

pyloduodenal ulcers]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574-581.

6. Nishanov F.N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhneniyakh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo Mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center. N.I. Pirogov*, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 43-46.

7. Kurbonov K.M. Pankreato-biliarnye oslozhneniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Pancreatic-biliary complications of duodenal ulcer disease]. *Zdravookhraneniya Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 34-40.

8. Pisarevskiy G.N. Metody zakrytiya duodenalnoy kulti [Methods of duodenal stump closure]. *Khirurgiya - Surgery*, 2011, No. 3, pp. 67-72.

9. Dovjak P. Duodenal ulcers, gastric ulcers and helicobacter pylori. *Zeitschrift for Gerontologie und Geriatrie*, 2017, Vol. 50. No. 2. pp. 159-169.

10. Oida T., Kano H. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers. *Hepatogastroenterology*, 2012, No. 59. pp. 168-170.

11. Vashist Y.K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with "classical" stump closure (Nissen-Bsteh). *Langenbeck's Archives of Surgery*, 2012, No. 8. pp. 124-127.

ХУЛОСА

**Ҷ.А. Абдуллозода, Қ.Р. Рузбойзода,
С.Х. Абдуллоев, М.Қ. Билолов**

МУСТАҲКАМКУНИИ ГЕРМЕТИКИИ МУМЧАИ РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ҲАНГОМИ РЕШҲОИ ДУОДЕНАЛИИ «ДУШВОР»

Мақсади тадқиқот. Беҳтаркунии натиҷаи табобати ҷарроҳии решҳои дуоденалии «душвор» бо

роҳи мустаҳкамкунии герметикии мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта.

Мавод ва усулҳо. Натиҷаи ташҳиси комплекси ва табобати ҷарроҳии 104 беморони гирифтори решҳои дуоденалии «душвор» таҳлил карда шудааст. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шудааст. Ба гурӯҳи якуми асосӣ 53 (51,0%) нафар беморон буда, гурӯҳи дуюми контролиро (санчишӣ) 51 (49,0%) беморонро ташкил медиҳанд. Дар 76 (73,1%) ҳолат реш дар пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта ва дар 38 (36,5%) бемор – дар қисми постбулбарии рӯдаи дувоздаҳангушта ҷойгир буд.

Натиҷаҳо. Баъди буриши меъда бо ҷаргуна усулҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми решҳои дуоденалии «душвор» ба мақсади мустаҳкамкунии герметикӣ ва пешгирии норасогии кукҳои мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта усулҳои такмилкардашудаи коркарди мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ва барои гурӯҳи санчишӣ усулҳои умумии маълумбуда истифода карда шудааст. Дар байни беморони гурӯҳи санчишӣ (n=51) дар давраи баъдичарроҳӣ дар 7 (13,7%) ҳолат ҷаргуна оризаҳо ба вучуд омад, ба монанди: норасогии кукҳои мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта (n=2), панкреатити баъдичарроҳӣ (n=4) ва эвентратсия (n=1). Дар 3 (5,9%) ҳолат фавти беморон ба қайд гирифта шуд. Дар байни беморони гурӯҳи асоси бошад (n=53) дар давраи барвақтии баъдичарроҳӣ дар 3 (5,6%) бемор панкреатити баъдичарроҳӣ инкишоф ёфт, ки бо усули консервативӣ табобат карда шуд. Фавтшавӣ дар ин гурӯҳ мушоҳида нагардид.

Хулоса. Табобати беморони гирифтори решҳои дуоденалии «душвор» хеле мураккаб мебошад, ки равиши қатъии индивидуалиро талаб менамояд.

Калимаҳои калидӣ: решҳои дуоденалии «душвор», буриши меъда, мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта, коркард, герметикӣ.

УДК 616.24-002.5:577.161.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-11-17

А.А. Абдурахимов

ПОИСК ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ

ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии»

Абдурахимов Азиз Абдулхаевич – директор ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии», пос. Мачитон, г. Вахдат, Республика Таджикистан

E-mail: a.aziz1810@mail.ru; Тел. +(992)931033030.

Цель исследования. Провести сравнительное изучение эффективности лечения больных МЛУ-ТБ путём применения краткосрочного и индивидуального режимов химиотерапии и включения в комплекс лечения препарата Холекальциферол.

Материал и методы исследования. В группу больных с МЛУ-ТБ с краткосрочным режимом лечения были включены 40 пациентов и в группу больных с МЛУ-ТБ с индивидуальным режимом лечения также 40 пациентов. Обе группы наблюдения были разделены на две подгруппы пациентов с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы), в одной из которых в комплекс лечения был включен препарат Холекальциферол по 300 000 Ед внутримышечно еженедельно (всего 6-8 раз); группы сравнения: пациенты с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы) получали комплекс вышеуказанной химиотерапии без препарата Холекальциферол.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе больных с включением Холикальциферола при краткосрочном режиме лечения, благоприятный исход лечения отмечен в 100% случаев, тогда как в группе больных без Холикальциферола – в 80% случаев. При индивидуальном режиме лечения конверсия по посеву мокроты, в группе больных с включением Холикальциферола произошла также в 100% случаев, тогда как в группе больных без Холикальциферола – у 70% больных.

Заклучение. Таким образом, внедрение нового краткосрочного режима химиотерапии пациентов с МЛУ-ТБ повысила эффективность их лечения. В двух подгруппах больных с МЛУ-ТБ с разными режимами химиотерапии, которым в комплексе лечения вводили инъекции Холикальциферола эффективность лечения по результатам сроков развития конверсии по посеву мокроты оценена значительно выше, чем в подгруппах, которые не получали препарат витамина D3.

Ключевые слова: туберкулез, множественная лекарственная устойчивость, краткосрочный режим лечения, индивидуальный режим лечения, холекальциферол.

A.A. Abdurakhimov

SEARCH FOR WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE RESISTANCE OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS TO ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS

State Institution “National Center for Tuberculosis, Lung Diseases and Thoracic Surgery”

Abdurahimov Aziz Abdulkhayevich - Director of the State Institution “National Center of Tuberculosis, Pulmonology and Thoracic Surgery”, Machiton settlement, Vahdat, Republic of Tajikistan; Tel.: +(992)931033030; E-mail: a.aziz1810@mail.ru

Aim. To conduct a comparative study of the effectiveness of treatment of MDR-TB patients by using short-term and individual chemotherapy regimens and including the drug Cholecalciferol in the treatment complex.

Material and methods. The group of MDR-TB patients with a short-term treatment regimen included 40 patients, and 40 patients were included in the group of MDR-TB patients with an individual treatment regimen. Both observation groups were divided into two subgroups of patients with MDR-TB of the lungs (20 people from each group). In one group treatment included Cholecalciferol 300,000 U intramuscularly weekly (6-8 times in total) in the complex of the above treatment; comparison groups: patients with MDR-TB of the lungs (20 people from each group) received a complex of the above chemotherapy without the drug Cholecalciferol.

Results. In the group of patients with the inclusion of Cholecalciferol in a short-term treatment regimen, a favorable treatment outcome was noted in 100% of cases, while in the group of patients without Cholecalciferol - in 80% of cases. With an individual treatment regimen in the group of patients with the inclusion of Cholecalciferol, conversion by sputum culture also occurred in 100% of cases, while in the group of patients without Cholecalciferol - in 70% of patients.

Conclusion. Thus, the introduction of a new short-term chemotherapy regimen for MDR-TB patients has increased the effectiveness of their treatment. In two subgroups of MDR-TB patients with different chemotherapy regimens, who received injections of Cholecalciferol in the chemotherapy treatment plan, the effectiveness of treatment based on the results of the timing of the development of conversion by sputum culture was assessed as significantly higher than in the subgroups that did not receive vitamin D3.

Keywords: tuberculosis, multidrug resistance, short-term treatment regimen, individual treatment regimen, Cholecalciferol, treatment efficacy.

Введение. По данным ВОЗ, Таджикистан относится к числу 30 стран мира с высоким бременем ТБ с множественной устойчивостью микобактерий туберкулёза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (МЛУ-ТБ) [14]. Несмотря на то, что выявление и лечение больных МЛУ-ТБ в Республике Таджикистан начато с 2002 года, за эти почти 20 лет эпидемиологическая ситуация по распространённости МЛУ-ТБ, к сожалению, почти не изменилась [4]. Эффективность лечения МЛУ-ТБ случаев по данным разных авторов колеблется от 67% до 76%, хотя целевой показатель ВОЗ составляет 85% [5, 10, 12, 13]. В связи с этим, поиск путей повышения эффективности лечения больных с МЛУ-ТБ, является чрезвычайно актуальной.

Витамин D – это стероидный гормон, который синтезируется в коже под действием ультрафиолетового (УФ) излучения, а также может поступать с пищей. Главным источником витамина D является холекальциферол (витамин D3). Витамин D3 синтезируется в дермальном слое кожи из 7-дегидрохолестерина под влиянием коротковолнового УФ облучения [11]. Исследования, проведенные Н.А. Иноятовой и А.Д. Исаковым (2017) в течение 5 лет на базе городского эндокринологического центра г. Душанбе, выявили значительную распространенность дефицита витамина D среди населения Республики Таджикистан, которая составила 54% [7]. Последние исследования доказали много положительных аспектов влияния витамина D на здоровье людей разного возраста, который является потенциально значимым фактором развития таких серьезных заболеваний, как рак, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, инфекционные заболевания, дисфункции почек, ряд аутоиммунных заболеваний, у беременных – риск гестационного сахарного диабета, преэклампсии, низкого веса у новорожденных, органов репродуктивной системы, витамин D-зависимый и витамин D-резистентный рахит и др. [2, 6, 8]. Проведенный нами ранее обзор доступной литературы показал, что нормализация концентрации витамина D в случае выявления его недостаточности, в патогенезе возникновения или обратного развития многих заболеваний вызывает несомненный практический интерес [1]. В данной работе, мы обобщили результаты применения препарата Холекальциферола в комплексной химиотерапии больных с МЛУ-ТБ.

Цель исследования. Провести сравнительное изучение эффективности лечения больных с МЛУ-ТБ путём применения краткосрочного и индиви-

дуального режимов химиотерапии и включения в комплекс лечения препарата Холекальциферол.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 больных с МЛУ-ТБ легких (примерно одинаковое число мужчин и женщин в возрасте 18-35 лет). Все больные первоначально находились на стационарном лечении в Национальном центре фтизиопульмонологии и грудной хирургии (Мачитон), а затем, после достижения конверсии по посеву мокроты, были переведены на дальнейшее амбулаторное долечивание по месту жительства. Однако, до окончания курса химиотерапии все пациенты, и на амбулаторном этапе лечения ежемесячно обследовались по стандартным методам, утвержденным в Национальном руководстве по управлению за МЛУ-ТБ в Республике Таджикистан.

Всем больным до, по ходу и после лечения было проведено комплексное клинично-инструментальное и лабораторное обследование, включающее первоначальную идентификацию формы лекарственной устойчивости ТБ с проведением молекулярных тестов на лекарственную чувствительность.

Наблюдаемым больным, по заключению Центральной врачебно-контрольной комиссии ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулеза», на основании результатов молекулярных тестов на лекарственную чувствительность, в случае отсутствия риска непереносимости и/или подтвержденном результате LPA-SL и соответствия критериям включения рекомендованным ВОЗ, назначали укороченный 9-месячный режим лечения с применением не менее 4 противотуберкулезных препаратов (ПТП) из разных групп: каприомицин (Cm), моксифлоксацин (Mxf), протиноmid (Pto), клофазимин (Cfz), изониазид в высоких дозах (Hvd), Этамбутол (E), пипразинаmid (Z) в течении 4 (6) месяцев. Поддерживающая фаза химиотерапии длилась 5 мес. и включала следующие ПТП: моксифлоксацин (Mxf), протиноmid (Pto), клофазимин (Cfz), Этамбутол (E), пипразинаmid (Z). Пациентам, которые не отвечали критериям включения в краткосрочный режим, было назначено лечение по индивидуальному режиму с включением новых и перепрофилированных препаратов в течение 18-20 месяцев, содержащему не менее 5 ПТП из разных групп, основанному на устойчивости МБТ к фторхинолонам и/или инъекционным противотуберкулезным препаратам и с учётом результатов теста на лекарственную чувствительность. Схема лечения включала, бе-

Таблица 1.

Возрастно-половые особенности пациентов с МЛУ-ТБ (Абс.,%)

Возрастные группы	Группа на краткосрочном режиме (n=40)						Группа на индивидуальном режиме (n=40)					
	Абс.	%	муж.		жен.		Абс.	%	муж.		жен.	
			Абс	%	Абс	%			Абс	%	Абс	%
15-24 лет	18	45,0	10	55,6	8	44,4	17	42,5	11	64,7	6	35,3
25-35 лет	22	55,0	12	54,5	10	45,5	23	57,5	13	56,5	10	43,5
Всего:	40	100,0	22	55,0	18	45,0	40	100,0	24	60,0	16	40,0
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Примечание: p – достоверность поло-возрастных различий

даквилин (Bdq) или деламамид (Dlm), пипразинамид (Z), фторхинолоны (левофлоксацин (Lfx) или моксифлоксацин (Mfx)), капреомицин (Cm) или амикацин (Am), протионамид (Pro), циклосерин (Cs), клофазимин (Cfz), этамбутол (E), изониазид высокая доза (Hvd) и ПАСК (PAS), Амоксиклав, Имипенем [9]. Таким образом, в группу МЛУ-ТБ больных с краткосрочным режимом лечения были включены 40 пациентов и в группу МЛУ-ТБ больных с индивидуальным режимом лечения также 40 пациентов (таблица 1).

Обе группы наблюдения были разделены на две подгруппы пациентов с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы), одной из которых в комплекс вышеуказанного лечения был включен препарат Холекальциферол по 300 000 Ед внутримышечно еженедельно (всего 6-8 раз); группы сравнения: пациенты с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы) получали комплекс вышеуказанной химиотерапии без препарата Холекальциферол.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием персонального компьютера IBM PC с помощью приложения Microsoft Excel

2007. Расчет ошибки выборочной средней величины проводили с учетом отклонения совокупности выборочной - «n» от совокупности генеральной - «r», с использованием коэффициента Стьюдента - «t». Достоверность различий учитывалась при «p» меньше 0,05.

Результаты исследования и их обсуждения. Исследование уровня витамина D в крови больных, обеих подгрупп наблюдения, выявил его дефицит в организме исследуемых пациентов. Наличие дефицита витамина D отмечалось при уровне ниже 20 нг/мл, тяжелый дефицит определялся при уровне ниже 10 нг/мл, а недостаточность ниже 30 нг/мл. За референсный показатель витамина принимался уровень от 35 до 90 нг/мл [7]. Путем еженедельного введения препарата Холекальциферол основной группе пациентов, мы достигли его референсных значений содержания в крови.

Эффективность проводимой комплексной химиотерапии пациентов в обеих группах, наряду с улучшением общего самочувствия и повышением индекса массы тела, мы оценивали по ряду следующих критериев. В группе больных с включением Холикальциферола при краткосрочном режиме

Таблица 2.

Оценка эффективности лечения по прекращению выделения МБТ в посевах мокроты при краткосрочном режиме лечения МЛУ-ТБ в подгруппе с включением Холикальциферол (1-я подгруппа) и подгруппе без включения Холикальциферола (2-я подгруппа), (Абс.,%)

Подгруппы больных	Число больных	Из них: МБТ(+)	Прекращение выделения МБТ по посеву			МБТ(+) через более чем 4 мес.	Нет конверсии по посеву мокроты к концу курса лечения	
			К концу 1-2 месяца	К концу 3 месяца	К концу 4 месяца			
1-я	Абс.	20	20	5	12	3	-	-
	%	100	100	25	60	15	0	0
2-я	Абс.	20	20	-	1	4	11	4
	%	100	100	0	5	20	55	20
p			<0,001	<0,001	-	<0,001	-	

Примечание: p – достоверность различий между подгруппами

лечения, произошла в 85% случаев в первые три месяца лечения и у остальных к концу 4-го месяца лечения, тогда как в группе больных без Холикальциферола лишь у 5% - в первые три месяца лечения, в 20% случаев - к концу 4-го месяцев и в 55% случаев – в гораздо поздние сроки химиотерапии и у 4-х пациентов (20%) к концу режима химиотерапии не отмечена конверсия по посеву мокроты (табл. 2).

При индивидуальном режиме лечения конверсия по посеву мокроты, в группе больных с включением Холикальциферола произошла в 65%

случаев в первые три месяца лечения, в 25% случаев – к концу 4-го месяца лечения и у остальных 10% - в сроки более 4-х месяцев лечения, тогда как в группе больных без Холикальциферола лишь у 25% - к концу 4-го месяцев лечения, в 45% случаев – в гораздо поздние сроки химиотерапии и у 6 пациентов (30%) к концу курса химиотерапии не было отмечено конверсии по посеву мокроты (табл. 3).

Следует отметить, что в обеих подгруппах пациентов, которым в комплекс химиотерапии был включен препарат Холикальциферол, к окончанию

Таблица 3.

Оценка эффективности лечения по прекращению выделения МБТ в посеве мокроты при индивидуальном режиме лечения МЛУ-ТБ в подгруппе с включением Холикальциферол (3-я подгруппа) и подгруппе без включения Холикальциферола (4-я подгруппа), (Абс.,%)

Группы больных	Число больных	Из них: МБТ(+)	Прекращение выделения МБТ по посеву			МБТ(+) через более чем 4 мес.	Нет конверсии по посеву мокроты к концу курса лечения	
			К концу 1-2 месяца	К концу 3 месяца	К концу 4 месяца			
3-я	Абс.	20	20	3	10	5	2	-
	%	100	100	15	50	25	10	0
4-я	Абс.	20	20	-	-	5	9	6
	%	100	100	0	0	25	45	30
p			<0,05	<0,001	-	<0,001	-	-

Примечание: p – достоверность различий между подгруппами

полного курса лечения не было отмечено случаев неудачного исхода лечения, летального исхода или отрыва от проводимой химиотерапии. Другими словами, все наблюдаемые пациенты в обеих группах завершили химиотерапию с оценкой исхода как «вылечен». В то же время, в подгруппах пациентов, где применялся режим лечения без включения Холикальциферола, были случаи не эффективного лечения.

Полученные нами данные подтверждают факт большей эффективности нового краткосрочного режима лечения перед индивидуальным или как его ещё называют персонализированным режимом лечения МЛУ-ТБ [12, 13].

В доступной нам литературе есть единичные публикации, проведенные с подобным подходом. Так, например, И.В. Беляева с соавт. (2018) опубликовали данные, свидетельствующие о большой эффективности лечения больных чувствительным туберкулёзом и саркоидозом лёгких при добавлении в комплекс химиотерапии препарат витамина D, чем в группе, получающих плацебо [3]. Тогда как наше исследование подтвердило большую эф-

фективность при включении Холикальциферола в комплекс лечения пациентов с МЛУ-ТБ.

Закключение. Таким образом, внедрение нового краткосрочного режима химиотерапии пациентов с МЛУ-ТБ повысила эффективность их лечения. Эффективность лечения больных с МЛУ-ТБ, получающих краткосрочный режим химиотерапии была значительно выше, чем в соответствующей группе больных, находящихся на индивидуальном режиме лечения.

В двух подгруппах больных с МЛУ-ТБ с разными режимами химиотерапии, которым в комплексе лечения вводили инъекции Холикальциферола эффективность по результатам сроков развития конверсии по посеву мокроты оценена значительно выше, чем в подгруппах, которые не получали препарат витамина D3.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 11-14 в REFERENCES)

1. Абдурахимов А.А. Новые взгляды на биологические эффекты и клиническое действие витамина D:

обзор литературы / А.А. Абдурахимов, О.И. Бобоходжаев // *Вестник АМН Таджикистана*. - 2021. - №3(39). - С. 75-81.

2. Барсегян Л.К. Эргокальциферол и тазовая боль, ассоциированная овариальным эндометриозом / Л.К. Барсегян, М.Р. Оразов, А.О. Духин // *Исследования и практика в медицине*. -2018. -№ S1(5). - С. 19-21.

3. Беляева И.В. Влияние витамина D на иммунитет больных активными формами туберкулеза и саркоидоза / И.В. Беляева, Л.П. Чурилов, Л.Р. Михайлова, А.В. Николаев // *Детская медицина Северо-Запада*. -2018. -№1 (7). - С. 39-44.

4. Бобоходжаев О.И. Динамика развития лекарственной устойчивости при туберкулезе в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, А.С. Раджабзода, С.П. Алиев, П.У. Махмудова // *Евразийский медицинский научно-практический журнал «Сино»*. -2019. -№1. - С. 28-34.

5. Борисов С.Е. Эффективность и безопасность основанных на использовании бедаквилина режимов химиотерапии у больных туберкулезом органов дыхания: непосредственные и окончательные результаты / С.Е. Борисов, А.В. Филиппов, Д.А. Иванова // *Туб. и болезни легких*. -2019. -Т.97(5). - С. 28-42.

6. Доброхотова Ю.Э. Влияние витамина D на эндометриоз / Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Калиматова // *Фарматека*. -2018. -№ 6 (359). - С. 84-88.

7. Иноятова Н.А. Распространенность дефицита витамина D в Республике Таджикистан / Н.А. Иноятова, А.Д. Исаков // *Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук*. -2017. -№4 (199). - С. 80-86.

8. Кузнецова И.В. Лечебные и профилактические эффекты витамина D при гинекологических заболеваниях, связанных с избыточной пролиферацией // *Акушерство и гинекология*. -2018. -№ 4. - С. 138-143.

9. Руководство по менеджменту лекарственно-устойчивых случаев туберкулеза в Республике Таджикистан / А.С. Раджабзода, З.Х. Абдуллоев, С.М. Касимова, Г. Джалилова и др. - Душанбе: 2019.- 137 с.

10. Юнусбекова М.М. Эффективность лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью у пациентов с разным генотипом по генам ферментов биотрансформации CYP2B6 и NAT2 / М.М. Юнусбекова, Л.Я. Бородина, Ф.С. Билалов // *Туб. и болезни лёгких*. -2020. -№6. - С. 40-42.

REFERENCES

1. Abdurakhimov A.A. Novye vzglyady na biologicheskie efekty i klinicheskoe deystvie vitamina D: obzor literatury [New Insights into the Biological Effects and Clinical Effects of Vitamin D: A Literature Review]. *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk Tadjikistana - Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2021, No. 3 (39), pp. 75-81.

2. Barsegyan L.K. Ergokaltsiferol i tazovaya bol, asotsirovannaya ovarialnym endometriozom [Ergocalciferol and pelvic pain associated with ovarian endometriosis]. *Issledovaniya i praktika v meditsine - Research and practice in medicine*, 2018, No. 1 (5), pp. 19-21.

3. Belyaeva I.V. Vliyaniye vitamina D na immunitet bolnykh aktivnymi formami tuberkuleza i sarkoidoza [Effect of vitamin D on immunity in patients with active forms of tuberculosis and sarcoidosis]. *Detskaya meditsina Severo-Zapada - Children's medicine of the North-West*, 2018, No. 1 (7), pp. 39-44.

4. Bobokhodzhaev O.I. Dinamika razvitiya lekarstvennoy ustoychivosti pri tuberkuloze v Respublike Tadjikistan [Dynamics of Development of Drug Resistance in Tuberculosis in the Republic of Tajikistan]. *EvrAziyskiy meditsinskiy nauchno-prakticheskiy zhurnal «Sino» - Eurasian medical scientific-practical journal "Sino"*, 2019, No. 1, pp. 28-34.

5. Borisov S.E. Effektivnost i bezopasnost osnovannykh na ispolzovanii bedakvilina rezhimov khimioterapii u bolnykh tuberkulezom organov dykhaniya: neposredstvennyye i okonchatelnyye rezultaty [Efficacy and safety of bedaquiline-based chemotherapy regimens in patients with respiratory tuberculosis: immediate and final results]. *Tub. i bolezni legkikh - Tub. and lung disease*, 2019, Vol. 97 (5), pp. 28-42.

6. Dobrokhotova Yu.E. Vliyaniye vitamina D na endometrioz [Effect of vitamin D on endometriosis]. *Farmateka*, 2018, No. 6 (359), pp. 84-88.

7. Inoyatova N.A. Rasprostranennost defitsita vitamina D v Respublike Tadjikistan [Prevalence of vitamin D deficiency in the Republic of Tajikistan]. *Izvestiya Akademii nauk Respubliki Tadjikistan. Otdelenie biologicheskikh i meditsinskikh nauk - Bulletin of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan. Department of Biological and Medical Sciences*, 2017, No. 4 (199), pp. 80-86.

8. Kuznetsova I.V. Lechebnye i profilakticheskie efekty vitamina D pri ginekologicheskikh zabolovaniyakh, svyazannykh s izbytochnoy proliferatsiyey [Therapeutic and prophylactic effects of vitamin D in gynecological diseases associated with excessive proliferation]. *Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology*, 2018, No. 4, pp. 138-143.

9. Radzhabzoda A.S. *Rukovodstvo po menedzhmentu lekarstvenno-ustoychivyykh sluchaev tuberkuloza v Respublike Tadjikistan* [Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis Cases in the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2019. 137 p.

10. Yunusbekova M.M. Effektivnost lecheniya tuberkuloza s shirokoy lekarstvennoy ustoychivostyu u patsientov s raznym genotipom po genam fermentov biotransformatsii CYP2B6 i NAT2 [Efficacy of treatment of extensively drug-resistant tuberculosis in patients with different genotypes of CYP2B6 and NAT2 biotransformation enzyme genes]. *Tub. i bolezni lyogkikh - Tub. and lung disease*, 2020, No. 6, pp. 40-42.

11. Berridge M.J. Vitamin D, reactive oxygen species and calcium signalling in ageing and disease. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 2016, No. 371 (1700), pp. 20150434.

12. The WHO. *Global Drug-resistant TB Initiative (GDI). The evaluation of effectiveness and safety of novel shorter treatment regimens for multidrug-resistant tuberculosis. Operational research protocol template*. Geneva, 2018.

13. Van der Werf M. J. Eligibility for shorter treatment of multi-drug resistant tuberculosis in the European Union. *European Respiratory Society*, 2017, Vol. 49, No. 3, pp. 1601992.

14. The WHO Global TB Report, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-tuberculosis-report-2020/country-profile-2020-final-web-min.pdf>.

ХУЛОСА

А.А. Абдурахимов

ЌУСТУЌЌИ РОЌЌОИ БАЛАНД БАРДОШ-ТАНИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ СИЛИ ШУШ БО МУЌОВИМАТИ СЕРШУМОРИ МИКОБАКТЕРИЯИ СИЛ БА ДОРУВОРИЌОИ ЗИДДИ СИЛ

Мақсад. Гузаронидани омӯзиши муқоисавии самаранокии муолиҷаи беморони сили шуш бо муқовимати сершумори микобактерияи сил ба доруҳои зидди сил (БСШМС) бо истифода аз речаҳои химиотерапияи кӯтоҳмуддат ва инфиродӣ ва ба маҷмӯи муолиҷа дохил намудани доруи Холекалтсиферол.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ба гурӯҳи беморони БСШМС бо речаи муолиҷаи кӯтоҳмуддат

40 нафар ва 40 нафар беморони дигар бо речаи табобати инфиродӣ дохил карда шуданд. Ҳарду гурӯҳи мушоҳидаҳо ба ду зергурӯҳи беморон (аз ҳар гурӯҳ 20 нафар) тақсим карда шуданд, ки ба яке аз онҳо Холекалтсиферол 300,000 воҳид дар дохили мушакҳо дар як ҳафта (дар маҷмӯъ 6-8 маротиба) ба маҷмӯи табобати дар боло зикршуда дохил карда шуданд; гурӯҳҳои муқоиса: бошад (аз ҳар гурӯҳ 20 нафарӣ) маҷмӯи химиотерапияи дар боло зикршударо бе доруи Холекалтсиферол гирифтанд.

Натиҷаҳо. Дар гурӯҳи бемороне, ки ба речаи кӯтоҳмуддати табобат дохил карда шудаанд, натиҷаи мусоиди табобат дар 100% ҳолатҳо, дар гурӯҳи беморони бе Холекалтсиферол - дар 80% ҳолатҳо мушоҳида карда шудааст. Бо речаи инфиродии табобат, конверсияи кишти балғам дар гурӯҳи беморони дорои холекалтсиферол низ дар 100% ҳолатҳо, дар гурӯҳи беморони бе холекалтсиферол - дар 70% беморон рух додааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, чорӣ намудани речаи нави химиотерапияи кӯтоҳмуддат барои беморони гирифтори бемории сил, самаранокии табобати онҳоро зиёд кардааст. Дар ду зергурӯҳи БСШМС бо речаҳои гуногуни химиотерапия, ки сӯзандоруи холикалтсиферолро дар маҷмӯаи табобат гирифтаанд, самаранокии табобат дар асоси натиҷаҳои мӯҳлатҳои инкишофи конверсия бо кишти балғам нисбат ба бемороне, ки витамини D3 нагирифтаанд, баландтар арзёбӣ карда шуд.

Калимаҳои калидӣ. Бемории сил, муқовимат ба доруҳои зиддисилий, речаи табобати кӯтоҳмуддат, речаи табобати инфиродӣ, Холекалтсиферол, самаранокии табобат.

УДК 616.988; 616-31; 616-089.23.(575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-17-23

Н.К. Артыкова

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОСЗ РТ

Артыкова Нигина Каримджоновна - соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОСЗ РТ; 734000, г. Душанбе, ул. Бохтар 65/1, кв. 17, тел.: +(992)985806633, Email: nigina_artikova@mail.ru

Цель исследования. Выявление вирусной инфекции слизистой оболочки полости рта у лиц с зубными протезами.