

Дж.А. Абдуллозода<sup>1,3</sup>, Г.М. Ходжамурадов<sup>1</sup>, Х.А. Шамсзода<sup>2</sup>, М.Г. Хамидов<sup>2</sup>, Р.А. Турсунов<sup>3</sup>

## ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЫ МУКОРМИКОЗА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

<sup>2</sup>Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахи»

<sup>3</sup>Таджикский национальный университет, медицинский факультет

Хамидов Маъруф Гадоевич – кандидат медицинских наук, заместитель директора Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахи»; E-mail: m.khamidzoda@mail.ru; Тел.: +992918180303.

**Цель исследования.** Разработать оптимальный вариант комплексного лечения риноцеребральной формы мукоормикоза в постковидном периоде.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ лечения 48 больных с риноцеребральной формой мукоормикоза, поступивших из разных регионов Республики Таджикистан.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У обследованных больных, перенесших COVID-19 (n=12; 0,9%) с сопутствующими заболеваниями, в раннем постковидном периоде через 1-3 месяца, развивалась нейроваскулярная недостаточность, которая привела к прямому вирусно-опосредованному нарушению гематоэнцефалического барьера, состоянию гиперкоагуляции и нейроваскулярным осложнениям. Также установлено, что в процессе лечения, наряду с другими препаратами, пациенты получали антибиотики пятого поколения и глюкокортикостероиды.

**Заключение.** Развитие риноцеребральной формы мукоормикоза в постковидном периоде у больных с сопутствующими заболеваниями связано со снижением иммунитета вследствие длительного бесконтрольного назначения антибиотиков и глюкокортикостероидов, что в свою очередь приводит к активации патогенных и условно-патогенных грибов. Поэтому они должны быть госпитализированы в профильные лечебные учреждения.

**Ключевые слова:** COVID-19, постковидный период, риноцеребральная форма мукоормикоза.

J.A. Abdullozoda<sup>1,3</sup>, G.M. Khojamuradov<sup>1</sup>, Kh.A. Shamszoda<sup>2</sup>, M.G. Khamidov<sup>2</sup>, R.A. Tursunov<sup>3</sup>

## ORGANIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF THE RHINOCEREBRAL FORM OF MUCORMYCOSIS IN THE POST-COVID PERIOD

<sup>1</sup>Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

<sup>2</sup>National Medical Center of the Republic of Tatarstan "Shifobakhsh"

<sup>3</sup>Tajik National University, Faculty of Medicine

Khamidov Maruf Gadoyevich – Candidate of Medical Sciences, Deputy Director of the National Medical Center of the Republic of Tatarstan "Shifobakhsh"; E-mail: M.khamidzoda@mail.ru; Tel.: +992918180303.

**Aim:** To develop an optimal variant of complex treatment of the rhinocerebral form of mucormycosis in the post-COVID period.

**Materials and Methods:** Treatment data from 48 patients diagnosed with the rhinocerebral form of mucormycosis, sourced from various regions of the Republic of Tajikistan, was scrutinized for this analysis.

**Results and Discussion:** The analysis revealed that patients who had contracted COVID-19 (n=12; 0.9%) and had existing health conditions, experienced the onset of neurovascular insufficiency in the early stages of the post-COVID period, roughly 1-3 months subsequent to the infection. This condition was ostensibly triggered by the direct viral disruption of the blood-brain barrier, hypercoagulation, and ensuing neurovascular complications. It was also noted that these patients had been administered fifth-generation antibiotics and glucocorticosteroids during their treatment.

**Conclusion:** The study findings suggest that the emergence of the rhinocerebral form of mucormycosis in the post-COVID period, especially in patients with concurrent health conditions, could be linked to weakened immunity and immunodeficiency. These are often induced by the prolonged, unregulated use of antibiotics and glucocorticosteroids,

*consequently leading to an increase in pathogenic and opportunistic fungi. In light of these findings, it is recommended that such patients be admitted to specialized medical institutions for appropriate treatment.*

**Keywords:** COVID-19, Post-COVID Period, Rhinocerebral Mucormycosis.

**Введение.** Эпидемиологическая ситуация и тенденция развития новой инфекционной болезни COVID-19 в мире остается относительно неблагоприятной. По состоянию на 30 мая 2021 года выявлено около 170 миллионов подтвержденных случаев заражения COVID-19, из них – более 3,5 миллионов со смертельным исходом [12, 14]. В этом контексте в Республике Таджикистан реализация неотложных и первоочередных мер по прекращению циркуляции нового коронавируса 2019-nCoV привела к снижению негативного воздействия COVID-19 [1, 4].

Пандемия новой коронавирусной инфекции, которая развивается вследствие инфицирования SARS-Cov-2 и выражается тяжелым проявлением острого респираторного дистресс-синдрома, обусловила глобальный кризис, представляющий собой крупнейший за последние 100 лет вызов национальным системам общественного здравоохранения. Примерно у 15-20% пациентов, особенно у лиц пожилого и старческого возраста и у тех, кто страдает серьезными сопутствующими заболеваниями, болезнь протекает в тяжелой форме, а риск летального исхода составляет от 3% до 5% [2, 12].

COVID-19 – это преимущественно острое респираторное заболевание, наряду с атипичными поражениями других органов и систем, включая ЦНС, вследствие аффинности вируса к ангиотензинпревращающему рецептору фермента 2 (ACE2). Также, у пациентов с тяжелой формой COVID-19 развивается синдром цитокинового шторма, характеризующийся гипервоспалением из-за избыточного накопления Т-клеток и макрофагов, что приводит к высвобождению большого количества цитокинов в кровотоки [3, 5, 11].

Процесс снижения иммунного статуса, присоединение или активации различных видов грибов и тромбообразования у больных с COVID-19, приводящий к различным осложнениям, несмотря на лечение антикоагулянтами и антиагрегантами, становится все более очевидным, а коморбидность тромбообразования и пневмонии можно объяснить причинно-следственной связью сильного воспалительного процесса [2, 3].

Литературные данные показывают, что 70-75% пациентов с коронавирусной инфекцией страдают снижением или отсутствием обоняния (аносмией) [2, 3]. Некоторые исследователи связывают это с

тем, что обонятельные клетки окружены поддерживающими клетками, повреждение которых приводит к нарушению функции самой обонятельной клетки, а также к снижению вкуса. За полгода наблюдений отмечено, что восприятие запахов у 5-10% больных не восстановилось [6].

Ряд авторов предполагают, что вирус, повреждая эндотелий, повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера, приводя к тромбозам и кровотечениям [3, 11]. Кровоизлияния могут быть связаны с коагулопатией из-за эндотелиальной дисфункции как последствия и/или дисфункции печени и потребления факторов свертывания крови, приводящих к распространению внутрисосудистой коагуляции [7, 8].

Другие исследования показывают, что воспалительные и коагулопатические изменения, которые возникают у 5,7% тяжелобольных, приводят к нейроваскулярным осложнениям [9, 13, 14]. Это состояние происходит вследствие окклюзии крупных сосудов, которое может возникать также у молодых пациентов и даже с низким фактором риска возникновения нейроваскулярных осложнений. Однако данные о течении стационарных исследований пациентов с COVID-19, перенесших нейроваскулярные осложнения, незначительны [10, 11], поэтому проведение исследовательской работы в данном направлении представляет научный интерес.

**Цель исследования.** Разработать оптимальный вариант комплексного лечения риноцеребральной формы мукормикоза в постковидном периоде.

**Материал и методы исследования.** В Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш» за период с 27.04.2020 по 1.06.2022 г. обратились 48 больных с риноцеребральной формой мукормикоза в постковидном периоде с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет 2 типа, ожирение и сердечно-сосудистые заболевания) из разных регионов Республики Таджикистан. Все эти больные поступали через 1,5-3 месяца после перенесения COVID-19, которые получили комплексное амбулаторное или стационарное лечение.

В зависимости от состояния больных были проведены обследования ЛОР органов, органов зрения, полости рта, общеклинические и лабораторные методы исследования, в том числе виру-

сологическое, бактериологическое, иммунологическое и микологическое.

Статистическая обработка данных исследования проведена с помощью программного пакета SPSS (версия 13.0) и методами вариационной статистики. Различия показателей считались значимыми при  $p < 0,05$ .

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что у этих больных при обследовании наблюдалось повышение САД ( $110,0 \pm 9,0$  мм рт.ст.), тахикардия ( $118,0 \pm 6,0$  уд/мин), уменьшение ударного объёма ( $56,0 \pm 3,0$  мл), увеличение МОК ( $6,5 \pm 1,3$  л/мин) за счет тахикардии, повышение сахара крови ( $13,0 \pm 2,0$  ммоль/л), свертываемости крови по Ли-Уайту ( $160,0 \pm 20,0$  нач. и  $180,0 \pm 30,0$  сек. кон.), С-реактивного белка (++++) и фибриногена ( $750,0 \pm 40,0$  г/л).

Многофакторность осложнений данной патологии, вероятно, связана с перенесенным COVID-19, которые можно объяснить сочетанием синдрома высвобождения цитокинов, применением одного или двух антибиотиков широкого спектра действия, стероидных препаратов у лиц с сопутствующими заболеваниями как сахарный диабет 2 типа, ожирение и сердечно-сосудистых заболеваний, что привело к снижению иммунного статуса больных, преобладанию патогенных и условно-патогенных грибков и возникновению риноцеребральной формы мукормикоза.

У 38 (79,2%) больных имелись симптомы поражения ЛОР-органов: снижение или полная потеря обоняния и вкуса, наличие сухости в носу

и горле, першение в горле, затруднение носового дыхания, снижение болевой чувствительности, иногда кровотечение из носа. При объективном осмотре выявлены: видимая слизистая оболочка полости носа бледно-розовая, наличие сухой темной корки со зловонным запахом, поражение решетчато-клиновидного пространства, решетчатых клеток с распространением в латеральную стенку гайморовых пазух, хоаны, носоглотки, твердого и мягкого нёба, при удалении которых больной не ощущает сильной боли, обычно не кровоточит или слегка кровоточит (рис. 1б, 2, 5).

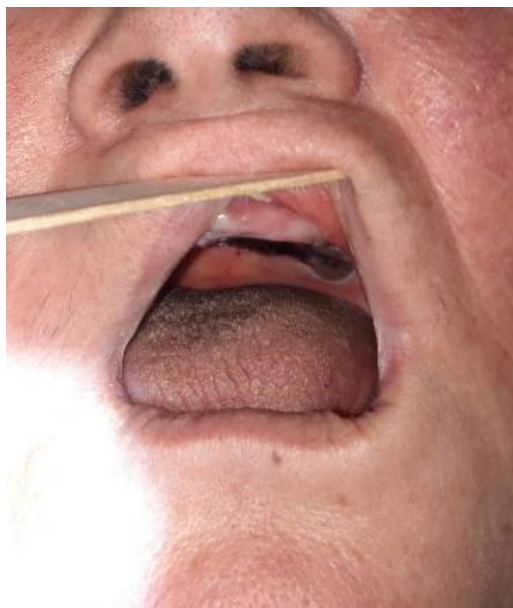
У 42 (87,5%) больных отмечались выраженный воспалительный инфильтрат в орбите, признаки венозного застоя в венах век и орбиты, экзофтальм, хемоз, офтальмоплегия, мидриаз. На глазном дне отмечались отек и побледнение диска зрительного нерва, отек сетчатки и признаки васкулита сосудов глазного дна (рис. 1а, 1б, 2-5). При поступлении у всех больных отмечалось полное отсутствие зрительной функции, а у 12 из них процесс имел двусторонний характер (рис. 1а, 1б).

В 7 (14,6%) случаях наблюдалась тромбоэмболия сосудов орбиты, крыло-нёбной ямки и головного мозга, каротидной артерии с потерей зрения, двигательными и чувствительными расстройствами с контралатеральной стороны или сочетанием этих нарушений. Вследствие тромбоэмболии и тромбофлебита глазничных сосудов, сосудов вокруг глаза и волосистой части головы наблюдались некроз тканей и гнойные раны (рис. 1, 3, 4, 6).



**Рисунок 1. Больной Б.С., 1952 г.р.:** а - Двустороннее поражение органов зрения с дренированием ран. Тромбофлебит глубоких вен орбиты. Флегмона орбиты. Нейропатия зрительного нерва. Хориоретинovasкулит. Атрофия зрительного нерва. Произведена орбитотомия. Некрэктомия (клиника: экзофтальм, офтальмоплегия, хронический гнойный свищ орбиты, мидриаз, отек и помутнение сетчатки, отек и побледнение диска зрительного нерва, помутнение хрусталика); б - Некротический процесс слизистой твердого и мягкого нёба.





**Рисунок 2. Больная Ф.С., 1965 г.р.:** Тромбофлебит глубоких вен орбиты. Ишемическая нейропатия зрительного нерва. Атрофия зрительного нерва. Диабетическая ретинопатия. (Клиника: экзофтальм, офтальмоплегия, мидриаз, отек и помутнение сетчатки, отек и побледнение диска зрительного нерва, кровоизлияние и ишемические очаги в сетчатке); язвенно-некротический процесс альвеолярного отростка верхней челюсти с переходом на твердого неба.



**Рисунок 3. Больная Т.М., 1964 г.р.:** Выраженный воспалительный инфильтрат и венозный застой в венах век и орбиты слева. Тромбофлебит глубоких вен орбиты слева. Флегмона орбиты. Нейропатия зрительного нерва. Хориоретиноваскулит. Осложненная катаракта. Произведены орбитотомия, некрэктомия (клиника: экзофтальм, офтальмоплегия, хронический гнойный свищ орбиты, мидриаз, отек и помутнение сетчатки, отек и побледнение диска зрительного нерва, помутнение хрусталика).



**Рисунок 4. Больная Э.Х., 1963 г.р.:** а, б – Тромбофлебит глубоких вен орбиты слева. Флегмона орбиты. Пануеит. Осложненная катаракта. (Произведена орбитотомия, некрэктомия) (Клиника: экзофтальм, офтальмоплегия, хронический гнойный свищ орбиты, мидриаз, отек и помутнение сетчатки, отек и побледнение диска зрительного нерва, помутнение хрусталика).



**Рисунок 5. Больной Ю.К., 1960 г.р.:** Язвенно-некротический процесс слизистой оболочки твёрдого и мягкого нёба справа. Тромбофлебит глубоких вен орбиты. Гнойная прободная язва роговицы. Нейропатия ишемическая. Диабетическая ретинопатия. Произведена лечебная кератопластика (клиника: экзофтальм, офтальмопарез, мидриаз, гнойная язва роговицы, отек и побледнение диска зрительного нерва, отек и ишемия сетчатки).



**Рисунок 6. Больной А.Э., 1965 г.р.:** Двусторонний выраженный воспалительно-некротический процесс орбиты, экзофтальм, хемоз, офтальмоплегия (двухсторонний процесс) Тромбоз кавернозного синуса. Флегмона орбиты. Эндофтальмит. Некроз век. (клиника: острый некроз век, экзофтальм, офтальмоплегия, хемоз, отек роговицы, тотальная гифема) Поступил в тяжелом состоянии и госпитализирован в реанимационное отделение. Несмотря на проведенную интенсивную терапию больной экзотировал на 2-е сутки после госпитализации от полиорганной недостаточности.

Со стороны полости рта во всех случаях (n=48) отмечали появление воспалительно-некротических участков твердого и мягкого нёба, покрытых грязно-фиброзным налетом, а в 12 (25%) случаях – перфоративное отверстие мягкого нёба и в 2 (4,2%) случаях – обширный некроз мягкого и твердого неба с перфорацией.

Всем больным после проведения консилиума специалистов (офтальмолога, оториноларинголога, нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, невропатолога, эндокринолога, инфекциониста и реаниматолога) проведена усиленная дезинтоксикационная и противогрибковая терапия, а также назначены антикоагулянты прямого и непрямого действия. По показаниям 6 (12,5%) пациентам было проведено активное хирургическое вмешательство: орбитотомия (рис. 2, 5, 6). Характерной особенностью воспалительного процесса у данных больных являлись некротические изменения тканей орбиты с вялым клиническим течением, а также длительно не заживающие послеоперационные раны.

Кроме того, независимо от полученного консервативного и хирургического лечения через 1-3 месяца зрение ни у одного больного не восстановилось, что связано с атрофией зрительного нерва.

**Заключение.** По нашему мнению, развитие риноцеребральной формы мукормикоза в постковидном периоде у больных с сопутствующими заболеваниями, связано со снижением иммунитета и иммунодефицитного состояния, вследствие длительного бесконтрольного назначения антибиотиков и глюкокортикостероидов, что в свою очередь приводит к активации патогенных и условно-патогенных грибов.

Кроме того, у больных с риноцеребральной формой мукормикоза в постковидном периоде с наличием сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет и гипертоническая болезнь, вследствие которых происходят тромбоэмболия и тромбофлебит черепно-лицевой области, может наблюдаться некроз и нагноение тканей лица и волосистой части головы, с развитием слепоты одного или обоих глаз, или геморрагические и ишемические инсульты, и привести к летальному исходу. Поэтому они должны быть госпитализированы в профильные лечебные учреждения.

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-14 см. в REFERENCES)

1. Абдуллозода Дж.А. Особенности течения и медико-социальные аспекты новой коронавирусной



инфекции в Республике Таджикистан / Дж.А. Абдуллозода, С.Дж. Юсуфи, Р.А. Турсунов // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. Москва. - 2022. - Т.11, №1. - С. 85-92.

2. Глыбочко П.В. Клиническая характеристика 1007 больных тяжелой SARS-CoV-2 пневмонией, нуждавшихся в респираторной поддержке / П.В. Глыбочко, В.В. Фомин, С.Н. Авдеев и др. // Клиническая фармакология и терапия. - 2020. - №29 (2). - С. 21-29.

3. Лобастов К.В. COVID-19-ассоциированная коагулопатия: обзор современных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике / К.В. Лобастов, И.В. Счастливцев, О.Я. Порембская, О.В. Дженина, А.Б. Барганджия, С.Н. Цаплин // Амбулаторная хирургия. - 2020. - №3-4. - С. 36-51

4. Турсунов Р.А. Анализ летальных случаев при первой волне новой коронавирусной инфекции – COVID-19 / Р.А. Турсунов, Д.А. Олимов, Г.М. Ходжамурадов // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. Москва. - 2021. - Т.10, №3. - С. 33-40.

## REFERENCES

1. Abdullozoda Dzh.A. Osobennosti techeniya i mediko-sotsialnye aspekty novoy koronavirusnoy infektsii v Respublike Tadjikistan [Features of the course and medical and social aspects of a new coronavirus infection in the Republic of Tajikistan]. Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie - Infectious diseases: news, opinions, training, 2022, Vol. 11, No. 1, pp. 85-92.

2. Glybochko P.V. Klinicheskaya kharakteristika 1007 bolnykh tyazheloy SARS-CoV-2 pnevmoniei, nuzhdavshikhsya v respiratornoy podderzhke [Clinical characteristics of 1007 patients with severe SARS-CoV-2 pneumonia who needed respiratory support]. Klinicheskaya farmakologiya i terapiya - Clinical pharmacology and therapy, 2020, No. 29 (2), pp. 21-29.

3. Lobastov K.V. COVID-19-assotsirovannaya koagulopatiya: obzor sovremennykh rekomendatsiy po diagnostike, lecheniyu i profilaktike [COVID-19-associated coagulopathy: a review of current recommendations for diagnosis, treatment and prevention]. Ambulatornaya khirurgiya - Ambulatory surgery, 2020, No. 3-4, pp. 36-51.

4. Tursunov R.A. Analiz letalnykh sluchaev pri pervoy volne novoy koronavirusnoy infektsii – COVID-19 [Analysis of fatal cases during the first wave of a new coronavirus infection - COVID-19].

Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie - Infectious diseases: news, opinions, training, 2021, Vol. 10, No. 3, pp. 33-40.

5. Baig A.M., Khaleeq A., Ali U. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms. ACS Chemical Neuroscience, 2020, No. 11, pp. 995–98.

6. Klok F.A., Kruip M., van der Meer N.J.M. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. Thrombosis Research, 2020, No. 191, pp. 145-147.

7. Li Y.C., Bai W.Z., Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19. Journal of Medical Virology, 2020, No. 27.

8. Lodise T.P., Rybak M.J. COVID-19: Important therapy considerations and approaches in this hour of need. Pharmacotherapy, 2020, No. 40 (5), pp. 379–381.

9. Madjid M., Safavi-Naeini P., Solomon S.D. Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. JAMA Cardiology, 2020, Vol. 1, No. 5 (7), pp. 831-840.

10. Mao L., Jin H., Wang M. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurology, 2020, No. 77 (6), pp. 683.

11. Mehta P., McAuley D.F., Brown M. HLH Across Speciality Collaboration, UK. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. Lancet, 2020, No. 395, pp. 1033–34.

12. Nguyen J.L., Yang W., Ito K. Seasonal influenza infections and cardiovascular disease mortality. JAMA Cardiology, 2016, No. 1 (3), pp. 274-81.

13. Oudit G.Y., Kassiri Z., Jiang C. SARS-Coronavirus Modulation of Myocardial ACE2 Expression and Inflammation in Patients with SARS. European Journal of Clinical Investigation, 2019, No. 39, pp. 618-625.

14. Sanders J.M., Monogue M.L., Jodlowski T.Z. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. JAMA, 2020, No. 323 (18), pp. 1824–1836.

## ХУЛОСА

Ҷ.А. Абдуллозода, Ғ.М. Хочамуродов,  
Х.А. Шамсзода, М.Ғ. Хамидов, Р.А. Турсунов

**ТАШКИЛИ ТАБОБАТИ МАҶМЀИИ ШАКЛИ  
РИНОСЕРЕБРАЛИИ МУКОРМИКОЗ  
ДАР ДАВРАИ БАЪДИ COVID-19**

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳияи тарзи мувофиқи табобати маҷмӯи шакли риносеребралии мукормикоз дар давраи баъди COVID-19.

**Мавод ва усулҳо.** Таҳлили муолиҷаи 48 нафар бемори гирифтори шакли риносеребралии мукормикоз, ки аз минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон бистарӣ шудаанд, гузаронида шудааст.

**Натиҷаҳо.** Дар беморони муоинашуда ( $n=12$ ; 0,9%) маълум гардид, ки баъди бемории COVID-19, гузашти 1,5-3 моҳ норасоии невровакулярӣ ба вучуд омадааст, ки боиси ихтилоли мустақими вирусии хун, монеаи гематоэнцефаликӣ, ҳолати гиперкоагулятсия ва оризаҳои невровакулярӣ гардидааст. Ба ғайр аз ин мушкилоти асаб-рағҳо бемории COVID-19 бароварда мерасонад. Инчунин муқаррар карда шуд, ки дар қараёни табобат

дар баробари дигар доруҳои антибиотикҳои насли панҷум ва глюкокортикостероидҳо таъин гардидаанд.

**Хулоса.** Инкишофи шакли риносеребралии мукормикоз дар давраи пас аз COVID-19 дар маризони бемориҳои ҳамроҳ бо коҳиши масунӣ ва ҳолати норасоии масунӣ аз ҳисоби истифодаи дарозмуддати, беназоратии антибиотикҳо ва глюкокортикостероидҳо мебошанд, ки дар навбати худ ба ғайр аз шудани занбӯруғҳои патогенӣ ва оппортунистӣ оварда мерасонад. Аз ин рӯ, онҳо бояд дар муассисаҳои соҳавии тиббӣ бистарӣ карда шаванд.

**Калимаҳои калидӣ:** COVID-19, давраи пас аз ковид, шакли риносеребралии мукормикоз.

УДК 616.147.17-007.64-089

doi: 10.52888/0514-2515-2023-357-2-11-15

Алиева Р.Я., Байматова З.К., Гулакова Д.М., Муродова Ш.М.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЛЕБОДИА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВЕН ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (ГЕМОРОЙ).

*ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ.*

*ГУ ГМЦ №2 им. К.Т. Таджиев*

**Байматова Зарина Кахорджановна** - старший научный сотрудник акушерского отдела ТУ Научно – исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии. (935-35-45-35, E-mail: [tiiaqir@mail.ru](mailto:tiiaqir@mail.ru)).

**Цель исследования.** Оценить результаты эффективности применения препарата флебодиа у беременных женщин с геморроем.

**Объект и методы исследования.** Нами было обследовано 37 пациенток, у которых диагностировано острый и хронический геморрой, находившиеся в отделении патологии беременных №1 ГУ НИИ АГ и П за период 2000-2021гг. Данные пациентки были проконсультированы врачом проктологом. После выписки беременных из отделения патологии дальнейшее наблюдение ввелось врачом проктологом. Критерии включения - наличие у беременных субъективных и объективных признаков заболевания. Лечение препаратом Флебодиа 600 проводили по определенной схеме: сначала 4 дня по 1 таблетке 3 раза в день во время еды, а затем по 1 таблетке 2 раза в день.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ведущим симптомом геморроя у беременных женщин явилось боль, которая встречалась у 81,0%, ощущение дискомфорта (зуд) наблюдалось у 43,2%, кровотечение из заднего прохода у 32,4% соответственно. При назначении препарата Флебодиа нами были достигнуты положительные результаты. В ходе нашего исследования удалось у 91,8% беременных женщин с установленным диагнозом геморрой, добиться таких положительных результатов как устранение таких симптомов как прекращение кровотечения перинатального отека, болевого синдрома и зуда.

**Заключение.** У беременных женщин, применявших препарат Флебодиа 600, наблюдалась положительная гемодинамика в клинических симптомах геморроя.

**Ключевые слова:** беременность, геморрой, флебодиа, плацентарная недостаточность.