%)).

Сроки обращения пациентов, после получения ожоговой травмы, варьировали от 1 до 12 лет, составляя в среднем $4,3 \pm 2,6$ года. Локализация дефекта преимущественно была по ладонной стороне предплечья (17) или по тыльной её поверхности (8), а остальные были комбинированные повреждения (7). Всем этим пациентам был выполнен первый этап операции до повторного обращения – укрытие первичных дефектов несвободным паховым лоскутом в сроки от 5 до 15 лет. Размеры дефектов варьировали от $5,6$ до $36,3$ см², составляя в среднем $13,5 \pm 6,5$ см². Все поражения термическими агентами были поверхностными, то есть затрагивали только поверхностные слои (кожу). Сопутствующее повреждение сухожильно-мышечного аппарата и сосудисто-нервных пучков определялось у 12 пациентов. Всем участникам исследования выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов как на поражённой конечности, так и на противоположной, здоровой, конечности, с целью сравнения показателей кровотока. При помощи данного метода оценивали характеристики донорской лучевой артерии в предо-

перационном периоде для уточнения показаний к поднятию лоскута. УЗДАС использовалась как для оценки кровотока в области разрастания рубцовой ткани, так и кровообращения в перемещённом несвободном лоскуте в качестве динамического мониторинга.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0. Полученные данные при нормальном распределении записывали при помощи среднего и стандартного отклонения, при асимметричном распределении (ненормальном) — при помощи медианы, 25 и 75. Нормальность распределения определялась критериями: Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса, Шапиро-Уилка, Д'Агостино. Статистические различия в группах определялись дисперсионным анализом, критерием Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса.

Результаты исследования и их обсуждение. Все оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке. Всем больным были выставлены показания к выполнению двухэтапной пластики дефекта, образовавшегося после иссечения патологически изменённых тканей. Средняя продолжительность операции составила $128,6 \pm 15,7$ минут. Первоначально в отделении восстановительной хирургии широко использовалось применение несвободного пахового лоскута с целью укрытия больших дефектов кисти и предплечья. Данная методика действительно эффективна с целью укрытия обширных дефектов, и позволяет получить хорошо кровоснабжаемый участок в области укрытия. Однако в некоторых случаях, при обширных поражениях, даже применение пахового лоскута не могло устранить все проблемы.

Следует отметить, что несмотря на полное укрытие дефекта несвободным паховым лоскутом, у пациентов отмечались эстетические и функциональные проблемы. К эстетическим проблемам относились наличие «жировой подушки» на наружной стороне ладони, рубцов, чрезмерное оволощение, чувство тяжести в области ладони при ходьбе (ввиду наличия излишков жировой ткани), что в общем послужило причиной развития диспропорции ладоней и предплечья. У многих больных отмечались психологические расстройства, связанные с насмешками со стороны окружающих.

К функциональным нарушениям относилось наличие стягивающих рубцов и, как следствие, наличие сгибательных и разгибательных контрактур в области запястья. Следует отметить, что такие явления возникают при применении пахового лоскута не всегда. Чаще всего наличие «жировой

сумки» на наружной поверхности кисти устраняли при помощи дальнейшего иссечения жира при последующей операции. Однако в описываемых 32 случаях этой манипуляции было недостаточно, и поэтому было решено применить дополнительно иссечение рубцов, с укрытием образовавшихся дефектов паховым лоскутом. Для устранения остаточных явлений, возникших после применения пахового лоскута, на втором этапе использовалась методика укрытия и коррекции с применением лучевого лоскута. Для достижения более приемлемого эстетического результата применяли пересадку несвободного лучевого лоскута, в сроки от пяти до пятнадцати лет после выполнения первичной операции. В ближайшем послеоперационном периоде (до одной недели после операции) наблюдались три осложнения в виде частичного некроза одного из двух островков лучевого лоскута (вторая операция). Путём применения гепарина (мазь) и антибактериальных мазей (левомиколь), удалось добиться нивелирования некротических процессов и сохранения лоскута. Во всех остальных случаях отмечалось нормальное приживление тканей лоскута, без каких-либо осложнений.

Кровообращение в тканях лоскутов было компенсированным, что было подтверждено данными УЗДГ, проведенная на 3 и 6 месяцев после пересадки лоскута в 14 случаях. Средняя скорость кровотока реверсированной лучевой артерии по данным УЗДГ составила $34,3 \pm 3,5$ см/с, что свидетельствует компенсированному кровотоку.

Стягивание кожи было устранено, кисти больных стали активными как в разгибании, так и при

сгибании.

Касательно визуальной диспропорции можно сказать, что применение двухэтапной операции значительно снизило её. Однако полностью устранить диспропорцию не удалось, хотя она и имела незначительную выраженность. В отдалённые сроки результаты проведенной операции были оценены у всех 35 пациентов в сроки от 6 месяцев до года. Отмечалось восстановление функциональной активности кисти в виде кулачного и щипкового захвата после устранения сгибательной и разгибательной контрактур у всех пациентов, восстановление защитной чувствительности у 27 пациентов после восстановления срединного(локтевого) или (обще) пальцевых нервов – в 5 случаях.

Для наглядности, приводим клинический пример выполнения двухэтапных операций с использованием пахового и лучевого лоскутов.

Пациент М.Х., 2000 г.р., поступил 24.12.2019 с жалобами на невозможность сгибания кисти и пальцев, резкое ограничение функции кисти, наличии стягивающего рубца по задней поверхности кисти и предплечья. Из анамнеза в 2003 году получил ожог задней поверхности кисти и предплечья кипятком. После заживления раны появился грубый стягивающий рубец задней поверхности предплечья, который являлась причиной тугоподвижности кисти и невозможности разгибания пальцев кисти. В отделения восстановительной хирургии РНЦССХ было выполнено иссечение рубца, тенолиз и после устранения контрактуры кисти и пальцев дефект тыльной поверхности предплечья был укрыт осевым паховым лоскутом.

Рис. 1А. Исходное состояние конечности. Б. УЗДАС лучевой артерии левого предплечья.

По мере роста ребенка развивался стягивающий рубец с развитием разгибательной контрактуры кисти и пальцев. Движения в пальцах кисти и лучезапястном суставе ограничивались, эстетический вид конечности не удовлетворял пациента (рис.1 а). С целью коррекция функционального и эстетического дефицита было решено использования лучевого кожно-фасциального лоскута. В связи с выбором предстоящей операции ангиоархитектоника изучалась выполнением УЗДАС (рис.1 б).

Учитывая сохранность магистрального кровотока в конечности при УЗДАС, было решено использование лучевого кожно-фасциального лоскута на ретроградной ножке с целью формирования полноценного кожного покрова (рис.3). После иссечения дефекта и устранения контрактуры кисти и пальцев и придание большого пальца в состоя-

нии оппонентоза средняя площадь дефекта составила $10,7 \pm 8,5 \text{ см}^2$. Учитывая широкие размеры дефекта по вертикальной линии, перемещенный лоскут разделился на две части, и путем перемещения удалось воссоздать полноценный кожный покров (рис.2).

Обсуждение. Наличие неполноценного кожного покрова сочетающийся с повреждением СНП, сухожильно-мышечного аппарата намного усугубляя тяжесть повреждения, требует решение более сложных задач. Очередность выполнения этапов операции зависит от уровня повреждения, протяженности и площади мягкотканого дефекта.

При коррекции сложной деформации кисти и пальцев в сочетании с повреждениями подлежащих анатомических структур была предпринята коррекция патологии в несколько этапов. При этом

Рис. 2А. Выкраивание лучевого лоскута. Б. Завершение операции

Рис. 3. УЗДАС реверсированной лучевой артерии после пересадки лучевого лоскута в отдаленном периоде наблюдения (12 месяцев после операции).

возможности одноэтапной коррекции были резко ограничены, в связи с этим поэтапная реконструкция дала высокую эффективность.

В связи с обширностью поражения кожного покрова всем 3 пациентам в первую очередь был сформирован полноценный кожных покров, причем в одном наблюдении по мере роста ребенка возникала необходимость к повторной коррекции дефекта мягких тканей.

Использование подобных трансплантатов имело функциональную и эстетическую значимость. Формирование полноценного кожного покрова наряду с улучшением эстетического состояния конечности способствовало созданию благоприятной почвы для реконструкции СНП и сухожилий. Ближайший послеоперационный период во всех наблюдениях, кроме трёх случаев, протекал без осложнений, все лоскуты прижились. В отдаленные

сроки функциональные и эстетические результаты считались хорошими, никто не предъявлял оперированных жалоб.

Вывод. Таким образом, соблюдение этапности операции в зависимости от превалирования того или иного компонента повреждения решается индивидуально и при этом строго соблюдаются принципы реконструкции важных анатомических структур. Выбор тактики лечения зависит от его локализации, превалирования повреждения той или иной структуры, немаловажную роль при этом имеет характер повреждения. Наш опыт лечения таких повреждений показывает, что адекватная оценка эстетического и функционального дефицита конечности, с учетом правильности выбора реконструкции намного улучшит результаты реконструкции, тем самым положительно влияет на качество жизни оперированных пациентов.

Рис. 4. Состояние левой верхней конечности после пересадки пахового и лучевого лоскута в отдаленном периоде наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-12 см. в REFERENCES)

1. Абдуллоев Д.А. Некоторые аспекты ожоговых травм в Республике Таджикистан (распространенность, проблемы и перспективы лечения) / Д.А. Абдуллоев, Т.Г. Гайратов, И.А. Пайков // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. 8, № 1 (25). – С. 5 – 9;
2. Агаджанова К. В. Восстановление кожных покровов после ожогов средней тяжести / К.В. Агаджанова и др. // MEDICAL SCIENCES. – 2020. - №26(50). – С. 27 – 30;
3. Агаджанова К.В. Ожоги: классификация и подходы к лечению в зависимости от степени тяжести /К.В. Агаджанова и др // MEDICAL SCIENCES. – 2019. - №2(54). - С. 10– 14;
4. Адмакин А. Л. Ожоговые рубцы: особенности

развития, диагностики и коррекции консервативными методами /А. Л. Адмакин и др.// Клиническая медицина. – 2018. – Т. 96, №. 1. – С.20 – 24;

5. Стяжкина С. Н. Актуальные проблемы лечения ожоговых ран у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани / Стяжкина С. Н., и др. // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Т. 21, № 1. – С.99 – 102;

6. Аутогреф Ф.Т. Современные способы выполнения свободной кожной пластики полнослойным и аутоотрансплантатами / Ф.Т. Аутогреф и др. // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии №. – 2016. – Т. 1. – С. 56;

7. Афонищев К.А. К вопросу свободной кожной пластики в реконструктивной хирургии ожогов у детей / К.А. Афонищев, М.С.Никитин, Я.Н. Проценко // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия

детского возраста. – 2017. – Т. 5, №. 1.- С.39 – 44;

8. Баби́чев Р. Г. Актуальные вопросы хирургического лечения ожогов тыльной поверхности кисти / Р. Г. Баби́чев С. Б., Богданов, Ю. П. Савченко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – №. 2. – С.20 – 24;

9. Биконуров Н. О. Пластика несвободным паховым лоскутом у больных с послеожоговыми последствиями / Н.О. Биконурови и др. // Scientific-Practical Journal of Medicine, VestnikKazNMU». – 2017. – №. 3 (2). – С.400 – 404;

REFERENCES

1. Abdulloev D.A. Nekotorye aspekty ozhogovykh travm v Respublike Tadjikistan (rasprostranennost, problemy i perspektivy lecheniya) [Some Aspects of Burn Injuries in the Republic of Tajikistan (Prevalence, Problems, and Treatment Prospects)]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana - Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 1 (25), pp. 5-9.

2. Agadzhanova K. V. Vosstanovlenie kozhnykh pokrovov posle ozhogov sredney tyazhesti [Recovery of skin after moderate burns]. *Medical Sciences*, 2020, No. 26 (50), pp. 27-30.

3. Agadzhanova K.V. Ozhogi: klassifikatsiya i podkhody k lecheniyu v zavisimosti ot stepeni tyazhesti [Burns: classification and treatment approaches according to severity]. *Medical Sciences*, 2019, No. 2 (54), pp. 10-14.

4. Admakin A.L. Ozhogovye rubtsy: osobennosti razvitiya, diagnostiki i korrektsii konservativnymi metodami [Burn scars: peculiarities of development, diagnosis and correction using conservative methods]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2018, Vol. 96, No. 1, pp. 20-24.

5. Styazhkina S.N. Aktualnye problemy lecheniya ozhogovykh ran u patsientov s sindromom displazii soedinitelnoy tkani [Current problems of burn wound treatment in patients with connective tissue dysplasia syndrome]. *Mediko-farmatsevticheskiy zhurnal «Puls» - Medical and pharmaceutical journal "Pulse"*, 2019, Vol. 21, No. 1, pp. 99-102.

6. Autogref F.T. Sovremennye sposoby vypolneniya svobodnoy kozhnoy plastiki polnosloynym i autotransplantatami [Modern methods of performing free skin plasty with full-layer and autografts]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii - Reconstructive and plastic surgery issues*, 2016, Vol. 1, pp. 56.

7. Afonichev K.A. K voprosu svobodnoy kozhnoy plastiki v rekonstruktivnoy khirurgii ozhogov u detey [On the issue of free skin grafting in reconstructive surgery of burns in children]. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta - Pediatric Traumatology, Orthopedics and Reconstructive Surgery*, 2017, Vol. 5, No. 1, pp. 39-44.

8. Babichev R.G. Aktualnye voprosy khirurgicheskogo lecheniya ozhogov tylnoy poverkhnosti kisti [Topical issues

of surgical treatment of burns on the dorsal surface of the hand]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban Scientific Medical Bulletin*, 2016, No. 2, pp. 20-24.

9. Bikonurov N.O. Plastika nesvobodnym pakhovym loskutom u bolnykh s posleozhogovymi posledstviyami [Prosthetic inguinal flap plasty in patients with post-burn effects]. *Vestnik kazanskogo natsionalnogo meditsinskogo universiteta - Kazan National Medical University Bulletin*, 2017, No. 3 (2), pp. 400-404.

10. Bogdanov S.B. et al. Improvement of surgical treatment for post-ambustial cicatricial deformations using vacuum therapy. *Innovative medicine of Kuban*, 2019, No. 2, pp. 30-35.

11. Filippova O.V. et al. Long-term results of plasty of granulating wounds of the distal extremities with mesh and solid skin autografts of burn wounds in children. *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*, 2019, Vol. 7, No. 3, pp. 35-44.

12. Palimbetova D. N. et al. Mode of modeling thermal burns of the skin with the evolution of a cicatricial alopecia. *Central Asian Journal of Medicine*, 2019, Vol. 2019, No. 2, pp. 79-85.

ХУЛОСА

**Н.М. Мирзоев, Г.М. Хочамурадов,
А.Х. Шаймонов, С.С. Зиёзода, Б.А. Одинаев,
Н.Х. Шамсов**

НАТИҶАҶОИ ИСТИФОДАИ ТАРМИМИ ДУМАРҶИЛАҒӢ ҲАНГОМИ ОҚИБАТҶОИ СӢҲТАҒИИ ВАЗНИНИ АНДОМҶОИ БОЛОӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои на-
здиктарин ва дури истифодаи малофаҳои ғайриозод
ҳангоми муолиҷаи беморони мубтало ба оқибатҳои
сӯхтагии андомҳои болоӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи таҳқиқро
32 беморе ташкил медиҳанд, ки аз оқибатҳои
сӯхтагии андомҳои болоӣ ранҷ мебарданд ва дар
давраи аз соли 2003 то 2020 ба шӯбаи ҷарроҳии
барқароркунадагии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ
дилу рағҳо мурочиат намуданд. Синни беморон
дар доираи аз 4 то 32 сола буда, қимати миёнаи
он $19,6 \pm 1,9$ солро ташкил менамуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар
натҷаи таҳлили маводҳо оризаҳои дохилиҷарроҳӣ
мушоҳида нашуд. Дар ҷараёни як амалиёт ҳаҷми
миёнаи талафи хун $125,6 \pm 11,3$ миллилитр (ҳангоми
ҷафидани сачокчаҳо муайян гардид)-ро ташкил
дод. Давомнокии миёнаи ҷарроҳӣ $128,6 \pm 15,7$
дақиқа буд. Оризаҳо баъди кӯчат намудани мало-
фаи ғайриозоди қадкашак мушоҳида нагардид. Дар

мухлати аз панҷ то понздаҳ соли баъди чарроҳии аввалӣ барои ноил гардидан ба натиҷаи нисбатан қобили қабули эстетикӣ кӯчат кардани малофаи ғайриозоди соид ба кор бурда шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар алоқамандӣ аз афзалияти ин ё он компоненти иллатноқшуда риояи

марҳиланокии чарроҳӣ ба таври инфиродӣ ҳал шуда ва зимнан принципҳои реконструксияи сохтори муҳими анатомӣ қатъиян риоя карда мешавад.

Калимаҳои калидӣ: оқибатҳои сӯхтагӣ, дастаи рағу асабҳо, малофаи соиду қадкашак, контрактураи панҷаву ангуштон.

УДК 616.379-008.64;618.173;616.71-007.243

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-55-59

М.Э. Музафарова

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ

Кафедра эндокринологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Музафарова Мехринигор Эмомхусайновна - докторант PhD кафедры эндокринологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино; Тел.: +(992)777004646, E-mail: mekhrinigorm@bk.ru

Цель исследования. Ознакомить с опытом ведения больных сахарным диабетом 2 типа, осложненных остеопоротическими изменениями в регионе с высокой рождаемостью.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдались 110 больных сахарным диабетом 2 типа - 55 женщин с нормальным паритетом, 55 женщин с высоким паритетом в анамнезе. Контрольную группу составили 55 женщин аналогичного возраста не страдающие сахарным диабетом 2 типа. Исследовались показатели липидного, фосфорно-кальциевого обмена, витамин Д и маркеры костного ремоделирования. Для оценки возможной потери костной ткани применялся метод двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с использованием остеоденситометра.

Результаты исследования и их обсуждение. Выбор тактики лечения больных сахарным диабетом 2 типа обосновывался исходным уровнем гликолизированного гемоглобина (HbA1c) и ведущей клинической симптоматикой. При уровне гликолизированного гемоглобина более 7% назначалась монотерапия метформином. При исходно высоких уровнях HbA1c (8-9%) назначалась комбинация сахароснижающих препаратов (глипизид в сочетании с метформином; ингибитор ДПП-4 (аллоглиптин) с метформином). В группе больных с исходным уровнем HbA1c равному 9-9,5% проведена терапия с ГПП-1 (лираглутид). В течении последнего года нами апробирован новый сахароснижающий препарат из группы НГЛТ-2 (дапаглифлозин), механизм которого основан на снижении реабсорбции глюкозы в почках. Отмечено устойчивое сохранение сниженного HbA1c на фоне сочетанного применения с метформином.

Использованы следующие остеопоротические препараты: золендроновая кислота (Акласта), деносумаб, терипаратид.

Заключение. Получен положительный результат индивидуального подхода к лечению больных сахарным диабетом 2 типа, осложненных остеопоротическими нарушениями путем комбинированного применения сахароснижающих препаратов и остеотропными средствами. Профилактика остеопоротических изменений постменопаузального периода у больных сахарным диабетом 2 типа должна быть комплексной с учетом поддержания уровня гликемии, борьбу с осложнениями сахарного диабета, включением регулярных дозированных физических упражнений и дополнительных мер с учетом фактора многоплодности.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, постменопаузальный период, остеопоротические изменения, многоплодность.

М.Е. Muzafarova

PECULIARITIES OF TREATMENT AND PREVENTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH OSTEOPOROTIC DISORDERS IN A REGION WITH A HIGH BIRTH RATE