

рафта дар доираи он пешгирӣ ва гузаронидани чорабиниҳои мақсаднок оид ба пешгирии бемориҳо, ташхис ва табобат дар доираи хизматрасонии муссисаҳои кӯмаки аввалияи тиббии санитарӣ, айни замон Марказҳои саломатии шаҳру навоиҳо мебошад.

Муттасифона ин бандҳои Қарори мазкур дар шароити ҳозира муздноқ гардидаанд, ки мушкилоти назаррасеро дар раванди пешгирию ташхису табобат ва солимгардонии аҳолии кишвар эҷод менамоянд.

Дар ҷадвали мазкур нархномаи айни замон ҷойдоштаи таҳлилу ташхисҳои зарури, ки ҳангоми гузаронидани диспансеризатсия ҳатмӣ мебошанд меоварем:

Ҷадвали 1.

№	Номгӯи таҳлилу ташхисҳо	Нархнома (бо сомонӣ)
1	Таҳлилу умумии хун	22
2	Таҳлилу умумии пешоб	17
3	Таҳлилу умумии фазла	18
4	Таҳлилу фазла барои кичча	18
5	Таҳлилу биохимиявии хун	147-187
6	Сабти барқии дил	6
7	Флюорография	6
8	Таҳлилу ултрасадоии узвҳои дохила	35с. барои як узв
9	Қанди хун	12
10	Маммография	70
	<b>Ҷамагӣ</b>	<b>82 + (140) = 222 сом.</b>

Чӣ хеле, ки аз ҷадвали 1. бармеояд, қиммати гузариши таҳлилҳои лабораторӣ барои як нафар аз 222 то 470 сомониро ташкил медиҳад, ки айни замон на барои ҳамаи оилаҳои тоҷикистонӣ имконпазир ҳаст.

**Хулоса:** Бинобар ҳамин ба Марказҳои саломатӣ дар якҷоягӣ бо ВТ ва ҶИА ҚТ ва дигар мақомотҳои идораҳои ваколатдор зарур аст, ки барои кӯмак ба гузаронидани маърақаҳои диспансеризатсияи аҳолии ҷумҳурӣ чораандешӣ намоянд.

Чӣ хеле, ки маълум ҳаст пешгирии беморӣ аз табобати он дида камхарҷу самарабахштар ҳаст. Ҷамзамон, ташхису табобати саривактӣ бемориҳои зерин ба монанди: сил, ВНМО, гепатитҳои вирусӣ, сактаи дилу майнаи сар, диабет қанду фарбеҳӣ метавонад сатҳу сифати зиндагӣ табобати ин беморонро беҳтару камхарҷ ва бучҷаи оилавию давлатиро ғани гардонад.

Ҳамин тарик, агар аз тарафи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ ва дигар мақомотҳои ваколатдор гузаронидани маърақаҳои диспансеризатсияи аҳолии роғон ё ҳадди ақал арзон карда мешуд дар раванди пешгирию табобату солимгардонии аҳолии саҳми босазое гузошта мешуд.

#### Адабиёт:

1. Мачмӯи дастурҳои клиникӣ оид ба ташхису табобати беморон дар сатҳи кӯмаки аввалияи тиббии санитарӣ/(нашри 3 бо илова) ВТ ва ҶИА ҚТ, ш. Душанбе -2014
2. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 декабри соли 2008, тахти №600 .

*Заздравнов А.А., Пархоменко К.Ю.*

### ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра общей практики-семейной медицины и внутренних болезней  
Харьковского национального медицинского университета, Харьков, Украина

**Актуальность.** Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ) привлекает внимание врачей различных специальностей – ревматологов, терапевтов, ортопедов, травматологов. Варикозная болезнь вен нижних конечностей относится к сосудистой патологии и является уделом сосудистых хирургов. Она нередко выявляется у молодых лиц без традиционных факторов риска повреждения вен (избыточный вес, беременность, длительный ортостаз). Однако, многие из этих лиц имеют признаки СНСТД. В сложившейся коморбидности генетически обусловленные нарушения метаболизма коллагена и эластина, наблюдающиеся при СНСТД могут быть причиной изменения механических свойств сосудистой стенки и венозных клапанов [1].

**Цель исследования.** Изучить частоту и фенотипические особенности синдрома недифференцированной соединительно-тканной дисплазии в аспекте его скелетно-суставных проявлений у молодых больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 34 больных (21 женщина, 13 мужчин) с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил  $25 \pm 3,12$  лет. Клиническое обследование и антропометрические измерения были проведены всем пациентам. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась путем расчета непараметрического критерия  $\chi^2$  для оценки различий эмпирического и теоретического распределений признака.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагноз СНСТД был установлен у 26 пациентов (76,5 %) с варикозной болезнью вен нижних конечностей., в том числе – у 19 женщин и 7 мужчин. Выявленные гендерные различия в распределении указанной коморбидности были достоверны ( $\chi^2 = 5,988$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,014$ ).

Самым частым (21 - 84 % случаев) скелетно-суставным проявлением СНСТД у обследованных пациентов был позитивный «тест большого пальца» – независимая (без внешнего воздействия) фиксация большого пальца поперек ладони. При этом ногтевая фаланга большого пальца выходила за ульнарный край ладони. Положительный тест запястья (тест Walker–Murdoch) был выявлен у 12 (46,1 %) пациентов. Гипермобильность локтевых суставов наблюдалась у 13 (50 %) пациентов, гипермобильность коленных суставов – у 5 (19,2 %) пациентов. Сколиоз был выявлен у 10 (38,5 %) пациентов, плоскостопие – у 8 (30,8 %) больных, варусная или вальгусная деформация нижних конечностей – у 8 (30,8 %) пациентов, деформация грудной клетки – у 5 (19,2 %) пациентов, синдром «прямой спины» - у 4 (15,4 %), крыловидные лопатки – у 4 (15,4 %) больных. Гендерных различий в частоте выявления того или иного скелетно-суставного проявления дисплазии соединительной ткани выявлено не было ( $p>0,05$ ). При этом, каждый из пациентов с СНСТД и варикозной болезнью вен нижних конечностей имел пять и больше фенотипических скелетно-суставных признаков дисплазии соединительной ткани.

**Выводы.** У молодых пациентов, преимущественно у женщин, варикозное расширение вен нижних конечностей часто развивается на фоне СНСТД. Генетический дефект образования соединительной ткани может быть причиной нарушения структуры стенки вены и ее клапанного аппарата. Наличие пяти и более скелетно-суставных проявлений дисплазии соединительной ткани может быть использовано в качестве негативного прогностического фактора возникновения варикозной болезни вен нижних конечностей.

#### Список литературы

1. Патогенез несостоятельности стенки вены при варикозной болезни / Студенникова В.В., Севергина Л.О., Сиявин Г.В., Рапопорт Л.М., Коровин И.А. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019.- №10.- С. 69-74.

*Зарипов Н.А., Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Сабурзода М.*

### КЛИНИКА, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

**Актуальность.** При многих заболеваниях с вовлечением центральной нервной системы когнитивные нарушения достаточно часто входят в патологический симптомокомплекс [1,2,3,4], но в особенности, это относится к группе нейродегенеративных заболеваний [5,6,7,8]. К когнитивным функциям головного мозга относится интеллектуальная деятельность, которая включает в себя память, понимание, восприятие, воспоминание, представление, воображение, рассуждение, задумчивость и др. Расстройства этих функций занимают большой удельный вес в структуре болезни Паркинсона. Болезнь Паркинсона (БП) -нейродегенеративное заболевание, частота встречаемости которой составляет 150–200 случаев на 100 000 населения, при которой поражаются нейроны черной субстанции. [9,10,11]. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется свыше 300 тыс. новых случаев болезни. Число больных болезнью Паркинсона в мире составляет около 3,7 млн. БП поражает около 0,3% населения в развитых странах, а ее распространенность среди лиц в возрасте старше 65 лет составляет 3% [15]. В публикациях различных авторов отмечается, что уже на ранних стадиях у 90–95% больных БП наблюдаются различные нейропсихологические (депрессия, апатия, расстройства сна, когнитивные нарушения – КН), вегетативные (запор, ортостатическая гипотензия, расстройства мочеиспускания, потливость), сенсорные нарушения [16]. Болезнь Паркинсона (БП) связана с дефицитом дофаминергической системы и характеризуется большим разнообразием не двигательных и двигательных нарушений (вегетативные, психические, когнитивные, диссомнические и сенсорные симптомы). Недвигательные расстройства являются ключевым фактором и часто недооцениваются клиницистами, оставаясь без лечения [12]. В случае прогрессирования этих симптомов значительно ухудшается качество жизни, а также уход за данными пациентами [13,14].

**Цель исследования.** Изучить клинику, методы диагностики и лечения когнитивных нарушений при БП.

**Материал и методы исследования.** Нами исследовано 32 пациента с БП, из них 18 мужчин и 14 женщины. Возраст пациентов варьировал от 31 до 85 лет (табл. 1). Из таблицы видно, что в группе больных преобладали женщины (32 пациентки) в возрасте от 40 до 85. Длительность заболевания до момента нашего осмотра в клинике колебалась в обеих группах от 5 до 10 лет, в среднем  $8,30 \pm 2,50$ . Диагностику проводили в три этапа: выявляли признаки паркинсонизма, проводили поиск симптомов, признаков исключающих болезнь Паркинсона и распознавали симптомы, подтверждающие болезнь Паркинсона. В целом диагноз устанавливали на основании детального исследования неврологического статуса и дополнительных методов исследования: у всех пациентов выполнен МРТ головного мозга, ЭЭГ, клинический и биохимические анализы крови. Критерием исключения было выявление деменции при скрининговом тестировании пациентов нашей оригинальной методикой. Нарушения когнитивных функций исследованы при первичном осмотре больных, а затем лечения левдопом/карбидопом в дозе 175 мг 3 раз в сутки. Статистический анализ проводили с помощью программы «Statistica6.0» с применением критерия знаков и парного критерия Вилкоксона.

Таблица 1. – Половозрастные характеристики

Группа больных	Пол		Возраст	Всего
	Ж	М		
БП	14	18	31-85	32

**Результаты исследования и их обсуждение.** При клинической диагностике БП на первом этапе распознавали синдром паркинсонизма и разграничивали его со сходными неврологическими и психопатологическими проявлениями, т.е. проводили синдромальную дифференциальную диагностику. На втором этапе диагностики БП