



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



4 (24) 2018

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**А. Ш. ИНОЯТОВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

**Т.С. АГЗАМХОДЖАЕВ,
А. АБДУМАЖИДОВ,
М.М. АКБАРОВ,
Х.А. АКИЛОВ,
М.М. АЛИЕВ,
С.Ж. АМИНОВ,
Ш.М. АХМЕДОВ,
Ю.М. АХМЕДОВ,
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ
(главный редактор),
Б.Т. БУЗРУКОВ,
Р.К. ДАДАБАЕВА,
К.А. ДЕХКАНОВ,
Э.С. ДЖУМАБАЕВ,
А.И. ИСКАНДАРОВ,
С.И. ИСМОИЛОВ,
Э.Э. КАБИЛОВ,
Т.С. МУСАЕВ,
С.Н. НАВРУЗОВ,
Ф.Г. НАЗИРОВ,
Н.А. НУРАЛИЕВ,
Ш.Э. ОМОНОВ,
Т.А. САГАТОВ,
Ш.Т. САЛИМОВ,
Б.Б. САФОЕВ
(Отв. секретарь),
Б.Т. РАХИМОВ,
Б.Т. ТАДЖИЕВ,
А.Ж. ХАМРАЕВ,
А.М. ШАМСИЕВ,
А.К. ШАДМАНОВ,
К.Б. ШОДМАНОВ,
Б.Б. ЭРГАШЕВ,
Н.Ш. ЭРГАШЕВ**

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского является
генеральным научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий,
рецензируемых Высшей Аттестационной
Комиссией Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
ДОНГ ЖИНЧЭНГ (Китай)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
Т.Х. КАЮМОВ (Ташкент)
В.Е. КУЗАКОВ (Россия)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Белоруссия)
А.А. ПАТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Ш.Ж. ТЕШАЕВ (Бухара)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)**

www.avicenna-med.uz
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

4 (24)

2018

октябрь-декабрь

ИЛМИЙ-НАЗАРИЙ ТИББИЁТ

Юнусова З.Д., Байматова Н.А., Бабаджанова Ш.Д.,
Жахонров А.Х., Грицаев С.В., Кострома И.И.,
Жернякова А.А.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ХЕЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
НИЗКОГО РИСКА** 4

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ

Кариев С.С., Касымов С.О.

**ИНГИБИТОРЫ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ И ИХ
СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИЕВЫМ
УРОЛИТИАЗОМ** 9

Нурматова И.

**ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРА И ЛИЧНОСТИ
У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ
АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ** 12

Абдукаримов Н. У.

**ТИББИЁТ БИЛИМ ЮРТИ ТАЛАБА
ҚИЗЛАРИДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИНИ
ЎРГАНИШ** 15

М.А.Абдуллаева, М.О.Қудратова

**ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА
КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР ҲОЛАТИНИ
БАҲОЛАШ** 17

Абдурахманов М.М. Нарзуллаева Н.С.Орипова Ф.Ш.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ
С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ** 20

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р., Жумаева Н.Х.,

Сафаров С.С., Хаётов Ш.Х.
**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ** 23

Азгамходжаев Т.С., Салиходжаев Ш.Н.,

Исмаилова М.У., Бекназаров А.Б.
**РАННЯЯ ЭКСТУБАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА** 26

Азизова Р.А., Мухитдинова М.И., Гиясова Р.Э.

**КОМПЛЕКСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ
КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕСТАЗА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ** 29

М.У. Алиев, Л.А. Камбарова, Н.Б. Саидмуродова,

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ
ПАЗУХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ
РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА** 33

Amanullaev R.A., Makhkamova N.E., Nizomov O.Sh.

**CONDITION OF NASAL CAVITY IN PATIENTS
WITH CLEFT UPPER LIP AND PALATE** 35

А.А.Асроров, Ф.А.Халилова, Н.Г.Ашурова,

Н.О.Джуроева, Х.Б.Тошева Ч.А.Аминжонов*
**СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ БИЛАН ОФРИГАН
БОЛАЛАРДА ҚЎЛ КАҒДИ ТЕНОРИ ВА
ГИПОТЕНОРИ ДЕРМАТОГЛИФИКАСИ
КЎРСАТКИЧЛАРИ** 37

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Касымов С.О.

**ПРОМОУТЕРЫ КАЛЬЦИЕВОГО УРОЛИТИАЗА
И ИХ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ
УРОЛИТИАЗОМ В Г. ТАШКЕНТЕ** 41

У.Д. Жалилова, Ш.Ш. Тиллоева,

**СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ В ВА С БИЛАН
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖИГАР
ФИБРОЗИНИНГ НОИНВАЗИВ
ДИАГНОСТИКАСИ** 45

Жураева Х.И., Бадритдинова М.Н.

**ЧАСТОТА И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НЕКОТОРЫХ
КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА В РАЗЛИЧНЫХ ГЕНДЕРНЫХ
ГРУППАХ** 48

Нурматова И.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЕ
АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ЖЕНЩИН** 52

А.Х.Каримов., М.Л.Аграновский., Р.Қ. Мўминов.,

Г.А.Азимова., И.Ф.Козимжонов., Х.Х.Махмудова.
**ЎСМИРЛАРДА ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИДАЛ
ҲАТТИ-ҲАРАКАТЛАРНИНГ ШАҲС
ПРЕМОРБИД ХУСУСИЯТЛАРИГА ТАЯНГАН
ҲОЛДА БАҲОЛАШ** 58

Мақолалардаги маълумотлар учун
муаллиф ва бош муҳаррир масъул.

Таҳририят фикри муаллифлар
фикри билан муносиб бўлмаслиги
мумкин.

Барча муаллифлик ҳуқуқлари
ҳимояланган.

Барча маълумотлар таҳририят
ёзма рухсатисиз чоп этилмайди.

Масъул муҳаррир: Сафоев Б.Б.
Бадий муҳаррир: Пулатов С.М.
Таржимон: Файбуллаев С.С.

Теришга берилди 26.11.2018 й.
Босишга рухсат этилди 12.12.2018 й.
Бичими 60×84 1/8.
Шартли босма табоғи 18,0.
Офсет қоғозида чоп этилди.
Адади 100 нусха.
42-бўйртма.
«ISTIQLOL NASHRIYOTI» MCHJ
босмахонасида чоп этилди. 100011. Тошкент,
Навоий кўчаси, 30-уй.

«Тиббиётда янги кун» тиббиёт
журнали таҳририяти,
Тошкент ш., 100011,
Навоий кўчаси, 30-уй,
тел.: +99890 8061882,
e-mail: ndmuz@mail.ru

Тошкент вилояти Матбуот ва ахборот
бошқармасида 2012 йил 16 февралда
руйхатга олинган (03-084-сонли гу-
воҳнома).
Баҳоси келишилган нархда.
Нашр кўрсаткичи 7048.

Мамасолиев Н.С., Мавлонов Н.Х, СУРУНКАЛИ НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКА ЙЎНАЛИШЛАРИ	64
--	----

Mamazhanova Sh.K., Mamadalieva M.M., Khodzhaeva F.T. IMPORTANCE OF IODINE DONATION IN PREGNANCY IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE TYRIDEID	68
---	----

Махкамова Д.Э., Зияев С.М., Махкамова Н.Э. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА	73
---	----

Махкамова Н.Э., Чакканова М.Б., Умаров Д.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	77
---	----

Мирзаева М.А., Хаджаева Д.Х., Каримова З.Қ., Атаходжаева Д.Р., Исламов А.Й., Каражанова Т.Д. ДИАРЕЯ БИЛАН ОГРИГАН БОЛАЛАРДА ЭТИОЛОГИК ФАКТОРЛАРИНИНГ ҲИЛМА- ҲИЛЛИГИ	80
---	----

Мирходжаев И.А., Комилов С.О. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА	84
---	----

Мирходжаев И.А., Комилов С.О. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ	87
---	----

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Азимова Г.А., Козимжонов И.Ф., Махмудова Х.Х. ЎСМИРЛАР ЎРТАСИДА ТУТАЛАНМАГАН СУИЦИД ПСИХОПАТОЛОГИЯСИ	90
---	----

Нурматова И ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРА И ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ	96
--	----

Radjabova D. THE IMPORTANCE OF VOCABULARY IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES	99
---	----

Рахматова Д. Б., Раджабова Г. Х., Мавлонов Н. Х. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ	102
---	-----

Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Саттибаев И.И., Ниязов Т.Н., Абдунабиева Х.М. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОТНОСТИ НЕЙРОНОВ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ	104
---	-----

Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., Саттибаев И.И., Ниязов Т.Н., Ахмедов Ш.С. ВЛИЯНИЕ АМПУТАЦИИ НА НЕЙРОНЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА	106
--	-----

Хаитова Д.Ш., Солиева Н.К. АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	108
---	-----

Хамдамов Б.З. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	112
--	-----

К.Т.Худайбердиев, Б.М.Исаков, А.А.Кадиров, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	116
--	-----

Шорахмедов Ш.Ш., Ортикбоев Ж.О. КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ КАРДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	119
--	-----

Эронов Ё.Қ., Жумаева Ш.Б. БОЛАЛАРДА ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ	123
--	-----

1Ядгарова Ш.Ш., 1Рузиев Ш.И., 2Набиев С.С. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ	125
---	-----

Янгиева Н.Р., Мирбабаева Ф.А. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМ КЕРАТИТОМ	129
---	-----

ИЛМИЙ-ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТИББИЁТ

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Касымов С.О. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА ИЗ СОБСТВЕННОГО СБОРА НА МОДЕЛИ КАЛЬЦИЙ ОКСАЛАТНОГО УРОЛИТИАЗА	132
---	-----

Сагатов Т.А., Чориева З.Ю., Исмагуллаева Г.Х., Хаитмуродова Г.П. ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ТИМУСА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОМ ВИГОР	137
---	-----

Алимджанов И.И., Мавлонов А.А., Саидов С.А., Алимов Т.Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОЕДИНЕНИЙ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНО- ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ	140
--	-----

АМАЛИЁТ ТАЖРИБАСИДАН МИСОЛЛАР

Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Хасанов Х.Х., Умматалиев Д.А. ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЙГСА В ХИРУРГИИ	142
--	-----

УДК: 616-41-06: 616- 085

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХЕЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НИЗКОГО РИСКА**

¹Юнусова З.Д., ¹Байматова Н.А., ²Бабаджанова Ш.Д., ²Жахонов А.Х., ³Грицаев С.В., ³Кострома И.И.,
³Жернякова А.А.

¹Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови МЗРУз,

²Ташкентская медицинская академия,

³ФГБУ Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального
медико-биологического агентства.

✓ **Резюме,**

Больные МДС низкого риска остаются зависимыми от регулярных трансфузий, приобретая вторичный, посттрансфузионный избыток железа, что соответственно является показанием к назначению хелаторной терапии (ХТ). Во всем мире данная проблема продолжает изучаться, подтверждение тому, что в данной статье приведены около 40 источников литературного обзора. Актуальность изучения избытка железа и лечения у больных МДС низкого риска приобретает не столько уменьшение показателей ферритина, сколько проблема возможного снижения летальности, не связанной с прогрессией МДС, и улучшения общей выживаемости данного контингента. В Узбекистане такие исследования проводились только у больных с талассемией. В связи, с чем появилась необходимость изучение данной проблемы и у больных с МДС.

Ключевые слова: миелодиспластический синдром (МДС), острый лейкоз, больные МДС низкого риска, анемия, ферритин, эритропоэстимулирующие препараты, хелаторная терапия, оксиджад.

**ПАСТ ХАВФЛИ МИЕЛОДИСПЛАСТИК СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ЭФФЕКТИВ
ХЕЛАТОР ДАВОСИ**

¹Юнусова З.Д., ¹Байматова Н.А., ²Бабаджанова Ш.Д., ²Жахонов А.Х., ³Грицаев С.В., ³Кострома И.И.,
³Жернякова А.А.

¹УзССВ Гематология ва қуйиш илмий-текшириш институти,

²Ташкент тиббиёт академияси,

³ФДБУ Россия федерал тиббиёт биологик агентлиққа қарашли гематология ва трансфузиология илмий
текшириш институти

✓ **Резюме,**

Хавф даражаси паст бўлган МДС беморлар мунтазам трансфузияга муҳтож бўлиб, иккиламчи, яъни трансфузиядан кейинги темир тўлланиб қолиши юзага келади, бу эса хелатор терапия (ХТ) ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Бутун дунёда бу муаммони ўрганиш давом этмоқда ва бу мақолада 40 тага яқин адабиёт манбалари келтирилган. Хавф даражаси паст бўлган МДС беморларда ортиқча йиғилган темирни аниқлаш ва уни даволаш долзарблиги ферритин кўрсаткичларини камайтиришдан иборат бўлмасдан, балки МДС ривожланиши билан боғлиқ бўлмаган ўлим кўрсаткичларини камайтириш ва шу беморларда умумий яшовчанлигини яхшилашдан иборатдир. _збекистонда бундай тадқиқотлар фақат талассемия билан оғриган беморларда ўтказилган. Шу муносабат билан МДС билан оғриган беморларда ушбу муаммони ўрганиш зарурати юзага келди.

Калит сўзлар: миелодиспластик синдром (МДС), ўткир лейкоз, хавф даражаси паст бўлган МДС беморлар, анемия, ферритин, эритропоэзни кучайтирувчи препаратлар, хелатор терапия, оксиджад.

**THE CLINICAL EFFICACY OF CHELATION THERAPY IN PATIENTS WITH MYELOYDYSPLASTIC
SYNDROME, LOW RISK**

¹Yusupova Z.D., ¹Boymatova N.Ah. ²Babadzhanova Sh.D., ²Akhanov Kh., ³Gritsaev S.V.,
³Kostroma I.I., ³Zhernakova A.A.

¹Research Institute of Hematology and blood transfusion of the Ministry of health of Uzbekistan,

²Tashkent medical Academy, ³The Federal state scientific institution Russian research Institute of Hematology and
Transfusiology of Federal medical-biological Agency.

✓ **Resume,**

Patients with lower-risk myelodysplastic syndromes (MDS) remain regular transfusions dependent, acquiring a secondary post-transfusion excess of iron, which is an indication for prescribing chelation therapy. This problem continues to be studied all over the world, in confirmation of that, there are around 40 sources of literature review are

given in this article. The relevance of studying excess of iron and treatment of patients with lower-risk MDS acquires not so much a decrease in ferritin, as the problem of possible reduce of mortality, not related to the progression of MDS and improving the overall survival rate of this contingent. Such kind of researches in Uzbekistan were conducted only in patients with thalassemia. Therefore it's needed to study this problem in patients with MDS.

Keywords: myelodysplastic syndrome (MDS), acute leukemia, lower-risk MDS patients, anemia, ferritin, erythro-ester-stimulating drugs, chelator therapy, exjade

Актуальность

Миелодиспластический синдром (МДС) - группа гетерогенных клональных заболеваний, характеризующаяся наличием цитопении в периферической крови (ПК), дисплазии в костном мозге (КМ) и риском трансформации в острый лейкоз (ОЛ). МДС сегодня является одной из самых сложных проблем гематологии. Лишь недавно лечение МДС вышло за рамки поддерживающей терапии, проводившейся с целью облегчения симптомов. МДС - это патология старшей возрастной группы. 80 % случаев МДС приходится на лица старше 60 лет. МДС в детском возрасте встречается крайне редко. Известно, что выбор терапевтической тактики во многом определяется возрастом пациента, соматическим статусом, степенью риска по шкале IPSS, WPSS, наличием совместимого донора.

Выбор варианта терапии больных миелодиспластическим синдромом (МДС) - достаточно сложный процесс и, в первую очередь, это касается больных из группы низкого риска. Избыточное количество бластных клеток в костном мозге, особенно в совокупности с неблагоприятным вариантом кариотипа, предполагает лечение, направленное на предупреждение дальнейшей прогрессии заболевания и/или подготовку к трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток. Т.е. гематолог, основываясь преимущественно на данных о возрасте, соматическом статусе и коморбидности выбирает одну из трех возможных опций. Это протоколы лечения острого миелоидного лейкоза, гипометилирующие препараты в режиме монотерапии или комбинации с другими препаратами и сдерживающая терапия, предполагающая назначение преимущественно таблетированных цитостатиков.

Задачей лечения больных МДС низкого риска является коррекция цитопении и, прежде всего, анемии [1-4]. Для этой категории больных проблема не столько в выборе из эритропоэстимулирующих, иммуносупрессивных, иммуномодулирующих или гипометилирующих препаратов. Анализ предикторов, ассоциированных с эффективностью, позволяет в случае корректного проведенного отбора больных добиться уменьшения частоты переливаний донорских эритроцитов или даже полного отказа от них. Проблема в том, что ответ удастся достичь не у всех больных. Более того, в большинстве случаев ответ носит транзиторный характер. Т.е. если больной МДС низкого риска не является кандидатом на трансплантацию, то он остается зависимым от регулярных трансфузий той или иной степени интенсивности и как следствие приобретает вторичный, посттрансфузионный, избыток железа и соответственно появляются показания к назначению хелаторной терапии (ХТ) [5].

Эффективность хелаторов железа оценивается по уровню ферритина в сыворотке крови и содержанию железа в печени и миокарде, определяемому методом магнитно-резонансной томографии. Однако учитывая негативное воздействие избытка железа на жиз-

ненно важные внутренние органы, опосредованные повреждением клеточных структур продуктами свободно радикального окисления, актуальность приобретает не столько уменьшение показателей ферритина [6-8], сколько проблема возможного снижения летальности, не связанной с прогрессией МДС, и улучшения общей выживаемости (ОВ) [3,9-11]. Принимая во внимание факт повреждающего действия избытка железа на костномозговое кроветворение, не исключено, что назначение ХТ одновременно может способствовать и улучшению показателей крови. Данное положение имеет принципиальное значение, так как хроническая анемия, как известно, является самостоятельным фактором ухудшения выживаемости больных МДС [11].

Известно, что поддержание гомеостаза железа обеспечивается путем баланса между абсорбцией и рециркуляцией микроэлемента в организме в отсутствии механизмов по выведению его избытка. При этом поступление железа из кишечника в кровь, осуществляемое с участием ферропоетина, контролируется гепсидином [12,13]. Генетически опосредованное снижение экспрессии и, соответственно, продукции гепсидина, наблюдаемое в частности у больных врожденным гемохроматозом, сопровождается повышением уровня сывороточного железа. Пониженная экспрессия гепсидина может быть и следствием неэффективного эритропоэза, как, например, у больных талассемией, не нуждающихся в трансфузиях [14].

Другая причина избытка железа - переливания донорских эритроцитов с аккумуляцией железа преимущественно в клетках ретикулоэндотелиальной системы [15]. Трансфузия 4-5 доз донорских эритроцитов добавляет приблизительно 1 грамм железа к содержащимся в организме 4 граммам. В этих условиях истощение связывающей способности ферритина сопровождается появлением железа несвязанного с ферритином, включая его агрессивную форму - лабильное железо плазмы. Итогом накопления избытка железа, образования лабильного железа плазмы и продуктов свободно радикального окисления становится повреждение клеток миокарда, печени, поджелудочной железы и ряда других органов с нарушением их функциональной активности, что в итоге может послужить причиной смерти больного [16]. Не исключено, что избыток железа может быть ассоциирован и с риском трансформации в острый миелоидный лейкоз (ОМЛ) [17].

К настоящему времени опубликовано несколько работ, в которых продемонстрировано улучшение выживаемости больных МДС низкого риска, получавших ХТ. R. Lyons с соавт. [18] в 2017 году в журнале *Leukemia Research* опубликовали результаты 5-летнего проспективного неинтервенционного исследования, в которое было включено 599 больных МДС низкого риска в возрасте от 18 лет из 118 центров США. Диагноз устанавливали по классификации ВОЗ или FAB, вариант прогноза по шкале IPSS. Посттрансфузионную перегрузку железом верифицировали, если были перелиты 20 и более доз донорских эритроци-

тов или трансфузии продолжались с частотой ≥ 6 доз каждые 12 недель, и/или уровень сывороточного ферритина был более 1000 нг/мл. Период от диагностики МДС до включения в исследование варировал от 0 до 429,9 месяцев. У 54,4% больных были выявлены сосудистые заболевания: артериальная гипертензия у 50,8% и ишемическая болезнь сердца у 25,2%. Сахарный диабет и заболевания щитовидной железы имели место у 24,5% и 21,0% больных соответственно. Больные были распределены в три группы: без ХТ, ХТ и ХТ длительностью ≥ 6 месяцев. Авторами было установлено, что назначение хелаторов железа и, прежде всего, длительная ХТ сопровождалась достоверным улучшением выживаемости: 86,3 и 98,7 месяца соответственно против 47,8 месяцев в группе больных без ХТ; $p < 0,0001$. Одна из причин - значимо большая частота летальных исходов среди больных, которым не назначались хелаторы: 73,3% против 62,2% в группе ХТ и 59,6% в группе ХТ ≥ 6 месяцев. Одновременно было продемонстрировано улучшение без прогрессивной выживаемости. Медиана времени от диагностики МДС до трансформации в ОМЛ в группах составила 46,7, 86,3 и 97,8 месяцев соответственно; $p < 0,0001$.

Н. Leitch с соавт. [19] проанализировали данные 239 больных МДС низкого и промежуточного-1 IPSS риска, из которых 83 получали (деферазирокс, дефероксамин или оба препарата последовательно) и 156 не получали ХТ. В группе ХТ было больше молодых больных и больных МДС с кольцевыми сидеробластами, с более поздним развитием зависимости от трансфузий и более высокими показателями сывороточного ферритина. До или во время ХТ больные получали один из вариантов терапии, стандартно используемой для лечения МДС. Длительность ХТ была от 1,2 до 123,5 месяцев, медиана 12,4 месяца. Также как и в предыдущей работе было обнаружено значимое улучшение выживаемости больных при назначении хелаторов железа: 5,2 года против 2,1 года без ХТ; $p < 0,0001$. Учитывая неоднородный состав больных, авторы оценили ОВ в группах с сопоставимыми клинико-гематологическими показателями (возраст, IPSS-R вариант, частота переливаний в месяц, длительность периода от диагностики МДС до начала трансфузий) и вновь выявили достоверно худшую выживаемость больных, которые не получали ХТ. При этом различия в причинах смерти и без лейкезной выживаемости в сопоставимых группах обнаружено не было.

Результаты 8 наблюдательных исследований, опубликованных за период 2008-2014 годы, были использованы А. Mainous с соавт. для мета-анализа [20]. И вновь было продемонстрировано значимое улучшение выживаемости больных МДС низкого риска, получавших ХТ. Различия в медиане ОВ составило 61,2 месяца, т.е. назначение хелаторов железа увеличивало выживаемость на 5 лет. Так как в 3-х публикациях были представлены промежуточные данные, в 2017 году I. Abraham с соавт. [21] представили результаты нового мета-анализа результатов 7 наблюдательных исследований по причине увеличения сроков наблюдения [18]. Итогом стало повторение вывода о непосредственной зависимости ОВ больных МДС низкого риска от назначения хелаторов железа. Более того, различия в медиане выживаемости достигло уже 74 месяцев, т.е. при назначении ХТ возможно увеличение продолжительности жизни на 6,2 года.

Механизмы, обуславливающие улучшение выживаемости больных МДС низкого риска при назначении хелаторов, не известны. Наиболее привлекательным объяснением представляется снижение запасов железа. Однако непродолжительный мониторинг за уровнем сывороточного ферритина и содержания железа в печени недостаточны для обоснования данного предположения [7,8,22]. Более того отдельным исследователям не удалось продемонстрировать значимое снижение уровня ферритина даже при длительной ХТ, что позволяет усомниться в целесообразности использования данного показателя в качестве маркера оценки эффективности хелаторов железа [18]. В качестве возможных механизмов улучшения ОВ рассматриваются также уменьшение потребности в переливаниях донорских эритроцитов и снижение риска прогрессии в ОМЛ [19,23]. Но более вероятным представляется биологический эффект хелаторов в виде уменьшения уровня железа не связанного с ферритином, лабильного железа плазмы и продуктов свободно радикального окисления, что позволяет предупредить повреждение жизненно важных органов [22,24]. Косвенным подтверждением может быть снижение риска смерти при длительном приеме деферазирокса в адекватной дозе [19,25,26]. Так А. Zeidan с соавт. [25] было установлено, что каждая дополнительная неделя приема хелатора сопровождается снижением риска смерти, особенно в случае длительности ХТ более 53 недель (HR: 0,395; 95% CI: 0,197-0,792; $p = 0,009$). Назначение хелаторов железа привлекательно для клиницистов не только возможностью улучшить ОВ. Не менее важным представляется шанс снизить зависимость больных МДС от трансфузий. По этому вопросу в литературе можно найти описание, как отдельных наблюдений, так и анализ значительного числа случаев. Наибольшее количество больных МДС, в историях болезни, которых были проанализированы на предмет частоты достижения гематологического ответа (ГО), было включено в исследование EPIС - проспективное, 1-летнее, многоцентровое, открытое, III b стадии по изучению эффективности деферазирокса у больных с избытком железа [23]. Критериями включения были посттрансфузионная перегрузка железом, определяемая как уровень ферритина ≥ 1000 нг/мл или переливание более 20 доз донорских эритроцитов (если уровень ферритина был < 1000 нг/мл), или концентрация железа в печени > 2 мг Fe/г сухого веса (метод МРТ T2), а также прогнозируемая продолжительность жизни не менее 1 года и отсутствие другого вида специфической терапии. Для отсуждения post-hoc анализа были отобраны больные, которые приняли хотя бы одну дозу деферазирокса. Из 341 больного МДС, включенных в исследование, эритроцитарный, тромбоцитарный и нейтрофильный ответы были оценены у 247, 100 и 50 больных соответственно. Эритроцитарный ответ был зафиксирован у 21,5% больных с медианой времени до ответа 109 дней. При этом у 11,3% больных было только снижение зависимости от трансфузий, у 8,9% только повышение концентрации гемоглобина и у 1,2% оба варианта ответа одновременно. Тромбоцитарный ответ имел место у 13,0% больных с медианой времени до ответа 169 дней. Нейтрофильный ответ был констатирован у 22,0% больных с медианой времени до ответа 226 дней. Ответ сопровождался снижением уровня ферритина.

Снижение ферритина было выявлено и другими авторами [27], что дает основание предположить зависимость ответа от уменьшения запасов железа. Для более корректного выделения возможных причин улучшения показателей крови и снижения потребности в трансфузиях при назначении деферазирокса М. Вессиа и соавт. [28] проанализировали 9 публикаций с описанием отдельных случаев с ГО, 4 с результатами клинических исследований и 3 с показателями из реальной клинической практики. Совокупный анализ позволил авторам допустить роль следующих механизмов. Непосредственное воздействие хелаторов на патологический клон и клетки гемопоэтического микроокружения. Стимуляция механизмов по выведению железа из мест хранения с последующей его утилизацией гемопоэтической тканью. Снижение уровня лабильного железа плазмы и свободных радикалов кислорода. Подавление функции транскрипционного фактора NF- κ B. Подавление внутриклеточного сигнального пути m-TOR. Следует предположить, что гематологический ответ - это результат совместного или последовательного функционирования нескольких из выше приведенных механизмов, инициированных приемом хелаторов железа. Этим, отчасти, можно объяснить отсутствие ГО у остальных больных МДС.

Несмотря на ряд недостатков в исследованиях по оценке эффективности хелаторов, включая отсутствие рандомизации и возможную селекцию больных с более благоприятным прогнозом в группу ХТ, имеющиеся данные позволяют рассчитывать на улучшение выживаемости и снижение трансфузионной зависимости при назначении хелаторов железа. Для этого, как следует из уже упоминаемых исследований [18,25] и работы М. Delforge с соавт. [29], необходимо соблюдение 2 принципиальных условий: адекватность дозы и длительность терапии. Учитывая возможные токсические осложнения при приеме деферазирокса, следующее важное условие - клинико-лабораторный мониторинг со своевременной корректировкой дозы. К наиболее частым осложнениям при назначении деферазирокса (эксиджад) относятся желудочно-кишечные расстройства и повышение уровня креатинина [30], которые носят обратимый характер при соблюдении прописанных в инструкции рекомендаций, т.е. своевременном снижении дозы, прерывании или отмене. Прием эксиджада за полчаса до ужина и постепенное наращивание дозировки под контролем уровня сывороточного ферритина может предупредить развития нежелательных явлений [31]. Эксиджад, который выпускается в виде покрытых оболочкой таблеток, больной принимает 30 мг/кг в день [32,33,34,35,36].

Заключение

1. Хелаторная терапия - составляющий элемент алгоритма лечения больных МДС низкого риска с посттрансфузионной перегрузкой железом. Ее назначение не должно носить формальный характер только по причине выявления критериев избытка железа в организме.

2. Назначение хелаторов железа может снизить трансфузионную зависимость и увеличить выживаемость у больных МДС. Условиями для проявления клинической эффективности хелаторной терапии являются тщательный отбор кандидатов, своевре-

менная корректировка дозы и длительный прием хелаторов.

3. В Узбекистане успешно применяется хелаторная терапия с применением эксиджада у больных с талассемией, препарат обеспечивается за счет государственных средств. Больные МДС низкого риска применяющие хелаторную терапию, также нуждаются в государственном обеспечении данным препаратом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрашкина Ю. С. Эффективность метода флюоресцентной in situ гибридизации (FISH) для выявления скрытых хромосомных перестроек при миелодиспластических синдромах : научное издание / Ю.С. Абрашкина, Ольшанская Ю.В., Удовиченко А.И., Кохно А.В., Домрачева Е.В. // Гематология и трансфузиология. - М., 2008. - №2. - С. 3-8. - Библиогр.: 32 назв.
2. Грицаев С. В. Комплексный кариотип - маркер крайне неблагоприятного протокола у больных острыми миелоидными лейкозами развернутыми вариантами миелодиспластического синдрома старше 70 лет с высоким индексом коморбидности : научное издание /С. В. Грицаев, И. С. Мартынкевич [и др.] //Терапевтический архив. - М., 2012. - №7. - С. 16-21. - Библиогр.: 38 назв.
3. Кохно А.В. Миелодиспластический синдром: обзор / А.В. Кохно, Е.Н. Паровичникова, В.Г. Савченко //Клиническая геронтология. - Москва, 2009. - №3. - С. 33-46. - Библиогр.: 77 назв.
4. Климкович Н. Н.Первичные миелодиспластические синдромы: современные представления о молекулярных механизмах патогенеза /Н. Н. Климкович, Т. И. Козарезова //Гематология и трансфузиология : научно-практический журнал. - М. : Медицина. - ISSN 0234-5730. - 2005. - N 3. - С. 41-46 (Шифр ГЗ75375/2005/3).
5. Рац А. А. Результаты аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток при миелодиспластическом синдроме у детей и подростков : научное издание / А. А. Рац, Н.В. Станчева [и др.] //Вопросы гематологии-онкологии и иммунопатологии в педиатрии. - М., 2013. - Том 12 N1. - С. 56 (Шифр В28013)
6. Сулейманова Д.Н. соав. "Риск перегрузки железом и хелаторная терапия у больных талассемией" /Методическое пособие. Ташкент, 2017, ст. 39
7. Greenberg P, Cox C, LeBeau MM et al. International scoring system for evaluating prognosis in myelodysplastic syndromes. //Blood 1997; 89(6): 2079-2088.
8. Bennett J.M. Consensus statement on iron overload in myelodysplastic syndromes. //Am J Hematol 2008; 83(11): 858-861.
9. Malcovati L, Porta MG, Pascutto C et al. Prognostic factors and life expectancy in myelodysplastic syndromes classified according to WHO criteria: a basis for clinical decision making. //J Clin Oncol 2005; 23(30): 7594-7603.
10. Steensma DP, Bennett JM. The myelodysplastic syndromes: Diagnosis and treatment. //Mayo Clin Proc 2006; 81(1): 104-30.
11. Mitchell M, Gore SD, Zeidan AM. Iron chelation therapy in myelodysplastic syndromes: where do we stand? //Expert Rev Hematol 2013; 6(4): 397-410.
12. Gattermann N, Jarisch A, Schlag R, et al. Deferasirox treatment of iron-overloaded chelation-naïve and prechelated patients with myelodysplastic syndromes in medical practice: results from the observational studies extend and expanse. //Eur J Haematol 2012; 88(3): 260-208.
13. List AF, Baer MR, Steensma DP et al. Deferasirox reduces serum ferritin and labile plasma iron in RBC transfusion-dependent patients with myelodysplastic syndrome. //J Clin Oncol 2012; 30(17): 2134-2139.
14. Greenberg PL, Koller CA, Cabantchik ZI et al. Prospective assessment of effects on iron-overload parameters of deferazirox therapy in patients with myelodysplastic syndromes. //Leuk Res 2010; 34(12): 1560-1565.
15. Remacha AF, Arrizabalaga B, Del Canizo C et al. Iron overload and chelation therapy in patients with low-risk myelodysplastic syndromes with transfusion requirements. //Ann Hematol 2010 89(2): 147-54.

16. Rose C, Brechignac S, Vassilief D et al. Does iron chelation therapy improve survival in regularly transfused lower risk MDS patients? A multicenter study by the GFM (Groupe Francophone des Myelodysplasies). //Leuk Res 2010; 34(7): 864-870.
17. Malcovati L. Impact of transfusion dependency and secondary iron overload on the survival of patients with myelodysplastic syndromes. //Leuk Res 2007; 31 (Suppl 3): S2-6.
18. Kohgo Y, Ikuta K, Ohtake T et al. Body iron metabolism and pathophysiology of iron overload. //Int J Hematol. 2008; 88(1): 7-15.
19. Andrews NC. Closing the iron gate. N Engl //J Med. 2012; 366(4): 376-377.
20. Gardenghi S, Marongiu MF, Ramos P et al. Ineffective erythropoiesis in beta-thalassemia is characterized by increased iron absorption mediated by down-regulation of hepcidin and up-regulation of ferroportin. //Blood 2007; 109(11): 5027-5035.
21. Takatoku M, Uchiyama T, Okamoto S et al. Retrospective nationwide survey of Japanese patients with transfusion-dependent MDS and aplastic anemia highlights the negative impact of iron overload on morbidity/mortality. //Eur J Haematol 2007; 78(6): 487-494.
22. Gattermann N. Iron overload in myelodysplastic syndromes. // Int J Hematol 2018; 107(1): 55-63.
23. Lyons R, Marek B, Paley C et al. Relation between chelation and clinical outcomes in lower-risk patients with myelodysplastic syndromes: Registry analysis at 5 years. //Leuk Res 2017; 56: 88-95.
24. Leitch H, Parmar A, Wells R et al. Overall survival in lower IPSS risk MDS by receipt of iron chelation therapy, adjusting for patient-related factors and measuring from time of first red blood cell transfusion dependence: an MDS-CAN analysis. //Br J Haematol 2017; 179(1): 83-97.
25. Mainous A., Tanner R, Hulihan M et al. The impact of chelation therapy on survival in transfusional iron overload: a meta-analysis of myelodysplastic syndrome. //Br J Haematol 2014; 167(5): 720-723.
26. Abraham I, Yam M, Yun S et al. Survival outcomes in iron chelated and non-chelated patients with lower-risk myelodysplastic syndromes: Review and pooled analysis of observational studies. //Leuk Res 2017; 57: 104-108.
27. Gattermann N, Jarisch A, Schlag R et al. Deferasirox treatment of iron-overloaded chelation-naïve and prechelated patients with myelodysplastic syndromes in medical practice: results from the observational studies eXtend and eXjange. //Eur J Haematol 2012; 88(3): 260-268.
28. Gattermann N, Finelli C, Della Porta M et al. Hematologic responses to deferasirox therapy in transfusion-dependent patients with myelodysplastic syndromes. //Haematologica 2012; 97(9): 1364-1371.
29. Pullarkat V. Objectives of iron chelation therapy in myelodysplastic syndromes: more than meets the eye? //Blood 2009; 114(26): 5251-5255.
30. Zeidan AM, Hendrick F, Friedmann E et al. Deferasirox therapy is associated with reduced mortality risk in a medicare population with myelodysplastic syndromes. //J Comp Eff Res. 2015; 4(4): 327-340.
31. Rose C, Brechignac S, Vassilief D et al. Does iron chelation therapy improve survival in regularly transfused lower risk MDS patients? A multicenter study by the GFM. //Leuk Res 2010; 34(7): 864-870.
32. Improta S, Villa MR, Volpe A et al. Transfusion-dependent low-risk myelodysplastic patients receiving deferasirox: Long-term follow-up. //Oncol Lett 2013; 6(6): 1774-1778.
33. Breccia M, Voso M, Spiriti M et al. An increase in hemoglobin, platelets and white blood cells levels by iron chelation as single treatment in multitransfused patients with myelodysplastic syndromes: clinical evidences and possible biological mechanisms. //Ann Hematol 2015; 94(5): 771-777.
34. Delforge M, Selleslag D, Beguin Y et al. Adequate iron chelation therapy for at least six months improves survival in transfusion-dependent patients with lower risk myelodysplastic syndromes. //Leuk Res 2014; 38(): 557-563.
35. Cermak J, Jonasova A, Vondrakova J et al. A comparative study of deferasirox and deferiprone in the treatment of iron overload in patients with myelodysplastic syndromes. //Leuk Res 2013; 37(12): 1612-1615.
36. Nolte F, Angelucci E, Breccia M et al. Updated recommendations on the management of gastrointestinal disturbances during iron chelation therapy with deferasirox in transfusion dependent patients with myelodysplastic syndrome - emphasis on optimized dosing schedules and new formulations. // Leuk Res 2015; 39(10): 1028-1033.

Поступила 07. 11. 2018 год.

УДК 616.613-003.7+616.092

ИНГИБИТОРЫ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ И ИХ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИЕВЫМ
УРОЛИТИАЗОМ

Кариев С.С., Касымов С.О.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

✓ Резюме,

Целью исследования было изучить состояние ингибиторов камнеобразования у больных кальциевым уролитиазом.

Обследовано 779 пациентов с кальциевым типом мочевого литогенеза. Из них 383 с уролитиазом (КУЛ) и 396 с преуrolитиазом (КУЛ). Средний возраст составил 39,95±12,66 лет. Определяли суточную экскрецию с мочой (СЭ) магния (Mg) и лимонной кислоты (Cit).

В 99,87% снижено содержание в моче цитрата и в 96,02% магния. При этом в коррекции цитратурии нуждаются все 99,87% пациентов, а в коррекции магниурии только 69,96% обследованных.

У больных кальциевым типом мочевого литогенеза в нашем регионе в подавляющем большинстве случаев наблюдается угнетение факторов препятствующих камнеобразованию. Различия между преуrolитиазом и уролитиазом по патологии ингибиторов камнеобразования не обнаружено.

Ключевые слова: кальциевый уролитиаз, преуrolитиаз, ингибиторы камнеобразования, магний, лимонная кислота, цитраты

KALTSIY UROLITIAS BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LITOGENES INGIBITIRLARINING HOLATI.

Kariev S.S., Kasimov S.O.

Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti

✓ Rezyume,

Tadqiqot maqsadi kaltsiy urolitiyasli bemorlarda tosh shakllanishi inhibitorlarining holatini o'rganishdir.

Kaltsiy turli urolitogenesli 779 bemor tekshirildi. Ulardan 383 tasi urolitiyas (CUL) va 396 ta preurolitiyasli (CPUL) bemorlar. O'rtacha yoshi 39,95 + 12,66. Magniy (Mg) va cytrat (Cit) 1 sutkali excretiasi aniqlandi (SE).

Cit SE miqdori 99,87%, Mg SE-si esa 96,02% bemorlarda kamaygan. Shu bilan birga, bemorlarning 99,87% cytraturiyani va tekshirilgan bemorlarning 69,96% magniuriyani tuzatishga muhtoj.

Kaltsiy turli CUL va CPUL bilan xastalangan bemorlarda aksariyat hollarda tosh shakllanish inhibitorlarining busilishi kuzatiladi. Tosh shakllanish inhibitorlarini pathologyasida preurolitiyas va urolitias o'rtasida farq topilmadi.

Kalit so'zlar: kaltsiy urolitiyasi, preurolitiyas, tosh shakllanish inhibitorlari, magniy, limon kislotasi, sitratlar.

STONE FORMATION INHIBITORS AND THEIR CONDITION IN PATIENTS
WITH CALCIUM UROLITHIASIS

Kariev S.S., Kasimov S.O.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

✓ Resume,

The purpose is to study the condition of inhibitors of stone formation in patients with calcium urolithiasis.

There are 779 patients with calcium type of urinary lithogenesis were examined. There are 383 of them with urolithiasis (CUL) and 396 with preurolithiasis (CPUL). The average age was 39.95 + 12.66 years. Daily excretion with urine (DE) of magnesium (Mg) and citric acid (Cit) was determined.

The DE of Cit is reduced in 99.87% cases and DE of Mg in 96.02%. At the same time, all 99.87% of patients need correction of citraturia, and only 69.96% of the examined patients need correction of magnesuria.

The suppression of inhibitors of stone formation is observed in the majority in our region. There are not differences between CPUL and CUL in the DE of inhibitors of lithogenesis.

Keywords: calcium urolithiasis, calcium preurolithiasis, inhibitors of stone formation, magnesium, citric acid, citrates.

Актуальность

Патогенез формирования камней в почках сложный процесс и имеет широкие вариации в зависимости от фенотипа конкремента [1,5]. Сегодня существуют несколько теорий объясняющих патогенез почечного камнеобразования. Тем не менее, точного

объяснения обширного каскада этапов образования камней в почках пока нет. Как следствие существенного гомеостатического сохранения воды нормальная моча становится перенасыщенной компонентами кристаллизации. В экспериментах доказано существование физиологических механизмов, которые активно останавливают мочевую кристаллизацию солей кальция [2].

Перенасыщение мочи важно для формирования конкрементов, но избыток этих солей само по себе не всегда приводит к образованию камней [3, 5]. Патогенез образования конкремента многоступенчат. Его основные этапы включают - образование ядра, рост кристалла, агрегация кристаллов и их задержка или фиксация. Различные вещества влияют на один или несколько вышеупомянутых процессов формирования камней, способствуя или препятствуя формированию камня. Ингибиторы предотвращают или тормозят процесс камнеобразования [2, 3]. Соль лимонной кислоты (цитрат) и магний - основные ингибиторы, которые предотвращают формирование камней [3,4,5].

Цель изучить состояние ингибиторов камнеобразования у больных кальциевым уролитиазом.

Материал и методы

Обследовано 779 пациентов с кальциевым типом мочевого литогенеза. Из них 383 с уролитиазом (КПУЛ) и 396 с преуролитиазом (КУЛ). Средний возраст составил 39,95±12,66 лет. В качестве контроля использовали данные обследования 30 лиц не страдающих урологическими заболеваниями и не имеющих каких-либо хронических заболеваний других органов и систем организма. Определяли суточную экскрецию с мочой (СЭ) магния (Mg) и лимонной кислоты (Cit). Биохимические исследования по определению выбранных ингибиторов литогенеза проводили на аппарате Humalyzer 2000 (Human GmbH, Germany).

Результаты и обсуждения

СЭ магния с мочой (Табл. 1) у больных составила в среднем 2,64±0,75 mmol/24h (DI: 0,70-4,71 mmol/24h) и меньше в 1,6 раз (на 36,54% меньше), чем в контрольной группе (4,16±0,17 ммоль/сут, t=2,11; p<0,05). Состояние гипомagneзии было обнаружено у 545 (69,96 % от 779) больных. СЭ Mg у них была в среднем 2,27±0,53 mmol/24h. Различия с контрольной группой также достоверно (t=3,58; p<0,05). Из них 266 (69,45% от 383) больные с КПУЛ и 279 (70,45% от 396) с КУЛ.

В 234 (31,04 %) случаях СЭ Mg была в пределах нормы - в среднем 3,50±0,41 mmol/24h. Различия с контрольной группой недостоверно (t=1,71; p>0,05). Из них по 117 с КПУЛ (30,55% от 383) и КУЛ (29,55% от 396).

Так же были больные с СЭ Mg больше, чем в контрольной группе - 31 (3,98%) и СЭ Mg в среднем 4,27±0,28 mmol/24h. Различия с контрольной группой недостоверно (t=0,03; p>0,05). Из них 15 (3,92% от 383) больные с КПУЛ и 16 (4,04% от 396) с КУЛ.

У наших больных цитратурия (Табл. 2) составила в среднем 1,92±0,35 mmol/24h (DI= 0,80-3,66) и в 1,8 раз (на 43,86%) ниже чем в контрольной группе 3,42±0,33 mmol/24h (t=3,12; p<0,05).

Число лиц с гипоцитратурией < 2,5 mmol/24h - 754 (96,79%), в 1,89±0,32 mmol/24h. Различия с контрольной группой достоверно (t=3,33; p<0,05). Из них 370 (96,61% от 383) были больные с КПУЛ и 384 (96,97% от 396) с КУЛ.

Среди больных были 25 (3,21% от 779) пациентов с нормальным уровнем СЭ Cit с мочой. Уровень СЭ Cit с мочой у них в среднем составил 2,71±0,26 mmol/24h. Различия с контрольной группой недостоверно (t=1,69; p>0,05). Из них 13 (3,39% от 383) были больные с КПУЛ и 12 (3,03% от 396) с КУЛ.

У 1 пациента (0,13%) уровень СЭ Cit был больше, чем в контрольной группе - 3,66 mmol/24h, он страдал КПУЛ.

Магний (Mg) - ведущий ингибитор литогенеза, образует хелатные соединения с Ох. Mg связывает 30-40% Ох, конкурируя с Са. Согласно рекомендациям EAU если СЭ Mg<3,0 mmol/24h показана медикаментозная коррекция.

У наших пациентов СЭ Mg с мочой в 1,6 раз меньше аналогичного показателя контрольной группы. При этом у 96,02% больных магниурия меньше, чем в контрольной группе. А необходимость в коррекции (< 3,0 mmol/24h) имеется только у 69,96% больных. Гипомagneзиурия с одинаковой частотой встречается как при КПУЛ, так и КУЛ.

Цитрат (Cit) является как солибилизатором так и комплексообразователем и связывает около 50% ионизированного Са. Согласно рекомендациям EAU, медикаментозная коррекция цитратурии проводится если СЭ Cit < 2,5 mmol/24h.

У 99,87% обследованных больных СЭ Cit с мочой в 1,8 раз меньше чем в контрольной группе. Всем им согласно Рекомендациям EAU необходима медикаментозная коррекция. Патология с одинаковой частотой встречается как при КПУЛ, так и КУЛ.

Таблица 1.

Состояние СЭ Mg с мочой (*-p<0,05 с контрольной группой).

Показатель	n M±m	< 3,0 mmol/24h	≥ 3,0 mmol/24h	< 4,16 mmol/24h
Всего	779 2,64±0,75*	545 2,27±0,53*	234 3,50±0,41	31 4,27±0,28
КПУЛ	383 2,64±0,59*	266 2,26±0,43*	117 3,48±0,34	15 4,26±0,05
КУЛ	396 2,65±0,58*	279 2,28±0,41*	117 3,52±0,36	16 4,27±0,07
Контроль	30 4,26±0,17			

Состояние СЭ Сit с мочой (*-p<0,05 с контрольной группой).

Показатель	n M±m	< 2,5 mmol/24h	> 2,5 mmol/24h	< 3,42 mmol/24h
Всего	779 1,92±0,35*	754 1,89±0,32*	25 2,71±0,26	1 1,92±0,26*
КПУЛ	383 1,92±0,26*	370 1,89±0,25*	13 2,74±0,21	382 1,92±0,26*
КУЛ	396 1,92±0,24*	384 1,90±0,23*	12 2,67±0,15	0
Контроль	30 3,42±0,33			

Заключение

Таким образом, у больных кальциевым типом мочевого литогенеза в нашем регионе в подавляющем большинстве случаев наблюдается угнетение факторов препятствующих камнеобразованию - в 99,87% снижено содержание в моче цитрата и в 96,02% магния. При этом в коррекции цитратурии нуждаются все 99,87% пациентов, а в коррекции магниурии только 69,96% обследованных. Важно, что различия между преуролитиазом и уrolитиазом по патологии ингибиторов камнеобразования не обнаружено. Следовательно, больным с преуролитиазом необходимо столь же пристальное внимание как и пациентам с уролитиазом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Khan S.R. Renal tubular damage/dysfunction: key to the formation of kidney stones. //Urol Res. 2006; 34:86-91.
2. Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin and Craig A. Peters edit Campbell-Walsh Urology, //11th Edition, Vol.2. Urinary Lithiasis and Endourology.
3. Basavaraj D.R., Biyani Ch.Sh., Browning A.J., Cartledge J.J. The Role of Urinary Kidney Stone Inhibitors and Promoters in the Pathogenesis of Calcium Containing Renal Stones. EAU-EBU Update Series., //Eur Urol Suppl. 2007; 5: 126-136.
4. Moe O.W. Kidney stones: pathophysiology and medical management. //Lancet. 2006; 367:333-344.
5. Skolarikos A, Straub M, Knoll T et al. Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: EAU guidelines. //Eur Urol. 2015. 67(4):750-763.

Поступила 10.12. 2018 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРА И ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Нурматова И.

Ферганской Областной наркологической диспансер(ФОНД)

✓ Резюме,

Важное значение имеют и социально-психологические факторы в развитии женского алкоголизма. Очевидно, что изменение положения женщины в обществе в XX веке - эмансипация - привело к росту алкоголизации и, соответственно, алкоголизма. Еще в 70-х гг прошлого столетия американские исследователи отмечали, что отказ от традиционных фемининных ролей и идеалов среди девушек-подростков приводит к росту. Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание истерических (46 %) и эксплозивно-эпилептоидных (21%) черт характера среди обратившихся пациенток. Гипертимные черты встречались реже: у 3 (11%) девушек, а неустойчивые лишь в двух случаях (7%). У трети пациенток (32%) в анамнезе отмечались беспричинные колебания настроения с преобладанием дистимии и неглубокой меланхолии продолжительностью не менее недели. Почти у четверти (21%) в анамнезе отмечалось наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга).

Ключевые слова: алкогольные психозы, изменения личности, колебания настроения, эмансипация.

АЛКОГОЛЛИ ПСИХОЗ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАРДА ШАХС ЎЗГАРИШИ

Нурматова И.

Фаргона вилоят норкологик диспансери

✓ Резюме,

Аёллар алкоголизмнинг ривожланишида ижтимоий - психологик омиллар катта аҳаситга эга. Маълумки, XX - асрда алкоголизмнинг, айниқса аёллар ўртасида авж олишида эмансипация даражасига етди. Ўтган асрнинг 70 - йилларида америкалик текширувчилар таъкидлашча, алкоголизм ривожланишида феминин роль анча ортди. Олиб борган текширувларимизда аёллар ўртасида алкоголли психозлар оқибатида преморбид хусусиятлардан истерик (46 %) ва эксплозив -эпилептоид шахс характери (21%) ни ташиқил этди. Гипертимли шахс ўзгариши 3 (11%) аёлларда учраган бўлса, нотурғун характер 2 та ҳолат (7%) ни ташиқил этди. (32%) беморларда анамнезидан кайфиятнинг саббсиз ўзгариши дистимия ва чуқур бўлмаган меланхолия билан бир ҳафтадан ошмаган муддатда ифодаланди. (21%) беморларда анамнезидан ёпиқ бош мия жароҳати олганлиги маълум бўлди (мия чайқалиши).

Калит сўзлар: алкоголли психозлар, шахс ўзгариши, кайфиятнинг лабиллиги, эмансипация.

CHANGES IN CHARACTER AND PERSONALITY IN WOMEN MOVING ALCOHOL PSYCHOSES

Nurmatova I.

Fergana Regional Narcological Dispensary (FRND)

✓ Resume,

Socio-psychological factors in the development of female alcoholism are also important. It is obvious that a change in the position of women in society in the twentieth century - emancipation - led to an increase in alcoholization and, accordingly, in alcoholism. Back in the 70s of the last century, American researchers noted that the rejection of traditional feminine roles and ideals among adolescent girls leads to growth. Among the premorbid features, the prevalence of hysterical (46%) and explosive epileptoid (21%) character traits among the patients who applied should be noted. Hypertimal features were less common: in 3 (11%) girls, and unstable only in two cases (7%). One third of patients (32%) had a history of unreasonable mood swings with prevalence of dysthymia and shallow melancholia lasting at least a week. Almost a quarter (21%) had a history of closed craniocerebral injuries (brain concussion).

Key words: alcoholic psychosis, personality changes, mood swings, emancipation.

Актуальность

Большинство исследователей пишет, что женский алкоголизм, по сравнению с мужским, чаще развивается в более позднем возрасте (в среднем на 5 лет) [1,4], хотя в последних работах имеются указания на стирание возрастных различий [6]. Большинство же исследователей отмечает его особую тяжесть и злокачественность [1,2,4]. Имеются данные, что эффект 14-недельной психофармакотерапии сертралином у женщин хуже, чем у мужчин [6]. Тем не менее, некоторые авторы не разделяют точку зрения о

большей злокачественности женского алкоголизма, подчеркивая противоречивость данных и невозможность четко измерить величину этого показателя [1]. В.Б. Альтшулер и С.Л. Кравченко [5] считают, что злокачественность женского алкоголизма определяется преобладанием факторов либо негативного, либо позитивного прогноза. К факторам негативного прогноза авторы относят: 1) сочетанный алкоголизм матери и отца; 2) возраст начала злоупотребления алкоголем до 25 лет; 3) преобладание неустойчивых и эпилептоидных черт характера. К факторам позитивного прогноза относятся: 1) отсутствие семейного

алкоголизма; 2) возраст начала злоупотребления после 25 лет; 3) преобладание астенических черт характера (синтонность). С Вилснек и Р. Вилснек [3] приводят следующие основные факторы, способствующие развитию тяжелого алкоголизма у женщин, на основании масштабного 5-летнего исследования, проводившегося в США: 1) молодой возраст; 2) отсутствие социальных ролей или неадекватный социальный статус; 3) принадлежность к этническим меньшинствам; 4) сожительство с пьющим мужем/партнером; 5) депрессия; 6) сексуальная дисфункция; 7) насилие в детстве.

Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание истерических (46 %) и эксплозивно-эпилептоидных (21%) черт характера среди обратившихся пациенток. Гипертимные черты встречались реже: у 3 (11%) девушек, а неустойчивые лишь в двух случаях (7%). У трети пациенток (32%) в анамнезе отмечались беспричинные колебания настроения с преобладанием дистимии и неглубокой меланхолии продолжительностью не менее недели. Почти у четверти (21%) в анамнезе отмечалось наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга).

Это согласуется литературными данными о наличии преморбидных психопатических черт у девушек с ранним алкоголизмом [5], поведенческих расстройств [3] и частых аффективных нарушений у женщин-алкоголичек [2,4]. На большее число преморбидных личностных расстройств у девочек-алкоголичек, по сравнению с мальчиками, указывают П.И. Сидоров и А.В. Митюхляев [2,3]. Женщины, страдающие алкоголизмом, при исследовании с помощью Каролинской личностной шкалы, по сравнению с контролем, продемонстрировали большую тревожность, чувствительность, социальный конформизм, импульсивность, раздражительность, повышенную утомляемость, неудовлетворенность предыдущей жизнью и опытом детства [6]. Асоциальное расстройство личности встречается у женщин с алкоголизмом в 1,5-3 раза реже, чем у мужчин [5]. Немецкие исследователи выявили достоверное повышение баллов по шкале нейротизма в тесте Айзенка у женщин-алкоголичек, по сравнению с мужчинами, причем это было единственное достоверно значимое отличие [4]. Тенденция к суицидным попыткам в абстинентном состоянии у женщин выражена также сильнее (до 35% от общего числа). Кроме того, имеются данные, что патологический преморбид более выражен у женщин, злоупотребляющих алкоголем в сочетании с другими психоактивными веществами [5].

Цель исследования: Изучить особенности клиники, течения и прогноза алкогольных психозов у женщин.

Материал и методы

Для решения поставленных задач нами было обследовано 70 больных женщин, состоящих на учете в Ферганском областном наркологическом диспансере и лечившихся в психоневрологическом диспансере в период с 2017 по 2018 годы. Сведения собирались по разработанной нами схеме, предусматривающей особенности социально - психологического статуса обследованных больных, перенесших алкогольные психозы.

Результаты и обсуждения

Наши результаты показали, что на фоне длительного злоупотребления спиртным у женщин начинают развиваться психические нарушения. На фоне заболевания у женщины менялся характер (26%). Она становилась нервной (28%), истеричной (24%), агрессивной (18%) и эгоистичной (18%). У женщин с энцефалопатией (12%), выражено слабоумия и деградация личности. Нормальная женщина под влиянием алкоголя становилась слабоумной и опустившейся.

Вследствие злоупотребления алкоголем у женщин проявляются социальные последствия. У них быстро снижается моральный, социальный облик, интеллект.

Таким образом, с алкогольной зависимостью в некоторых случаях психические нарушения у женщин ограничиваются в основном кругом малых синдромов, неврозоподобными (36%), аффективными (34%), психопатоподобными (30%), расстройствами.

Длительное злоупотребление алкоголем приводит к необратимым изменениям внутренних органов. Соматические нарушения при алкоголизме у женщин происходят чаще, чем у мужчин, в 2 раза чаще встречаются циррозы печени, гепатиты, невриты, алкогольная пеллагра. Нередко наблюдаются бесплодие, мертворождения, рождение детей с физическими пороками.

Симптомы болезни развиваются настолько стремительно, что зачастую лечение женского алкоголизма значительно осложняется. Пагубное влияние алкоголизма на женский организм проявляется намного раньше, чем в случае с мужской алкогольной зависимостью.

Наши результаты показали, что на фоне длительного злоупотребления спиртным самыми распространенными патологиями у женщин-алкоголичек являлись поражения печени и поджелудочной железы, гепатит (18%), цирроз печени (12%), панкреатит (16%), аменорея (16%), и другие.

Женщина, больше, чем мужчина, нуждается в понимании и поддержке близких людей - как во время лечения, так и по его окончании. Но она не получает этого внимания из-за общественного мнения и попыток до последнего скрыть свою болезнь. Это очень осложняет задачу лечащего врача.

Наиболее эффективен комплексный метод лечения. Больных алкоголизмом лечат амбулаторно и стационарно, по желанию больных и принудительно, в психиатрических и специализированных наркологических учреждениях.

Для профилактики алкоголизма применяют комплекс социальных и медицинских мероприятий. Вся работа по организации выявления и лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, должна проводиться на фоне широко организованного противоалкогольного воспитания населения. Женский алкоголизм начинается позже, чем у мужчин, но имеет более стремительное развитие болезни, и деградация личности женщин достигает к 40 годам. Исчезают высшие моральные и эстетические эмоции, они оставляют работу, семью, не проявляют заботу о детях и старых родителях.

Вследствие злоупотребления алкоголем у тематических больных женщин проявлялись социальные последствия. У них быстро снижался моральный, социальный облик, интеллект. От алкоголизма женщин

ограждают психологические и биологические барьеры. Когда они разрушаются, очень быстро происходит нравственное падение. У тематических больных терялось интерес к жизни. Больные теряли работу, вели разгульный, иждивенческий и паразитический

образ жизни. Многие теряли семью, жили на случайные заработки. Лживость и фантазерство у женщин, больных алкоголизмом, выражены больше по сравнению с мужчинами, страдающими тем же заболеванием.

Таблица.1.

Распределение женщин по изменению личности

№	Виды изменения личности	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		Абс	%	Абс	%	
1	Неврозоподобные	18	36,0	2	10,0	< 0,05
2	Аффективные	17	34,0	10	50,0	< 0,05
3	Психопатоподобные	15	30,0	6	30,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Таким образом, у женщин с алкогольной зависимостью в некоторых случаях психические нарушения ограничивались в основном кругом малых синдромов, неврозоподобными (36%), аффективными (34%), психопатоподобными (30%) расстройствами.

Юмор у женщин с хроническим алкоголизмом встречался реже, чем у мужчин с аналогичной болезнью. Чаще они плоско шутили, говорили пошлости. Круг интересов у них резко сужен. Они ничем не интересовались, не строят никаких жизненных планов. Легко дали обещание не пить, но спустя минуту его забывали. С окружающими нередко вели себя развязно. Некоторые женщины легко внушаемы, всегда на стороне говорящего, но, отойдя от него к другому, тут же соглашались с нелестными эпитетами в адрес бывшего их собеседника. Неумеренно наши тематические больные женщины перестали следить за собой, не обращали внимания на свою одежду, становились неопрятной, а потом и вовсе "опускались". Пьяная женщина вызывает у большинства людей чувство неловкости и даже брезгливости.

Выводы

1. При развитии алкогольных психозов у женщин, страдающих алкоголизмом, чаще наблюдались острые алкогольные психозы, а именно острый вербальный галлюциноз.

2. У женщин страдающих алкоголизмом и перенесшие острые алкогольные психозы отмечаются следующие острые алкогольные психозы, отмечается следующие особенности течение и динамики алкоголизма: отмечалось более раннее формирование болезни, более быстрый переход от одной стадии к другой (слияние), более быстро формировались изменение личности и характера алкогольному типу и носили более злокачественный характер.

3. У женщин страдающий алкоголизмом перенесшие острые алкогольные психозы значительно чаще отмечались нарушения со стороны соматической сферы (гепатит, аменорея, цирроз печени).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Альтшулер В.Б., Штырков А.Г. К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера//Наркология. №5. - 2003. - С.29-41.
2. Гофман А.Г. Алкоголизм у женщин//Клиническая наркология. -М.: Миклош, 2003. С.54-58.
3. Егоров А.Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма//Вопросы наркологии. - 2004. №6. - С.74-79.
4. Егоров А.Ю. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастные аспекты//Наркология. 2005. - №9. - С.49-55.
5. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2008. - С.30.
6. Штырков А.Г. Клинические особенности алкоголизма у женщин с эпилептоидными чертами характера: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2003.-26 с.

Поступила 28.12. 2018 г.

ТИББИЁТ БИЛИМ ЮРТИ ТАЛАБА ҚИЗЛАРИДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Абдукаримова Н. У.

Фарғона давлат университети

✓ Резюме,

Эндемик ҳудудларда ўсётган авлод ўртасида репродуктив саломатликка боғлиқ муаммоларни кўпайиши, эндокрин касалликлар сонини ортиб кетишига сабаб бўлиб, долзарблиги билан ажралиб турибди. Тиббиёт билим юрти талабаларидан олинган анкета маълумотларига кўра, йод танқислиги ҳайз жараёнига таъсир кўрсатиши аниқланди. Талаба қизларда ҳайз жараёни бузилиши кузатилди.

Калит сўзлар: Репродуктив саломатлик, йод, ҳайз жараёни, эндокрин касалликлар, талаба, анкета.

АНАЛИЗ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЙОДА СРЕДИ СТУДЕНТОК КОЛЛЕЖДА

Абдукаримова Н. У.

Ферганский государственный университет

✓ Резюме,

В связи с проблемами репродуктивного здоровья подрастающего поколения увеличивается число эндокринных заболеваний, что наиболее актуально в эндемических зонах. На основании анкетных данных студенток медицинского колледжа дан анализ влияния недостаточности йода на менструальный цикл. Отмечаются нарушения менструального цикла у студенток.

Ключевые слова: Репродуктивное здоровье, йод, менструальный цикл, эндокринные заболевания, зоб, студент, анкета.

ANALYSIS OF THE INSUFFICIENCY OF IODINE AMONG THE STUDENTS OF THE COLLEGE

Abdukarimova N. U.

Fergana State University

✓ Resume,

The number of endocrine diseases have been increased in connection with the problems of reproductive health of teenage generation which is the most actual in endemic zones. The analysis of influence of lack of yodum on menstrual cycle of students of medical college have been given on the basis of data of application forms. The impairments of menstrual cycle have been defined.

Key words: Endocrine, diseases, reproductive health, Yodum, menstrual cycle, application, student, goiter.

Долзарблиги

Охириги йилларда ижтимоий иқтисодий ўзгаришлар муносабати билан, Ўзбекистон Республикасида ёш авлодни соғлиқни сақлаш, таълим, иқтисодий ва микроиқтимоий ҳолати ўзгарди. Шунинг натижасида ҳозирда уларни репродуктив соғлиғи билан боғлиқ муаммоларга дуч келинмоқда. Болалар саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантириш, аҳолини репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги амалда бажарилаётган ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора - тадбирлари бугун ўзининг ижобий самарасини бермоқда. Репродуктив саломатлик марказидан олинган маълумотларга асосан Ўзбекистонда ҳар йили 450 - 500.000 дан кўпроқ бола туғилиши натижасида оилавий шароитнинг бундай ўзгариб мустаҳкамлаб бориши ижобий ҳисобланади. Ёшлар ўртасида эрта турмушга чиқиш, эрта ҳомиладорлик, ҳомилани олдириш, гинекологик касалликларни тарқалишига, эндокрин касалликларни кўпайишига, алкоголизм ва гиёҳванд моддалар истеъмол қилишига олиб келмоқда.

Бундан ташқари Ўзбекистонда ёшлар ўртасида экстрагенитал касалликларни кўпайиши ёш авлодни

соғломлаштириш Давлат дастурини ишлаб чиқиш ва қўллашга олиб келди. Бу дастур ёш авлодда соғлом турмуш тарзини, жинсий хулқини яхшилашга, ўзи ҳамда оиласини соғлиғини сақлаш учун жавобгарлик ҳиссини шакллантиришга қаратилган.

Баркамол авлодни тарбиялаш масаласини давлат сиёсати даражасига кўтарилди. Келажак авлоди соғлом ва баркамол мамлакатнинг истиқболи порлоқ, келажаги буюк бўлади.

Биз биламизки, соғлом авлод муаммосининг ҳал этилиши аввало ота-онанинг соғлиғига, уларнинг қони тоза, тани ва руҳи пок бўлишига боғлиқ. Мамлакатимизда оиланинг турмуш тарзи, ундаги муҳит, эр-хотиннинг тотувлиги, бир-бирини тўғри тушуниши, ҳурмат қилиши, ҳомиладор аёлларни, ёш оилаларни моддий ва маънавий жиҳатдан қўллаб-қувватланиши, болаларнинг тиббий назаротда бўлишлари, турли юқумли ва болалар касалликларга қарши профилактика эмлаш амалиётларини сифатли ташкил этиш масалаларига кенг эътибор берилмоқда. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, республикаимиз аҳолисининг тўртдан бир қисмини ташкил этаётган туғиш ёшидаги хотин-қизларнинг олтмиш фоизидан кўпроғи камқонлик, юрак, буйрак, буқоқ, астма касалликлари, бир қатор экстрагенитал хасталиклари билан

оғриши, чекиш, ичиш, тартибсиз турмуш - ҳаёт тарзини олиб боришлари туфайли ҳомиладорлик даври оғир кечиш, туғриқ жараёнида кўнгилсиз воқеалар бўлиб туради [2,11].

Республика аҳолисининг қарийиб етмиш фоизи қишлоқда яшайди, айни пайтда ўн тўрт ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларда учрайдиган юқумли касалликлар, туғиш ёшидаги аёллардаги экстрагенитал хасталиклар қишлоқ аҳолиси ўртасида кўпроқ учрайди [12].

Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрациясининг 2018 йил 26 сентябрдаги 08/2-2342- сонли топшириғи билан тақдим этилган "Ўзбекистон Республикаси аҳолиси ўртасида соғлом турмуш тарзини оммалаштириш, соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлаш кўникмаларини шакллантириш ҳамда касалликларни олдини олиш бўйича чора-тадбирлар дастури"нинг 15; 16; 20 бандларида [11].

Вазирлар Маҳкамасининг қишлоқ инфраструктурасини ривожлантириш дастурида қишлоқ аҳолисига кўп босқичли тиббий хизматдан икки босқичли хизматга ўтиш йўллари белгиланган. Фақат республикамиз пойтахтида, вилоят ва туман марказларида эмас, балки қишлоқларда ҳам она ва болани мунтазам тиббий кўриқдан ўтказиш мақсадида шифохоналарни замонавий тиббий асбоб-анжомлар билан жиҳозлаш, соғлом авлод соғлиғига хизмат қиладиган қишлоқ амбулаториялари, "Она ва бола" саломатлик марказларини бунёд этишга эътибор кучайди. Республикамизда ўтказилаётган социологик тадқиқотлар натижаси никоҳ муносабатларининг ёш жиҳатдан бирмунча эрта рўй бераётганлиги айниқса, оилавий ҳаётга қизларнинг руҳий, жисмоний, маънавий жиҳатдан тайёр эмаслиги натижасида қатор салбий оқибатлар келиб чиқаётганлигини кўрсатди, чунончи: фарзанд кўриш ёши эрта бошланганлиги туфайли уни ўстириш ва тарбиялашнинг оғир кечиши.

- аёл саломатлигига салбий таъсири;
- қизларнинг бошқа оила тартиби ва анъаналарига кўника олмаслиги;
- ажралиш ва шу қабили [8;10].

Демак, оиладаги соғлом муҳит, унинг мустаҳкамлиги, аҳиллиги ва фаровонлиги ёшларни оилавий ҳаётга тайёрлаш жараёнида оила, маҳалла, тиббий муассасалар олий ўқув юрлари ва уларнинг жамоат ташкилотлари, оммавий ахборот воситалари, радио ва телевидения, тарбиявий тадбирлар, илмий муассасалар каби оил ва воситалар ҳамкорлигида амалий жиҳатдан қўмаклашишдан иборат.

Эндокрин касалликлар ўртасида йод танқислиги бутун жаҳон бўйича энг долзарб муаммо бўлиб қолмоқда [4;9]. Йод бошқа микроэлементлар қаторида муҳим озуқага киради, унинг етишмовчилиги одам организмда ақли заифлигига, эшитиш қобилиятини пасайишига, неврологик ўзгаришларга ҳамда фертил ёшидаги аёлларда эса репродуктив ҳолатни бузилишига олиб келади [2; 5; 12]. Шуни назарда тутган ҳолда талаба қизлар орасида йод танқислиги ҳайз циклига таъсир кўрсатишини билиш учун ярим аноним анкета орқали савол-жавоб жавоб ўтказилди.

Текшириш мақсади: йод етишмовчилиги қизларда ҳайз циклига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Махсус тайёрланган ярим аноним анкета орқали Фарғона шаҳар 2- Тиббиёт колледжининг 14-15; 15-16; 16-17 ёшли 212 та талаба қизлари ўртасида савол-жавоб ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар

Респондентлар ёши бўйича бўлинди: 14-15 ёш - 33 %, 15-16 ёш - 58,8 %, 17 ёш - 8,2%.

Асосан (81,2 %) сўралганлар ўзбек қизларини ташкил қилади, қишлоқ жойда яшайдигани 67,7 %, респондентларни 24,3 %, шаҳарда яшайди.

Текширилганларнинг - 69 % да йод етишмовчилиги йўқ, 31 % да эса йод етишмовчилиги аниқланди.

Йод етишмовчилиги бор қизларнинг 59 % да ҳайз кўриш цикли оғриқ билан, 41 % да эса оғриқсиз ўтади. Ҳайз кўриш ёши бўйича: 12 ёшда - 17%, 13 ёшда 14%, 14 ёшда 18%, 15 ёшда 20%, 16 ёшда 25%, 17 ёшда 16% бошланган.

Ҳайз кўриш кунлари бўйича: 3 кунгача -37%да, 4 кундан 5 кунгача - 47%, 6-7 кунгача - 16% ни ташкил қилди.

Йод танқислиги йўқ талаба қизларнинг 22,9%нинг ҳайз кўриш цикли оғриқ билан, 39,5% эса оғриқсиз бўлган. Ҳайз кўриш ёши бўйича 12 ёшдан - 5.5%, 13 ёшдан - 17,3%, 14 ёшдан - 12,6%, 15 ёшдан -16,6%, 16 -17 ёшдан - 7% да бошланган. Ҳайз кўриш кунлари бўйича: 3 кунгача - 10,2%, 4 кундан - 5 кунгача- 25,2%, 5 кундан 6 кунгача - 11.9% да бўлганлиги аниқланди.

38,7% талабалар ҳайз жараёнини бузилиши туфайли акушер-гинеколог ташрифига борганлар. Акушер-гинеколог хузурига боришига нима тўсқинлик қилди деган саволга тиббиёт колледжи талаба қизлари қуйидагича жавоб бердилар: 59,3% - "уялдим", 23% - "билмадим" ва 17,7% - "соғлигим яхшилиги туфайли".

Хулосалар

1. Талаба қизлар репродуктив саломатлиги бузилиши ҳавф гуруҳини ташкил қилади, ҳамда улар репродуктив саломатлик ҳақида билимларга эга бўлиши керак.

2. Ўз вақтида профилактик чоралар олиб борилмаса, кейинчалик йод танқислиги қизларнинг репродуктив саломатлигига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

3. Йод танқислиги қизларда ҳомила тушиши, фарзанд кўрмаслик ёки ногирон болалар туғилишига сабаб бўлади.

4. Юқоридаги салбий оқибатлар сабаби, нотўғри овқатланиш, овқатланиш тартиби ва таркиби ҳақидаги билимларнинг йўқлиги.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Авдеева Н.А. Биоритмы и методы оценки физического развития человека. Учеб. пособие: Н.А.Авдеева, И.С.Жоголева, И.Черняев. /Саранск: Изд-во Ковыль. тип., - 2002. 68 -77с.
2. Аканов А.А., Тулебаев К. А., Айтжанова Г.В. Руководство по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и укреплению здоровья. /Алматы, 2002, стр. 28.
3. Рахимова Х. М., Рахимова К.Р., Ахметзиянова З.К. ОЗ для здоровых детей. //Педиатрия. 2001; №3: 78-81. 68 - 70.
4. Скальный А.В. Химические элементы в физиологии и экологии человека. Минск. 21 век: Мир, 2004. 216 с.
5. Авцын А.П. Микроэлементы человека: этиология, классификация, органопатология А.П. Авцын, А.А. Жаворонков, М.А. Риш [и др.]. /М. Медицина, 1991.496 с.
6. Петрушин В.И., Петрушина Н.В.. "Валеология" учебник для ВУЗов /М.: Гардарики, 2003. - 432 с.
7. Петленко В.П. Валеология человека: Здоровье - любовь- красота. /Т. 1- У. Репос. -СПб, 1998.
8. Сердюковской Г.Н. Психогигиена детей и подростков (под ред. Г.Н.Сердюковской, Г.Гельцина). - /М.: Медицина, 1985. С. 224.
9. Сердюковской Г.Н. Роль волонтеров в пропаганде профилактики йододефицита состояний и железо дефицита-анемия. /Ташкент, 2004. 28 стр.

10. Сейтахалилов Э.А. Педагогические основы оздоровительной направленности учебно-воспитательного процесса в общеобразовательных школах Узбекистана /Автореф... дисс. док, пед. наук. - Т., 2000. С. 60.
11. Сердюковской Г.Н. "Fuqarolar sogligini saqlash tog'risida"gi, "Xotin qizlarga qo'shimcha imtiyozlar tog'risida" gi qonun- 2008 йил.
12. Беляева Н.М., Зембатова С.Х., Иванова Л.П. С ринговое обследование беременных и новорождённых для диагностики лечения и профилактики токсоплазмоза. //Лечашей врач 2014 (1).

Интернет сайтлари:

1. <http://www.koob.ru/arttherapy>
2. Zdorovo [Электронный ресурс] Режим доступа: www.akishina.ru
<http://www.ozon.ru/multimedia/books/covers/>
3. www.valeo.edu.ru - Здоровье и образование

Келиб тушган вақти 12.12. 2018

УДК 616.8-005

ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

М.А.Абдуллаева, М.О.Кудратова,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Инсулт ўтказган беморларда когнитив бузилишлар. 36 та (20 та эркак ва 16 та аёл, ўртача ёши 57,4±3,4 ёшга тенг бўлган ва 9,2±3,8 йил давомийликка тенг бўлган) инсулт ўтказган беморлар олдик. Инсулт когнитив бузилишларга сабаб бўлувчи хасталик ҳисобланади, когнитив бузилишлар асосан 60 ёшдан ошган беморларда кўпроқ учрайди. Когнитив бузилишлар бемор ёшига, бош миёдаги инсултдан кейинги зарарланган ўчоқлар ҳажмига ва қайта ўтказилган инсултлар сонига боғлиқ. Когнитив бузилишларни баҳолашда нейрпсихологик тест - MMSE (Mini-Mental State Examination) шкаласи бўйича анкета ўтказиб аниқладик.

Калит сўзлар: Инсулт, когнитив бузилишлар, MMSE, нейрпсихологик тестлар, зарарланган ўчоқ, қайта ўтказилган инсулт.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

М.А.Абдуллаева, М.О.Кудратова,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Когнитивные нарушения у больных перенесших инсульт. Для исследования взято 36 больных (20 мужчин и 16 женщин, средний возраст которых составил 57,4±3,4 и перенесших инсульт в течении 9,2±3,8 лет). Инсульт является заболеванием приводящим к когнитивным нарушениям, когнитивные нарушения развиваются преимущественно после 60 лет. Развитие когнитивных нарушений зависят от размеров пораженного участка и количества повторных инсультов. При оценке когнитивных нарушений использовались нейрпсихологический тест - шкала MMSE (Mini-Mental State Examination).

Ключевые слова: Инсульт, когнитивные нарушения, шкала MMSE, нейрпсихологические тесты, размер пораженного участка, повторный инсульт.

EVALUATION OF THE STATUS OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS SUFFERED FROM STROKE

М.А.Абдуллаева, М.О.Кудратова,

The Bukhara state medical institute.

✓ Resume

Cognitive disorders in patients suffered from stroke. We've analyzed 36 patients (20 men and 16 women, the mean age was 57,4±3,4 and the history of stroke was 9,2±3,8 years). Stroke is the disease that results in cognitive disorders mainly occur in patients over 60 years of age. Cognitive disorders depend on the age of patients, the scope of damaged zones after stroke, and the number of recurrent stroke. In order to evaluate cognitive disorders we've used neuropsychologic test MMSE (Mini-Mental State Examination) scales.

Keywords: Stroke, cognitive disorders, scale MMSE, neuropsychologic tests, volume of damaged zones, recurrent strokes.

Долзарблиги

Нафақат мамлакатимизда, қолаверса бутун жаҳонда бош миёда ўткир қон айланишининг бузилиши билан кечадиган касалликлар муҳим муаммолардан саналади. Чунки касалликнинг кенг тарқалганлиги, ўлим ва ногиронлик кўрсаткичларининг юқорилиги, тирик қолганларнинг кўп қисмини ўз иш фаолияти-ни давом эттира олмаслиги ва ушбу шахсни жамият-

даги ўрнини қисман ёки бутунлай йўқотиши муқар-рарлиги муаммони янада қийинлаштиради [1, 2].

Бош миё қон томирлари касалликлари орасида инсулт етакчи ўринни эгаллайди. Инсулт ўтказган беморларда когнитив бузилишлар йилдан йилга ор-тиб бормоқда [5]. Инсулт бу аҳолининг меҳнатга ла-ёқатини пасайтирувчи, узоқ муддат госпитализация-сига олиб келувчи беморларнинг тургун ногиронла-нишига, уларнинг оилаларида ҳаёт сифатининг пасай-

ишига ва давлатни сезиларли иқтисодий ҳаражатларига сабаб бўлувчи патологиядир [1, 2, 6].

MMSE (Mini-Mental State Examination) шкаласи нейрпсихологик бузилишларни аниқлаш ва уларни баҳолаш учун кенг қўлланиладиган шкалалардан биридир [3, 4]. Ушбу шкаладан беморларда когнитив бузилишларни аниқлаш учун невропатолог, психолог ва психиатр фойдаланиши мумкин ва бу шкалани қичқа вақтда тўлдириш имкони ҳам мавжуд [1, 5].

Текширув мақсади

Бухоро шаҳридаги 1-сон оилавий поликлиникаси аҳолиси орасида инсульт ўтказиб, стационар даволанган ва инсультдан кейинги когнитив бузилишлари бор беморлар ҳолатини ўрганиш ва баҳолаш.

Материал ва усуллар

Олдимизда қўйилган юқоридаги мақсадни амалга ошириш учун текширувимизга Бухоро шаҳридаги 1-сон оилавий поликлиникаси аҳолиси орасида 2014-2017 йиллар давомида инсульт ўтказиб, стационар даволанган ва инсультдан кейинги когнитив бузилишлари бор бўлган 36 та инсультнинг асоратлари мавжуд бўлган беморлар олинди.

MMSE шкаласидан беморларда когнитив бузилишларни аниқлаш учун невропатолог, психолог ва психиатр фойдаланиши билан биргаликда, ушбу шкалани қичқа вақтда тўлдириш имкони ҳам мавжудлигини инобатга олган ҳолда текширувдаги барча 36 та беморларимизда когнитив бузилишлар кўрсаткичлари бўйича анкета ўтказиб аниқладик (жадвал).

Жадвал

Психик статусни баҳолашнинг қисқа шкаласи
(Mini-Mental State Examination, M.Folstein et al., 1975)

Текширилувчи функция	Топширик	Баҳо (балл)
Вақтни аниқлаш	Вақтни айтинг (число, ой, ҳафта куни, йил, фасл)	0-5
Маконни аниқлаш	Ҳозир биз қайердамиз (хона, клиника, поликлиника, уй, шаҳар, давлат)?	0-5
Идрок	Қуйидаги 3 та сўзни такрорланг: сув, нина, қалам.	0-3
Диккат	100 дан 7 ни айириб беринг.	0-5
Хотира	Ҳалиги 3 та сўзни қайта эсга тушинг.	0-3
Гнозис	Бу нима? (бемор унга кўрсатилган нарсаларнинг масалан, қалам, соат номларини айтиши керак)	0-2
Жумлани такрорлаш	Жумлани такрорланг: “Ҳеч бўлмаганда, ҳеч қачон”	0-1
Топширикни тушунтириш	Қоғозни ўнг қўлингиз билан олинг, уни икки буклаб стол устига қўйинг.	0-3
Ўқиш	Ушбу ёзувни (“Кўзингизни юминг”) овоз чиқариб ўқинг ва уни бажаринг.	0-1
Ёзиш	Бирор-бир жумлани ўйлаб, уни қоғозга ёзинг.	0-1
Чизиш	Ушбу расмни (...) чизинг.	0-1
Баллар йиғиндиси		0-30

Баллар грацияси: 28-30 - когнитив бузилишлар йўқ, 20-27 - энгил деменция, 11-19 - ўртача даражадаги деменция ва 0-10 - оғир деменция.

Соғлом одам 28-30 баллгача тўплаши мумкин. Когнитив бузилишлар чуқурлашган сайин тўпланган баллар йиғиндиси камайиб бораверади. MMSE шкаласи бўйича бош мианинг диффуз зарарланишларида, яъни цереброваскуляр касалликлар, турли этиологияли энцефалопатиялар, диффуз церебрал атрофияларда кенг қўлланилади.

Натижа ва муҳокама

Текширувимиздаги 36 та беморнинг касаллиги $9,2 \pm 3,8$ йил давомийликка ва уларнинг ўртача ёши $57,4 \pm 3,4$ ёшга тенг эканлиги аниқланди. 36 та бемордан 20 таси (55.6%) эркак, 16 таси (44.4%) эса аёллардан иборат. 20 та эркакдан 14 таси (70.0%) ишемик инсульт ўтказган бўлса, 6 таси (30.0%) геморагик инсульт билан хасталанган. 16 та аёлдан 10 таси (62.5%) ишемик инсульт, 6 таси (37.5%) геморагик инсульт ўтказган. 14 та ишемик инсульт ўтказган эр-

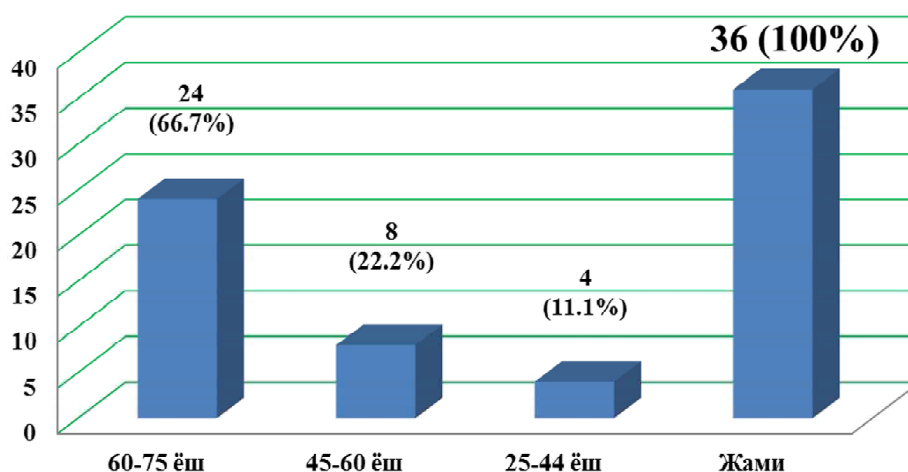
как беморлардан 5 таси (35.7%) қайта ишемик инсульт ўтказган, геморагик инсульт билан хасталанган 6 та эркак беморлардан 3 таси (50.0%) қайта геморагик инсульт ўтказган. 10 та ишемик инсульт билан оғирган аёллардан 4 таси (40.0%) қайта ишемик инсульт билан хасталанган бўлса, 6 та геморагик инсульт билан хасталанган аёллардан фақатгина 2 таси (33.3%) қайта геморагик инсульт ўтказган. 36 та беморнинг барчасида ҳамроҳ касалликлардан хафақон касаллиги 29 та (80.6%), юрак ишемик касаллиги 20 та (55.6%), қандли диабет 12 та (33.3%), семизлик 18 та (50.0%) беморда бирга қўшилиб келганлиги ва зарарли одатлари бўлган 15 та (41.7%) бемор аниқланди.

Беморларимизнинг аксарият қисмини 60 ёшдан ошган ташкил қилди (1-расм) ва уларнинг ёши сон ва фоизларда қуйидагича кўринишга эга бўлди.

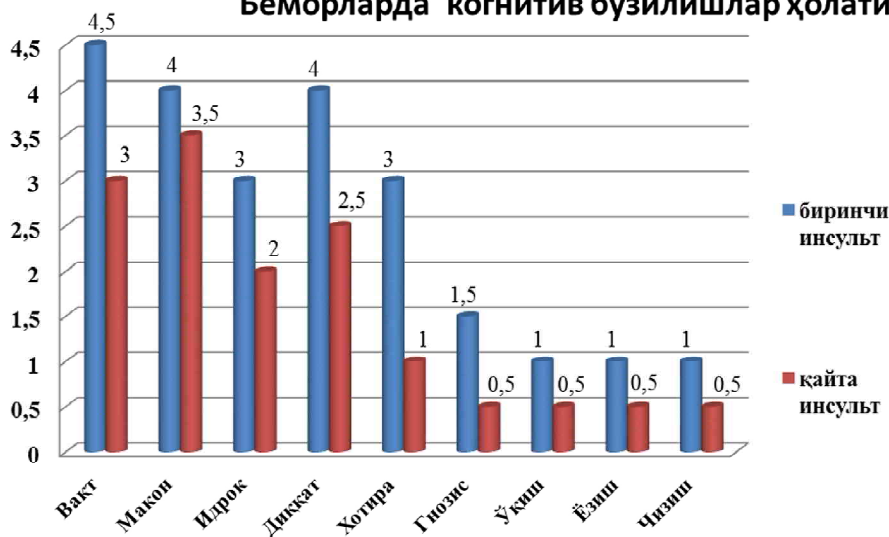
Текширувлар натижасига кўра беморларнинг барчасида когнитив бузилишлар аниқланди (2-расм). 36 та бемордан 26 тасида (72.2%) ўртача ифодаланган когнитив бузилишлар, 13 тасида (36.1%) яққол ифодаланган деменция аниқланди. Яққол ифодаланган



Текширувдаги беморларнинг ёшлари билан тақсимланиши



Беморларда когнитив бузилишлар ҳолати



деменцияси бор беморларнинг аксарият қисмини қайта ишемик (9 таси (25.0%) ва геморрагик (4 таси (11.1%) инсульт билан биринчи марта хасталанган беморлар ташкил қилди. Яққол ифодаланган деменцияси бор беморларнинг 65% ини 60-75 ёшли беморлар ташкил этди.

Хулосалар

1. Когнитив бузилишлар қайта инсульт ўтказган беморларда яққол даражадаги деменция мавжудлиги аниқланган бўлса, биринчи марта инсульт ўтказган беморларда ўртача ифодаланган когнитив бузилишлар аниқланди.

2. Когнитив бузилишлар даражаси қайта инсультлар ўтказиш сонига боғлиқлиги аниқланди.

3. Инсульт ўтказган беморлар ёши қанчалик катта бўлса когнитив бузилишлар даражаси ҳам яққолроқ намоён бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Гафуров Б.Г. Клиническая структура мозговых инсультов в отдельных регионах Республики Узбекистан по материалам анализа "Регистра мозгового инсульта" / Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А. // Неврология. - 2000; 2: 6-8.
2. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журн. неврол. и психиатр. - 2003; 9: 3-5.
3. Катаршев А.В. Практическое руководство по психологической диагностике. - СПб., /М. Медицина 2005.
4. Прохоров О.А. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О.А. Прохорова. - СПб, /М. Медицина 2004.
5. Рахимбаева Г.С. Турли хил муддатларда ишемик инсульт ўтказган беморларда когнитив бузилишлар ҳолати. /Рахимбаева Г.С., Мирзоев Ж.Б. //Неврология журнали. Т-2012; 3-4: 159.
6. Rasquin S.M. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study. /Rasquin S.M., Lodder J., Ponds R.W. //Dement GeriatrCognDisord 2004; 18:138-144.

Келиб тушган вақти 20.12. 2018

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Абдурахманов М.М. Нарзуллаева Н.С.Орипова Ф.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Исследованы 72 женщины с миомой матки, которым изучались: состояние системного иммунитета, микробный пейзаж цервикального канала, биоптатов эндометрия и узлов миом. Пациентки репродуктивного возраста разделены на 2 группы: I - больные с миомой матки в сочетании с хроническим эндометритом (n=37), II - пациентки с миомой матки без хронического эндометрита (n=35). В результате исследований была подтверждена роль инфекции в генезе миомы матки. Изменение клеточного иммунитета реализуется в снижении субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3+, CD8+, CD16+). Лечение данных пациенток позволяет хороших результатов, в том числе элиминации микробных патогенов (в 97% случаев), что крайне важно для восстановления и сохранения репродуктивной функции.

Ключевые слова: Миома матки, хронический эндометрит, инфекция, иммунитет

СУРУНКАЛИ ЭНДОМЕТРИТ БИЛАН БИРГАЛИКДА БАЧАДОН МИОМАСИНИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ

Абдурахманов М.М. Нарзуллаева Н.С.Орипова Ф.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Бачадон миомаси билан 72 аёл урганиб чиқилди, уларга: иммунитет система ҳолати, бачадон каналнинг микробиоценози, эндометрий биопсиянинг намуналари ва миом тугунлари ўрганилди. Репродуктив ёшдаги беморлар икки гуруҳга бўлинган: I - сурункали эндометрит билан биргаликда бачадон миомали беморлар (n = 37), 2 - сурункали эндометритсиз бачадон миомали беморлар (n = 35) Тадқиқот натижасида бачадон миомасининг келиб чиқишида инфекциянинг роли тасдиқланди. Тўқима иммунитетнинг ўзгариши Т-лимфоцитларнинг субпопуляцияларини камайтиришда (CD3 +, CD8 +, CD16 +) амалга оширилади. Ушбу беморларни даволаш яхши натижаларга эришишга, жумладан патоген инфекцияларни (97% ҳолларда) олиб ташлаш имконини беради, бу репродуктив функцияни тиклаш ва сақлаб қолиш учун жуда муҳимдир.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, сурункали эндометрит, инфекция, иммунитет

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF UTERINE MYOMA WITH CHRONIC ENDOMETRITIS

Abdurakhmanov M.M. Narzullaeva N.S. Oripova F.Sh.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

The aim of work is to define a condition of system immunity at patients with a uterine myoma with chronic endometritis, to develop algorithm of treatment and rehabilitation of reproductive health. Surgical treatment (myomectomy) is spent to 72 women. At patients were studied: condition of system immunity, a microbic landscape from uterine cervix, endometrium and knots of myomas. Chronic endometritis it is confirmed pathomorphological. Patients of reproductive age were divided into 2 groups: I: patients with a uterine myoma in a combination with chronic endometritis (n=37), II - patients with a myoma of a uterus without chronic endometritis (n=35). As a result of researches the infection role in genesis of uterine myomas. Change of cellular immunity is realized in decrease in subpopulations T-cells (CD3 +, CD8 +, CD16 +). Complex treatment of the given patients allows with high efficiency (97 %) that is the extremely important for restoration and preservation of reproductive function.

Keywords: uterine myoma, chronic endometritis, infection, immunity

Актуальность

Несмотря на большое число исследований, проведенных в последние годы, до сих пор остаются неясными многие вопросы этиологии и патогенеза миомы матки. В последнее десятилетие интересы исследователей были направлены на изучение иммунологических аспектов в генезе данной патологии. Но это отражает только одну сторону патогенеза, поскольку известно, что данное заболевание является мультифакториальным. Данные патоморфологии показывают, что миома матки, гиперплазия эндометрия, аденомиоз, как правило, сопровождаются хроническим

воспалительным процессом эндометрия [1]. Хронический эндометрит (ХЭ) занимает важное место среди воспалительных заболеваний женских половых органов вследствие серьезности и тяжести как непосредственно клинических проявлений, так и последствий и осложнений, связанных с ним. Частота хронического эндометрита, по данным разных авторов, варьирует в широких пределах - от 0,2 до 66,3%, составляя в среднем 14%. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты данной патологии, что, возможно связано с ростом числа аборт, различных внутриматочных манипуляций. При тщательном морфологическом исследовании маток, пораженных

эндометритом, вокруг воспалительных очагов выявляются зачатки миоматозных узлов[4].

Цель исследования - определение состояния системного иммунитета у больных с миомой матки в сочетании с хроническим эндометритом, для оптимизации алгоритма лечения и реабилитации репродуктивного здоровья.

Материалы и методы

В гинекологической отделении областного родильного дома г.Бухара, являющейся базой кафедры акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института 2016 по 2018 гг. проведено исследование 72 женщин репродуктивного возраста с миомой матки. Пациенткам проводилось комплексное обследование включающее, кроме общеклинических, ультразвуковое исследование органов малого таза, исследование основных показателей системного иммунитета, бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала. После чего пациентки были разделены на 2 группы: I группа: больные с миомой матки в сочетании с ХЭ (37 женщин) в возрасте $36,2 \pm 0,8$ лет, II группа - пациентки с миомой матки без ХЭ (35 человек) в возрасте $35,6 \pm 1,2$ лет. Субсерозное расположение узлов миомы диаметром от 3 до 10 см наблюдалось у 12 пациенток из первой и у 15 женщин из второй группы, интерстициальное и интерстициально-субсерозное расположение миоматозных узлов диаметром от 4 до 8 см имелось у 25 пациенток из первой и у 20 женщин из второй группы. Множественное поражение (от 3х до 5 узлов миомы) наблюдалось у 15 и 11 женщин соответствующих групп. Группу контроля (для сопоставления иммунологических показателей) составили 30 здоровых женщин. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ STATISTICA 6,0 MedCalcVersion 7.4.2.0. и MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждение

Диагностика хронического эндометрита была основана на выявлении воспалительных инфильтратов в тканях эндометрия. Инфильтраты состояли из лимфоцитов с присутствием плазматических клеток, иногда нейтрофильных лейкоцитов. Часто присутствовал фиброз стромы эндометрия с расположением веретенообразно-вытянутых стромальных элементов вокруг мелких желез. Длительный хронический воспалительный процесс, как правило, связан с инфекцией. Инфекционные патогены способные, вызвать опухолевый рост, известны: прежде всего, это вирусы и микроорганизмы, способные к длительной персистенции в организме. Однако при снижении иммунитета возможность вызывать хроническое воспаление могут получать и условно-патогенные микроорганизмы. К ним относятся урогенитальные микоплазмы: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*. По результатам ПЦР теста и культурального исследования ($>10^4$) материала из цервикального канала у больных первой группы были выявлены следующие возбудители: *Chlamidia trachomatis* у 2х пациенток (только ПЦР), *Ureaplasma urealyticum* у 21 (ПЦР) и 11(культуральный метод), *Mycoplasma hominis* у 14 (ПЦР) и 24 (культуральный метод), сочетание *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* выявлено у 5 женщин (только ПЦР), CMV и Herpesvirus I-II выявлены только методом ПЦР у 2х и 3х больных со-

ответственно, *Gardnerella vaginalis* выделена у 4х женщин как ПЦР так и культуральным методом, *Candida albicans* обнаружена у 12 (ПЦР) и 6 женщин (культуральный метод). Количество лактобактерий у таких пациенток было в пределах 103-105 ст. При исследовании эндометрия инфекционные агенты выделены у 28 человек (75,6%). Среди них *Ureaplasma urealyticum* у 11 (ПЦР) и 5 (культуральный метод), *Mycoplasma hominis* в 12 (ПЦР) и 22 случаях (культуральный метод), сочетание *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* выявлено у 3х женщин (только ПЦР), Herpesvirus I-II выявлен методом ПЦР у 2х больных, *Gardnerella vaginalis* выделена у 2х женщин как ПЦР так и культуральным методом. У пациенток второй группы в цервикальном канале были обнаружены: *Mycoplasma hominis* у 6 (ПЦР) и 8 женщин (культуральный метод), *Ureaplasma urealyticum* у 3 (ПЦР) и 2 больных (культуральный метод), *Candida albicans* обнаружена у 5 (ПЦР) и 4 женщин (культуральный метод). Количество лактобактерий у этих пациенток было $> 10^6$ ст. При исследовании эндометрия никаких микроорганизмов идентифицировано не было. Таким образом, наличие микоплазм и гарднерелл в верхних отделах репродуктивного тракта, сопровождаясь воспалением позволяет считать их активными участниками патологического процесса. Иммунологические исследования проводились в лаборатории иммунодиагностики Республиканского научного центра иммунологии МЗ РУз (зав. лабораторией д.б.н. Д.А. Мусаходжаева), Изучались следующие показатели: дифференцировочные антигены Т-лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, соотношение CD4/CD8); дифференцировочные антигены В-лимфоцитов (CD 20); NK-клеток (CD16); содержание сывороточных иммуноглобулинов А, М, G; активность фагоцитоза (моноциты, нейтрофилы), бактерицидная активность, маркер апоптоза CD95. Одним из факторов, способствующих проникновению условно-патогенных микроорганизмов, может явиться системный и местный иммунитет. Известно, что длительная персистенция микроорганизмов может привести к индукции ими аутоиммунных реакций в организме, развитием вторичных иммунодефицитов и иммуносупрессии. При изучении системного иммунитета у женщин с миомой матки, выявлено снижение показателей CD3, CD8, CD16, в первой во второй группах соответственно, в сравнении с группой контроля. Обращает внимание группа женщин с миомой матки в сочетании с хроническим эндометритом, у которых были выделены мутантные штаммы *Mycoplasma hominis* (n=12). В этой группе наблюдалось более выраженное угнетение Т- и В-клеточных звеньев иммунитета, снижение сывороточных иммуноглобулинов классов А и G, увеличении IgM, бактерицидной активности. Маркер апоптоза CD95 в 2,4-3 раза был ниже у женщин с миомой матки в сравнении с группой контроля, что свидетельствует об угнетении процессов запрограммированной гибели клеток, что может иметь значение в развитии и прогрессировании заболевания. Таким образом, миому матки следует рассматривать, как патологический процесс, развивающийся под воздействием множества различных факторов, в том числе и условно - патогенной микрофлоры генитального тракта. До оперативного лечения, после верификации сопутствующего хронического эндометрита пациенткам первой группы проводилась антибактериальная терапия с учетом патогенности выделенных микроорганизмов.

Показатели системного иммунитета у исследуемых больных (М±т, абс.)

Показатели	I группа Миома матки в сочетании с ХЭ (n=37)	II группа «Чистая» миома матки(n=35)	Миома матки с обнаружением мутантных штаммов <i>Mycoplasma hominis</i> (n=12)	Контрольная группа (n = 30)
Лейкоциты 10 ⁹	5,7±0,4***	6,5 ±0,27	6,4 ±0,31	6,57 ±2,8
Лимфоциты 10 ⁹	1,67±0,09***	1,9 ±0,1*	1,4 ±0,14	2,7 ±0,55
CD 3	1,2±0,08	1,4 ±0,08***	0,91 ±0,11	1,79 ±0,28
CD 20	0,2±0,02	0,2 ±0,02	0,11 ±0,02**	0,23 ±0,015
CD 4	0,8±0,07	0,8 ±0,05	0,71 ±0,09	0,96 ±0,09
CD 8	0,45±0,06	0,5 ±0,03	0,3 ±0,08	0,97 ±0,09
CD 16	0,18±0,02***	0,17 ±0,02***	0,14 ±0,01***	0,2 ±0,01
CD 95, %	1,3±0,1***	1,4 ±0,2***	0,8 ±0,2***	4,2 ±0,4
Ig A, г/л	1,5±0,1	2,1 ±0,1	1,5 ±0,2	1,86 ±0,99
Ig M, г/л	1,8±0,1	2,0 ±0,1*	2,73 ±0,3*	1,05 ±0,32
Ig G, г/л	11,9±0,9	11,7 ±0,7	8,3 ±0,93**	13,50 ±1,3

*-различие с контрольной группой (p<0,05).**-различие с контрольной группой (p<0,01).

***-различие с контрольной группой (p<0,001).

В качестве методики лечения была использована ступенчатая терапия, а именно: антибиотик из группы макролидов для внутривенного введения капельно 1 раз в сутки в течение 3 дней, затем на 7-й и 14-й дни лечения однократно перорально. Одновременно применялись антимикотики и оральные пробиотики для восстановления нормальной вагинальной микрофлоры. Учитывая полученные результаты исследования иммунитета, антибактериальная терапия сочеталась с иммуномодулирующей терапией (индукторы эндогенного интерферона). Контрольное исследование микрофлоры нижних отделов генитального тракта (через 3 месяца после антибактериальной терапии) у 97% женщин показало наличие лактобактерий в титре 10⁶-10⁹ КОЕ/мл. После проведения курса лечения агонистами ГнРГ, женщины получали комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в непрерывном режиме в течение 6 - 10 мес. В дальнейшем женщинам, не желавшим в ближайшее время иметь детей для профилактики миомы матки была установлена внутриматочная левоноргестрел содержащая релизинг-система (n = 13), другие продолжили прием КОК (n = 31). Преконцепционную подготовку к беременности получали 28 женщин, из которых беременность наступила у 21 пациентки. Остальные женщины продолжают подготовку к беременности.

Выводы

1. В результате проведенного исследования подтверждена роль инфекционной составляющей в патогенезе миомы матки, что подтверждается данными па-

томорфологических исследований эндометрия и миоматозных узлов, выявления условно-патогенных микроорганизмов, прежде всего *Mycoplasma hominis*.

2. Изменение клеточного иммунитета реализуется в снижении субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3+, CD8+, CD16+).

3. Оптимизированное комплексное лечение пациенток позволяет с высокой эффективностью добиться хороших результатов, в том числе элиминации микробных патогенов (в 97% случаев), что крайне важно для восстановления и сохранения репродуктивной функции

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лукач А.А. Гиперпластические процессы гениталий, ассоциированные с инфекционными патогенами: /Дисс. на соискание уч. степени доктора мед.наук. Москва, 2010. - 261с.
2. Кузнецова А.В. Иммуноморфология хронического эндометрита. /Дисс.на соискание уч.степени кандидата мед.наук. Москва, 2001. - 119с.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - //2-е изд.- СПб, 1995. - Кн.2.-С. 46-52.
4. Тихомиров А.Л. Роль воспаления в пусковых механизмах формирования лейомиомы матки //Охрана здоровья матери и ребенка. Сб. тезисов, М., 2000. - С. 306-307.
5. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции (Лекция Часть 1) //Клиническая лабораторная диагностика. - 2005. - № 2. - С. 25-32.

Поступила 05.12. 2018

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р., Жумаева Н.Х., Сафаров С.С., Хаётов Ш.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП
Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

В работе проанализированы результаты опыта хирургического лечения повреждений магистральных сосудов нижних конечностей у 85 больных, оперированных в экстренном порядке. Хирургическая тактика зависела от степени ишемии и тяжести общего состояния пациента. В послеоперационном периоде проводилась активная консервативная терапия с применением антикоагулянтов, дезагрегантов, препаратов, улучшающих реологию крови, спазмолитиков, антибиотиков. Хорошие результаты получены у 85% больных. Умерли 2 больных. Результаты лечения больных с повреждениями магистральных сосудов конечностей свидетельствуют о целесообразности их лечения в специализированных отделениях сосудистой хирургии.

Ключевые слова: травма сосудов, нижние конечности, хирургическое лечение.

ОЎҚЛАРНИНГ МАГИСТРАЛ ҚОН ТОМИРЛАРИ ЖАРОҲАТЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р., Жумаева Н.Х., Сафаров С.С., Хаётов Ш.Х.

РШТЎИМ Бухоро филиали
Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме,

Оёқлар магистрал қон-томирлари жароҳатланган 85 беморда хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинган. Барча беморларга шовилинч равишда операциялар ўтказилган. Хирургик тактика бемор умумий аҳволининг оғирлигига ва оёқ ишемияси даражасига боғлиқ бўлган. Операциядан кейинги даврда беморларга антикоагулянт, дезагрегант, қон реологиясини яхшиловчи препаратлар, спазмолитик, антибиотиклардан иборат актив консерватив даво ўтказилган. Яхши натижалар 82% беморда қайд этилган. 2 бемор вафот этган. Оёқларнинг магистрал қон томирлари жароҳатланган беморларни даволаш натижалари ушбу беморларни ихтисослаштирилган қон томир бўлимларида даволаш зарурлигини исботламоқда.

Калит сўзлар: қон-томирлар жароҳати, настки мучалар, хирургик даво.

RESULTS SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH DAMAGED IN MAIN VESSELS OF BOTTOM EXTREMITIES

Abdurakhmanov M. M., Hamdamov U.R., Jumaeva N.KH., Safarov S.S., Hayotov SH.H.

Bukhara Branch of Republic Scientific Center of Emergency Medical Care
Bukhara State Medical Institute

✓ Resume.

The results of surgical treatment of damages of main vessels of bottom extremities at 85 injures were analyzed. All patients were performed an urgent operations. Surgical tactics depended on the degree of ischemia and general condition of the injures. After postoperative period the patients were given the active conservative therapy using anticoagulants, spasmolitics, antibiotics dezagregants and treatments for improvement in blood cells. The good results have achieved in 85 % of total patients. 2 injures have died. The results of treatment of the patients injured with damages of main vessels of bottom extremity testify that expediency of their fully treatment need to be specialized in branches of vascular surgery.

Key words: injured cells, bottom extremity, surgical treatment.

Актуальность

Повреждения магистральных сосудов нижних конечностей, относятся к числу тяжелых травм, так как нередко приводят больного к инвалидности и сопровождаются высокой летальностью [8]. Однако многие аспекты тактики хирургического лечения данного контингента больных не потеряли своей актуальности. Так, нет единого мнения о показаниях и противопоказаниях к реконструктивной операции и ее объему [6,7]. Недостаточно разработаны меры профилактики гнойно-некротических и тромботических осложнений при массивных повреждениях мягких тканей с декомпенсацией кровообращения, а также профилактики

почечно-печеночной недостаточности в результате восстановления магистрального кровотока [1-4,5].

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лечения пациентов с повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей.

Материал и методы

За период с 2009 по 2017 год в отделении I экстренной хирургии Бухарском филиале Республиканском Научном Центре Экстренной Медицинской Помощи было пролечено 85 больных с повреждениями 112 магистральных сосудов нижних конечностей - артерий и вен, из них 74 мужчины и 11 женщин, в

возрасте от 6 до 65 лет. Лица трудоспособного возраста составили 66,7%.

14 пострадавших были переведены из центральной районной больницы. У 71 больных, поступивших в центр, время от получения травмы до госпитализации составило менее 2 часов, в то время как в группе больных, переведенных из центральной районной больницы, догоспитальное время состояло 4-5 часа.

У 66 больных были колото-резаные ранения, у 2 - огнестрельные, у 8 - рубленые, у 6 - закрытые повреждения, у 3 - ятрогенные травмы.

Изолированные повреждения артерий отмечены у 37, вен - у 10, сочетанные повреждения артерий и вен - у 38 пострадавших.

По локализации повреждения сосудов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

По локализации повреждения сосудов

Поврежденный сосуд	Количество
Бедренная артерия	31
Бедренная вена	6
Бедренная артерия и вена	9
Подколенная артерия	6
Подколенная вена	4
Подколенная артерия и вена	7
Артерии голени	15
Артерии стопы	7

Геморрагический шок II-III степени развился у 44 больных, IV - у 4.

При поступлении больного в шоктовую палату реанимационного отделения, первым этапом выполняли основные противошоковые мероприятия.

Осуществляли временную остановку кровотечения, что являлось одним из основных мероприятий противошоковой терапии. Затем больному оказывали специализированную хирургическую помощь.

Наряду с клинической картиной, немаловажное значение в диагностике повреждений сосудов, имело экстренное ультразвуковое дуплексное сканирование, которая применялась при установленном диагнозе, при стабильной гемодинамике. Данный способ диагностики прост и может использоваться у одного и того же больного на различных этапах исследования и лечения.

При выборе метода анестезии предпочтение отдавали эндотрахеальному наркозу.

При выработке показаний к восстановительным операциям на сосудах учитывали общее состояние больного, характер и локализацию травмы, степень ишемии поврежденной конечности, наличие сочетанных повреждений.

Результаты и обсуждение

Все поступившие больные оперированы в экстренном порядке. Методы проведенных операций представлены на рисунки 1.

Анастомоз "конец в конец" мы использовали у 63 пациентов. Основным условием для его применения было отсутствие натяжения концов сшиваемых сосу-

дов. При больших дефектах вен последние перевязывались. Боковой шовналожен у 9 больных при краевом повреждении сосуда. При возникновении необходимости проведения аутовенозного протезирования или шунтирования магистральных артерий нижних конечностей использовали большую подкожную вену, взятую из зоны операционной раны при неповрежденных глубоких венах, или подкожную вену здоровой конечности. После гидравлического расширения и реверсирования аутовену вшивали в дефект артерии.

У 10 больных при сопутствующем тромбозе поврежденных артерий с помощью катетера Фогарти выполняли тромбэктомии. Травмированные бедренная и подколенная вена ушивались циркулярным швом по типу "конец в конец". Всем больными, если нет противопоказаний проводили интраоперационную гепаринизацию.

У 3 пострадавших выполняли лигирующие операции. Причиной перевязки сосудов были крайне тяжелое состояние больного, не позволяющее осуществить реконструктивную операцию, обширное повреждение мягких тканей с большой загрязненностью и вероятностью аррозивного кровотечения.

У 10 больных с высокой степенью ишемии произведены фасциотомии передней и задней групп мышц голени.

Ампутацию конечности по первичным показаниям при повреждении магистральных сосудов нижних конечностей выполнили у 2 пациентов. Показаниями к ней явились тяжелые повреждения мягких тканей, ишемическая тотальная контрактура конечности, влажная гангрена.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 5 больных. Наиболее серьезные из них - гнойно-септические, которые явились следствием перенесенного пострадавшими тяжелого геморрагического шока, постгеморрагической анемии, нарушенного кровообращения в конечности из-за выраженного посттравматического отека мышечного массива бедра и голени. Восстановление кровообращения в нижней конечности у 2 пациентов привело к развитию интоксикации, явлениям почечно-печеночной недостаточности. Глубокое нагноение с распространением инфекционного процесса вплоть до сосудистого пучка стало причиной аррозивного кровотечения у 1 больного. 2 больным в связи с нарастанием явлений интоксикации, анемии, развитием гнойно-септических осложнений и аррозивным кровотечением при проходимости сосудистых анастомозов выполнены вторичные ампутации конечностей.

Послеоперационные тромбозы, потребовавшие выполнения тромбэктомий, развились у 3 пострадавших.

Мы считаем, что реконструктивные сосудистые операции на нижних конечностях при наличии массивных повреждений должны завершаться дренированием ран. Наиболее эффективным является дренирование двух-просветными дренажами с последующим налаживанием аспирационно-промывной системы с использованием антисептиков, антибиотиков широкого спектра действия, что способствует профилактики вторичной инфекции. Как показал наш опыт, следует как можно раньше производить иссечение некротизированных тканей, вести активную антибактериальную и иммунокорректирующую терапию.

Методы операций при повреждениях магистральных сосудов нижних конечностей



Таблица 2.

Результаты лечения повреждений магистральных сосудов конечностей

Исход	Число больных, абс.(%)
Хороший	52(61)
Удовлетворительный	7(12)
Неудовлетворительный А) вторичные ампутации	5(3,8)
Б) летальный исход	2(2,3)

Умерли 2 больных. Причиной смерти явились острая почечная недостаточность (1), тромбоэмболия ветвей легочной артерии (1).

Результаты лечения повреждений магистральных сосудов нижних конечностей представлены в таблице 2.

Хорошими результаты считали при полном восстановлении кровотока с полным заживлением ран. При возникновении послеоперационных осложнений или лигировании сосуда, но сохранении компенсации кровообращения результат считали удовлетворительным. В случае ампутации или летального исхода результат считался неудовлетворительным.

Выводы:

1. Оказание помощи больным с повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей должно производиться в специализированных отделениях сосудистой хирургии.

2. При поступлении пострадавших в непрофильные учреждения там должны проводиться только реанимационные мероприятия с вызовом сосудистого хирурга на место или быстрее переводом пациента в отделение экстренной хирургии, где имеется специалист ангиохирурга.

3. Важным является ранняя диагностика повреждения сосудов, своевременная восстановительная операция, борьба с шоком и профилактика гнойно-септических осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абышов, Н.С. Ближайшие и отдалённые результаты при травматических повреждениях артерий конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 2002. - Т. 8, № 4. - С. 103-110.
2. Бельков Ю.Л., Желтовский Ю.В., Расулов Р.И. Хирургия посттравматических осложнений магистральных сосудов конечностей. // Грудная и сердечно-сосуд. хир 1996; 6: 118.
3. Брюсов П.Г. Современные принципы лечения огнестрельных ранений магистральных сосудов. // Ангиол и сосуд хир 1997; 3: 119-120.
4. Гаибаев А.Д., Урунбаев Д.У., Дадажанова Ф.А. Особенности хирургической тактики при сочетанных костно-сосудистых огнестрельных ранениях. // Ангиол и сосуд хир 1999; 2: 57-61.
5. Дагаев С.Ш. Особенности оказания хирургической помощи при ранениях с повреждением кровеносных сосудов: / Дис. ... канд. мед. наук. Ст.-Петербург 1999.
6. Дуданов И.П., Ижиков Ю.Л. Повреждения сосудов конечностей. // Вестн. хир 2000; 4: 112-117.
7. Леманев В.Л., Михайлов И.П., Исаев Г.А. Лечение больных с травмой магистральных артерий нижних конечностей. // Ангиология и сосудистая хирургия, 2005.-Том 11, № 3. С. 108-114.
8. Покровский А.В., Земсков Н.Н., Шор Н.А. Повреждения магистральных сосудов конечностей, / Киев, Здоровья, 1983, 182 стр.

Поступила 05. 12. 2018

РАННЯЯ ЭКСТУБАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Агзамходжаев Т.С., Салиходжаев Ш.Н., Исмаилова М.У., Бекназаров А.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

✓ Резюме,

Введение. Ранняя экстубация после операций на сердце является важным аспектом ускоренной сердечной анестезии. Чтобы уменьшить или устранить неблагоприятные последствия длительной вентиляции легких, в отделении кардиохирургии клиники ТашПМИ была изучена концепция ранней экстубации у детей.

Материал и методы. Для быстрого выхода из анестезии после операции на сердце использовались низкие дозы опиоидов, для поддержания анестезии ингаляционный анестетик севофлюран. Противопоказаниями к ранней экстубации были: сердечно-легочное шунтирование (ИК) > 2,5 часа, нестабильность гемодинамики, неконтролируемое кровотечение, тяжелая легочная гипертензия и застойная сердечная недостаточность.

Результаты. Обследовано 82 пациента подряд. Возрастной диапазон составлял от 1 года - до 3 лет со средним значением 1,8 года. Закрытые операции на сердце были выполнены у 15 (18,3%) пациентов, а операции с сердечно-легочным шунтированием - у 67 (81,7%) пациентов. Пациентам не требовалась повторная интубация в течение 24 часов после операции. У одного пациента была повторная интубация через 48 часов после экстубации. Смертности не было, а частота пери операционных осложнений была низкой.

Заключение: Ранняя экстубация после кардиохирургических операций у детей может быть достигнута безопасно, и возможна у большинства пациентов несложных врожденных пороках сердца.

Ключевые слова: Ранняя экстубация, анестезия у детей, послеоперационное лечение

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КАРДИОХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯЛАРИДАН КЕЙИН ЭРТА ЭКСТУБАЦИЯ

Агзамходжаев Т.С., Салиходжаев Ш.Н., Исмаилова М.У., Бекназаров А.Б.

Ташкент педиатрия тиббиёт институти

✓ Резюме,

Кириш. Эрта ёшдаги болаларда кардиохирургик операциялардан кейин эрта экстубация қилиш юрак операциялари анестезиясининг муҳим жараёнидир. ТошПТИ кардиохирургия клиникасида эрта ёшдаги болаларда ўтказилган операцияларда узоқ вақт сунний вентиляция асоратларини камайтириш мақсадида эрта экстубация концепцияси илмий таҳлил қилинди.

Материал ва услублар. Эрта ёшдаги болалар операциядан кейин анестезия ҳолатидан тез чиқиши учун опойтлар паст дозада қўланилди, ингаляцион анестетик сифатида севофлоран қўланилди

Ўпка юрак шунити, 2,5 соатлик гемодинамиканинг ностабилизи, оғир ўпка гипертензияси, турғун юрак этишмовчиликлари эрта экстубацияга қаршилик сифатида қабул қилинди.

Натижалар.

Результаты. Ўртача 1 ва 3 ёшдаги ўртача 1,8 ёшдаги 82 бемор болалар тадқиқот гуруҳини ташкил қилди.

Юракда ёпиқ операция 15 та (18,3%) беморда бажарилди, ўпка юрак шунти синдроми билан 67та (81,7%) бемор даволанди. Пациентам не требовалась повторная интубация в течение 24 часов после операции. Беморлар ҳеч бирига экстубациядан кейин 24 соат ичида қайта интубация бажарилмади. Фақат битта беморга 48 соатдан кейин қайта интубация бажарилди. Текширилган гуруҳ орасида ўлим ҳолати кузатилмади, асоратлар жуда кам кузатилди.

Хулоса: Оғир бўлмаган чақ, лоқларида юрак хасталиклари операцияларида эрта экстубация асоратсиз кечадида ва асоратлар олдини олади.

Ключевые слова: Эрта экстубация, болаларда анестезия, операциядан кейинги даво.

EARLY EXTUBATION OF PATIENTS AFTER CARDIOSURGICAL OPERATIONS IN CHILDREN OF EARLY AGE

Agzamkhodjaev TS, Salikhodzhaev Sh.N., Ismailova M.U., Beknazarov AB

Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ Resume,

Introduction Early extubation after heart surgery is an important aspect of accelerated cardiac anesthesia. To reduce or eliminate the adverse effects of prolonged ventilation, the concept of early extubation in children was studied in the cardiac surgery department of the TashPMI clinic.

Material and methods. For a quick exit from anesthesia after heart surgery, low doses of opioids were used, to maintain anesthesia, inhalation anesthetic sevoflurane. Contraindications to early extubation were: cardiopulmonary bypass (CPB) > 2.5 hours, hemodynamic instability, uncontrolled bleeding, severe pulmonary hypertension and congestive heart failure.

Results. Surveyed 82 patients in a row. The age range was from 1 year to 3 years with an average value of 1.8 years. Closed heart operations were performed in 15 (18.3%) patients, and cardiopulmonary bypass surgery - in 67 (81.7%) patients. Patients did not need re-intubation within 24 hours after surgery. One patient had repeated

intubation 48 hours after extubation. There was no mortality, and the frequency of peri operative complications was low.

Conclusion: *Early extubation after cardiac surgery in children can be achieved safely, and is possible in the majority of patients with uncomplicated congenital heart defects.*

Keywords: *Early extubation, anesthesia in children, postoperative treatment*

Актуальность

С ростом числа пациентов, нуждающихся в кардиохирургических операциях и эффективное использование ограниченных возможностей анестезии при врожденных пороках сердца, привело к использованию возможности ранней экстубации трахеи после операции [1,2]. Методика ранней экстубации была проведена у взрослых [3] и детей [4,5], чтобы избежать потенциально вредных эффектов искусственной вентиляции легких, таких как травма гортани, баротравма, пневмоторакс, обструкция слизи, неправильное расположение или перегиб эндо трахеальной трубки, случайная экстубация, инфекция и легочные гипертонические кризы, вторичные по отношению к манипуляции или санация эндотрахеальной трубки [6]. Кроме того, послеоперационное применение седативных и анальгетических препаратов для облегчения переносимости эндотрахеальной трубки может продлить продолжительность интубации [6]. Чтобы уменьшить или устранить неблагоприятные последствия длительной интубации, концепция ранней экстубации (в операционной или в течение первых часов в отделении интенсивной терапии) в детской возрастной группе была разработана в отделении кардиохирургии [16].

Целью настоящего исследования явилась оценка целесообразности ранней экстубации больных после кардиохирургических операций.

Материал и методы

Это исследование было проведено у 82 педиатрических пациентов, перенесших кардиохирургические операции в период с октября 2015 года по февраль 2018 года в отделении кардиохирургии клиники ТашПМИ, из них: 61 (74%) были мальчики и 21 (26%) девочки. Возрастной диапазон составлял от 1 года - до 3 лет со средним значением 1,8 года.

Сложные врожденные пороки сердца, ИК > 2,5 часа и новорожденные были исключены из исследования. Существенные аспекты ранней экстубации включали: выбор анестетиков, стабильность гемодинамики и хорошую послеоперационную анальгезию. Премедикация перед операцией включала атропин сульфат 0,1% - 0,01 мг/кг, сибазон 0,5% - 0,3 мг/кг, кетамин 5% 3-5 мг/кг. Всем пациентам проводили стандартный периоперационный мониторинг, включающий непрерывную пульсоксиметрию, капнографию (Vamos, Dräger, German), регистрацию ЭКГ, частоты сердечных сокращений, инвазивное артериальное и центральное венозное давление (Vista 120, Dräger, German). Перед индукцией в анестезию всем больным проводили катетеризацию периферической вены (KDM, B|Braun, Германия). Индукцию анестезии осуществляли сибазоном 0,25 мг/кг, фентанилом 5-7 мкг/кг. Миорелаксацию перед интубацией трахеи проводили при помощи пипекурония бромидом 0,1 мг/кг и поддерживали в дальнейшем его болюсным введением 0,015 мг/кг. Поддержание анестезии обеспечивали ингаляционным анестетиком севофлюраном и дробным введением фентанила для обеспечения глубины ане-

стезии на хирургическом уровне 40-60 баллов под контролем модуля кардиомонитора UTAS 300TM (Украина). После индукции анестезии осуществляли катетеризацию внутренней яремной вены трехпросветным катетером (Certofix, B. Braun), один из портов подключали к трансдюсеру для непрерывного мониторинга центрального венозного давления. Искусственную вентиляцию легких в операционной осуществляли аппаратом FabiusXL (Dräger, German) со следующими параметрами: дыхательный объем 10-12 мл/кг, частота дыхания 20-22/мин, LFA. Инфузионную терапию в ходе операции проводили изотоническими растворами в раннем послеоперационном периоде, сбалансированным раствором, а в случае гиповолемии - 6% раствором ГЭК "Волюстим" 130/0,42. Защита миокарда является необходимой предпосылкой для стабильной функции сердца после ИК. При появлении адекватного самостоятельного дыхания и удовлетворительном газообмене больных экстубировали в течение первых часов в отделении интенсивной терапии (ОИТ). В послеоперационном периоде проводился мониторинг показателей жизненно важных функций: электрокардиограмма, рентгенография грудной клетки, газы крови и признаков сердечной недостаточности не отмечалось. Послеоперационное обезболивание проводилось тримеперидином 2% 30-50 мкг/кг/час внутривенно, парацетамол 2% 10-15 мг/кг или парацетамол 2% 5 мг/кг + кетопрофен (ср. доза 0,1 г) по необходимости. В отделении интенсивной терапии инотропные препараты и оксигенация обеспечивались по мере необходимости.

Результат и обсуждения

Время искусственного кровообращения варьировалось от 27 ± 60 минут, а время полного поперечного ареста зажимом аорты варьировалось от 15 ± 35 минут. Возрастной диапазон для этих пациентов составлял 1 - 3 лет (в среднем 1,8 г). Среднее общее время операции во всех случаях варьировалось от 60 до 156 минут, в среднем 122 минуты. В отделении интенсивной терапии всех пациентов сохранялся нормальный синусовый ритм.

Четырнадцать пациентов (17%) не нуждались в послеоперационной анальгезии. Ни один из пациентов не нуждался в повторной интубации в течение первых 24 часов после экстубации в ОИТ. Только один пациент был повторно интубирован через 48 часов из-за усиления бронхообструкции секретом, выделяемым из дыхательных путей. Смертных случаев не наблюдалось.

Искусственная вентиляция легких пациентов в послеоперационном периоде, перенесших операции на сердце, была стандартной практикой в течение последних трех десятилетий [7]. Первоначально это было оправдано из-за высокой частоты дыхательной недостаточности, низкого сердечного выброса после операций на сердце и использования высоких доз анестетиков [7].

Эта практика была движущей силой для пациента с врожденными пороками сердца для ранней актив-

Таблица 1.

Периоперационные характеристики исследуемых больных (n=82)

	Количество операции	Длительность операции	Длительность искусственного кровообращения	Длительность ишемии миокарда	Длительность пост операционного ИВЛ час	Длительность пребывания в ОИТ час
Хирургические вмешательства без применения искусственного кровообращения						
Blalock-Taussig	12	90±15,6	Без ИК	Без ИМ	3±0,3	24±12
Лигирования ОАП	12	60±5,8	Без ИК	Без ИМ	1±0,2	24±0
Хирургические вмешательства с применением искусственного кровообращения						
ДМПП	20	120±10,6	27±5,7	15±3,6	2±0,2	24±0
ДМЖП	20	130±7,3	39±7,9	30±5,7	2,3±0,4	24±5
Тетрада Фалло	8	156±15,6	60±10,4	30±7,8	3,3±0,2	48±12
ДОМС	6	120±7,4	72±3,8	35±9,6	3±0,6	48±18
ЧАДЛВ	4	130±8,3	40±7,9	28±5,8	4±0,5	48±8

Таблица 2.

Схема обезболивания в послеоперационном периоде

54 (66%)	Парацетамол 10-15мг/кг
27 (33%)	Тримеперидин 2% 20-50мкг/кг/мин
5 (6%)	Кетопрофен(ср.доза0,1г) + парацетамол 5мг/кг

зации после операции [3,8]. Выяснилось, что пациенты, у которых была ранняя экстубация, имели более короткую интенсивную терапию и пребывание в больнице и, следовательно, более низкую стоимость обслуживания [10]. Потенциальные преимущества ранней экстубации включают экономию средств [7], меньшую зависимость от медсестер, снижение травмы дыхательных путей и легких [11], улучшение сердечного выброса и почечной перфузии со спонтанным дыханием [12], а также снижение стресса и дискомфорта, который возникает при санации интубационной трубки и отлучении от аппарата ИВЛ [13]. Противники ранней экстубации утверждают, что периоперационный период является наиболее критическим для миокарда, гемодинамической нестабильности и активации симпатической нервной системы [14]. Низкий уровень периоперационных осложнений в наших исследованиях свидетельствует о том, что методика ранней экстубации у пациентов после операции на сердце безопасна и эффективна.

В этих исследованиях ни одному пациенту не потребовалась повторная интубация в первые 24 часа после операции. Вероятность повторной интубации будет повышена, если у пациентов наблюдается гемодинамическая нестабильность, проявления воспалительных заболеваний, гиповолемия или состояния, требующие наркотических анальгетических препаратов [15]. Задача специалиста состоит в том, чтобы к концу операции иметь стабильного, теплого, гемодинамически стабильного и бодрствующего пациента, что возможно у большинства пациентов, перенесших такие операции на сердце.

Заключение

Ранняя экстубация после кардиохирургических операций у детей может достигнута со строгими наблюдениями критериев экстубации, которое позво-

ляет снизить риск реинтубации и возможных осложнений. Время пребывания в ОИТ больных с ранней экстубацией и стоимость их лечения достоверно отличаются от соответствующих показателей больных, экстубированных в более поздних сроках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бунятян А.А. Основные научнопрактические тенденции в европейской кардионастезиологии /А.А. Бунятян, Н.А. Трекова, А.Г. Яворовский // XI Всерос. съезд сердечнососудистых хирургов: Тез. докл. и сообщ., Москва, 23-26 октября 2005 г. - М., 2005. - С. 220.
2. Бакерия Л.А., К.Э. Диасамидзе, М.М.Рыбка, Е.С.Никитин, С.Л.Гордеев, И.В.Савченко. Экстубация на операционном столе: целесообразно или нет? //Анналы хирургии, №2, 2015. -С-10-15
3. Westaby S, Pillai R, Pary A, et al: Does modern cardiac surgery require conventional intensive care? Eur J Cardiothorac Surg 7:313-318, 1993.
4. Karski JM: Practical aspects of early extubation in cardiac. //J Cardiothorac Vasc Anesth 9:30-33, 1995.
5. Barash PG, Lescovich F, Katz JD, Talner NS, Stansel HC: Early extubation following Pediatric Cardiothoracic Operation: A Viable Alternative. //Ann Thorac Surg Vol 29 No 3, 1980.
6. Schuller JL, Bovill JG, Nijvel A, and Patrick MR, Marcelletti C: Early Extubation of the Trachea after Open Heart Surgery for Congenital Heart Disease. A review of 3 years' experience. //Br. J. Anesth. 56:1101, 1984.
7. Heinle JS, Diaz LK, and Fox LS: Early Extubation after Cardiac Operation in Neonates and Young infants. //J Thor Cardiovasc Surg 1997; 114.
8. Shapiro B, Lichtenhal P. Inhalational-based anesthetic techniques are the key to early extubation of cardiac surgical patient. //J Cardiothorac Vasc Anesth 1993; 7: 135-6.
9. Higgins TL, Safety issues regarding early extubation after coronary artery bypass surgery. //J Cardiothorac Vasc anesth 9:24-29, 1995.
10. Chong J, Pillai R, Fisher A, Grebenik C, Sinclair M, Westaby S, Cardiac surgery: moving away from intensive care. //Br Heart J 1992; 68:430-3.
11. Chong J, Grebenik C, Sinclair M, Fisher A, Fillai R, Westaby S, The effect of a cardiac surgical area on the timing of exrubation. /J Cardiothorac Vasc Anesth 1993; 7:137-41.

11. Quash A, Loeber N, Freeley T, et al. Post respiratory care; A control trial of early and late extubation following coronary artery bypass grafting. //J Anesthesia 1980; 52:135-41.
12. Higgins T. Pro: early extubation is preferable to late extubation in patient following coronary artery surgery. //J Cardiothorac Vasc Anesth 1992; 6:488-93.
13. Colin F. royse, FANZCA, Alistair G. Royse, FRACS, and Paul F. Soeding, FANZCA. Routing immediate extubation after cardiac operation: A review of our first 100 patients. //J Ann Thorac Surg 1999; 68: 1326-9.
14. Siliciano D. Con: early extubation is not preferable to late extubation in patients undergoing cardiac surgery. //J Cardiothorac Vasc Anesth 1992; 6: 494-8.
15. Motoyama EK. Respiratory physiology in infants and children in: Simth's anesthesia for infants and children. /Mosby, Philadelphia, 1996.
16. Casteneda AR, Jones RA, Mayer et al. Perioperative care In: Cardiac surgery of the neonates and infant. //WB Saunders, Philadelphia, 1994.

Поступила 24.12. 2018

УДК: 616.366-002

КОМПЛЕКСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Азизова Р.А., Мухитдинова М.И., Гиясова Р.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

✓ **Резюме,**

Заболевания желудочно-кишечного тракта по всей планете встречаются неоднократно у каждого человека в течении своей жизни. По сравнению с другими патологическими состояниями заболевание желчевыводящих путей встречается больше и их лечение желательно проводить своевременно. Правильный и своевременный подход к лечению заболеваний желчевыводящих путей и применение слепого зондирования "Тюбажа" способствует предотвратить образованию камней в желчном пузыре и нормализации работы кишечника.

Ключевые слова: заболевания желчевыводящих путей, холециститы, инфекции, желчный пузырь, желчь, симптомы.

СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИ ДАВОЛАШДА ХОЛЕСТАЗ ХОЛАТИНИ КОМПЛЕКС ПАТОГЕНЕТИК КОРРЕКЦИЯЛАШ

Азизова Р.А., Мухитдинова М.И., Гиясова Р.Э.

Ташкент педиатрия тиббиёт институти

✓ **Резюме,**

Меъда-ичак тизими касаллиги бутун ер куurrasида яшовчи ҳар бир инсонда умри давомида бир неча маротаба кузатилиши аниқ. Бошқа касалликларга нисбатан ўт йўлларидаги касалликлар патологик ҳолатлари жуда кўп учрайди ва уни тезроқ даволаш чораларини кўриш мақсадга мувофиқдир. Ўз вақтида ва тўғри олиб борилган ўт йўлларида сафрони ажралиши бузиши касалликларини даволаш ва физиотерапевтик усулдан кўр зондаш "Тюбаж" усулидан фойдаланиш оқибатида ичак фаолиятини нормаллашув, шунингдек ўт қонида тош пайдо бўлишини олидини олиши, фаолиятини тиклаши кузатилади.

Калит сўзлари: ўт ажралиб чиқиш йўллари касалликлари, холециститлар, инфекциялар, ўт пуфаги, сафро, симптомлар.

COMPLEX PATHOGENETIC CHOLESTASIA CORRECTION AT THE CHRONIC CHOLECYSTITIS

Azizova R. A, Muhitdinova M. I, Gijasova R. E.

The Tashkent pediatric medical institute

✓ **Resume,**

Diseases of a gastro enteric(gastrointestinal) tract on all planet meet repeatedly at each person in a current of the life. In comparison with other pathological conditions disease bile- duct ways meets more and treatment is desirable for spending(leading;seeing off) them in due time. The correct and timely(well-timed) approach to treatment of diseases bile- duct ways and application of blind sounding(intubation) of "Tjubazha" promotes to prevent to formation(education) of stones in a gall bladder and normalization of work of an intestine.

Keywords: diseases bile- duct ways, cholecystites, infections, a gall bladder, bile, symptoms.

Актуальность

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречаются неоднократно у каждого человека в течении жизни по всей планете и остаётся актуальной, так как заболевание желчевыводящих путей по сравнению с другими патологиями встречается больше и лечение их желательно проводить своевременно. При обнаружении камней при хроническом холецистите не все

больные попадают на операционный стол, но только 1/7 часть лечатся хирургическим путем, остальные 85% лечатся у терапевтов. Статистические данные показывают, что в молодом возрасте приоритет отдаётся женщинам, чем мужчинам, но после 50 лет начинает приравняться. Факторами риска возникновения заболевания являются, из анамнеза перенесенные хронические гепатиты, работа, связанная с психоэмоциональными нагрузками и малоподвижным образом жизни.

В этиологии заболевания отмечается инфекции условно - патогенная флора: кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, брюшнотифозная палочка, простейшие (лямблии) и др. По своим свойствам желчь обладает бактерицидным действием, но при изменении состава желчи или ее в застойном состоянии бактерии могут подниматься через желчный проток в желчный пузырь. В таких случаях при контакте инфекции с желчью происходит превращение желтой кислоты в литохолевую. Фактически этот процесс в норме должен протекать только в кишечнике. При холецистите бактерии начинают проникать в желчный пузырь, и выше указанный процесс начинается происходить в нем. Под воздействием литохолевой кислоты начинается воспалительное повреждающее действие на стенки желчного пузыря и на эти изменения могут наслаиваться инфекции [2,4,7,10].

Немаловажное значение имеет дискинезии желчевыводящих путей, который может быть в виде спастического сокращения желчного пузыря и его атонии с застоем желчи. Хотя эти изменения являются чисто функционального характера, но в дальнейшем возникает несогласованность действия пузыря со сфинктером, что связано с нарушением иннервации и гуморальной регуляции моторной функции желчного пузыря и желчных путей

В норме регуляции сокращение желчного пузыря и расслабление её сфинктеров осуществляется с помощью нерва вагуса. При переполнении желчного пузыря активизируется симпатический нерв, который приводит к спазму сфинктеров. Вырабатываемый в двенадцатиперстной кишке гормоны холецистокинина секретин действуют подобно вагусу и тем самым обладают регулирующим действием на желчный пузырь. Нарушение этого механизма может возникать: при вегетоневрозе, воспалительных заболеваниях ЖКТ, нарушении ритма питания и др.

Выделенная секреция печени собирается в желчном пузыре и концентрация её соответственно выше, чем в холедохе. В составе желчи отмечается билирубин, холестерин (он нерастворим в воде, удерживается в растворенном состоянии в присутствии холатов в виде коллоида), фосфолипиды, желчные кислоты, пигменты и т.д. Повышение количества холестерина способствует образованию камней и выпадает в осадок. Как мы выше указали нарушение образования литохолевой кислоты в двенадцатиперстной кишке под влиянием инфекции приводит к изменению pH среды, начинается образование и выпадения солей кальция и др. в желчном пузыре [1, 6,7,8].

Основным клиническим проявлением хронического холецистита, как калькулезного, так и некалькулезного (бескаменного), является болевой синдром. Острая боль (желчная, печеночная колика) возникает внезапно, но чаще после обильной, жирной пищи и локализуется в правом подреберье. Длительность болевого синдрома может продолжаться от нескольких минут до 6-12 часов и даже больше. Особенно, "упорная" боль характерна для бескаменного холецистита. Иногда быстро нарастают симптомы воспаления (повышение температуры до 38-39 °C и выше, озноб). В результате забрасывания желчи в желудок возникает диспепсический синдром. Она может проявляться в виде рефлекторной тошноты, рвоты (иногда с примесью желчи), ощущение горечи во рту, иногда тяжесть в эпигастральной области. Могут также от-

мечаться со стороны кишечника диспепсические проявления в виде склонности к метеоризму, иногда непереносимость молочной диеты, частые поносы, реже запоры (при холестазах - запоры, при сопутствующей ферментной недостаточности поджелудочной железы и/или при несбалансированном выбросе инфицированной желчи - поносы). Часто бывает рефлюкс из двенадцатиперстной кишки в желудок, что субъективно сопровождается ощущением горечи во рту, вследствие этого постепенно может развиваться атрофия слизистой желудка. Холецистокардиальный синдром сопровождается с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, аритмия, падение артериального давления), болями различного характера. Большинство больных предъявляют жалобы на боли в суставах, т.е. по типу артралгии они часто лечатся от ревматизма, но при обстоятельном обследовании признаков воспаления не находят. При лечении холецистита боли исчезают [3, 6,7,].

При проведении клинических исследований со стороны общего анализа крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, по мнению ряда авторов оно очевидно имеет не костно-мозговое происхождение, а внутрисосудистое перераспределение лейкоцитов - который связано с повышением тонуса парасимпатической нервной системы, ускоренное СОЭ до 15-20 мм/час. Биохимические исследования характерны проявлениями С-реактивного белка, увеличением альфа-1 и гаммаглобулинов, сиаловых кислот.

В настоящее время очень редко проводят исследование дуоденальное зондирование, но при проведении учитывают время появления порций и количество желчи. При обнаружении хлопьев слизи ее микроскопируют на наличие лейкоцитов, лямблий, которые подтверждают диагноз.

Рентгенологическое исследование: если пузырь хорошо виден, то значит он склерозирован. Производят также в/в холецисто- и холангиографию. Камни могут быть рентгенонегативными, но на фоне контрастного вещества они хорошо рассматриваются. Иногда прибегают к томографии. При наличии дискинезии признаков воспаления нет, но пузырь будет сильно растянут и плохо или очень быстро опорожняется. Большое значение в диагностике придается ультразвуковому исследованию, который показывает уплотнение стенки желчного пузыря и её переполнение.

Также методы радиотелевидения, сканирование, тепловидение (позволяет диагностировать калькулезный и бескаменный холецистит).

Объективно:

В случае неосложненного холецистита общее состояние страдает мало. При холестазах возможна желтушность. Язык обложен белым или коричневым налетом. Болезненность при пальпации пузырных точек, но часто отсутствует при ожирении и высоком стоянии диафрагмы. Увеличение желчного пузыря в целом встречается редко.

Соответствующие симптомы:

- Кера: болезненность при пальпации желчного пузыря в положении стоя,
- Мерфи: на вдохе, больной в сидячем состоянии;
- Мюсси: болезненность между ножками грудина-но-ключично-сосцевидной мышцы;
- Лепене: болезненность при поколачивании по правому подреберью;
- френникус - симптом Лидского: понижение со-

противляемости тканей брюшной стенки при пальпации в правом подреберье - не всегда все положительно.

Лечение хронического бескаменного холецистита (ХБХ) при его обострении, как правило, проводится в стационаре, в фазе ремиссии больные лечатся амбулаторно. В настоящее время, помимо традиционного лечения (режим, лечебное питание, антибиотикотерапия, антациды), необходимо применение средств, восстанавливающих функцию ЖП и ЖВП, проведение ферментной заместительной терапии. Также целесообразно проведение иммуномодулирующей и витаминной терапии, фито- и физиотерапии на фоне диетотерапии [8,9].

При необходимости проводят купирование острого болевого синдрома. В данном случае необходимо парентеральное введение спазмолитических и обезболивающих средств. Обычно назначаются периферические М-холинолитики: раствор Атропина сульфата 0,1%-1 мл или раствор Платифиллина гидротартрата 0,1% - 1 мл или раствора Метацина 1%-2 мл. При выраженном болевом синдроме одновременно с введением М-холинолитиков вводят ненаркотические анальгетики: раствор Анальгина 50% -2 мл (Баралгин) или парентерально Трамал 50-100 мг. Следует помнить, что назначение наркотических анальгетиков (особенно морфина) больным с желчной коликой не рекомендуется, т.к. они вызывают спазм сфинктера Одди и блокируют отделение желчи и панкреатического секрета. При болевом синдроме умеренной интенсивности рекомендуются спазмолитики: как неселективные (М-холинолитики, дротаверин, папаверин), так и селективные - мебеверин (Дюспаталин). Неселективные препараты, обладая быстрым спазмолитическим эффектом на гладкую мускулатуру ЖВП, могут вызвать нежелательные системные гипомоторный и гипотонический эффекты. Препараты данной группы должны применяться кратковременно, при острых спастических явлениях со стороны ЖВП. Селективный миотропный спазмолитик Дюспаталин рекомендуется при длительной терапии, так как он приводит к купированию болевого синдрома, нормализации моторики ЖП и сфинктера Одди, не вызывая явлений гипотонии гладкой мускулатуры. (1, 4, 9.)

С целью антибактериальной фармакотерапии при остром холецистите или его обострении необходимо выбирать препараты метаболизирующиеся в печени и выделяющиеся с желчью. По литературным данным наибольшей концентрацией в желчи характеризуются макролиды, тетрациклин и полусинтетический доксициклин. Желательно применение антибактериальных средств в комбинации с препаратами, обладающими желчегонным эффектом или содержащие желчь.

Кроме того помогают при повышении тонуса и двигательной функции желчного пузыря, снижением тонуса общего желчного протока такие препараты как порошок сульфата магния, ксилит, сорбит. Они эффективны при проведении дуоденального зондирования, рентгенологического, ультразвукового исследования печени, желчного пузыря и при проведении Тюбажа (слепого дуоденального зондирования). Препараты растительного происхождения также обладают смешанным холеретическим и холекинетическим действием, стимулирует секрецию желудка и поджелудочной железы. Из них можно отметить - барбарис обыкновенный в виде настойки, Холосас, Бессмерт-

ник песчаный и др. Применяют также гидрохолеретики, способствующие снижению вязкости желчи, допускается осмотическое действие препаратов, стимулирующие кровообращение, циркуляцию лимфы, влияющие на обмен веществ в печени увеличивая секрецию желчи (карловарская искусственная соль, моршинская соль, минеральная вода "Ессентуки" и др.).

Холелитолитические средства (лиобил, олиметин, ментол, хенофальк, хенохол, урсофальк) не только понижают уровень холестерина в желчи, одновременно повышают концентрацию желчных кислот но и влияют на литогенность желчи. Процесс камнеобразования стабилизируется, а в дальнейшем происходит растворение конкрементов. Помимо желчнокаменной болезни эти препараты можно использовать при билиарном циррозе печени и холестатических заболеваниях.

Слабительные средства, такие как - Эндрюс Ливер Салт, Милков Магнезия, Мил-Пар, Калифиг и др. могут одномоментно купировать запоры, изжоги и тошноты. В отличие от других слабительных средств, они улучшают моторику желудка и кишечника, устраняют метеоризм, нормализуют стул, не приводя к диарее. Входящая в их состав гидроокись магния не только является мягким прокинетиком, но и обладает цитопротекторным действием, что позволяет использовать эти препараты при лечении различных метаболических нарушений [2,5,9].

Цель:

Целью данного исследования было изучение комплексного патогенетического коррекции холестаза при хроническом холецистите.

Материал и методы

Нами проводилось амбулаторное лечение в сравнительной группе из 18 больных с хроническим бескаменным холециститом в стадии обострения средней тяжести. Комплексное лечение проводилось при диете стол №5 и в соответствии по стандарту лечения заболеваний органов пищеварения + антибактериальные средства (макролиды), спазмолитики (но-шпа), холесекретики и холекинетики (аллахол), анальгетики (анальгин), седативные (экстракт валерианы), и физиотерапия + Тюбаж. Данная группа была сравнена с контрольной группой 12 больных в которых не проводилась Тюбаж. Методами контроля эффективности комплексного лечения в обеих группах проведено стандартным клинико-лабораторными исследованиями стационара и УЗИ диагностики.

Результат и обсуждения

Проведенные клинико-лабораторные исследования показали, что в общем анализе крови отмечается у 28% больных 1 степень анемии, 46% умеренный лейкоцитоз, 12% повышение СОЭ, в общем анализе мочи - незначительные изменения: 2%-оксалурия, 3%-уратурия, 2% - следы белка, 3% - пиурия, в копрограмме - 38% случаев непереваренная пища, 27,7% цисты лямблии.

Биохимические исследования крови: Ферменты АЛАТ и АСАТ в пределах нормы, общий белок 65 +У

4,5 г/л, общий билирубин 17,5 + 3,7 ммоль/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены у 2 (11,1%) пациентов диффузные изменения печени и увеличение эхогенности желчного пузыря, у 11 (61,1%) пациентов увеличение эхогенности желчного пузыря, у 3 (16,7%) пациентов холециститы, и у 2 (11,1%) пациентов перерастание желчного пузыря, признаки гиперсекреции. После проведенного лечения состояние улучшилось, боли прекратились.

После 10 дневного лечения проводились физиотерапевтическая процедура - слепое зондирование - Тюбаж, начинали с предпоследней ночи предварительной подготовкой т.е., больные в 21 часов принимают 1 таблетку но-шпы и его запивают чаем с натуральным медом. Это процедура способствует устранению спазму, благотворно влияет на сон, способствует снятию различных стрессов. Утром натощак, желательнее с 6 часов не позднее 8 часов начинать процедуру. Заранее подготавливается теплая грелка и минеральная вода без газа теплая (42 - 45 градуса). Больной(я) ложится на правый бок с теплой грелкой, первая порция заливается 100 мл теплой минеральная вода без газа, затем через каждые 20 минут продолжают пить, после второго на третью порцию добавляется 1 столовая ложка (15.0) порошка сульфата магния, после его применения могут быть немножко дискомфортно но его можно предотвратить несколькими глубокими вдохами, затем продолжается дальше через каждые 20 минут приём по 100 мл теплой минеральной воды. При приеме последней порции запивают его с фуразалидоном 100 мг и через 20 минут больной встаёт, область вокруг поясницы укутывается полотенцем или большим платком на 1,5 - 2 часа. После проведения Тюбажа завтрак должен быть легким. Применение фуразалидона способствует воздействию его на простейшие микроорганизмы - в основном на лямблии и его цисты. Желательно такое слепое зондирование проводить в месяц 1 раз, 3 месяца подряд. А дальше по состоянию здоровья можно проводить в 6 месяцев 1 раз.

Из обследуемых у 8 (44,3%) пациентов проведено консультирование через 3 и 6 месяцев. В клинических лабораторных анализах отмечались изменения в положительную сторону. Ультразвуковое исследование печени желчного пузыря показали улучшение деятельности желчевыводящих путей по сравнению с исходными данными. Все больные на данную болезнь жалоб не предъявляли, даны рекомендации.

Проведенная нами своевременная и рациональная фармакотерапия санации очагов хронической инфекции при лечении холецистита с совместным проведением физиотерапевтической процедуры слепого зондирования Тюбажа способствовало выздоровлению больных.

Вывод

Таким образом, на основании проведенной комплексной терапии, режима питания, предупреждение глистных инвазий и катанамнестических данных показали;

- а) предотвращение повторного обострения заболевания;
- б) исчезновение явления холестаза;
- с) способствовало профилактики образования камней в желчном пузыре;
- д) нормализует деятельность кишечника и способствует нормализации усвоения питательных веществ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азизова С.С., Азизова Р.А., Абдусаматов А.А. Влияние витаминов У и препарата ВУК на желчевыводящую функцию печени при экспериментальном гепатите Фармакологическая, физиологическая активность веществ. //Сб. науч. Трудов. ТашГосМИ., Ташкент., 1994., стр 14-16.
2. Агамова Н.В., Мухитдинова М.И., Азизова Р.А., Карабекова Б.А., Фармакотерапия и клиническая фармакология препаратов применяемых при заболеваниях желудочно-кишечного тракта /Учебное пособие „Fanvatehnologiya" ., Ташкент., 2014. Стр.197.
3. Бенитт П.Н. Клиническая фармакология: пер. с англ.: В 2-х т. - Т. 1. - /М.: Медицина, 1991. - 656 с.
4. Ветошкина В.А., Кулагина О.И., Черных М.В. Неинвазивная диагностика фиброза печени у больных с хроническим вирусным гепатитом С //Рос. журнал, гастроэнтерология, гепатология колопроктология. 2011.- N 5. - С.161.
5. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. - М: Гэотар-Мед., 2006. - 240 с
6. Ермолов А. С. Гуляев А. А. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: современные методы лечения #02/05 Гастроэнтерология Симпозиум
7. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А., Маевская Е.А. Заболевания печени //(Обзор материалов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели, 10-12 октября 2011 г., Москва)
8. Мухитдинова М.И., Карабекова Б.А., Азизова Р.А. Влияние пищи и эффективность фармакотерапии //Наука и Образование: Сохраняя прошлое, создаём будущее / Сборник статей IX международной научно-практической конференции. 5 мая, 2017г. Г. Пенза, часть -1. Стр. 197-198.
9. Ивашкина В.Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /Руководства для практикующих врачей . под редакцией В.Т.Ивашкина / Москва. "Издательство Литература". 2003г. С.76-82.
10. Шахильдян И.В., Ершова О.Н., Михайлов М.И. и др. Современная эпидемиологическая характеристика гепатита Св России //(Обзор материалов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели, 10-12 октября 2011 г., Москва) - С. 147.

Поступило 21.12. 2018 г

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

М.У. Алиев, Л.А. Камбарова, Н.Б. Саидмуродова,

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Анализ данных литературы по заболеваниям носа и околоносовых пазух у детей с врожденной расщелиной неба показал, что независимо от срока проведения и вида оперативного вмешательства, при пластике неба, необходимо учитывать клинические, функциональные, микробиологические особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Ключевые слова: Врожденная расщелиной неба, нос, рентгенография

ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛАРИ ТУҒМА НУҚСОНЛИ БОЛАЛАРДА БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БУШЛИҚЛАРИНИНГ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

М.У.Алиев,,Л.А.Камбарова, Н.Б.Саидмуродова,

Бухоро давлат медицина институти

✓ Резюме,

Танглай кемтикларии туғма нуқсонли болаларда бурун ва бурун ёндош бушлиқларининг касалликларии ҳақида адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, жарроҳлик амалиётининг давомийлиги ва туридан қайтий назар, танглай пластикасида бурун ва бурун ёндош бушлиқларининг клиник, функционал, микробиологик хусусиятларини ҳисобга олиш керак.

Калит сўзлар: туғма танглай кемтиги, бурун, рентгенография

CLINICO-FUNCTIONAL FEATURES OF THE NOSE IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE.

M.U.Aliyev, L.A. Kambarova, N.B. Saidmurodova,

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume,

An analysis of literature data on diseases of the nose and the paranasal sinus of children with congenital cleft palate has shown that, regardless of the duration and type of surgery, the plastic of the sky must take into account the clinical, functional, microbiological features of the nasal mucosa and paranasal grooves.

Key words: congenital cleft palate, nose, rentgenografiya

Актуальность

Тенденция к росту рождаемости детей с врожденными пороками развития лица не снижается. Одно из первых мест в их структуре занимает расщелина верхней губы и неба. По данным ВОЗ, в мире частота рождения детей с врожденной расщелиной неба (ВРН) составляет 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных [1,5]. Данный порок развития сопровождается анатомическими и функциональными нарушениями, выраженность которых зависит от степени расщепления и возраста ребенка. ВРН является основополагающим фактором в развитии смешанного дыхания, а также - причиной заброса пищи в полость носа при кормлении [2].

Данный врожденный дефект создает благоприятные условия для присоединения вторичной инфекции ЛОР-органов. ЛОР-патология занимает второе место у детей с ВРН после челюстно-лицевых нарушений [3,4].

Цель исследования - оценить клинко-функциональные особенности носа и околоносовых пазух у детей с врожденной расщелиной неба.

Материалы и методы

За 2017-2018 гг. на базе отделения детской оториноларингологии областной больницы г. Бухары поступило 32 ребенка с назальной обструкцией, ранее перенесших уранопластику, которые вошли в основную группу обследованных. Контрольную группу составили 32 детей с назальной обструкцией без челюстно-лицевой патологии.

Проведены общеклинические методы исследования. Рентгенография околоносовых пазух производили за тылочно-подбородочной проекции

Результаты и обсуждения

При проведении общеклинических исследований у всех 32 детей (100%) обнаружено деформация наружного носа.

Анатомические и функциональные изменения наружного носа и носовой полости отмечены у всех лиц с ВРН нарушение рельефа носовой полости дыхательной функции носа и обоняния, ослабление защитных функций. Форма и величина ноздрей асимметричны. Состояние слизистой оболочки носовой полости зависит от возраста проведения операции. Морфологичес-

кое и функциональное состояние слизистой оболочки носовой полости у детей с ВРГН до 2-х лет мало отличается от такового у здоровых сверстников, так как патологические изменения не успевают развиваться.

У всех больных с ВРГН медиальная стенка носовой полости была искривлена и в различной степени не до развита. Это искривление врожденная и зависит от ширины дефекта.

При интерпретации рентгенограмм обращали внимание на величину, форму, прозрачность правой и левой верхнечелюстных пазух, расположенные дна по отношению к дну носовой полости. О величине полости судили по ее основным размерам (высоте, ширине), которые можно изучать на основании рентгенологического исследования.

При этом у 8 больных было обнаружено пристеночные затемнение верхнечелюстных пазух без каких-либо клинических симптомов воспаления (отсутствие субъективных жалоб). У 2 больных было одностороннее острое гнойное воспаление, у 5 больных - двустороннее.

Величина и форма верхнечелюстных пазух очень варьирует. Одинаковыми по величине (симметричные) они были у 10 из 32 обследованных, у 3 больных пазухи отсутствовали. У 3 больных отмечена асимметрия величины верхнечелюстных пазух. Недоразвитие и асимметрия величины и формы отмечены у 4 больных с ВРГН.

Величина правых пазух была относительно больше левых и не зависела от пола исследованных и вида ВРГН. У 5 больных отмечено отсутствие лобных пазух. Для изучения развития верхнечелюстных пазух мы измеряли ширину и высоту правых верхнечелюстных пазух у 32 больных в возрасте от 5 до 17 лет.

Размеры правой верхнечелюстной пазухи у детей с ВРГН

Возраст, годы	Высота пазухи		Ширина пазухи	
	Количество больных	Средние размеры, см	Количество больных	Средние размеры, см
5	15	1,28±1	15	1,85±0,14
6	5	1,55±0,04	5	1,9±0,09
7	5	1,74±0,05	5	2±0,02
8	2	1,82±0,14	2	2,41±0,14
9	2	1,87±0,07	2	2,37±0,18
10	2	1,94±0,13	2	2,56±0,21
12	1	2,17±0,38	1	2,47±0,37
13	1	2,05±0,05	1	2,7±0
14	2	2,68±0,28	2	2,62±0,3
15	1	2,42±0,04	1	2,72±0,2
16	1	2,62±0,19	1	3,22±0,31
17	1	3,5±0	1	3,5±0

Выводы

Результаты исследований показали, что размеры пазух с возрастом равномерно увеличиваются.

Интенсивность роста, размеры пазух при врожденной расщелине губы и нёба соответствуют таковым у здоровых детей.

Часто встречающуюся асимметрию пазух, можно объяснить задержкой, торможением процессов пневматизации из-за рано возникающих хронических воспалительных явлений слизистой оболочки носовой полости, а также факторами, имеющими место при ВРГН (нарушение обменных процессов, пониженное питание, перенесенные в раннем детстве рахит, инфекционные заболевания.) Это еще раз подтверждает, что рост верхнечелюстных пазух при врожденной расщелиной губы и нёба не отстает от роста верхнечелюстных пазух у здоровых детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология: Учеб. для студ. мед. вузов. /М.:Геотар-Медиа 2014. 624с.
2. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Костно-пластические операции в комплексном лечении деформаций верхней челюсти при врожденных расщелинах верхней губы //Стоматология. - 2004. - №2. -С.46-50.
3. Кицера А. А. Лечение оториноларингологической патологии у детей с врожденными расщелиной неба - этические аспекты //Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2002. - № 3. - С.173
4. Ковалев В. Г. Исправление деформаций верхней губы и носа и моделирование ринопластических операций у больных с односторонними расщелинами: /Дис. канд. мед.наук. - Екатеринбург, 2002. - 132с.
5. Соколова А. В., Дмитриев Р. С., Мамедов Ад. А. Состояние ЛОР органов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба //Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - Москва, 2002. - С.237-238.

Поступила 05.12. 2018

CONDITION OF NASAL CAVITY IN PATIENTS WITH CLEFT UPPER LIP AND PALATE

Amanullaev R.A., Makhkamova N.E., Nizomov O.Sh.

Tashkent State Stomatological Institute

✓ **Resume,**

In this work, we studied the anatomical and topographical features of the nasal cavity in 103 children with congenital cleft lip and palate. The patients are divided into three groups depending on the age and time of the surgical intervention. The results of endoscopic examination of the nasal cavity in children with congenital cleft lip and palate before and after surgery showed that the severity of nasal deformity depends on the onset of the operative period - the older the patient, the more pronounced the strain, especially in children over 5 years.

Keywords: nasal cavity, congenital cleft lip and palate, endoscopic examination

ТУҒМА ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ КЕМТИГИЛИ БОЛАЛАРДА БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ ХОЛАТИ

Амануллаев Р.А., Махкамова Н.Э., Низомов О.Ш.

Тошкент давлат стоматология институти

✓ **Резюме,**

Мазкур ишда 103 та туғма юқори лаб ва танглай кемтигили болаларда ҳар хил усулда хейло- ва уранопластика қилингандан сўнг бурун бўшлиғининг анатомо-топографик хусусиятлари ўрганилган. Ёшига ва жаррохлик муолажаларини ўтказиш вақтига қараб беморлар учта гуруҳга бўлинган. Юқори лаб ва танглай кемтиги билан туғилган болаларни бурун бўшлиғини эндоскопик текшириш натижаларига кўра, бурун шаклининг бузилиши ортодонтик даво олмаган ва хейло- ва уранопластика амалиётлари 5 ёшдан кейин ўтказилинган болалар ўртасида энг кўп аниқланган.

Калит сўзлар: бурун бўшлиғи, туғма юқори лаб ва танглай кемтиги, эндоскопик текширув

СОСТОЯНИЕ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Амануллаев Р.А., Махкамова Н.Э., Зияев С.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

✓ **Резюме,**

В данной работе были изучены анатомо-топографические особенности полости носа у 103 детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Пациенты разделены на три группы в зависимости от возраста и времени хирургического вмешательства. Результаты эндоскопического исследования носовой полости у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после операции показали, что степень выраженности деформации носа зависят от начала срока оперативного вмешательства - чем старше возраст пациента, тем выраженнее деформация, особенно у детей старше 5 лет.

Ключевые слова: носовая полость, врождённая расщелина верхней губы и неба, эндоскопическое исследование

Relevance

Impetuous growth of popularity micro-endoscopes technologies have been a great dash of development of investigations in the field of the otorhinolaryngology [1,2,5,6,7,11]. We used endoscopes examination to evaluation the anatomy-topographic and functional conditional of nasal cavity in patients with congenital unilateral upper lip and palate. Independence upon the age and time of performing reconstructural operations in the field of maxilla-facial surgery in the period before and after intervention.

Endoscope picture was observed through the ocular or screen monitor. The purpose of endoscopy of nasal cavity was to detect local changes of intranasal structures, that is difficult and sometimes impossible to determine with routine methods.

Material and methods

Endoscopic examination of nasal cavity was performed in 103 subjects aged 1 to 15 years with congenital

unilateral upper lip and palate before and after cheilo- and uranoplasty. All infants were divided into 3 groups for terms of surgical intervention and results of orthodontic treatment. They were the following: group I (38 children) - operated up to three years of age; group II (35 children) - operated at the age of 3-5 years and group III (30 children) - operated after 5 years. Results of endoscopic examination of nasal cavity in subjects with congenital unilateral upper lip and palate evidenced that pronounced deformations of external nose and changes in topography of nasal cavity following cheilo- and uranoplasty in patients in the 3-rd group were observed.

The endoscopic examination of nasal cavity was performed with rigid endoscopes by K. Storrs (Germany). Diameter 1,9mm optics with built-in vitreofibres light-guide length 10sm, direct vision 0°; anterior-lateral vision 30°; lateral vision 70°. Techniques of endoscopic examination is simple. Patients was exanimate in horizontal and upright position. Before endoscopic examination of nasal passage of a patient rinsed

with solution of furacilin 1:5000 and anterior rhinoscopy was performed with rhinoscope. Mucous coat of nasal cavity was administered anesthesia, by spraying anesthetic with sprayer (2-4% Novocain or Articain, 2-4 % or 10 % Lidocain). Local anesthesia provides practically 100% analgesic effect. Adding Adrenaline causes vasoconstrictive effect, thereby good review is achieved and the manipulation becomes practically bloodlessly.

In some cases ultra shortly controlled anesthesia was used. After the approaching anesthesia distal end of endoscope introduced along the inferior nasal passage. Changing bend of distal end revolving around its axis, we examined all walls of nasal cavity, paying attention to color and relief of mucous coats of nasal cavity, configuration and condition of anatomic structures.

Anatomic and functional changes are detected as: infringement of relief of nasal cavity, different deformations of nasal septum, lateral walls of nasal cavity, and deformations of vestibule of nasal cavity. The forms of nares are irregular, positioned dissymmetrically, the size are different. Because, deformation of anterior edge of triangular cartilage, the topography at passage nasal vestibule to proper nasal cavity, dystopia of facing place of alary medial pedicle of cartilages and dermal folds on the internal surface of nasal alae.

Topography-anatomic conditions of nasal cavity in patients with congenital unilateral upper lip and palate have their own specialities - there is a defect all along the bottom of nasal cavity, its narrow apex turned into nasal vestibule, and the broad-into into the nose-pharynx.

Condition of mucous coat in children with congenital unilateral upper lip and palate before 1 year differed poorly from their healthy contemporaries. But with the years and ages the changes mucous coat of nasal cavity in no operated children got worse: at the beginning mucous coat was hyperemic, facial vessels were expended, easy vulnerably, hemorrhagic ally. Further hypertrophy mucous coat of nasal cavity was observed, and then if the patient was not been operated till 7 years old, atrophy of mucous coat of nasal cavity occurred.

Result and discussion

Results of endoscopic examination of nasal cavity showed, in 1-st group's patients condition of mucous coat of nasal cavity didn't differ from data of healthy children in 2-nd group it has blue-crimson color within the inferior nasal passage, easy vulnerably, hemorrhagic ally, hypertrophy of posterior ends of nasal conches, was noticed; in the 3-rd group mucous coat was rough, had a relief structure; irregular hypertrophy, which surface had tubercles and fold, was noticed.

The medical wall of nasal cavity was crooked especially expressive curvature in 2 and 3 groups and has spiral view remind undeveloped in different degrees and absence of bone fragment in inferior parts of septum was noticed. In congenital unilateral upper lip and palate the septum located in oblique plane, deflected in inferior parts along the all extend to the defect side. This curvature - is congenital and depends on the width of defect in early childhood the other parts of septum is not crooked, eventually under the influence of number of factors (difference air pressure in both side of nasal septum, changing of position palate plates; disorder of myodynamic balance in the middle zone of face). The medial part of septum displaces to defect side and after

the operation - to opposite side. Apparently, in this process the main is the difference of air pressure in both side of septum from list factors.

After the reconstructural operations on upper lip and palate, the condition of nasal septum depends on time of the operation: from 38 patients of 1-st groups in 12 patients the curvature of septum revealed; from 35 patients of 2-nd - in 16 and in 3-rd group the curvature of septum was revealed in all 30 patients.

The change of relief of nasal cavity depends on the presence of deformation in the maxilla and position of palate plates [6,8]. The incline of steep of palate plates of no operated children with cleft upper lip and palate is increasing with age, what was observed in our patients, especially in preschool age.

It's known, bottom of nasal passage in healthy children has boat-shaped excavation. The form of bottom of the 1-st group patients did not differ the healthy children. In 16 patients from 2-nd group the mucous coat of the bottom of nasal cavity acquired wavy relief in the pathological side after the operation, that significant by the migration of the mucus. More expansive deformation a pyramidal contraction view was observed in the patients of the 3-rd group.

The endoscopic examination of nasal cavity in the side of defect after the its liquidation showed the contraction of nasal passage, because of the curvature of middle part of the nasal septum. On the bottom of nasal passage the place of cicatrix, in the view of rough tuberosity relief of the mucous coat is determined.

The condition of nasal conches exposed its hypertrophy, almost in all patients elder 5 years old. Especially in its posterior ends, that coincides with data of literature [2,3,4,7]. Its degree directly depends on an age of patients and that often causes of disorder of nasal breath.

Conclusions:

Thus wise, the results of endoscopic examination of nasal cavity of children with cleft upper lip and palate before and after the operation showed, that degree of expression of deformation of the nasal cavity's wall, the change of its topography is more expressive at unilateral pathology and depend on the beginning of opening of plastic of maxilla-facial field, the more excessive rough changes. All aforesaid have important significance for restoration of nasal breathe in this contingent of children.

LIST OF LITERATURE:

1. Богородицкая А. В., Сарафанова М. Е., Радциг Е. Ю., Притыко А. Г. Состояние полости носа и околоносовых пазух у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба //Журналы Вестник оториноларингологии 2015. №6
2. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. //Вестник оториноларингологии. 2007; 5:23-25.
3. Сутолов В.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.): / Дис. ... канд. мед. наук. Тверь; 2006.
4. Fukusirou A.P. , Ferlin F. , Yamashita RP , Trindade I.E., Influence of pharyngeal flap surgery on the nose and nasal indices in individuals with cleft lip and air production of nasal sounds. //Article in English, Portuguese 2015, 27 (6): 584-7.
5. Kuipers MA, Pazera A, Admiraal RJ, Berg? SJ, Vissink A, Pazera P. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients. //Clin Oral Investig. 2014;18(4):1237-1244.

6. Larangeira FR, Dutka Jde C, Whitaker ME, de Souza OM, Lauris JR, da Silva MJ, Pegoraro-Krook MI. Speech nasal and nasometry in the cleft lip and palate. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016; 82 (3): 326-33.
7. Li F, Wang H, Chen Y, Wu W, Acoustic Rhinometry for

- Evaluation of Velopharyngeal Function in Preschool Children Post Palatoplasty. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017 75(10):2184-2190
8. Suzuki H, Yamaguchi T, Furukawa M. Maxillary sinus development and sinusitis in patients with cleft lip and palate. *Auris Nasus Larynx.* 2000; 27(3):253-256.

УДК: 616-071.3

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ҚЎЛ КАФТИ ТЕНОРИ ВА ГИПОТЕНОРИ ДЕРМАТОГЛИФИКАСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

А.А.Асроров, Ф.А.Халилова, Н.Г.Ашурова, Н.О.Джуроева, Х.Б.Тошева Ч.А.Аминжонов*

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро давлат университети*

✓ Резюме

Сурункали тонзиллит билан оғриган 52 та болалар ва 38 та соғлом болаларнинг қўл кафтининг тенор ва гипотенор соҳасининг дерматоглифик кўрсаткичлари ўрганилди. Сурункали тонзиллит билан оғриган болалар чап қўлининг тенор соҳасидаги карпал нақшлар (Lc) ишонarli даражада кўплиги, ўнг қўлининг гипотенор соҳасида ульнар нақшлар (Lu) ишонarli даражада кам кузатилди. Қўл кафти ўзак трирадиусларидан оралиқ "i" нинг ($atd=41-60^\circ$) ҳар иккала қўл кафтлари юзасида кўп учраши, ҳар иккала қўлда карпал "i" ($atd\leq 40^\circ$) кам учради. Шунингдек ушбу касалликда "Parting" ҳолатининг бўлмаслиги ушбу касалликка хос белги деб айтишга асос бўлади. Олинган натижалар сурункали тонзиллит билан оғриган болаларда кичик диагностик мезон бўлиб хизмат қилади. Ота-оналарнинг тери рельефидаги маълум нақшларнинг болаларига насл қолиши, яъни ирсий мойиллиги тўғрисидаги муаммолар очиқлигича қолади ва махсус текширувларни талаб қилади.

Калит сўзлар: қўл кафтиг тенор ва гипотенор соҳаларининг дерматоглифик кўрсаткичлари, сурункали тонзиллит.

ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕНОРА И ГИПОТЕНОРА ЛАДОНЕЙ РУК У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

А.А.Асроров, Ф.А.Халилова, Н.Г.Ашурова, Н.О.Джуроева, Х.Б.Тошева Ч.А.Аминжонов*

Бухарский государственный медицинский институт, Бухарский государственный университет*

✓ Резюме

У 52 детей, больных хроническим тонзиллитом и 38 здорового ребенка были изучены показатели дерматоглифики тенора и гипотенора ладоней рук. У детей больных хроническим тонзиллитом отмечается достоверное увеличение на тенора левой ладони рук карпального узора (Lc), на гипотенора правой ладони рук низких показателей ульнарных узоров (Lu). Из показателей осевых трирадиусов, т.е. угла $<atd$ на ладонях установлено увеличение промежуточного "i" ($atd=41-60^\circ$) на обеих ладонях, на обеих ладонях низкие показатели карпального "i" ($atd\leq 40^\circ$). А также установлено, что для детей, больных хроническим тонзиллитом не характерно состояние "Parting". Полученные данные могут служить малыми диагностическими критериями хронического тонзиллита у детей. Вопрос о генетической обусловленности, т.е. о наследовании ребенком определенных узоров отца и матери, остается открытым и требует специального исследования.

Ключевые слова: Показатели дерматоглифики тенора и гипотенора ладоней рук, хронический тонзиллит.

DERMATOGLYPHIC INDEXES OF THE THENOR AND HYPOTHENOR AT CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS

A.A.Asrorov, F.A.Khalilova, N.G.Ashurova, N.O.Djurayeva, H.D.Tosheva, Ch.A. Aminjonova*

The Bukhara state medical institute, The Bukhara state university*

✓ Resume

Dermatoglyphic indexes of areas of the tenor and hypotenor of palms of hands were studied in 52 children with chronic tonsillitis and in 38 healthy children. At children with chronic tonsillitis the authentic increase of the tenor of left palmars to a hand carpal a pattern, of the hypotenar right palmars to a hand low parameters ulnar pattern is marked. From parameters axial triradius, i.e. corner $<atd$ on palms is established the increase meddle (intermedia) "i" ($atd=41-60^\circ$) on both palms. On both palms of low parameters carpal "i" ($atd\leq 40^\circ$). And also, it is established, that for children with chronic tonsillitis are not characteric the condition of "Parting". The received datas obtained can be used as small diagnostic criterias in children with chronic tonsillitis. The problem of genetic determination, i.e. inheritance of certain patterns of father and mother, remains open and requires a special research.

Keywords: Dermatoglyphic indexes of areas of the tenor and hypotenor, chronic tonsillitis.

Долзарблиги

Сурункали тонзиллит (СТ) наслий мойиллик ёки мултифакториал касалликлар жумласига кирга-

ни боис диққат этибор касаллик механизми асосида организм иммунологик реактивлигини ва наслийлигини ўрганишга қаратилади [7,8].

Маълумки, СТ касаллигига ташхис қўйишда касалликка мос бўлган диагностик белгилар асосий ўринни эгаллайди [8]. Касалликни тўғри талқин этиб, ўз вақтида тўғри ташхис қўйишда кишини янги йўналишда изланишлар олиб боришга ундайди. Бундай изланишлардан бири генетика фанининг тери рельефини ўрганиш тармоғи бўлган дерматоглифика бўлиб [3,5], биз кузатган адабиётларда СТ касаллигига ташхис қўйишда ушбу усулдан фойдаланилган маълумотларни учратмадик. Дерматоглифика усулининг кенг қўлланилишига сабаб инсон дерматостатусида тери чизиқларининг шаклланиши хомиладорлик даврининг, яъни эмбриогенезнинг 10-19 ҳафталаридан бошланиб, то 6 ойларгача бўлган вақт давомидаёқ шаклланади, кейинчалик эса бир умр давомида унинг тузилиши шахс фенотибида ўзгармай қолади [4,7], шунинг учун ҳам дерматоглифика усули тери рельефини ўрганишда информатив морфологик-генетик белги бўлиб ҳисобланади [1,5,6,7].

Шизофрения, қандли диабет, семириш ва шу каби бошқа ирсий мойиллик бўлган мультифакториал касалликларда ҳам дерматоглификанинг ўзгаришлари кузатилади. Лекин бундай касалликларда дерматоглификанинг ўзига хос ўзгаришлари кузатилмайди. Шунинг учун ҳам дерматоглифик текширишлар ирсий касалликка ташхис қўйишнинг бирдан-бир асоси бўлиши мумкин эмас [1,4,7].

Текширувимиздан мақсад СТ билан оғриган болаларда касалликка қўл кафтининг тенор ва гипотенор дерматоглификаси параметрлари орқали баҳо бериш.

Материал ва услублар

Текширувимиздагиларни СТнинг турли шакллари билан диспансер назоратида 18 ёшгача бўлган 52 та бола (улардан 31 қиз бола ва 21 ўғил бола) (улардан 19 тасида СТнинг оддий шакли, 20 тасида СТнинг I - даражали токсикоаллергик шакли (ТАШ) ва 11 та

болада СТнинг II - даражали ТАШ) ва назорат гуруҳи сифатида худди шу ёшда бўлган 301 та соғлом болалар ташкил қилди.

СТ касаллигини кечишига ирсий ҳолатни таъсирини ўрганиш мақсадида бемор болаларда, уларнинг оила аъзолари орасида (ота-она, ака-ука, опа-сингил) клиник ва генеологик текширишлар ўтказилди.

Бармоқ ва кафт излари андозасини олишнинг турли усуллари мавжуд бўлиб, жумладан эозин билан бўйаш, нигрозин билан бўйаш, темир тузлари ёки оддий бўр билан бўйаш ва қоғозда из қолдириш. Энг тарқалган усул типографик бўёқ билан бўйаш усули бўлиб, бунда чизиқлар аниқ ва ёруғ бўлиб, излар бир неча 10 йиллар давомида сақланади, шунингдек бармоқдан бўёқ осон ювилади (Липатов П.И., 2003).

СТ билан оғриган болаларда тери рельефини ўрганиш мақсадида беморлар қўл кафти ва бармоқ излари андозалари Cammings, Midlo (1961) усули орқали олинди (Гладкова, 1966). Бунинг учун шишага бир неча томчи бўёқ томизиб резина валик билан бир хил тарқатилади ва бўйалган валик билан текширувчи бармоғи бўйлади. Валик билан бўёқ кафтга, кафт-билак бурмасигача суртилади. Юмшоқ тагликда 1-1,5 мм қалинликдаги паралон ёки бир неча қават фланел қўйилиб, олдиндан "Формат А-4" ёзув қоғози тайёрлаб қўйилади, унда текширилувчининг исми-шарифи, туғилган санаси, миллати, жинси ёзилади. Текширувчи текширилувчи кафтини қоғозга туширади ва панжа ўртасига ва бармоқлараро соҳага енгил босилади (бунда бармоқлар бир-биридан узоқда бўлади). Бу қоғозга текширувчи бармоқлари бирин-кетинлик билан босилади (бош бармоқдан жимжилоққача) ва эҳтиётлик билан кафт юзаси ва бармоқлар қоғоз устидан юқорига қўтариш билан ажратилади. Агар из сифатсиз олинган бўлса муолажа қайтарилади. Асосийси изларда дельталар (трирадиус) аниқ бўлиши керак, чунки уларга қараб бармоқ нақши тури аниқланади (Липатов П.И., 2003).

Жадвал

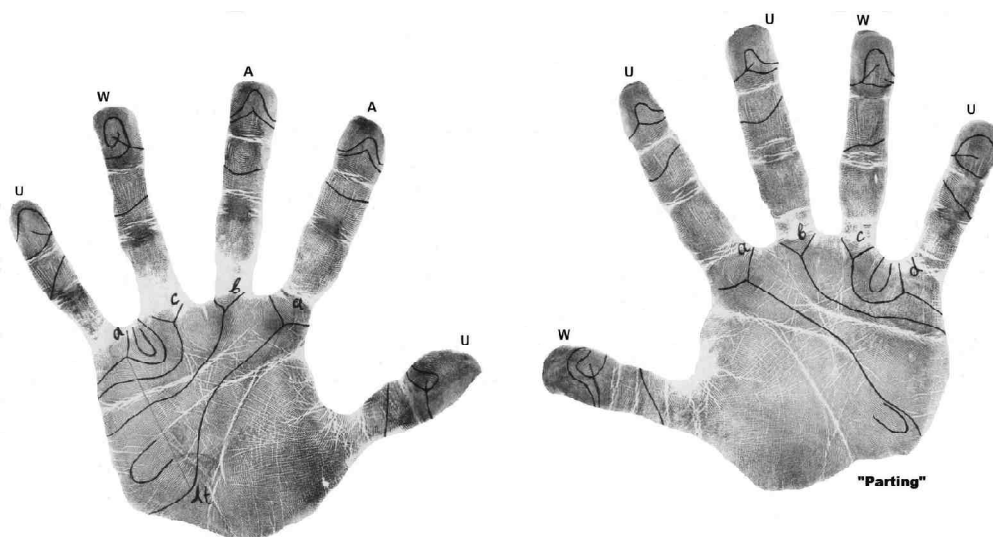
Сурункали тонзиллит билан оғриган болаларнинг қўл кафти тенори ва гипотенори дерматоглификаси кўрсаткичлари

Текширилган беморлар гуруҳи		Ўнг қўл				Чап қўл			
		Беморлар n=52		Соғломлар n=38		Беморлар n=52		Соғломлар n=38	
Кўрсаткичлар		n	%	n	%	n	%	n	%
Тенордаги нақшлар	Lr	-	-	-	-	-	-	2	5.3
	Lc	2	3.8	-	-	7	13.5*	-	-
Гипотенордаги нақшлар	Lr	14	26.9	5	13.2	13	25.0	5	13.2
	Lc	1	1.9	-	-	-	-	-	-
	Lu	3	5.8	10	26.3 *	9	17.3	7	18.4
	W	1	1.9	-	-	-	-	-	-
Бармоқлараро ёстиқчалар ёйлари	II	6	11.5	2	5.3	2	3.8 *	10	26.3 **
	III	20	38.4	21	55.3	13	25.0 *	21	55.3
	IV	18	34.6	13	34.2	15	28.9	14	36.8
Ўзак трирадиуслари	Карпал t	14	26.9	24	63.2 *	9	17.3 *	24	63.2
	Оралик t'	34	65.4	6	15.8 *	39	75.0 *	3	7.9
	Марказий t''	3	5.8	7	18.4	4	7.7 *	10	26.3
«Parting» ҳолати		1	1.9	-	-	-	-	-	-

Эслатма: * - $P < 0.05$ бемор ва соғлом болалар ўртасидаги фарқланиш;

** - $P < 0.05$ ўзаро бемор ва ўзаро соғлом болалар ўртасидаги фарқланиш

Бемор Б. нинг иккала қўл бармоқлари ва кафтлари дерматоглификаси



Бемор Б. 15 ёш, амбулатор картасидан кўчирма. Иккала қўл бармоқлари ва кафтлари дерматоглификаси. Асосий ташхис – СТ I даражали ТАШ, қўшимча – сурункали гастрит, I даражали камқонлик.

(чап қўл)			(ўнг қўл)		
1	Доимий бармоқлар трирадиуси	- a, b, c, d	1	Доимий бармоқлар трирадиуси	- a, b, c, d
2	Кафтнинг асосий чизиклари	- 7, 5', 4, 3	2	Кафтнинг асосий чизиклари	- 8, 6, 5', 3
3	Ўзак трирадиус-лари	- t – 50°	3	Ўзак трирадиус-лари	- 0° (Parting)
4	Гипотенор	- O / L ^R	4	Гипотенор	- O / L ^R
5	Тенор	- O / O	5	Тенор	- O / O
6	II, III, IV бармоқ-лараро ёстиқчалар	- O.O.L.	6	II, III, IV бармоқ-лараро ёстиқчалар	- O.O.L.
7	I, II, III, IV, V бармоқ ёйлари	- U.A.A.W.U.	7	I, II, III, IV, V бармоқ ёйлари	- W.U.U.W.U.
8	Ўрта бармоқ фаланглари	- тугри-2, тул-кинсимон-3	8	Ўрта бармоқ фаланглари	- тугри-2, тул-кинсимон-3
9	Ёйлар ҳисоби	- 30 (5-0-0-10-15)	9	Ёйлар ҳисоби	- 41 (6-6-4-10-15)
10	DL ₁₀	8	10	DL ₁₀	14

Олинган маълумотлар Т.Д.Гладкова (1966) усули орқали таҳлил қилиниб, сиртмоқли улнар (Lu), радиал (Lr), проксимал (Lp), дистал (Ld), халқали (W) ва мураккаб (S) нақшлар, II, III, IV бармоқлараро ёстиқчалар соҳасида жойлашган ёйлар орқали ва кафт юзалари ўзак трирадиуслари <atd бурчагини аниқлаш орқали баҳоланди.

Натижа ва муҳокама

СТ билан оғриган болаларнинг қўл кафти тенори ва гипотенори дерматоглификасини таҳлил қилганда, кафтнинг тенор соҳасидаги нақшлар сиртмоқ кўринишида фақат бемор болаларнинг кафтларида карпал соҳаларига қараб йўналганлиги қайд этилиб, ўнгда 3,8% (2) ва чапда 13,5% (7) ҳолда кузатилади. Ушбу кўрсаткичдан чап қўлдаги статистик ишонарли даражада фарқланди ($P < 0.001$) (жадвал). Бемор болаларнинг тенор соҳасида, шунингдек соғлом болаларнинг (радиал (Lr) нақшдан ташқари - чап қўлда 5.3%) тенор соҳасида сиртмоқли улнар (Lu), радиал (Lr), хал-

кали (W), проксимал (Lp), дистал (Ld) ва мураккаб (S) нақшлар кузатилмади.

Кафтнинг гипотенор соҳасида ҳам сиртмоқли нақшларнинг радиал (Lr), улнар (Lu), карпал (Lc), проксимал (Lp) ва дистал (Ld) йўналишларида, ҳамда мураккаб нақш (S) ва халқалардан (W) ташкил топганлиги қайд этилди. Бемор болалар иккала қўл кафтларининг гипотенор соҳасида карпал (Lc) йўналишидаги нақшлар соғлом болаларга нисбатан кўп кузатилсада (мос равишда ўнг қўлда - 26,9% (14) га 13,2% (5) ва чап қўлда - 25,0% (13) га 13,2% (5), уларнинг статистик ишонарли фарқи бўлмади. Гипотенор соҳасидаги карпал (Lc) ва халқали (W) нақшлар фақатгина бемор болаларнинг ўнг қўлларида 1,9% (1) ҳолда кузатилиб, уларнинг ҳам статистик ишонарли фарқи бўлмади. Бемор болаларнинг гипотенор соҳасида улнар (Lu) нақшлар соғлом болаларга нисбатан кам кузатилиб (мос равишда ўнг қўлда - 5,8% (3) га 26,3% (10), $P < 0.05$ ва чап қўлда - 17,3% (9) га 18,4% (7), бу кўрсаткичлардан фақат ўнг қўлдаги статистик ишонарли фарқланди.

Бемор болаларнинг, шунингдек соғлом болаларнинг гипотенор соҳасида сиртмоқли проксимал (Lp), дистал (Ld) ва мураккаб (S) нақшлар кузатилмади.

II, III, IV бармоқлараро ёстиқчалар соҳасида жойлашган ёйлар СТ билан огриган болаларнинг иккала қўл кафтлари ёйларининг умумий миқдори соғлом болаларникидан кам, яъни бемор болаларда ўнг қўлда - 84,5% (44) ҳолатда ва чап қўлда - 57,7% (30) ҳолатда, соғлом болаларда эса ўнг қўлда - 94,8% (36) ҳолатда ва чап қўлда - 118,4% (45) ҳолатда кузатилди. Ушбу ёйлар бемор болаларнинг ҳар иккала қўлида соғлом болаларникига нисбатан кам кузатилсада (ўнг қўлдаги II ва IV бармоқлараро ёстиқчалардан ташқари), бу кўрсаткичлардан фақат чап қўлдаги II ва III бармоқлараро ёстиқчалар (мос равишда 3,8% (2) га 26,3% (10), $P<0.01$ ва 25,0% (15) га 55,3% (21), $P<0.01$) статистик ишонарли даражада кам фарқланди. Бемор болаларнинг ўнг қўлидаги II ва IV бармоқлараро ёстиқчалар соғлом болаларга нисбатан бир оз кўп кузатилсада (мос равишда 11,5% (6) га 5,3% (2) ва 34,6% (18) га 34,2% (13), статистик ишонарли даражада фарқланмади.

Кафт юзлари ўзак трирадиусларини $<atd$ бурчагини аниқлаб баҳо берилди. Унда ўзак трирадиуслари бурчаги $<atd$ 40° дан кам бўлса - "t", яъни "карпал ўзак трирадиуси" ёки "карпал t", агарда $<atd$ 41-60° орасида бўлса - "t'", яъни "оралиқ ўзак трирадиуси" ёки "оралиқ t'" деб, учбурчак ҳолати 61°дан ошса - "t''", "марказий ўзак трирадиуслари" ёки "марказий t'" деб белгиланди. СТ билан огриган болаларда қўл кафтининг ўзак трирадиусларидан оралиқ ўзак трирадиуслари (t') иккала қўл кафтлари юзасида энг кўп (ўнг қўлда 65,4% (34), чап қўлда 75,0% (39) ҳолда) кузатилди ва улар соғлом болаларга нисбатан (ўнг қўлда 15,8% (6), $P<0.001$ чап қўлда 7,9% (3), $P<0.001$ ҳолда) ҳам статистик ишонарли даражада кўп фарқ қилди. Кафтнинг карпал ўзак трирадиуси (t) беморларнинг иккала қўл кафтлари юзасида (ўнг қўлда 26,9% (14), чап қўлда 17,3% (9) соғлом болаларнинг кўрсаткичидан (ўнг қўлда 63,2% (24), $P<0.001$, чап қўлда 63,2% (24), $P<0.05$) статистик ишонарли даражада кам аниқланди. Кафтнинг марказий ўзак трирадиуси (t'') беморларнинг иккала қўл кафтлари юзасида (ўнг қўлда 5,8% (3), чап қўлда 7,7% (4) соғлом болаларнинг кафт ўзак трирадиусларидан (ўнг қўлда 18,4% (7), чап қўлда 26,3% (10), $P<0.05$) кам учрасада, бу кўрсаткичларнинг фақат чап қўлдагиси статистик ишонарли даражада фарқланди.

СТ билан огриган болаларнинг кафт ўзак трирадиусларининг бўлмаслиги ("Parting" ҳолати) фақат 1 та (1,9%) беморнинг ўнг қўлида кузатилди ва у статистик ишонарли даражада фарқланмади (илова). Соғлом болаларнинг ҳар иккала қўл кафтлари юзасида "Parting" ҳолати кузатилмади.

Шундай қилиб, СТ билан огриган болаларнинг чап қўл кафти тенор соҳасида карпал (Lc) нақшларнинг кўп, ўнг қўл кафти гипотенор соҳасида эса улнар (Lu) нақшларнинг кам кузатилиши, чап қўлдаги II ва III бармоқлараро ёстиқчаларнинг кам учраши, қўл кафти ўзак трирадиусларидан оралиқ "t'" нинг ($atd=41-60^\circ$) ҳар иккала қўл кафтлари юзасида кўп учраши, ҳар иккала қўлда карпал "t" ($atd\leq 40^\circ$) ва чап қўлда марказий t" ($atd\geq 61^\circ$) кам учради, шунингдек ушбу касалликда "Parting" ҳолатининг бўлмаслиги ушбу касалликка хос белги деб айтишга асос бўлади.

Хулоса

Юқоридагиларга асосланиб шуни таъкидлаш лозимки, болаларда СТ касаллигини кечиши қўл кафти тенор ва гипотенор соҳалари дерматоглификаси кўрсаткичларининг ўзгариши билан боғлиқ ҳолда кечди. Қўл бармоқлари ва кафт юзаси дерматостатусини таҳлили орқали олинган юқоридаги маълумотлар СТ касаллигига хос бўлган кичик генетик белгилар деб қарашга асос бўлади. Ушбу белгилар орқали касаллик кечаётган жараёнга генетик нуқтаи назардан баҳо бериш, касалликка ташхис қўйишда, унинг прогнозини белгилашда кичик диагностик мезонлар бўлиб хизмат қилади дейиш мумкин. Ота-оналарнинг тери рельефидаги маълум нақшларнинг болаларига насл қолиши, яъни ирсий мойиллиги туғрисидаги муаммолар очиқлигича қолади ва махсус текширувларни талаб қилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Бочков Н.П. Медицинская генетика /М. Медицина 1997. - 362 с
2. Веллореская М.Д. Значение дерматоглифики в клинической практике //Педиатрия, 1986, №6, с.20-24.
3. Гладкова Т.Д., Тот Т.А. Редкие признаки в пальцевой и ладонной дерматоглифике //Вопр. антропол., 1995, 88, 84-90.
4. Гусева И.С., Сорокина Т.Т. Дерматоглифика как конституциональный маркер при мультифакториальной патологии //Вопр. антропол., 1998, №89, с. 99-111.
5. Значение дерматоглифики в установлении зиготности близнецов. И.А.Сеттаров, Д.А.Сеттарова, Р.Р.Аблязов, У.А.Сеттарова //Метаболические факторы риска при эндокринопатиях у детей. /М., Медицина 1988, с.143-144.
6. Маннанов А.М. Атопик дерматит касаллиги билан хасталанган бемор болаларда бармоқ дерматоглификаси кўрсаткичлари. /Педиатрия. 1997. № 3-4. 72-76 бетлар.
7. Нишонбоев К.Н., Ҳамроева Ф.А. Тиббиёт генетикаси, /Тошкент, 2000, 50-73 бетлар.
8. Хасанов С.А., Кирсанов В.Н. Особенности клиники и хирургического лечения хронического тонзиллита у больных с тиреоидной патологией. //Вестник оториноларингологии. 1997, №5, с.35-41.

Келиб тушган вақти 20.12. 2018

ПРОМОУТЕРЫ КАЛЬЦИЕВОГО УРОЛИТИАЗА И ИХ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ В Г. ТАШКЕНТЕ

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Касымов С.О.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

✓ Резюме,

Цель исследования изучить состояние промоторов камнеобразования у больных кальциевым уролитиазом. Обследовано 779 пациентов с кальциевым типом мочевого литогенеза. Из них 383 с уролитиазом (КПУЛ) и 396 с преуrolитиазом (КУЛ). Средний возраст составил 39,95±12,66 лет. Определяли суточную экскрецию с мочой (СЭ) кальция (Ca), оксалата (Ox) и мочевой кислоты (Ur).

СЭ кальция составила 6,19±2,14 mmol/24h и в 4 раза (на 75,28%), выше чем у здоровых лиц. В 99,74% СЭ Ox с мочой в 19 раз выше чем в контрольной группе, но необходимость коррекции (>0,5 mmol/24 h) имеется только у 92,81% больных. В 79,59% СЭ Ur с мочой в 1,3 раза выше, чем в контрольной группе. Необходимость коррекции (> 3,6 mmol/24 h) существует только у 32,22% больных.

Для состояния больных с кальциевым литогенезом характерно выраженное усиление активности факторов способствующих камнеобразованию. Различия между преуrolитиазом и уролитиазом по патологии таких промоторов камнеобразования как кальциурия и оксалурия не обнаружено. Но в экскреции мочевой кислоты выявлена достоверная разница. При КПУЛ дополнительно к проводимым консервативным мероприятиям следует особое внимание обращать на коррекцию урикозурии - нуклеатор нарушающий метастабильное состояние в насыщенном растворе.

Ключевые слова: кальциевый уролитиаз, преуrolитиаз, промоторы камнеобразования, кальций, оксалат, мочевая кислота.

TOSHKENT SHAHRIDAGI KALTSIY TURDAGI UROLITIASHI BEMORLARDA LITOGENES PROMOUTERLARINING HOLATI.

Gaybullayev A.A., Kariev S.S., Qosimov S.O.

Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti

✓ Rezyume,

Tadqiqotning maqsadi kaltsiy urolititayali bemorlarda tosh shakllanishining taraqqiy etuvchilari omillarini o'rganish. Kaltsiy turdagi litogenesli 779 bemor tekshiruvga olindi. Ulardan 383 tasi urolititiaz (CUL) va 396 ta preurolitiaz (CPUL) bilan kasallangan. O'rtacha yoshi 39,95 ± 12,66. Kaltsiy (Ca), oksalat (Ox) va urat kislotasi (Ur) 24 soat peshob bilan excretiasi (SE) aniqlandi.

Kaltsiy SE= 6.19 + 2.14 mmol / 24 soat nashkil qildi, bu 4 mara (75.28% ga) sog'lom odamlarga qaraganda yuqori. Oxalat SE 99.74% xolda oshgan bulib, nazorat guruhiga qaraganda 19 barobar yuqori, ammo bemorlarning 92,81% davo muomalasiga muhtoj (> 0,5 mmol / 24 soat). Ur SE 79,59% xolda oshgan va kontrol guruhiga qaraganda siydikda 1,3 barobar yuqori. Terapaya ehtiyoj (> 3,6 mmol / 24 soat) faqatgina bemorlarning 32,22% mavjud.

Kaltsiy litogenezi bo'lgan bemorlarning ahvoli tosh shakllanishiga yordam beruvchi omillarning faolligini oshishi bilan tavsiflanadi. Kaltsiyuiya va oksaluriya kabi tosh shakllanishining bu kabi tashviqotchilarining patologiyasida preurolitiaz va urolitiaz o'rtasidagi farqlar topilmadi. Ammo siydik kislotasi chiqarilishida sezilarli farq bor edi. CPUL holatlarida, davom etayotgan konservativ choralar bilan bir qatorda, urikozuriyaning tuzatilishiga alohida e'tibor qaratish kerak - nukleator to'yingan eritmada metastabil holatini buzadi.

Kalit so'zlar: kaltsiy urolititiaz, preurolititiaz, tosh shakllanishi, kaltsiy, oksalat, siydik kislotasi.

CALCIUM UROLITHIASIS PROMOUTERS AND THEIR CONDITION IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS IN THE CITY OF TASHKENT

Gaybullayev A.A., Kariev S.S., Kasimov S.O.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

✓ Resume,

The purpose is to study the status of stone promoters in patients with calcium urolithiasis.

There are 779 patients with calcium type of urinary lithogenesis were examined. The 383 of them with urolithiasis (CUL) and 396 with preurolithiasis (CPUL). The average age was 39.95 ± 12.66 years. The daily excretion(SE) of calcium (Ca), oxalate (Ox) and uric acid (Ur) was determined.

Calcium SE was 6.19 + 2.14 mmol / 24h and 4 times (by 75.28%), higher than in healthy individuals. The Ox SE was elevated in 99.74% and in 19 times higher than in the control group, but only 92.81% of patients need correction (> 0.5 mmol / 24 h). the Ur SE In 79.59%, it is in 1.3 times higher than in the control group. There are 32.22% of patients need correction (> 3.6 mmol / 24 h).

The condition of patients with calcium lithogenesis is characterized by a pronounced increase in the activity of stone formation promoters. The differences between preurolithiasis and urolithiasis in the pathology of such promoters as calciuria and oxaluria were not found. There is the significant difference in excretion of uric acid. In case of the CPUL, in addition to the ongoing conservative measures, special attention should be paid to the correction of uric acid excretion - the nucleator violates the metastable state in a saturated solution.

Key words: calcium urolithiasis, preurolithiasis, stone formation promoters, calcium, oxalate, uric acid.

Этиологические факторы разнообразны - наследственность, питание, географическое расположение, инфекции и т.д. Начиная с первого описания бляшек Рендаля в конце 1930-ых, многие исследователи пытались исследовать и проследить процесс формирования камней у людей [1]. И вывод у всех оказался один, что мочекаменная болезнь - хроническое заболевание, и наиболее распространенный тип камней состоит из оксалата кальция (СаОх). Оказалось, что СаОх является преобладающим компонентом более 80% мочевых камней [2,3,4]. Остальные 20% состоят из струвита, цистина, мочевой кислоты и других компонентов [4]. Так же существует подразделение камней на кальциевые и некальциевые. Кальциевые камни составляют 85% и состоят только из СаОх или только фосфата Са (СаРi), или обоих компонентов сразу [5-10].

Патогенез формирования камней в почках сложный процесс и имеет широкие вариации в зависимости от фенотипа конкремента [11]. Различные вещества влияющие на один или несколько вышеупомянутых процессов формирования камней, способствуя или препятствуя формированию камня. Промоутеры (активаторы) ускоряют образование камней, а ингибиторы предотвращают или тормозят процесс камнеобразования. [1].

Низкий объем мочи, низкий рН мочи, кальций, натрий, оксалат и урат - способствуют формированию камней - это промоутеры камнеобразования [12, 13].

Цель изучить состояние промоуторов камнеобразования у больных кальциевым уролитиазом.

Материал и методы

Обследовано 779 пациентов с кальциевым типом мочевого литогенеза. Из них 383 с уролитиазом (КПУЛ) и 396 с преуролитиазом (КУЛ). Средний возраст составил 39,95±12,66 лет. В качестве контроля использовали данные обследования 30 лиц не страдающих урологическими заболеваниями и не имеющих каких-либо хронических заболеваний других органов и систем организма. Определяли суточную экскрецию с мочой (СЭ) кальция (Са), оксалата (Ох) и мочевой кислоты (Ur).

Биохимические исследования по определению выбранных ингибиторов литогенеза проводили на аппарате Humalyzer 2000 (Human GmbH, Germany).

Результаты и обсуждения

У обследованных пациентов СЭ кальция (Табл. 1) составила 6,19±2,14 mmol/24h (DI=1,15-22,14 mmol/24h) и была достоверно выше почти в 4 раза (на 75,28%), чем в контрольной группе 1,53±0,31 mmol/24h (t=2,16; p<0,05).

Кальциурия >5,0 mmol/24h наблюдалась у 574 (73,68%) больных и составила в среднем 6,97±2,31 mmol/24h. Различия с контрольной группой достоверно (t=2,33; p<0,05). Из них 280 (73,12% от 383) были больные с КПУЛ и 293 (73,99% от 396) с КУЛ.

Гиперкальциурия обнаружена только у 87 (11,3%) больных и составила в среднем 11,25±3,18 mmol/24h. Различия с контрольной группой достоверно (t=3,04; p<0,05). Из них 44(11,49% от 383) были больные с КПУЛ

и 43(10,86% от 396) с КУЛ. То есть гиперкальциурия одинаково встречалась как при КПУЛ, так и при КУЛ.

Нормокальциурия обнаружена у 205 (26,32%) больных и составила 4,02±0,80 mmol/24h. При этом различия с контрольной группой достоверно (t=2,9; p<0,05). Из них 102(26,63% от 383) были больные с КПУЛ и 103(26,01% от 396) с КУЛ.

Только у 2-х больных (0,26%) кальциурия составляла 1,26±0,02 mmol/24h, т.е. оказалась меньше, чем в контрольной группе, но показатели не имели достоверного различия (p=0,87; >0,05). Из них 1(0,26% от 383) был больной с КПУЛ и 1(0,25% от 396) с КУЛ. У остальных больных это 99,74% случаев кальциурии была больше, чем в контрольной группе и составила в среднем 6,90±2,41 mmol/24h, различия с контролем было достоверно (p=2,21; p<0,05). Из них у больных с КПУЛ (382) средняя величина СЭ Са составила 6,25±1,56 mmol/24h, а при КУЛ (395) - 6,15±1,48 mmol/24h.

СЭ Ох (Табл. 2) составила 1,94±0,83mmol/24h (DI=0,15-11,31 mmol/24h) и больше, чем в контрольной группе в 19 раз (на 94,6%; t=2,21; p<0,05). В контрольной группе СЭ ОХ была 0,104±0,066 mmol/24h.

Гипероксалурия (>0,5mmol/24h) требующая коррекции согласно рекомендациям ЕАУ наблюдалась у 724 (92,81%) больных, СЭ оксалатов с мочой у них была в среднем 1,99±0,91 mmol/24h. Различия с контрольной группой достоверно (t=2,07; p<0,05). Из них 354 (92,43% от 383) больные с КПУЛ и 369 (93,18% от 396) с КУЛ.

У 56 (7,19%) больных СЭ ОХ была в норме - меньше 0,5 mmol/24h и составила 0,42±0,06 mmol/24h. Статус этих пациентов соответствовал состоянию нормооксалурии. Согласно рекомендациям ЕАУ этим пациентам не требовалась медикаментозная коррекция оксалурии. В то же время величина СЭ ОХ у них имела достоверное различие с контрольной группой (t=3,54; p<0,05). Из них 29 (7,57% от 383) больные с КПУЛ и 27 (6,82% от 396) с КУЛ.

СЭ Ur с мочой составила 3,27±1,04 mmol/24h (DI=1,04-7,63 mmol/24h). В контрольной группе - 2,46±0,12 mmol/24h, различия достоверно (t=0,77; p>0,05), хотя это в 1,3 раза (на 24,77%) меньше чем у больных.

У 251 больного (32,22% от 779) СЭ Ur>3,6 mmol/24h, в среднем 4,45±0,61 mmol/24h и различия с контрольной группой достоверно (t=3,2; p<0,05). Из них 153(19,64% от 383) больные с КПУЛ и 98(24,75% от 396) с КУЛ. Из них у 164 больных (21,05% от 779) СЭ Ur> 4,0 mmol/24h, в среднем 4,81±0,59 mmol/24h, различия с контролем достоверно (t=3,9; p<0,05). Из них 109(28,46% от 383) больные с КПУЛ и 55(13,89% от 396) с КУЛ.

У 528 (67,78%) больных СЭ Ur < 3,6 mmol/24h, в среднем 2,71±0,46 mmol/24h. Различия с контрольной группой недостоверно (t=0,53; p>0,05). Из них 230(60,05% от 383) больные с КПУЛ и 298(75,25% от 396) с КУЛ.

У 9 (1,16%) пациентов СЭ Ur такая же, как и в контрольной группе 2,46 mmol/24h. Из них 7(1,83% от 383) больные с КПУЛ и 2(0,51% от 396) с КУЛ.

У 150 пациентов (19,26%) СЭ Ur в среднем 2,01±0,25 mmol/24h - меньше, чем в контрольной группе, различия недостоверно (t=1,62; p>0,05). Из них 39(10,18% от 383) больные с КПУЛ и 111(28,03% от 396) с КУЛ.

У остальных 620 больных (79,59% от 779) СЭ Ur в среднем 3,59±0,91 mmol /24h. Она выше чем в конт-

рольной группе, но различие недостоверно ($t=1,23$; $p>0,05$).

Кальций (Ca) обязательный компонент кальциевого типа литогенеза. Согласно данным литературы (рекомендации EAU) процессы мочевого камнеобразования при кальциевом типе литогенеза могут протекать как при гиперкальциурии ($>8,0$ mmol/24h), так и нормокальциурии ($<5,0$ mmol/24h).

У обследованных больных СЭ Ca с мочой в 4 раза превышает аналогичный показатель контрольной группы. Даже если у 99,74% больных кальциурия больше, чем в контрольной группе, необходимость в коррекции (при СЭ Ca $>5,0$ mmol/24 h согласно рекомендациям EAU) имеется только у 73,68% больных. В 205 случаях процессы литогенеза протекали при нормокальциурии (26,32%), и не имели различия в частоте встречаемости как при КПУЛ (26,63%) так и КУЛ (26,01%). Очень интересен факт, что гиперкальциурия одинаково встречается среди больных с КПУЛ - 11,49% и при КУЛ - 10,86%.

Оксалат (Ox) следующий промоутер кальциевого камнеобразования. Согласно рекомендациям EAU уро-

вень СЭ Ox более 0,5mmol/24h считается гипероксалурией и является показанием к коррекции. У обследованных больных СЭ Ox с мочой в 19 раз превышает аналогичный показатель контрольной группы. Хотя у 99,74% больных оксалурия больше, чем в контрольной группе, необходимость коррекции ($>0,5$ mmol/24 h) имеется только у 92,81% больных. Гипероксалурия с одинаковой частотой встречается как при КПУЛ, так и КУЛ.

Мочевая кислота (Ur) - нуклеотор нарушающий метастабильное состояние в насыщенном растворе. Согласно Рекомендациям EAU СЭ Ur $>4,0$ mmol/24h расценивается как гиперурикозурия. Медикаментозная коррекция показана уже при СЭ Ur $>3,6$ mmol/24h.

У 79,59% больных СЭ Ur с мочой в 1,3 раза выше, чем в контрольной группе. Но необходимость коррекции существует только у 32,22% больных. Среди больных с СЭ Ur $>4,0$ mmol/24h преобладают пациенты с КПУЛ (66,46% от 164), так же как и среди больных с СЭ Ur $>3,6$ mmol/24h - больных КПУЛ 60,96% (от 251). Следовательно, при КПУЛ ведущей патологией является повышение экскреции мочевой кислоты.

Таблица 1.

Состояние СЭ Ca с мочой (*- $p<0,05$ с контрольной группой).

Показатель	M $\pm$ m ммоль/сут	< 5,0 ммоль/сут	5,0-8,0 ммоль/сут	>8,0 ммоль/сут
Всего	779 6,19 $\pm$ 2,14*	205 26,325	487 62,52%	87 11,17%
КПУЛ	383 4,51 $\pm$ 1,47*	102 26,63%	237 61,88%	44 11,49%
КУЛ	396 8,87 $\pm$ 1,27*	103 26,01%	250 63,13%	43 10,86%
Контроль	30 1,53 $\pm$ 0,31			

Таблица 2.

Состояние СЭ Ox с мочой (*- $p<0,05$ с контрольной группой).

Показатель	n M $\pm$ m ммоль/сут	< 0,5 ммоль/сут	> 0,5 ммоль/сут
Всего	1,94 $\pm$ 0,83*	0,42 $\pm$ 0,06*	1,99 $\pm$ 0,91*
КПУЛ	383 1,07 $\pm$ 1,07	29 0,40 $\pm$ 0,08	354 1,13 $\pm$ 1,13
КУЛ	396 1,02 $\pm$ 0,42*	27 0,43 $\pm$ 0,05	369 1,06 $\pm$ 0,43*
Контроль (30)	0,104 $\pm$ 0,066		

Таблица 3.

Состояние СЭ Ur с мочой (*- $p<0,05$ с контрольной группой)

Показатель	n M $\pm$ m	$\geq 3,6$ ммоль/сут	$\geq 4,0$ ммоль/сут	< 3,6 ммоль/сут	< 2,46 ммоль/сут
Всего	779 3,27 $\pm$ 1,04	251 4,45 $\pm$ 0,61*	164 4,81 $\pm$ 0,59*	528 2,71 $\pm$ 0,46	150 2,01 $\pm$ 0,25
КПУЛ	383 3,54 $\pm$ 0,79	153 4,53 $\pm$ 0,61*	109 4,82 $\pm$ 0,60*	230 2,88 $\pm$ 0,39	39 2,04 $\pm$ 0,25
КУЛ	396 3,01 $\pm$ 0,76	98 4,34 $\pm$ 0,58*	55 4,78 $\pm$ 0,58*	298 2,58 $\pm$ 0,46	111 1,99 $\pm$ 0,24
Контроль	30 2,46 $\pm$ 0,12				

Заключение

Для состояния больных с кальциевым литогенезом характерно выраженное усиление активности факторов способствующих камнеобразованию. Различия между преуролитиазом и уrolитиазом по патологии таких промоторов камнеобразования как кальциурия и оксалурия не обнаружено. Но в экскреции мочевой кислоты выявлена достоверная разница. При КПУЛ дополнительно к проводимым консервативным мероприятиям следует особое внимание обращать на коррекцию урикозурии - нуклеатора, который нарушает метастабильное состояние в насыщенном растворе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin and Craig A. Peters edit Campbell-Walsh Urology, 11th Edition, Vol.2. Urinary Lithiasis and Endourology.
2. Moe OW. Kidney stones: pathophysiology and medical management. Lancet. 2006; 367:333-344.
3. Daudon M, Lacour B, Jungers P. High prevalence of uric acid calculi in diabetic stone formers. Nephrol Dial Transplant. 2005; 20:468-469.
4. Park S, Pearle MS. Pathophysiology and management of calcium stones. Urol Clin North Am. 2007; 34:323-334.
5. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. J Urol. 2014. 192(2):316-324
6. Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE et al. Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Guideline. Ann Intern Med. 2013. 158(7):535-543
7. Skolarikos A, Straub M, Knoll T et al. Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: EAU guidelines. Eur Urol. 2015. 67(4):750-763
8. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., и др. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003-2013 гг. Экспериментальная и клиническая урология №2 2015, с4-12
9. Talati JJ, Tiselius HG, Albala DM, YE Z. Urolithiasis. Basic Science and Clinical Practice. ISBN: 978-14471-4383 (Print), SpringerLondon, 2012.
10. Trinchieri A. Epidemiological trends in urolithiasis: impact on our health care systems. Urological Research.2006. 34(2):151-156.
11. Khan SR. Renal tubular damage/dysfunction: key to the formation of kidney stones. Urol Res. 2006; 34:86-91.
12. Basavaraj DR, Biyani ChSh, Browning AJ, Cartledge JJ. The Role of Urinary Kidney Stone Inhibitors and Promoters in the Pathogenesis of Calcium Containing Renal Stones. EAU-EBU Update Series., Eur Urol Suppl. 2007; 5: 126-136.
13. Pak CY. Kidney stones. Lancet 1998; 351:1797-801.

Поступила 13.12.2018 г.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ В ВА С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖИГАР ФИБРОЗИНИНГ НОИНВАЗИВ ДИАГНОСТИКАСИ

У.Д. Жалилова, Ш.Ш.Тиллоева,

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме,

Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари, айниқса вирусли зарарланиши замонавий гепатологиянинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади. Ишнинг мақсади сурункали гепатит билан касалланган беморларда жигар фиброзининг ноинвазив диагностикаси мақсадида ультратовушли доплерография ва ультратовушли эластометрия усулини қўллаб клиник баҳолаш. Жигар фибрози даражасини баҳолаш мақсадида ноинвазив диагностика усуллари қўллаб қийсий анализ қилинганда ультратовушли эластометрия усули ультратовушли доплерография усулига нисбатан информатив ҳисобланади.

Калит сўзлар: сурункали гепатит, жигар фибрози, ноинвазив диагностика, фиброскан

НЕИНВАЗИВНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТИТОМ В И С

У.Д. Жалилова, Ш.Ш.Тиллоева

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Проблема хронических диффузных заболеваний печени, основную долю которых составляют вирусные поражения, одна из наиболее актуальных в современной гепатологии. Цель работы клиническая оценка применения ультразвуковой доплерографии и ультразвуковой эластографии в неинвазивной диагностики фиброза печени у больных хроническими вирусными гепатитами. В результате сравнительного анализа методов неинвазивной диагностики установлено, что в целом метод ультразвуковой эластографии более информативен чем метод ультразвуковой доплерографии в оценки стадии фиброза печени.

Ключевые слова: хронический гепатит, фиброз печени, неинвазивная диагностика, фиброскан.

NONINVASIVE DIAGNOSIS OF LIVER FIBROSIS IN PATIENTS WITH HEPATITIS B AND C

U.D. Djalilova, Sh.Sh. Tilloyeva

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume,

The problem of chronic diffuse liver diseases, the bulk of which are viral lesions, is one of the most relevant in modern hepatology. The aim of the work is the clinical evaluation of the use of Doppler ultrasound and ultrasound elastography in non-invasive diagnosis of liver fibrosis in patients with chronic viral hepatitis. As a result of a comparative analysis of non-invasive diagnostic methods, it was found that, in general, the method of ultrasound elastography is more informative than the method of ultrasound doppler sonography in assessing the stage of liver fibrosis.

Key words: chronic hepatitis, liver fibrosis, noninvasive diagnosis, fibroscan

Долзарблиги

Жигарнинг сурункали яллиғланиш касалликлари, бутунги кун тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, бу паталогиянинг асосий ҳажмини жигарнинг вирусли шикастланишлари ташкил этади [2,5]. Гепатотроп вируслар жигарда сурункали яллиғланиш чақириб, фиброз ривожланишига олиб келади. Фиброз ривожланиш жигар архитектоникасининг бузилиши (цирроз ривожланиши) ва натижада жигар ичи босимининг ошиши, портал гипертензия ривожланишига сабаб бўлади [1,3,6]. Жигарнинг сурункали яллиғланиши мавжуд бўлган беморларни текшириш ва ташхис қўйишдаги муҳим жиҳатлардан бири жигарда ривожланаётган фибрознинг эрта аниқлаш орқали цирроз ривожланишини олдини олиш, тўғри даво тактикасини танлашдир [1,4,].

Жигар фибрози ривожланишининг охириги босқичи бу жигар циррозидир. Жигар циррози асоратлари беморларда жигар-хужайра етишмовчилиги ва портал гипертензия каби аянчли асоратларга олиб келади.

Бу клиник белгилар беморлар ҳаёт тарзини оғирлаштириб, касаллик кечишидаги ёмон прогностдан далолат беради. Шу асоратларнинг олдини олиш, жигарнинг сурункали касалликлари билан оғриган беморларда жигар фиброзининг эрта диагностикасини амалга ошириш мақсадида фибрознинг ноинвазив инструментал усуллари кенг қўлланилмоқда.

Ишнинг мақсади

Сурункали гепатит В ва С билан оғриган беморларда жигар фибрози эрта диагностикасида ноинвазив инструментал ва лаборатор текширишларнинг клиник аҳамиятини ўрганиш

Материал ва усуллар

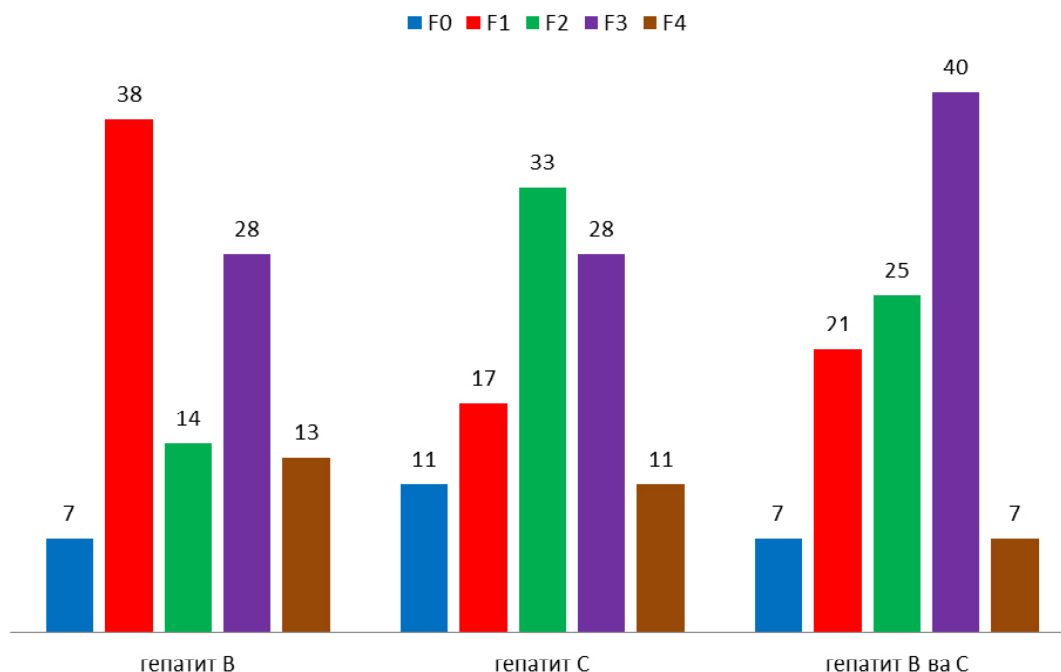
Беморларни текшириш Бухоро вилоят юқумли касалликлар шифохонаси бўлимлари ва маслаҳат поликлиникасида, Бухоро шаҳридаги "Кармен" диагностика марказида олиб борилди, ҳамда 102 та сурунка-

ли гепатит билан касланган (31 та сурункали гепатит В ва 42 та сурункали гепатит С ва 29 та сурункали гепатит В ва С билан касалланган) 21-62 ёшдаги (ўртача ёш 52,7 й) беморлар текширилди. Беморларда сурункали гепатит В ва С ташхиси ва фиброз ривожланиш даражаси клиник, лаборатор (Қон клиник ва биокимёвий таҳлили, зардобли тестлар, коагулограмма, ИФА) ва инструментал текшириш (жигарни УТТ ва ультратовушли эластометрия-Фиброскан) натижа-

ларига асосланган ҳолда баҳоланди. Беморларда гепатит тури ИФА таҳлилида аниқланган вирус маркёрлари асосида қўйилди.

Фиброскан натижаларига асосланиб беморларда фиброз даражасига қараб гуруҳларга бўлинди. Фиброз даражасига қараб беморлардан олинган субъектив ва объектив маълумотлар, клиник-лаборатор текширишлар натижалари таҳлил қилинди ва уларнинг бир-бирига мутаносиблиги ўрганилди.

Жигар фибрози ривожланиш даражаси (METAVIR), % да



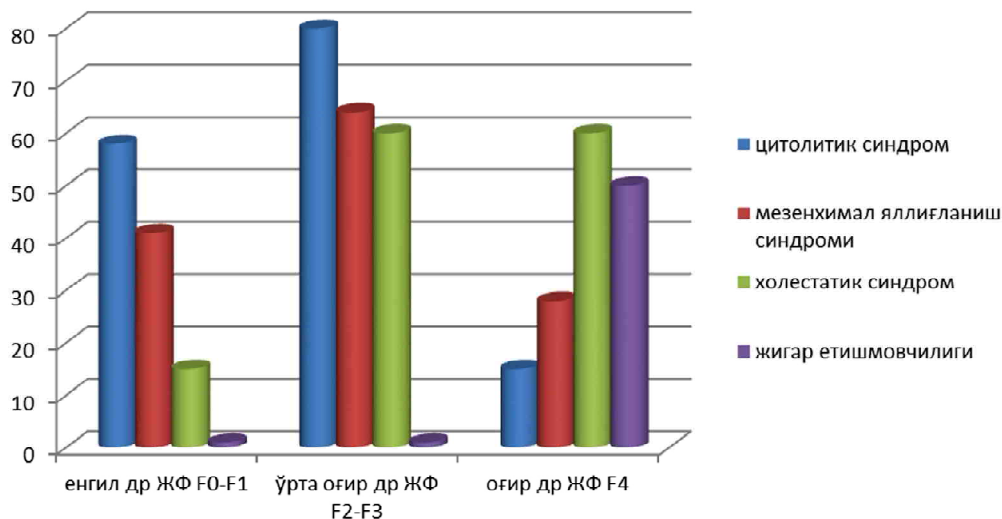
Ажратилган ҳар бир гуруҳдаги беморларда жигарнинг сурункали яллиғланишини кўрсатувчи синдромлар ва лаборатор диагностика натижалари жигар фибрози ривожланиш даражасига қараб ўрганиб чиқилди.

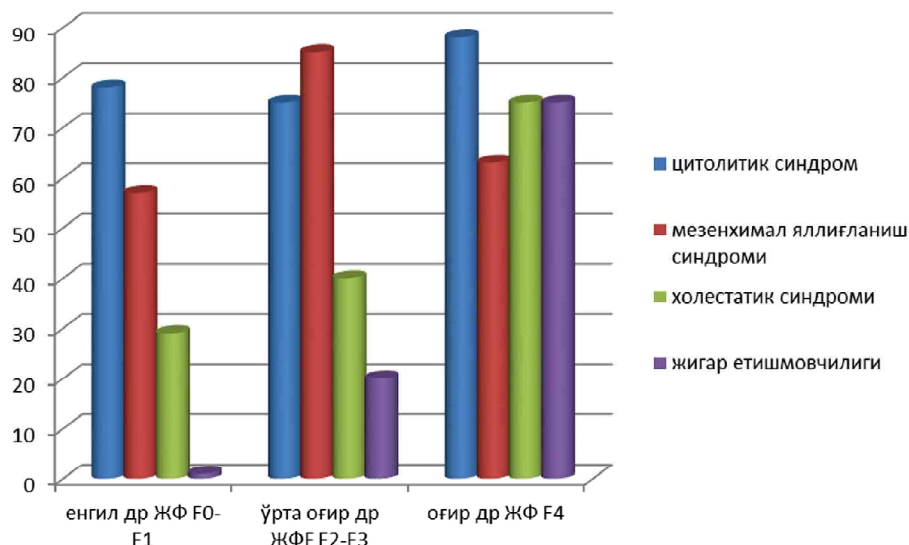
Сурункали гепатит В билан касалланиш эракалар орасида кўпроқ кузатилган, (65%) касалланиш давомийлиги фиброз ривожланиш даражасига мос ҳолда камайиб борган. Клиник синдромлардан энг кўп диспептик синдром (84,6%), кейинги ўринларда астено-невротик (68%) ва сариклик синдроми (54,3%) аниқ-

ланди. Портал гипертензия ва гепатомегалия синдроми фиброз ривожланишига мос ўсиб бориши кузатилди.

Таҳлил натижалари 2-диаграммада кўрсатилган.

Сурункали гепатит С билан касалланиш аёллар орасида кўпроқ кузатилган, (54,7%) касалланиш давомийлиги фиброз ривожланиш даражасига мос ҳолда камайиб борган. Клиник синдромлардан энг кўп астено-невротик синдром (75,1%), кейинги ўринларда диспептик (71 %) ва сариклик синдроми (54,6%) аниқ-





ланди. Портал гипертензия ва гепатомегалия синдроми фиброз ривожланишига мос ўсиб бориши кузатилди.

Таҳлил натижалари 3-диаграммада кўрсатилган.

Диаграммадаги маълумотлардан кўриш мумкин-ки, цитолитик синдром ва мезенхимал яллиғланиш синдроми кўрсатувчи биокимёвий таҳлиллар параметрлари ўзгариб туриши жигар фибрози ривожланиши даражаси билан боғлиқ эмас. Яъни сурункали гепатит С билан оғриган беморларда АЛТ, АСТ ва ГГТП миқдори аввалига ошиб бориб, фибрознинг оғир даражалари (жигар циррозида) камайиши кузатилди ($p < 0.005$).

3-гурӯҳдаги беморлар микс инфекция, яъни бир пайтда гепатит В ва С аниқланган беморлар гуруҳи бўлиб, уларда ҳам бошқа гуруҳлар каби фиброз даражасига қараб бўлинган беморлар субъектив ва объектив маълумотлар, клиник-лаборатор текширишлар натижалари таҳлил қилинди ва уларнинг бир-бирига мутаносиблиги ўрганилди.

Текширилган беморларда касалланиш эркалар орасида кўпроқ кузатилган, (71,4%) касалланиш давомийлиги фиброз ривожланиш даражасига мос ҳолда камайиб борган. Клиник синдромлардан энг кўп астеноневротик синдром (86%), кейинги ўринларда диспептик (69,1 %) ва сариклик синдроми (47,3%) аниқланди. Портал гипертензия синдроми фибрознинг оғир даражасида деярли барча беморларда аниқланди ва фиброз ривожланишига мос ўсиб бориши кузатилди. Гепатомегалия синдроми 68% беморларда кузатилди.

Биз сурункали гепатит В ва С билан касалланган беморларнинг клиник-лаборатор таҳлили натижаларини эластометрия усули билан солиштириб, таҳлил қилдик (4-диаграмма)

Диаграммадаги маълумотлардан кўриш мумкин-ки, цитолитик синдром ва мезенхимал яллиғланиш синдроми кўрсатувчи биокимёвий таҳлиллар параметрларининг ўзгариб туриши жигар фибрози ривожланиши даражаси билан боғлиқ эмас. Яъни сурункали

гепатит В ва С билан оғриган беморларда АЛТ, АСТ ва ГГТП миқдори аввалига ошиб бориб, фибрознинг оғир даражалари (жигар циррозида) камайиши кузатилди ($p < 0.001$).

Хулоса

Хулоса ўрнида айтиш керакки, сурункали гепатит В ва С билан оғриган беморларда касалланиш давомийлигига мос ҳолда фиброз ривожланиши ҳам ошиб боради ва унинг эрта диагностикасида ва циррози олдини олишда сурункали гепатит билан касалланган беморларни эластометрия текширувини ўтказиш муҳимдир. Олинган натижалар сурункали гепатит В ва С билан касалланган беморларда фиброз ривожланишини эрта аниқлаш ва жигар циррози профилактикасига имкон яратиб беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдурахманов, Д.Т. Противовирусная терапия и регресс фиброза при хроническом гепатите В // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2010. - Т. 20, № 1. - С. 14-20.
2. Исаков, В.А. Как определять выраженность фиброза печени и зачем? //Клинич. гастроэнтерология и гепатология. - 2008. - Т.1, №2.-С. 72-75.
3. О вирусных гепатитах А,В,С,Д, Е,Г для врачей и пациентов. Вопросы клиники, диагностики, лечения. Диета при вирусных гепатитах. //Медицинские статьи по вирусным гепатитам.- URL:<http://www/chat.ru/-bychenk/>
4. Пирогова И.. Диагностика фиброза печени у больных хроническими гепатитами В и С и ее клиническое значение. /автореферат. дисс. к.м.н. 2012 г Москва. РФ
5. Коновалова И.Я. Неинвазивная инструментальная диагностика фиброза печени при хронических гепатитах В и С. /автореф. дис. к.ан мед. наук / - РФ. Москва 2010
6. Flisiak R. Effect of lamivudine treatment on plasma levels of transforming growth factor beta 1, tissue inhibitor of metalloproteinases-1 and metalloproteinases-1 in patients with chronic hepatitis B /Flisiak R., H /Al Kadas 2012.

Келиб тушган вақти 05.12. 2018

ЧАСТОТА И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗЛИЧНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУППАХ

Жураева Х.И., Бадритдинова М.Н.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

В статье приведены результаты изучения состояния выявляемости некоторых компонентов метаболического синдрома среди мужчин и женщин. Данные исследования о выявляемости основных компонентов метаболического синдрома могут служить базой для разработки и реализации лечебно-профилактических программ по лечению и профилактики метаболического синдрома

Ключевые слова: артериальная гипертония, гиперлипидемия, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, метаболический синдром

ТУРЛИ ГЕНДЕР ГУРУҲЛАРИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА АНИҚЛАНИШИ

Ҳ.И. Жўраева, Бадритдинова М.Н.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Мақолада уюшмаган эркак ва аёллар орасида метаболик синдром компонентларининг аниқланиш ҳолати натижалари келтирилган. Метаболик синдром асосий компонентларининг аниқланиш ҳақидаги маълумотлар метаболик синдром даво-профилактикаси дастурларини ишлаб чиқиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Калит сўзлар: артериал гипертония, гиперлипидемия, қандли диабет, абдоминал семизлик, метаболик синдром

FREQUENCY AND DETECTION OF SOME COMPONENTS OF THE METABOLIC SYNDROME AMONG THE MAN AND WOMAN

Zhuraeva Kh.I., Badritdinova M.N.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The article presents results of Study of the state of detection of some components of the metabolic syndrome among the man and woman. Research data on the detection of basis components of metabolic syndrome may serve as a basis for design and implementing preventive and treatment programs for the treatment and prevention of metabolic syndrome.

Key words: Hypertension, Hyperlipedemia, Diabetes, Abdominal obesity, Metabolic syndrome

Актуальность

Метаболический синдром (МС) представляет собой симптомокомплекс, наличие которого в течение ближайших 5-10 лет увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа (СД 2) в 5 раз, инсульта - в 2-4 раза, острого инфаркта миокарда (ИМ) в 3-4 раза и сердечно-сосудистой смертности в 2 раза [4]. Кроме того, он рассматривается как один из важнейших факторов риска атеротромботических осложнений.

В 1989 году Kaplan [5] определил синдром как "смертельной четверет" - сочетание ожирения, нарушения толерантности к глюкозе, гипертриглицеридемии и артериальной гипертензии. Однако, в 1992 году, синдром был вновь определен как синдром "резистентности к инсулину". После этого сразу несколько научных групп пытались разработать диагностические критерии для диагностики МС

В патогенезе МС большую роль играет инсулин резистентность, при которой бета-клетки поджелудочной железы увеличивают секрецию инсулина в результате чего развивается гиперинсулинемия. Избыточная продукция инсулина повышает активность СНС, вызывает вазоконстрикцию и повышение ми-

нутнего объема кровообращения, увеличивает синтез липопротеидов очень низкой плотности, формируется атерогенная дислипидемия и ожирение. На начальных этапах патологического процесса гиперинсулинемия компенсирует отрицательные эффекты инсулинрезистентности. Вместе с тем, при повышенной продукции инсулина происходит дальнейшее увеличение степени инсулинрезистентности. В результате этих процессов формируется нарушение толерантности к глюкозе и в последующем развивается явный сахарный диабет [1,2,3].

Цель исследования: Изучение состояния выявляемости некоторых основных компонентов метаболического синдрома в различных гендерных группах в условиях поликлиники.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 797 человек (242 мужчин и 555 женщин) в возрасте от 16 до 59 лет. Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения 2-х измерений. За нормальное АД принимали значе-

ния систолическое артериальное давление (САД) ≤ 139 ; диастолическое артериальное давление (ДАД) ≤ 89 , Артериальная гипертензия (АГ) - САД ≥ 140 ; ДАД ≥ 90 . Избыточная масса тела рассчитано по формуле: $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2, \geq 25$, а уровни ИК ≥ 30 принимаются за ожирение.

Определение толерантности к глюкозе (проведение ТТГ, определение сахара крови после нагрузки через 1 час и через 2 часа. В соответствии с указанными рекомендациями, оценку полученных данных осуществляли по следующим критериям (в мг%): нормальная толерантность к глюкозе: при уровне гликемии натощак < 100 , через 1 час после нагрузки глюкозой < 160 и через 2 часа < 100 ; нарушенная толерантность к глюкозе: гликемия натощак < 100 ; через 1 час после нагрузки глюкозой ≥ 160 и (или) через 2 часа > 100 ; сахарный диабет: гликемия натощак > 100 , через 1 час после нагрузки глюкозой ≥ 180 , через 2 часа ≥ 130 .

Содержание липидов в венозной крови определяли на анализаторе «Hospitex». Изучали уровни холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ). За гиперхолестеринемию (ГХ) принимали значения ХС $\geq 6,1$ ммоль/л,

а за гипертриглицеридемию (ГТГ) - уровень ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л.

Результаты и обсуждения

Полученные данные показывают, что распространённость артериальной гипертензии среди женщин составила 20,54%. Среди мужчин распространённость АГ была примерно такая же - 20,66%.

Далее изучалась выявляемость АГ врачами ЛПУ. Полученные данные свидетельствуют о том (табл. 1), что среди женщин, у которых в ходе скринирующего обследования была выявлена АГ, у 14,9% из них АГ не была выявлена ранее в ЛПУ. У мужчин частота не выявленных случаев АГ ещё выше - 22,0%. Вместе с тем, среди лиц, у которых в ходе скринирующего обследования не была выявлена АГ, это заболевание было установлено у 6,12% женщин и 3,13% мужчин.

Таким образом, можно заключить, что в обследованной популяции имеет место недостаточная выявляемость АГ, а с другой - имеет место гипердиагностика этого заболевания.

Таблица 1

Выявляемость артериальной гипертензии врачами ЛПУ

Пол	Наличие АГ	АГ выявлена в ходе исследования		АГ не выявлена в ходе исследования	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	39	78,0	6	3,13
	Не выявлено в ЛПУ	11	22,0	186	96,87
Всего среди мужчин		50	100,0	192	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	97	85,09	27	6,12 *
	Не выявлено в ЛПУ	17	14,91	414	93,88
Всего среди женщин		114	100,0	441	100,0

Примечание: в таблице отмечены различия показателей у женщин и мужчин

Далее была проанализирована выявляемость сахарного диабета и НТГ среди обследованного контингента. Показано (табл. 2), что распространённость НТГ среди женщин составила 20,0% (110 из 555 человек), а среди мужчин - 20,75% (50 из 241 человека). Следует заметить, что частота впервые выявленного сахарного диабета оказалась практически в 2 раза выше среди женщин (3,09%), чем среди мужчин (1,66%). Различия в частоте впервые выявленного сахарного диабета у

женщин и мужчин статистически значимы ($p < 0,05$). Согласно полученным данным (табл. 2), в ЛПУ среди мужчин было выявлено только 2,0% НТГ, а среди женщин менее одного процента - 0,91%. Сахарный диабет, выявленный ранее, был выявлен среди мужчин в ЛПУ в 100% случаев (что вполне естественно, т.к. речь идёт о ранее выявленном диабете). Вместе с тем, следует обратить внимание на тот факт, что 14,29% страдающих диабетом женщин не состояли на учёте в ЛПУ.

Таблица 2.

Выявляемость врачами ЛПУ сахарного диабета и НТГ

Пол	Наличие гипергликемии	НТГ		СД выявленный ранее		СД выявленный впервые	
		n	%	n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	1	2,0	6	100,0	-	0,00
	Не выявлено в ЛПУ	49	98,0	-	0,00	4	100,0
Всего среди мужчин		50	100,0	6	100,0	4	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	1	0,91 *	12	85,71	-	0,00
	Не выявлено в ЛПУ	109	99,09	2	14,29	17	100,0
Всего среди женщин		110	100,0	14	100,0	17	100,0

Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.

Особое внимание следует обратить на тот факт, что из выявленных в ходе скринирующего обследования случаев сахарного диабета среди женщин (31 человек), врачами ЛПУ было выявлено ранее только у менее чем половины случаев - 45,16% (14 человек), у остальных 54,84% больных женщин (17 человек) сахарный диабет не был выявлен. Среди мужского контингента выявляемость сахарного диабета оказалась несколько выше - 60%. Вместе с тем у 40% мужчин, страдающих диабетом это заболевание не было выявлено.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточной выявляемости сахарного диабета. Вызывает тревогу крайне низкая выявляемость НТГ в обследован-

ном контингенте. Между тем, НТГ является маркером инсулинре-зистентности, состояния лежащего в основе метаболического синдрома — основной патогенетической причины сверх смертности населения.

Одним из важнейших компонентов метаболического синдрома является абдоминальное ожирение. Общая распространённость абдоминального ожирения (табл. 5) среди женщин составила 42,57%, а среди мужчин 24,9% (выявленные различия статистически значимы, $P<0.01$). Учитывая высокую значимость абдоминального ожирения в развитии сердечно-сосудистых и других заболеваний определённый интерес представлял вопрос о выявляемости абдоминального ожирения среди обследованной популяции (табл.3).

Таблица 3.

Выявляемость врачами ЛПУ абдоминального ожирения

Пол	Наличие абдоминального ожирения	Есть абдоминальное ожирение		Нет абдоминального ожирения	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	8	13,33	4	2,21
	Не выявлено в ЛПУ	52	86,67	177	97,79
Всего среди мужчин		60	100,0	181	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	55	23,4	6	1,89
	Не выявлено в ЛПУ	180	76,6	311	98,11
Всего среди женщин		235	100,0	317	100,0

Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.

Как оказалось, у 86,67% мужчин, у которых при скринирующем обследовании было выявлено абдоминальное ожирение, врачи ЛПУ не диагностировали эту патологию. Вместе с тем, среди женщин процент не выявленных случаев абдоминального ожирения оказался несколько ниже - 76,7%. Следует обратить внимание на следующий факт - пациентам с нормальной окружностью талии сообщали о наличии у них ожирения (1,89% у женщин и 2,21% у мужчин).

Представленные данные позволяют заключить, что среди неорганизованного населения Бухары состояние диагностики абдоминального ожирения неудовлетворительно.

Согласно рекомендациям Международной группы по ожирению (1997) ИМТ и ожирение выявляется на основе оценки индекса Кетле, отражающего рост-весовые показатели. Полученные данные (табл. 5) свидетельствуют о достаточно высокой распространённости ИМТ и ожирения, как среди женщин (20,65% и 18,48%), так и среди мужчин (37,34% и 12,03% соответственно). Следует отметить, что ИМТ достоверно чаще ($p<0,01$) встречалась среди мужчин, а ожирение достоверно чаще ($p<0,05$) имело место среди женщин.

Далее был проведен анализ выявляемости ИМТ и ожирения (табл.4).

Таблица 4.

Состояние выявления ИМТ и ожирения в ЛПУ

Пол	Наличие ИМТ и ожирения	ИМТ		Ожирение	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	10	11,11	18	62,07
	Не выявлено в ЛПУ	80	88,89	11	37,93
Всего среди мужчин		90	100,0	29	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	36	31,58 *	62	60,78
	Не выявлено в ЛПУ	78	68,42 *	40	39,22
Всего среди женщин		114	100,0	102	100,0

Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.

Анализ состояния выявляемости ИМТ и ожирения показал, что в лечебно-профилактических учреждениях ИМТ выявляется только у 31,58% женщин и у 11,11% мужчин, указанные различия оказались статистически значимы ($p < 0,05$). Ситуация с выявлением ожирения в ЛПУ обстоит несколько лучше. В ЛПУ ожирение было выявлено у 60,78% женщин и 62,07% мужчин. Требуется особого внимания то, что 62,42% случаев ожирения у женщин и 88,89% ожирения у мужчин не были диагностированы в ЛПУ.

Согласно данным ряда исследований, наличие гиперлипидемии существенно повышает риск сердеч-

но-сосудистой смертности. В связи с этим изучена частота гиперлипидемии в обследованной популяции (табл. 5). Полученные данные указывают на достаточно высокую частоту гиперлипидемии в популяции. Так гиперхолестеринемия (ГХ) имеет место у 15,56% мужчин и 14,22% женщин. Гипертриглицеридемия (ГТГ) встречается чаще - у 23,33 мужчин и 20,38% женщин.

Вызывает тревогу тот факт, что ни у одного мужчины с ГХ врачами ЛПУ не было выявлено гиперлипидемии. Среди женщин с ГХ в ЛПУ было выявлено только 6,67% случаев (табл.5).

Таблица 5.

Выявление гиперлипидемии врачами ЛПУ

Пол	Наличие гиперхолестеринемии	ГХ есть		ГХ нет	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	-	-	-	-
	Не выявлено в ЛПУ	14	100,0	76	100,0
Всего среди мужчин		14	100,0	76	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	2	6,67	-	-
	Не выявлено в ЛПУ	28	93,33	181	100,0
Всего среди женщин		30	100,0	181	100,0

Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.

Таким образом, не выявленными остаются 100,0 гиперхолестеринемии у мужчин и 93,33% у женщин.

Ещё более неблагоприятная картина отмечается в отношении выявления в ЛПУ случаев гипертриглицеридемии (табл.6). Согласно полученным данным, среди женщин с ГТГ врачами ЛПУ выявлено только 2,33%

случаев. Это в 2,86 раза ниже, чем выявляемость ГХ среди женского контингента. Вместе с тем, у одной женщины без ГТГ в ЛПУ было диагностировано это состояние. Отсутствие у неё ГТГ во время скринирующего обследования можно объяснить тем, что она достаточно долго проводила диетические мероприятия.

Таблица 6.

Выявление гипертриглицеридемии в ЛПУ

Пол	Наличие гипертриглицеридемии	ГТГ есть		ГТГ нет	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	-	-	-	-
	Не выявлено в ЛПУ	21	100,0	69	100,0
Всего среди мужчин		21	100,0	69	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	1	2,33	1	0,6
	Не выявлено в ЛПУ	42	97,67	167	99,4
Всего среди женщин		43	100,0	168	100,0

Вывод

Среди мужчин и как среди женщин имеет место высокое распространённость и недостаточная выявляемость основных компонентов метаболического синдрома. Врачи лечебно-профилактических учреждений не дают должное внимание на раннее выявление некоторых компонентов метаболического синдрома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алешин С. Метаболический синдром X: состояние высокого риска. Орто-молекулярная медицина., С. 56. (2003).
2. КаюмовУ.К., Адилова М.С., Хатамова ДТ. Результаты многолетних исследований метаболического синдрома.// V Конг-

ресс Ассоциации кардиологов стран СНГ и Ассоциации кардиологов Узбекистана, Ташкент, С.92 (2005 год).

3. Консенсус Международной Федерации Диабета по определению метаболического синдрома/ //перевод с английского под редакцией Исмаилова С.И. - (2007).
4. Jaspinder K. A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. Cardiology Research and Practice Volume 2014, Article ID 943162, 21 pages
5. Kaplan NM. The deadly quartet. Upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. Archives of Internal Medicine. 1989;149(7):1514-1520

Поступила 12.01. 2019



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ЖЕНЩИН

Нурматова И.

Ферганский Областной наркологический диспансер(ФОНД)

✓ Резюме

В работе использовались клиника - психопатологический, клиника -катамнестический, экспериментально - психологический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных была разработана карта обследования "Индивидуальная карта клиника - психопатологического исследования больного". Карта включала в себе сведения о наследственной отягощенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций, внутрисемейных взаимоотношениях, физическом состоянии, оценку психопатологической симптоматики, патологического влечения на различных этапах заболевания, проводимой психофармакотерапии.

Ключевые слова: женский алкоголизм, психологический метод, психофармакотерапия, эмоциональная сфера.

АЁЛЛАРДА АЛКОГОЛЛИ ПСИХОЗЛАРНИНГ КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нурматова И.

Фаргона вилоят наркологик диспансер(ФОНД)

✓ Резюме

Биз олиб борган текширув ишимизда клиник - психопатологик, клиник -катамнестик, экспериментал - психологик ва статистик текширув усулларида фойдаланилди.

Текширув вазифаларимиздан бўлиб бемор аёлларни ҳар бирига текширув карталари юритилди. Шу карталар асосида ҳар - бир беморларга алоҳида ёндошилди. Текширув карталарида беморларнинг ирсияти ҳолати, ҳаётини ва касаллик анамнези, ўтказган касалликлари, беморларнинг оиладагилари билан ўзаро муносабатлари, ҳиссий доирадаги ўзгаришлари, шахс девиациялари, жисмоний ҳолати, психопатологик симптоматикаси, касалликнинг турли босқичларидаги патологик майлар ва психофармакотерапияси ёритилди.

Калит сўзлар: аёллар алкоголизи, психологик метод, психофармакотерапия, ҳиссий доира.

FEATURES OF THE CLINIC AND FLOW OF ALCOHOLIC PSYCHOSES IN WOMEN

Nurmatova I.

Fergana Regional Narcological Dispensary (FRND)

✓ Resume,

We used the clinic - psychopathological, clinic-catamnestic, experimentally-psychological and statistical research methods.

In accordance with the objectives of the study for the registration of the obtained data, a survey card was developed "Individual Clinic Card - Psychopathological Study of the Patient". The map included information about the hereditary burden, early development, past diseases, features of the formation of the emotional sphere, the severity of personality deviations, intra-family relationships, physical condition, assessment of psychopathological symptoms, pathological attraction at various stages of the disease, psychopharmacotherapy.

Key words: female alcoholism, psychological method, psychopharmacotherapy, emotional sphere.

Актуальность

Проблема алкоголизма у женщин окутана множеством довольно устойчивых мифов, основанных на поверхностных впечатлениях. Среди них мнение об особой тяжести, о меньшей курабельности заболевания, преувеличенных представлениях о роли психических травм, социальных стрессов, эмансипации в генезе злоупотребления алкоголем и др. Это делает необходимым детальное рассмотрение существующих в этой области фактов. Острота этой проблемы велика и постоянно растет, что связано с чрезвычайным ущербом, наносимым женским алкоголизмом общественным устоям, и с увеличением пропорции жен-

щин в структуре заболеваемости и болезненности алкоголизмом[1,5].

В последнее время более распространенным стал алкоголизм среди женщин. Женский алкоголизм имеет ряд особенностей. Алкоголизм у женщин развивается более ускоренными темпами и более тяжелый по своим проявлениям, чем у мужчин. Однако имеются и противоположные данные, свидетельствующие о более мягком течении алкоголизма, не позволяющие оценить женский алкоголизм как злокачественный. В отличие от мужчин патологическое влечение к алкоголю у женщин формируется впервые 1-2 года злоупотребления алкоголем, и в течение этого же времени выявляется физическая зависимость от спир-

тных напитков, т. е. абстинентный синдром. Алкогольное изменение личности у женщин выявляется более быстрыми темпами, сопровождаясь сексуальной распущенностью, социальной деградацией.[3]

Сегодня вопросы посвященные проблематике алкоголизма и путям ее решения изучаются и освещаются специалистами разного профиля и направления - от медицинских работников до правоохранительных органов и президента. Исходя из того, что алкоголизм - проблема системная и многоуровневая решают ее медицинские, социальные работники, психологи, социальные педагоги, конечно законодательные и исполнительные органы.

Исследованию проблемы алкоголизма посвящены труды академика РАМН Мортененко А.М., профессора факультета социологии МГУ Лапченко Т.И., Шагунова Я.К., Ореховой З.Н. и другим.

Предметом стала социальная проблема алкоголизма. Ученые установили, что безопасное количество алкоголя для женщины - 125 миллилитров крепкого вина в сутки. Превышение этой нормы влечет за собой угрозу для здоровья. Многие женщины, зачастую по незнанию этого, игнорируют рекомендации ученых и врачей, тем самым нанося себе вред. Последние данные исследований женского алкоголизма показали, что: Одна треть женщин употребляет больше установленной нормы; Одна из четырнадцати женщин в мире пьет каждый день; Около 3% женщин зависят от алкоголя; В среднем, каждая женщина выпивает 1 бутылку вина в неделю; Каждый год в мире от прямого воздействия алкоголя умирает 2.3 миллиона людей, из них 50% - женщины; Чаше всего, в 60% случаев, женщина употребляет вино, затем по популярности следует водка (16%) и пиво (12%); Женщины, имеющие высокие доходы, употребляют алкоголь на 40% чаще, чем женщины с низкими доходами.

Решением этой проблемы наряду с медицинскими и социальными работниками занимается государство в целом, гражданское общество и различные общественные институты. Одним из способов преодоления этой чумы является эффективная профилактика и пропаганда здорового образа жизни, наглядные примеры социальных и медицинских последствий потребления алкоголя также эффективно воздействуют на сознание молодых людей[2,3,5].

Сегодня проблема алкоголизма является нерешенной как в мире, так и в Узбекистане. Сейчас насчитывается более 2 миллионов граждан, страдающих алкоголизмом, что выводит данную проблему из числа частных, локальных в область государственных проблем. Проблема алкоголизма давно превратилась в масштабную медико-социальную угрозу узбекской нации.

В мировой литературе существует достаточная освещенность проблем алкоголизма. Однако эти сведения характеризуется значительной противоречивостью и достаточной вариабельностью, как в отношении трактовки самого вопроса, так сути к различным подходам и значимости явления.

Проблема женского алкоголизма сегодня очень актуальна. За два последних десятилетия рост женского алкоголизма по отношению мужскому значительно увеличился. В нашей стране эта пропорция была 1:12, потом 1:7, а сейчас 1:5. Актуальность проблемы заключается в роли женщины в обществе, как хранительницы семейного очага, матери.

Прежде всего, причиной женского алкоголизма является наследственность. Причем, наследственная отягощенность у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Социально-психологические факторы так же являются одной из причин женского алкоголизма: плохое воспитание в детстве, побои, отсутствие ласки тепла, когда в семье родители алкоголики, скандалы, неполные семьи, сиротство. И дальше в жизни этих женщин происходят травмы: несчастная любовь, измены, смерть близких, одиночество, разочарования.

Одной из проблем женского алкоголизма, считают специалисты, является более негативное отношение общества к пьющей женщине, чем к мужчине. Они вынуждены скрывать свой порок, пить тайно, дома, не выходя на улицу. И это не дает возможности, большей части больных алкоголизмом женщин, обратиться к врачу на ранней стадии заболевания.

Женский организм, несмотря на хрупкость и небольшую физическую силу слабого пола, намного сильнее мужского. Женщина более стойко переносит боль и быстрее выздоравливает после болезни. Даже по своей выносливости и силе, несмотря на особенности мышечного аппарата, женщины опережают мужчин. Несмотря на стрессы и огромное количество семейных обязанностей, женщины живут дольше средне - статистических представителей сильного пола. Все тяготы жизни стойкий женский организм переносит достойно, кроме одного - алкогольной зависимости. Женский алкоголизм имеет симптомы, более выраженные, чем в случаях мужской алкогольной зависимости. Они начинают проявляться, когда женщина достаточно сильно втянулась в пагубное "занятие"[4,6].

Проблемы социального плана - материальные трудности, сложности на работе, неудовлетворительный общественный статус, недостатки воспитания и образования; Перенесенные эмоциональные потрясения и переживания, например, потеря близкого человека, увольнение с работы; Круг общения женщины, в который входят пьющие мужчины; Руководящая должность в фирме, занимающейся производством или торговлей алкогольными напитками; Нервные и психически заболевания, склонность к чужому влиянию; Проституция и криминал.

Женский алкоголизм, как подтверждает статистика, стал серьезной проблемой нашего времени. Примерно 25% выпивающих женщин принимают алкоголь систематически. 44% пьющих женщин употребляют алкоголь запойными периодами! Примерно 4% употребляют спиртное время от времени, а у 28% из всех выпивающих женщин периоды воздержания чередуются с запоями или ежедневным пьянством. Согласитесь, эти цифры просто устрашающие.

Проблема женского алкоголизма в том, что по сравнению с мужчинами, женское привыкание и полнокровная зависимость от спиртного развиваются намного быстрее. Если мужчине, чтобы стать алкоголиком, необходимо регулярно употреблять спиртное 7-10 лет, то женщине для обретения стойкой алкогольной зависимости достаточно 5-ти лет.

Симптомы болезни развиваются настолько стремительно, что зачастую лечение женского алкоголизма значительно усложняется. Пагубное влияние алкоголизма на женский организм проявляется намного раньше, чем в случае с мужской алкогольной зависимостью. Самыми распространенными патология-

ми у женщин-алкоголичек являются поражения печени и поджелудочной железы[1].

Под действием алкоголя поведение женщины становится развязным, поэтому беспорядочные половые связи у алкоголичек становятся нормой. При этом гигиена половых связей отсутствует, что приводит к различным венерическим заболеваниям и инфекциям мочеполовой системы. Данные медицинских исследований свидетельствуют о том, что лишь у 10% женщин, страдающих алкоголизмом, сохранена нормальная функция половых желез. У остальных на фоне злоупотребления алкоголем ткань яичников перерождается в жировую, и детородная функция теряется безвозвратно.

Женский алкоголизм имеет и другие серьезные последствия - на фоне длительного злоупотребления спиртным у женщин начинают развиваться психические нарушения, которые усугубляются дальнейшим приемом алкоголя. На фоне заболевания у женщины меняется характер. Она становится нервной, истеричной, агрессивной и эгоистичной. Намного раньше, чем у мужчин, у женщин, зависящих от алкоголя, развивается энцефалопатия, выражающаяся в слабоумии и деградации личности.

Именно эти патологические изменения являются непреодолимой преградой к осознанию женщиной необходимости лечения от алкоголизма. Больная не способна осознать серьезность своей зависимости, поэтому даже не пытается отказывать себе в спиртном. Нормальная женщина под влиянием алкоголя становится слабоумной и опустившейся.

Напрашивается вопрос - излечим ли женский алкоголизм? Однозначно утверждать, что женский алкоголизм неизлечим, нельзя. Но вернуть к нормальной жизни женщину со стойкой зависимостью от спиртного крайне сложно. Избавить ее от симптомов заболевания даже на первых этапах заболевания намного труднее, чем алкоголика-мужчину.

Цель исследования: Изучить особенности клиники, течения и прогноза алкогольных психозов у женщин.

Материал и методы

Для решения поставленных задач нами было обследовано 70 больных женщин, состоящих на учете в Ферганском областном наркологическом диспансере и лечившихся в психоневрологическом диспансере в период с 2017 по 2018 годы. Сведения собирались по разработанной нами схеме, предусматривающей особенности социально - психологического статуса обследованных больных, перенесших алкогольные психозы.

Диагностика алкогольных психозов у женщин производилась по МКБ - 10 (Психические расстройства и расстройства поведения, 1998). В исследование включались больные женщины: - с алкогольной зависимостью; - со сформированным алкогольным абстинентным синдромом; - с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с синдромом зависимости.

Особенностью женского алкоголизма являются физиологические составляющие женского организма. Содержание воды в женском организме на 10% меньше, чем в мужском. При употреблении одинакового количества алкоголя его концентрация в организме женщины выше, а значит, токсический эффект алкоголя у женщин сильнее и поэтому зависимость наступает быстрее.

Но женщины страдают алкоголизмом по статистике все-таки реже. У женщин алкоголизм развивался в более позднем возрасте (25-35 лет), чем у мужчин. Отличительной особенностью является отсутствие критики к своему состоянию (алкогольная анозогнозия).

Таблица 1

Распределения больных женщин по возрасту.

№	Возраст	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		Абс	%	Абс	%	
1	18-25	5	10,0	2	10,0	> 0,05
2	26-29	26	52,0	10	50,0	> 0,05
3	40-49	13	26,0	6	30,0	> 0,05
4	50-55	6	12,0	2	10,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

В исследование были включены женщины с алкогольными психозами в возрасте, который составлял

на момент обследования от 20 до 55 лет. Из данных, приведенных в таблице № 1, видно, что доминирую-

Таблица 2

Распределения больных в зависимости от семейного положения.

№	Семейные положения	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Замужем	13	26,0	5	25,0	> 0,05
2	Не замужем	6	12,0	2	10,0	> 0,05
3	Разведенные	31	62,0	13	65,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

щие возрастные диапазоны соответствуют обычному распределению больных алкоголизмом. 52 % преобладали женщины в возрасте 26 – 39 лет, в 40-49 лет 26,0% и 50-55 лет (12%).

Распределения тематических больных в зависимости от семейного положения и перенесенного алкогольного психоза приведено в таблице № 2 и наглядно демонстрирует, что большая часть обследуемых

(31 больных, 2%) не состояли в браке и находились в разводе, тогда как удельный вес замужних в общей массе больных был очень низкий (1 больная 2%). По семейному положению 13 больных женщин (26 %) состояли в браке. Что касается не замужних (6 больных 12 %) в основной группе больных была приблизительно одинаковой.

Таблица 3

Распределения больных в зависимости от уровня жизни.

№	Уровень жизни	Основная группа (1) N=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		Абс	%	абс	%	
1	Хорошее	12	24,0	6	30,0	> 0,05
2	Среднее	4	8,0	2	10,0	> 0,05
3	Удовлетворительное	15	30,0	3	15,0	< 0,05
4	Неудовлетворительное	13	26,0	6	30,0	> 0,05
5	Плохое	6	12,0	3	15,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Неблагоприятные жизненные обстоятельства в определенном сочетании с другими факторами риска могут привести к алкоголизму.

Наши результаты показали, что у большинства больных женщин с алкогольными психозами жили в удовлетворительных условиях жизни (15 больных,

30%), у 13 больных (26%), уровень жизни было неудовлетворительное, хорошее состояние отмечались только у 12 больных (24%). Самый низкий показатель отмечались у 4 больных (8%) со средним уровнем жизни.

Таблица 4

Распределения больных по количеству детей.

№	Количество детей	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		абс	%	абс	%	
1	Один	14	28,0	4	20,0	> 0,05
2	Двое	19	38,0	10	50,0	< 0,05
3	Трех	9	18,0	4	20,0	> 0,05
4	Бездетный	8	16,0	2	10,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Наши исследования показывают, что семья имеет значительную важную роль. Достоверное преобладание лиц, имеющих семью, в той группе больных, где сохранялся наиболее высокий уровень социально - трудовой адаптации и низкая степень прогрессивности

заболевания, позволило оценить этот фактор в качестве прогностически благоприятного. Больные женщины, перенесшие алкогольные психозы жили в браке в семье, имели одного (28%), двух (38 %) и более трех (18%) детей.

Таблица 5

Распределение больных по уровню образования.

№	Образование	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		абс	%	абс	%	
1	Высшее	5	10,0	1	5,0	> 0,05
2	Средне - специальное	10	20,0	7	35,0	< 0,05
3	Незаконченно - среднее	35	70,0	12	60,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Как видно, по нашим результатам профессиональной принадлежности больных, перенесших алкогольные психозы 70% (35 больных) имели незаконченное среднее образование и лишь у 10% (5 человек) имели

высшее образование. Межгрупповые различия по уровню образования оказались статически достоверны только относительно незаконченного среднего и среднего специального образования (10 женщин 20 %).

Таблица 6

Распределение больных по уровню профессии

№	Профессия	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		абс	%	абс	%	
1	Учителя	3	6,0	1	5,0	> 0,05
2	Медсестры	4	8,0	2	10,0	> 0,05
3	Не квалиф. труд	17	34,0	7	35,0	> 0,05
4	Не работающие	26	52,0	10	50,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Результаты анализа профессиональной принадлежности больных, перенесших алкогольные психозы, свидетельствуют о том, что уровень трудовой адаптации у женщин, перенесших алкогольные психозы, был достаточно высоким. Так, большая их часть касался

неработающих женщин больных алкоголизмом - их число также увеличивалось во всех группах (26 больных, 52%). Аналогичная, но более выраженная закономерность выявления у больных, занимающихся неквалифицированным физическим трудом (17 больных 34%).

Таблица 7

Распределение больных по наследственной отягощенности

№	Наследственно - отягощенности	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		абс	%	абс	%,0	
1	Отягощена	37	74,0	14	70,0	> 0,05
2	Не отягощена	13	26,0	6	30,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

По мнению А.Alterman, R.Tarter (1983), при формировании алкоголизма во главе угла стоят семейная отягощенность различными психическими нарушениями и наличие в детстве отклонений в поведении. Сравнительный анализ между наследственной отягощенностью тематических больных приведен в таблице № 7.

Прежде всего, причиной женского алкоголизма является наследственность. Причем, наследственная

отягощенность у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Наследственная отягощенность психической патологией была выявлена у большинства больных (34 больных, 74%). В большей части случаев имело место заболеваемость алкоголизмом у родственников. Меньшим показателем был у больных, у которых не отмечались наследственной отягощенности (13 больных, 26 %).

Таблица 8

Распределение больных алкоголизмом в зависимости от преморбидного типа личности.

№	Преморбид	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		Р
		Абс	%	абс	%	
1	Гипертимический	17	34,0	3	15,0	< 0,05
2	Астенический	9	18,0	7	35,0	< 0,05
2	Психоастенический	1	2,0	5	25,0	< 0,05
4	Неустойчивый	11	22,0	1	5,0	< 0,05
5	Эпилептоидный	1	2,0	-	-	> 0,05
6	Шизоидный	1	2,0	-	-	> 0,05
7	Истероидный	10	20,0	4	20,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

О типологических особенностях преморбидной личности больных алкоголизмом, писали многие авторы, связывая их с типом алкоголизма, особеннос-

тями начала и течения болезни, становлением ремиссией, проведением психотерапевтических мероприятий.

Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание гипертимные черты (34%) и неустойчивый (22%) черт характера среди обратившихся пациенток. Истероидные черты встречались у 10 (20%) девушек, а астенические лишь в 9 случаях (18%).

Таким образом, у больных с алкогольной зависимостью среди преморбидных черт характера наиболее часто встречались гипертимные, неустойчивые, истерические и астенические.

Это согласуется литературными данными о наличии преморбидных психопатических черт у девушек с ранним алкоголизмом [5], поведенческих расстройств [3] и частых аффективных нарушений у женщин-алкоголичек [2,4]. На большее число преморбидных личностных расстройств у девочек-алкоголичек, по сравнению с мальчиками, указывают П.И. Сидоров и А.В. Митюхляев [2,3]. Женщины, страдающие алкоголизмом, при исследовании с помощью Каролинской личностной шкалы, по сравнению с контролем, продемонстрировали большую тревожность, чувствительность, социальный конформизм, импульсивность, раздражительность, повышенную утомляемость, неудовлетворенность предыдущей жизнью и опытом детства [6].

Выводы

1. При развитии алкогольных психозов у женщин, страдающих алкоголизмом, чаще наблюдались острые алкогольные психозы, а именно острый вербальный галлюциноз.

2. У женщин страдающих алкоголизмом и перенесшие острые алкогольные психозы отмечаются следующие алкогольные психозы, отмечается следующие особенности течения и динамики алкоголизма: отмечалось более раннее формирование болезни, более быстрый переход от одной стадии к другой (слияние), более быстро формировались изменения личности и характера алкогольному типу и носили более злокачественный характер.

3. У женщин страдающих алкоголизмом перенесшие острые алкогольные психозы значительно чаще отмечались нарушения со стороны соматической сферы (гепатит, аменорея, цирроз печени).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Егоров А.Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма//Вопросы наркологии. - 2004. №6. - С.74-79.
2. Егоров А.Ю. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастные аспекты//Наркология. 2005. - №9. - С.49-55.
3. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2008. - С.30.
4. Штырков А.Г. Клинические особенности алкоголизма у женщин с эпилептоидными чертами характера: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2003. - 26 с.
5. Альтшулер В.Б., Штырков А.Г. К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера//Наркология. №5. - 2003. - С.29-41.
6. Гофман А.Г. Алкоголизм у женщин//Клиническая наркология. - М.: Миклош, 2003. С.54-58.

Поступила 29.12. 2018

ЎСМИРЛАРДА ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИДАЛ ҲАТТИ - ҲАРАКАТЛАРНИНГ ШАХС ПРЕМОРБИД ХУСУСИЯТЛАРИГА ТАЯНГАН ҲОЛДА БАҲОЛАШ

А.Х.Каримов., М.Л.Аграновский., Р.Қ. Мўминов., Г.А.Азимова., И.Ф.Козимжонов., Х.Х.Махмудова.

Андижон давлат тиббиёт институти

✓ Резюме,

Ўз жонига қасд қилиш кейинги йилларда ортиб бормоқда. Олиб борилган текширишлардан маълум бўлишича, суицидлар сабаби асосан оилалардаги ўзаро қелишмовчиликлар туфайли юзага чиқар экан. Болаларини бундай усулда тарбиялаган ота - оналар болалари учун меъёрий ижтимоий шароитни яратиб беришмайди. Бундай оилада ўсган болалар атроф - муҳитга ва унинг қийинчиликларига мослаша олмайди. Бу болаларда катта бўлганида ҳам шахснинг акцентуацион дисгармоник шаклланиши кузатилади.

Бундай тарбия болалар ва ўсмирларда патохарактериологик шахс бўлиб ривожланишига сабаб бўлади. Бунда асосан бола ва ўсмирларни ички кечинмаларнинг аутистик бўлиши, ёлғизлик ҳисси, керакмаслик тушунчаси, турли зиддиятлар(стресс) лар қўшимча омил бўлиб ҳисобланади.

Ключевые слова: ўз жонига қасд қилиш, преморбид ҳолатлар, тугалланмаган ўз жонига қасд қилиш, шахс ўзгариши.

ОЦЕНИТ НЕЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У ПОДРОСТКОВ В ПОДХОДЕ ПРЕМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ

А.Х.Каримов., М.Л.Аграновский., Р.К. Муминов., Г.А.Азимова., И.Ф.Козимжонов., Х.Х.Махмудова.

Андижанский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Самоубийств наиболее часто отмечались в семьях, где с семейных конфликтов. Такие родители не могут создать нормальные условия для развития ребёнка, у таких детей отсутствуют социальная поддержка родителей и окружающих. Дисгармоничные формы воспитания способствует формированию и закреплению тех или иных акцентуаций.

Характера, а нередко и являются причиной патохарактерологического развития личности. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственное ненужности, стрессов и утраты смысла жизни.

Ключевые слова: суицидальная попытка, преморбидная состояния, незавершенный суицид, изменения личности.

ESTIMATES UNFINISHED SUICIDAL ATTEMPTS OF ADOLESCENTS IN THE APPROACH OF PREMORBID STATES OF PERSONALITY

A.Kh.Karimov., M.L.Agranovsky, R.K. Muminov., G.A. Azimova., I.F. Kozimjonova., Kh.Kh.Makhmudova.

Andijan State Medical Institute

✓ Resume,

Suicides are most often reported in families where with family conflicts. Such parents cannot create normal conditions for the development of a child; such children lack social support from their parents and those around them. Disharmonical forms of education contribute to the formation and consolidation of one or another accentuation.

Character, and often are the cause of the pathocharacterological development of the personality. They decide to take such a step, as a rule, closed, vulnerable by their teens feelings of loneliness, their own uselessness, stress, and loss of the meaning of life.

Key words: suicidal attempt, premorbid states, incomplete suicide, personality changes.

Долзарблиги

Мутахасислар суиқасдга уринишга алоқадор кўплаб омиллари келтиришган. Улар орасида қуёш фалонинг активлигининг ўзгариши, ернинг магнит майдонининг ўзгариши ва атроф муҳитнинг ифлосланиши ҳам бор. Суиқасдни тушуниш учун энг муҳим нарсалар ижтимоий ва руҳий сабаблар ҳисобланади. Булар инсон шахсиятини, унинг "мен" нини парчалайди. Кўплаб текширувлар кўрсатишича, жамиятдаги тарихий юзага келган сиёсат, иқтисодий ва маданий шароитлар суиқасдларнинг ўсишига жиддий таъсир этади[3,7].

З Фрейднинг психоанализ ҳақидаги таълимотига кўра барча жониворлар ўлимга ва суиқасдга ҳаракат

қилади. Бу руҳиятнинг гайриихтиёрий механизмларининг натижаси ҳисобланади. Г.Н.Гордон суиқасдга мойиллик ички хусусият ёки инсонни муқаррар ҳалокатга олиб келувчи организм ҳолати деб ҳисоблаган[4,9].

Суиқасд вақтида суиқасд қилувчининг шахсиятини ҳар томонлама характерловчи турли омиллار комплекси катта прогностик маълумот беради.

Суиқасдни замонавий текширишнинг асосий ва-зифаларидан бири, унинг прогнозини, этиологиясини очишга ва аҳоли ўртасидаги тарқалишини аниқлаш бўлиб, суиқасд қилувчилар ва хавф гуруҳидагиларни турли характеристикаси ва суиқасдларни ўзаро алоқасини аниқлаш, превентив дастурларнинг самардорлигини баҳолаш зарурдир.

Преморбид даврида суицидент шахсияти характеристикасининг биологик ва ижтимоий комплексини шартли равишда шахсият характеристикасини "ижтимоий - преморбид" комплекси деб аталади. Бу комплексга қуйидагилар киритилган: шахснинг характеристика хусусиятлари, ирсиятининг оғирлашганлиги, маълумоти, суиқасд вақтида суицидентнинг оилавий ҳолати ва ёши[10].

Ўз текширувларимизда биз А.Г.Амбрумованинг назарий концепциясига таяндик. Бунга кўра суиқасд шахсни микроижтимоий низо шароитида ижтимоий - психологик дезадаптацияси оқибатидир. Суиқасдга интилиш шахсларда қуйидаги тарзда шаклланади:

Асл суицид ҳолати бу ўзини ўлдиришни актив ҳолати. Руҳий фаолиятнинг ташқи ва ички шаклидир.

Ички суиқасд ҳолати ўз ичига суицидал фикрларни, суиқасд кўрсаткичини, кечинмаларни, суицидал майлни ўз ичига олади.

Пассив суицидал фикрлар ўз ўлими мавзусидаги фаразлар, фантазиялар билан характерланади. Лекин мустақил ҳаракат сифатидаги ўз ҳаётидан маҳрум этиш мавзуси билан эмас, балки, "ўлим яхши", "ухлаб қоласан ва уйғонмайсан" каби.

Суиқасд нияти бу суиқасд намоён бўлишининг фаол шакли, яъни ўзини ўлдириш майли бўлиб амалга ошириш режаси ишлаб чиқилгани сари бу майл чуқурлашиб боради. Ўзини ўлдириш усули, вақти ва ҳолати пухта ўйлаб чиқилади[2,5,8].

Суиқасдга аҳд суиқасд ниятига ҳал этиш ва ирода компоненти қўлланилишини тақозо қилади.

Суиқасд фикрлари пайдо бўлгандан уларни амалга оширишга уринишгача бўлган давр анъанавий равишда суиқасд олди даври (пресуицид) дейилади. Унинг давомийлиги бир неча дақиқа (ўткир пресуицид) ёки ойлар (сурункали пресуицид) бўлиши мумкин. Ўткир пресуицидда суиқасдга ният ва аҳдни дарҳол пайдо бўлишини кўриш мумкин.

Ташқи суиқасд ҳатти ҳаракати шакллари ўз ичига суиқасдга уриниш ва суиқасдни амалга оширишни ўз ичига олади. Суиқасдга уриниш бу - мақсадга йўналтирилган ўзини ҳаётдан маҳрум этиш воситалари билан бажарилган, лекин ўлим билан тугамаган ҳаракатдир. Юқоридагиларга асосланиб, суиқасдни, ўзини ўлдириш мақсадидаги ҳаракат деб қараш мумкин.

Экстремал оғир ҳолатларда бу шахсларни ҳаётга муносабатини ўта юқори баҳолашини, баъзан ўлимга нисбатан қимматли ижобий муносабат рўй берган. Ўзини ўлдириш суицидент учун норозилик, ёрдамга ва ҳамдардликка чақириш, азият ва жазодан қочиш ёки рад этиш маъносидир. Бундай ҳолатлар ўткир ва узоқ давом этувчи оғир руҳий травма оқибатидир. Ҳолатни таҳлил қилганда кўп ҳолларда инсонни ҳаракатга чорловчи асосий тузилмалардан бири бўлган шахснинг индивидуал қадриятлари таркибига кирувчи таянч қадриятларни йўқотиш, амалга ошириш имкони йўқолганлиги аниқланган.

Дезадаптация мазмун ижтимоий функцияни чегараланиши, яқин атрофдагилар орасида ўзини тутишни ўзгариши ва ҳаракат самарасизлиги компоненти ҳақидаги салбий руҳий кечинмаларга йўғрилишдан иборат.

Суиқасд қилувчининг шахсий характеристикаси қарор қабул қилишнинг қийинлиги, оптимизм даражасини ва оғир ҳолатларда фаоллигининг пасайиши, ўзини айблашга мойиллик, ўз айбини бўрттириб юбо-

риш, ўзига юқори талаб қўйиш ва ўзини даражасини паст баҳолаш.

Француз социологи Э.Дюркгейм, Рус адвокати А.Ф.Хони, Француз файласуфи ва ёзувчиси А.Комюкаби XX аср биринчи ярми тадқиқотчилари онгли суиқасднинг сабаблари ўта шахсий манбаалар деб ҳисоблашган.

Суицидал ҳатти - ҳаракат шахс ва муҳитни мураккаб ўзаро таъсирига боғлиқ ва экстремал ҳолатдаги руҳий механизмлар фаолиятининг ифодаси ҳисобланади.

Биз текширган беморлар суицидал ҳаракатларини таҳлили кўрсатишича, уларнинг кўпчилигини суицидал ҳатти - ҳаракати шахснинг ҳаётий муҳим талабларини фрустрацияланишини ва унинг ижтимоий - руҳий дезадаптациясини юзага келтирувчи муҳитнинг реал объектив ва субъектив руҳиятини оғир шикастловчи омилларининг таъсирига боғлиқ.

Аутодеструктив ҳатти - ҳаракат ва суиқасдга кўп ҳолларда руҳий травма натижасидаги апатия, келажакка ишончсизлик, ижодий ва ҳаётий фаолликни пасайиши туртки бўлади.

Бирок руҳиятни шикастловчи ҳолатлар суиқасд пайдо бўлиши учун етарли эмас. Суиқасд қилувчининг шахсий хусусиятлари ҳам муҳимдир. Шахсиятни ҳаётий муаммоларга адекват таъсирланишига йўл қўймайдиган ва шунингдек, суиқасдга туртки бўлувчи қатор хусусиятлар аниқланади. Буларга киради: талаб ва истакни кучли бўлиши, уларни қондириш йўллари топа олмаслик, мураккаб ҳолатлардан чиқиш йўллари қидиришдан воз кечиш, ўзини назорат қилиш даражасини пастлиги, нерв - руҳий тарангликни сусайтира олмаслик, ҳиссий нотурғунлик, импульсивлик, юқори даражада ишонувчанлик, ҳаётий тажриба йўқлиги ва муросасизлик.

Суиқасд қилувчиларнинг шахсияти характеристикасининг навбатдагиси, қарор қабул қилишдаги қийинчиликлар, оғир ҳолларда фаоллик ва оптимизм даражасини пасайиши, ўзини айблашга мойиллик, ўз айбини бўрттириш ҳисобланади.

Суиқасд руҳиятни шикастловчи ўткир ҳолатлар таъсирида онгли равишда ҳаётдан кетиш ҳаракати бўлиб, бунда инсон учун шахсий ҳаёт маъносини йўқотади.

Суиқасдга қўл урган инсонлар одатда кучли руҳий дарддан азият чекади ва стресс ҳолатида бўлади. Ўз муаммоларини ҳал эта олмаслигини сезади.

Суицидологлар онгли суиқасдга сабаб бўлувчи бир қатор ижтимоий омилларни келтиришди. Жамиятнинг урбанизацияси ва унинг оқибатида оила институтини кучайиши, шаҳарда ўсмирларни эрта жинсий ривожланиши, аёлларни уйламай эмансипация оқибати, оммавий ахборот воситаларининг онга таъсири, шунингдек диний эътиқод характери ва ижтимоий ҳаётнинг бошқа бир неча шакллари.

Жамиятдаги ижтимоий таранглик даврида ижтимоий омиллар таъсири анча ортади. Аввалги ижтимоий муносабатларнинг синиши, ижтимоий, оилавий, касбий стереотиплар, қадриятлар иерархияси ўзгариши билан кечувчи давлат тизимининг қайта тузилиши натижасида жамиятда ижтимоий - руҳий зўриқиш юзага келади. Иқтисодий ислохот аҳолини тез ўзгарган ҳаёт шароитларига ижтимоий руҳий мослашувини қийинлаштиради.

Критик ўзгаришлар даврида жамиятда суиқасдлар сони ортади. Турли ишлаб чиқариш фаолиятида банд-

ликни ўзгариши ишсизлар сонини ортишига сабаб бўлади. Аҳолининг кўп қисмини қуйи ижтимоий табақа даражасида бўлиши, моддий таъминотни пасайиши турли асаб - руҳий ва депрессив бузилишларга олиб келади. Бу ҳолатга энг кўп гирифтор бўлганлар аҳолини заиф табақаси ҳисобланади.

Суицидогенез жараёнида ижтимоий ва руҳий омилларни мураккаб ўзаро таъсири содир бўлади.

Суиқасд ижтимоий ходисадир. Статистика кўрсатишича, ҳар бир давлатда ҳар бир даврда маълум миқдордаги суиқасдлар амалга ошади ва ҳатто ўзини ўлдириш усуллари ҳам қатъий аниқ нисбатда бўлади. Албатта, ҳар бир ўзини ўлдирувчи ўз қарорига индивидуал йўл билан келади. Қарор қабул қилишнинг асосий омили ижтимоий сабаблар билан юзага келади.

А.Г.Амбрумова маълумотларига кўра суиқасд тарқалишининг ўсиши, давлатнинг иқтисодий ривожланиш мавзусига тўғри пропорционал. Ижтимоий ҳаракатчанлик қанча юқори бўлса, инсон турли муаммолар билан шунча кўп тўқнаш келади. Муаллиф замонавий жамият шароитида одамлар янада юқорида иқтисодий ва ижтимоий статусга эришиш мақсадида доимий режада бўлишади. Бу уларни сурункали асаб - руҳий тарангшиқ ҳолатига дучор қилади деб ҳисоблаган.

Қатор муаллифларнинг фикрича, ҳаёт даражаси қанча юқори бўлса, суиқасд даражаси ҳам шунча юқори бўлади.

Тадқиқотчилар кузатишларига кўра, моддий фаровонликка интилиш суиқасдга умумий мойилликни кучайтиради.

Модомики суицидентлар ўртасида преморбид амалий амалий жиҳатдан соғломларда ва чегаравий бузилишлари бор одамларда кўп учраб экан. Суицидентлар шахсиятини руҳий хусусиятларини ўрганиш алоҳида аҳамият касб этади. Суицид нафақат ижтимоий муҳит омиллари билан балки, шахсни психологик ва патопсихологик хусусиятлари билан боғлиқ индивидуал хулқ - атвор реакцияси ҳисобланиши билан тушунтирилади. Экстремал ҳаётий ҳолларда текширилган беморлар диспансер назоратида бўлмайди. Текширувларда амалий жиҳатдан соғ шахсларда ва характерида акцентуацияси бор шахсларда ситуацион реакциялар ташхисланган.

Текширилган беморларнинг суицидал ҳаракатларини кўрсатишича уларнинг кўпчилигини суицидал ҳатти - ҳаракати шахсни ҳаётий муҳим талабларини фрустрациясини ва унинг ижтимоий - руҳий дезадаптациясини чақирувчи оғир руҳий шикастловчи муҳит омилларининг реал объектив ва субъектив таъсири билан боғлиқ.

Текширилганларда ситуацион патологик бўлмаган реакциялар, дезорганизация реакциялари, авлодларнинг ҳиссий алоқаси оила ичидаги низони кучайтиради. Мактабда ўқувчи бегонасираш ва изоляцияни, ҳаёт маъносини йўқолганлигини, ёлғизлик ва ночорликни ҳис қилади. Ўзини ўлдириш индивидуал турли ижтимоий, маданий, муҳитга оид ва патопсихик омиллар таъсири натижасидир. Замонавий дунёда суиқасдлар сонининг ортишини таҳлил қилиб, бу феномен илмий - техник ривожланишни қарши томони деб ҳисоблашади. Катта шаҳарлар сонининг ортиши сари аҳолининг зичлиги ортади. Одамларда индивидуал шахсларни кўриш ўрнига бир - бирига ўхшаш тўдани кўриш шаклланади. Дисбаланс ва демобилизация бузилади. Ситуацион реакциялар руҳий кризис шароитида ни-

золи ситуацион юкламага шаклланган ва маълум тузилишдаги жавоб сифатида келиб чиққан ва улар салбий ҳиссий кечинмалар ва стереотипларни бирламчи адаптациясини пасайиши билан характерланади. Бу шахслар бу реакцияларга мойил бўлади. Ўзини айб-лашга, ўз айбини бўрттиришга мойиллик вербал даражадаги агрессия келиб чиқишига олиб келади. Бу шахсларни мустақил эмаслиги, инфантиллиги, етилмаганлиги суиқасдга олиб келган. Тадқиқотларда ўзини ўлдиришга уринган суицидентларнинг руҳий - ҳиссий барқарорлиги паст бўлиши, инфантиллиги, импульсивликка мойиллиги аниқланган. Буларнинг барчаси етилмаганликнинг намоён бўлишидир.

Характер акцентуациясини Леонгард усулида аниқлаш натижаларининг кўрсатишича текширилганларнинг асосий қисмини истероид типдаги характердагилар ташкил қилади. Унга импульсивлик, баджаҳлик, таъсирчанлик, жамоага кўника олмаслик, жиззакилик бадқовоқлик киради. Мулоқотга киришувчанликнинг пастлиги, вербал ва новербал реакцияларни секинлиги, ҳаракатларнинг вазминлиги сезилади. берилган акцентуациялар хос бўлган одамларни бу хусусиятлар стрессга чидамсиз қилиб қўяди. Мураккаб ҳолатлар ва муаммоларни қийин ҳал қилишади. Бу эса суицидал ҳатти - ҳаракат пайдо бўлишига олиб келади.

Иزلанишдан мақсад: суицидентларнинг психопатологик хусусиятларини ўрганиш ва уларга шошилишч тиббий ёрдам кўрсатишдир.

Материал ва тадқиқот усуллари

Олдинга қўйилган вазифани бажариш учун Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали "токсикология" бўлимида 50 та ўз жонига қасд қилиш ҳолатлари ўрганилди.

Натижалар илмий таҳлилий муҳокамаси

Текширилганларда характерни ҳиссий типдаги акцентуацияси устун туради. Бундай акцентуацияли шахслар учун эмоционаллик, таъсирчанлик, безовталиқ, кўп гапириш, кўрқоқлик, нозик туйғулар соҳасида ўта таъсирчанлик характерли. Уларнинг ўта кучли ифодаланган хусусиятлари таъсирчанлик, раҳмдиллик, кўнгилчанлик ва бошқаларга ҳамдардлик, ҳар қандай воқеани улар бошқаларга нисбатан жиддий қабул қиладилар. Камдан кам низо келтириб чиқарадилар, ўзларига ранж - алам келтириб чиқарадилар. Аламларини ташқарига солмайдилар.

Гипертим ҳолатларидаги акцентуацияли шахслар учун тез - тез даврий равишда кайфиятни ўзгариб туриши, шунингдек, ташқи ходисаларга тобейлик хосдир. Кувончли ходисалар уларда гипертимия манзараси (ҳаракатга чанқоқлик, кўп гапириш, фикрлар пойгаси)ни, гамгин воқеалар эса тушкунликни, ҳаракат ва фикрларни секинлашишини келтириб чиқаради. Шунингдек уларни атрофдагилар билан муомала тарзи ҳам тез ўзгаради. Кайфият ўзига баҳо беришига таъсир этади.

Хуллас, гипертим типдаги суицидентлар жами 11 та, 22 % ни ташкил қилди. Лабил типдаги суицидентлар, 7 та, 14 %, астеоневротик типдаги суицидентлар, 5 та 10 % ни, шизоид типдаги суицидентлар, 4

та, 8 % ни, беқарор типдаги суицидентлар, 6 та, 12 % ни, истероид типдагилар 11 та 22 % ни, эпилептоид

типдагилар 2 та 4 %, психоастеник типдагилар эса 4 та 8 % ни ташкил этади.

№	Преморбид тури	Эркаклар		Аёллар		Жами	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1.	Гипертимик	3	6	8	16	11	22
2.	Лабил	2	4	6	12	7	16
3.	Астеоневротик	1	2	4	8	5	10
4.	Шизоид	1	2	3	6	4	8
5.	Беқарор	2	4	4	8	6	12
6.	Истероид	2	4	9	18	11	22
7.	Эпилептоид	-	-	2	4	2	4
8.	Психоастеник	1	2	2	4	4	8
9.	Ҳаммаси	12	24	38	76	50	100

Тугалланмаган суиқасддан кейинги ҳолатлардаги беморларни психопатологик ҳолати ўрганилганда ас-

теник ҳолатлар 21 (42 %) депрессив ҳолатлар 20 (40 %), фобик ҳолатлар 9 (18 %) кўпроқ учраган.

№	Суицидентнинг психопатологик ҳолати	Эркаклар		Аёллар		Жами	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1.	Астеник	6	12	15	30	21	42
2.	Депрессив	4	8	16	32	20	40
3.	Фобик	2	4	7	14	9	18
4.	Ҳаммаси	12	24	38	76	50	100

Ҳиссий беқарорлик бор шахсларда депрессив синдром, безовта шубҳаланувчиларда фобик ташвишли реакцияларга мойиллик, истероидларда патологик ва психологик реакцияларга мойиллик, инфантил ва ижтимоий жиҳатдан етук бўлмаганларда астено - суб-депрессив ҳолатларга мойиллик аниқланган.

Тугалланмаган суициддан кейинги суицидентлар онг йўқолишини қарахтлик, сопор, кома ҳолатига бўлишган. Суиқасд сабабларини таҳлил қилганда шахсий оилавий низолар ва шахслараро, шахс ичидаги муносабатлар биринчи ўринга чиқади. Оила учта асосий вазифани бажаради: ҳиссий, иқтисодий, тарбиявий. Бизнинг ҳаётимизда бу вазифалар кам бажариляпти. Бизнинг тадқиқотлар суиқасднинг умумий сабаби

ўткир руҳий шикастловчи ҳолатлар, шахсни яқин атрофдагилари билан ўзаро муносабатини бузилиши таъсирида келиб чиқувчи ижтимоий психологик дезадаптация эканлиги аниқланди. Суицидентларнинг кўпчилигида яқинлари, оиласи билан муносабати бузилган.

Қуйидаги сабаблар билан текширилган суицидентлар суицидал ўринишни амалга оширишган: ота - онаси билан келишмовчиликлар, 22 та суицидент, 44 %, ўзини ўрнини аҳамиятини исботлаш 6 та суицидент, 12 %, унинг ҳиссиётларини тушунмасликлари, 10 та суицидент, 20 %, ор - номуснинг камситилиши, 7 та суицидент, 14 %, моддий қийинчиликлар, 5 та суицидент, 10 %.

№	Суицид сабабини таҳлили	Эркаклар		Аёллар		Жами	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1.	Ота – онаси билан келишмовчиликлар	4	8	18	36	22	44
2.	Ўзининг аҳамиятини исботлаш	2	4	4	8	6	12
3.	Унинг ҳиссиётларини тушунмасликлари	3	6	7	14	10	20
4.	Ор – номуснинг камситилиши	1	2	6	12	7	14
5.	Моддий қийинчиликлар	2	4	3	6	5	10
6.	Ҳаммаси	12	24	38	76	50	100

Келтирилган маълумотларни текшириш ва таҳлил қилиш суицидал ҳатти - ҳаракатларни баҳолаш ва сабабини қуйидаги гуруҳларга синфлашга асос бўлади:

Шахсий оилавий низолар,
Моддий маиший қийинчиликлар,
Касбий ва ўқишдаги низолар.

Таъкидлаш лозимки, ўзини ўлдиришнинг асосий сабаблари оилавий ва микросоциал омиллардир. Суиқасд сабабларини ўрганиш суицидал ҳатти - ҳаракат-

лар ривожланишида оилавий низолар муҳим аҳамиятга эга. Ноқулай ҳаётий ҳолатлар, бошқа хавф омиллари билан бирга келиши суиқасдга олиб келиши мумкин. Стресс ҳолати одамларни ўзини ўлдиришга мойил қилиб қўяди. Бу вақтда уларнинг ичида, шунингдек атрофида ҳам нимадир юз беради. Кризис ҳолатида улар барча орзулари ва умидларини йўқотадилар ва уларнинг ҳаёти ҳам хавф остида бўлади. Келажак умидсиз ва зим зиё бўлиб туюлади.

Тадқиқотларда уларда турмуш кўришдан қониқиб паст бўлади. Эр хотин ўртасида ҳиссий боғлиқликни, ўзаро тушуниш ва қўллаб қувватлашни йўқлигини, турмушни тургунлигига ишончсизлик, аёл суицидентни ҳимояланганлик ҳиссини йўқлиги аниқланган. Оилада эрнинг адаптация даражаси пастлигини, ҳолатдан чиқиш йўллари таллашда чекланган ахлоқий принципларга асосланиш оқибатида келиб чиқувчи руҳий дискомфорт ҳолати билан бирга келиши шахсда суицидал ҳатти - ҳаракат келиб чиқишига туртки бўлади. Шахсий ва оилавий сферадаги низо суицидал ҳатти - ҳаракатнинг асосий сабаби ҳисобланади. Буларга қариндошлар ва атрофдагилари томонидан ноҳақ, нотўғри муносабатда бўлиш ёки таҳқирлаш, айблаш ва камситиш, атрофдагилар томонидан етарлича эътибор берилмаслиги, ғамхўрлик қилинмаслиги киради. Тадқиқотлар ўсмирларда оилавий низолаарга жавобан салбий кечинмалар юзага келишига сабаб бўлади. Суицидентларнинг кўпчилиги оилали бўлмаган, ота - онаси билан яшаганлар бўлган. Оила билан муносабати расмий ва ёмон бўлган. Уларда тез - тез ота - онаси билан низо келиб чиққан. Лекин ота- онасининг болалари билан муносабати нормал бўлган. Уларни ҳаётдан воз кечишига олиб келувчи бевосита сабаб одатда оиласи аъзолари томонидан яқиндан ўраб олиниши билан боғлиқдир.

Тадқиқотларни кўрсатишича, ота- оналар суиқасдларни асосий сабаби бўлмоқдалар. Улар ўз фарзандларини ўлимини ноиложли қатнашчилари бўлмоқдалар. Оилавий низолаарни энг оғир қабул қилувчилар - булар 25 - 40 ёшдаги шахслардир.

Моддий - маиший қийинчиликлар сабабидан суиқасд қилишлар охириги вақтларда кўпроқ учрамоқда. Бу ўтиш даврининг иқтисодий қийинчиликлари, доимий иш ўрнига эга бўлмаганлар сонини ортиши билан боғлиқ. Шунини таъкидлаш лозимки, суицидал ҳатти - ҳаракатларнинг турли кўриниши ҳаёт фаровонлигини юқорига кўтаришга эриша олмаслик ва муваффақиятсизликни акс эттиради. Моддий фаровонлик, ҳаётдан қониқиб каби тушунча ва қадриятларга эга шахслар ҳаётга шу улчовлар билан қарашади. Лекин буларнинг ҳаммаси ҳам ўз талабларини қондира олмайди. Оқибатда руҳий дискомфортга замин яралади. Бу турдаги ижтимоий психологик дезадаптация суицидал ҳатти - ҳаракатни келтириб чиқаради. Руҳий кризис ҳолатидаги суицидент адаптацион фаолияти чегараланганлиги ва объектив жиҳатдан мушкул ҳолатда бўлгани учун ўз ҳолатини ечимсиз деб ҳисоблайди. Ўзини ўлдиришни ҳолатдан чиқишнинг ягона йўли деб билади.

Касбий ва ўқув доирасидаги низолаар, иш ва ўқиш билан боғлиқ суицидоген мотивлар баъзи ҳолатларда

камбағаллик, муваффақиятсизлик, олдига қўйилган талаблар билан имкониятларни мос келмаслиги, нуфузи (обрусини) пасайиши билан, бошқа ҳолатларда муносабатларнинг ҳолис эмаслиги билан боғлиқлиги аниқланган.

Ўқувчилар орасида тенгдошлари билан муносабатлари ёмон бўлганлар суиқасд қилишган. Коллежлар ва олий ўқув юртларида ўқийдиган суицидентларда ўзлаштиришида ва ўқитувчилари билан низолаари бўлган.

Ўз жонига қасд қилиш одамлар қонида бўлади. Ёшларни баъзиларини ўз жонига қасд қилишларини, бошқаларини бундай қилмаслигини сабабини генетик мойилликда деб билишади. Америка мутахасислари томонидан ўтказилган охириги текширувлар шундай ҳулосага олиб келган.

Вашингтон университетининг мутахасислари учмингта эгизак ўсмирларда анкета ўтказишган ва бундан олинган натижаларга кўра, опалари ўзларини ўлдиришга уринган қизлар бу муаммодан йироқ бўлган қизлардан кўра бу ишни кайтариши аниқланган. Бир хил генетик тўпламига эга бўлган эгизакларда генетик тузилмаси турли хил бўлганларга нисбатан айнан шундай сценарийга ўзини солишга кўпроқ мойилдир. Бош тадқиқотчи Гловижски суиқасдларнинг сабаби генетик мойиллик деб ҳисоблайди.

Суицидал ҳатти - ҳаракат хавфини оширувчи генетик ва конституционал биологик омиллар ирсиятнинг оғирлашганлигини, психопатия ва алкоголизм билан бирга келиши; аёлларда инфантил - грацил соматотип ва эркаларда астеник соматотип ҳисобланади. Суицидал ҳатти - ҳаракатларни амалга оширган астеник конституционал - морфологик соматотипдаги шахслар учун пресуицидал даврни оғир кечиши ва дори - дармонларни воситалари билан заҳарланиш характерлидир. Нормостеник ва атлетик соматотип эгаларида пресуицидал давр қисқа бўлиши, дорилар билан заҳарланиш ва ўзини осийш кузатишган.

Агар оилада ўзини ўлдириш ҳолати кузатишган бўлса, бу қайта суиқасд хавфини оширади. Текширилган беморлар орасида оиласида суиқасд қилганлар бўлган.

Қадимдан инсониятга ўзини чўктириш, осийш, қуйдириш каби ўз жонига қасд қилиш усуллари маълум бўлган. Жанг майдонида мағлубиятга учраган жангчилар душманга асир тушмаслик учун ўз қуроли билан ўзларини ўлдиришган. Негаки, бундай ўлим душман қуролидан қаҳрамонона ўлимга тенглаштирилган.

Қадимги Греция ва Рим тарихчиларида ҳинд бевалари эрини ўлимидан сўнг ўзини қуйдириши баён этилган. Турли халқларда тарихнинг у ёки бу даврида ўзини ўлдиришнинг сеvimли ва афзал кўрилуви усуллари

№	Препарат тури.	Эркалар		Аёллар		Жами	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1.	Седатив дорилар	3	6	19	38	22	44
2.	Сирка кислота	2	4	8	16	10	20
3.	Маргумуш	2	4	3	6	5	10
4.	Бошқа медикаментлар	3	6	5	10	8	16
5.	Ўзини ёқиш	-	-	-	-	-	-
6.	Бошқа тури	2	4	3	6	5	10
7.	Ҳаммаси	12	24	38	76	50	100

бўлган. Баъзи давлатлар ўз фуқаролари хохишини бажаришга шунчалик ҳаракат қилганки, ҳатто заҳарли моддаларнинг давлат заҳирасини ташкил қилган. Японияда эса, йигитлар ва қизларга ўз жонига қасд қилиш санътини ўргатишган. Турли муаллифлар 8 тадан 16 гача ўзини ўлдириш усуллари фарқлашган. БЖССТ ҳаётдан кетишнинг 80 та усулини ҳисобга олган.

Навбатдаги ўрганиладиган кўрсаткич бу - суиқасд усулидир. Ўзини ўлдириш усуллари уларни амалга оширилиши частотасига кўра белгиланган. Улар қуйидаги тарзда тақсимланган: седатив моддалар, 22 та суицидент, 44 %, сирка кислотаси, 10 та суицидент, 20 %, маргумуш, 5 та суицидент, 10 %, ўзини қуйдириш, 00, бошқалари, 5 та суицидент, 10 % ни ташкил қилади.

Аёллар кўпроқ ўзини заҳарлаши кузатилган. Айнан 15 - 19 ёшли суицидентлар бу усулни танлашган. Бу усул аёллар учун қулай ҳисобланган. Ўз жонига қасд қилувчиларнинг кўпчилигини ўзини қутқариб қолишларини ҳисобга олиб атайин шу усулни танлайдилар. Бу ерда улар ҳақ.

Ўз жонига қасд қилганларнинг 15 % ни хайрлашув хатини қолдирган. Хатлар 5% да барчага, 10% да ўз яқинларига йўланган.

Хулоса

Суицидлар сонини ортишини олдини олиш учун аҳолига ўз вақтида ёрдам кўрсатиш, уларни қўллаб қувватлаш, ҳеч бўлмаганда консультация даражасида бу ишни амалга ошириш керак. Реабилитация усуллари янада самаралироқ қўллаш учун доимий равишда арбобларга, хорижий адабиётларга ва нафақат аҳолини даволашга қаратилган усулларга, балки, одамларда суиқасдга туртки бўлувчи сабабларни аниқлашга ва имкони борича уларни бартараф этишга қаратилиши керак.

Ҳар бир одам юз бериши мумкин бўлган суицидни аниқлаши ва олдини олиш учун қандайдир дара-

жада психолог бўлиши керак. Агар қуйида санаб ўтилган ҳолатлар Сизнинг дўстингизда бўлса, унда мутахассис (психолог, психотерапевт, психиатр,) ёрдамига мурожаат қилиши керак.

Депрессия ҳолатидаги, ёки суиқасд ҳақида ўйлаётган одамлар ўзларининг ҳиссиётлари ҳақида гапирмайдилар ва гапиришни хохламайдилар.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Асадов Д.А., Ходжаева Н.Д., Суицидал хулқни комплекс профилактикасини ташкиллаштириш. //Ўзбекистон тиббиёт журна-ли - 2004. № 1 - 2. 147 - 150 бетлар.
2. Асадов Д.А., Ходжаева Н.Д. Суицидал хулқни профилактика-сида комплекс ёндашув ва ўз жонига қасд қилиш муаммоси. / /Ўзбекистон тиббиёт журна-ли - 2002. № 4. 113 - 116 бетлар.
3. Асадов Д.А., Ходжаева Н.Д. Суицидологиянинг ижтимоий - тиббий аспекти. //Ўзбекистон тиббиёт журна-ли - 2001. № 1. 105 - 106 бетлар.
4. Гиёсов Г.А., Масумхонов К.А., Суицид ҳолатларида метеоро-логик омилларнинг тутган ўрни ва метеопрофилактика им-кониятлари. //Ўзбекистон тиббиёт журна-ли - 2002. № 4, 78 - 79 бетлар.
5. Гиёсов Г.А., Масумхонов К.А., Суицид ва парасуицид ҳолат-ларини юзага келишида аҳамиятли бўлган айрим хавф омил-ларининг қиёсий тавсифи. //Ўзбекистон тиббиёт журна-ли - 2004. № 5, 58 - 60 бетлар.
6. Гиёсов Г.А., Масумхонов К.А., Суицид ҳолатларининг суд - тиббий таҳлили. //Журнал теоретической и клинической ме-дицины. 2001. № 1. стр. 116 - 118.
7. Мординов Л.А., Башарин К.Г. Анализ случаев самоубийств (при повешении) по данным судебно - медицинской экспер-тизы якутска. //Суд. Мед. экспертиза. 2004. № 1. стр 39 - 41.
8. Резник А.М., Фаставцов Г.А. Особенности стресс - провоци-рованного суицидального поведения военна - служащих. // Военно - мед. Журнал. 2004. № 6. стр. 36 - 41.
9. Сотникова Ю.А. Специфика защитных механизмов у лиц, со-вершающих суицидальные попытки. //Социальная и клини-ческая психиатрия. 2004. № 11. стр. 11 - 18.
10. Суицидальные отравления, эпидемиологические и клинико - токсикологические аспекты. //Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 1. стр. 28 - 23.

Келиб тушган вақти 28.12. 2018

СУРУНКАЛИ НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКА ЙЎНАЛИШЛАРИ

Мамасалиев Н.С., Мавлонов Н.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти, Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме,

Сурункали ноинфекцион касалликларнинг ҳозирги кунда тарқалиш даражаси эпидемия ҳолатига етиб келмоқда. СНКдан ўлим кўрсаткичлари бутун дунё бўйича биринчи ўринда туради ва уларнинг кўпчилиги пациентларнинг турмуш тарзи билан боғлиқ бўлиб ҳисобланади. Беморларда СНКга сабаб бўлувчи ўзгартириб бўладиган ва ўзгартириб бўлмайдиган хавф омиллари бўлиб ушбу хавф омилларидан ўзгартириб бўладиган омилларнинг кўпчилигига самарали таъсир кўрсатиш натижасида касалликларни олдини олиш, даволаш, реабилитация чора тadbирларини енгилаштириш мумкин. Мақолада дунё миқёсида олиб борилган бир нечта катта масштабдаги илмий изланишларнинг натижалари ўрганилиб улар асосида хулосалар келтирилган.

Калит сўзлар: сурункали ноинфекцион касалликлар, ўзгартириб бўладиган хавф омиллари, ўзгартириб бўлмайдиган хавф омиллари, артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мамасалиев Н.С., Мавлонов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт,
Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Распространённость хронических неинфекционных заболеваний в данное время достигло масштабов эпидемии. Смертность по причине ХНИЗ занимает первое место во всем мире. Большинство ХНИЗ связаны с особенностями образа жизни пациентов. Основными причинами многих ХНИЗ могут быть факторы риска, которые делятся на изменяемые и неизменяемые. Подействовав на изменяемые факторы риска можно предотвратить многие ХНИЗ, улучшить лечебные процессы и реабилитацию больных. В статье приведены данные нескольких крупномасштабных исследований, которые были направлены на изучение факторов риска ХНИЗ и выводы этих исследований.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания; факторы риска; изменяемые факторы риска, неизменяемые факторы риска, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

MAIN RISK FACTORS AND PROPHYLAXIS ROUTES FOR CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES

Mamasaliyev N.S., Mavlonov N.X.

Andijan State Medical Institute, Bukhara State Medical Institute,

✓ Resume,

The current rate of chronic non-infectious diseases has reached the epidemic level. SNK mortality rates are worldwide and most of them are associated with patients' lifestyle. Changing and irreversible risk factors causing SNK in patients can be facilitated by the prevention of diseases, treatment and rehabilitation measures by effectively influencing most of these risk factors. The article examines the findings of several large-scale scientific studies conducted globally and provides conclusions based on them.

Key words: chronic noninfectious diseases, variable risk factors, unchanging risk factors, arterial hypertension, cardiac diarrhea.

Долзарблиги

ЖССТ маълумотларига кўра 2015 йил давомида юз берган 56,4 млн. ўлим ҳолатларининг 39,5млн. ёки 70%, ноинфекцион касалликлар билан боғлиқ бўлган. Ноинфекцион касалликлар ичида асосан ўлимга олиб келувчи сабаблар тўртта бўлиб булар - юрак қон-томир касалликлари, онкологик касалликлар, қандли диабет ва ўпканинг сурункали касалликлари бўлиб ҳисобланади [1,2,9].

2015 йил якунларига кўра даромад даражаси паст ва ўртача бўлган давлатларда ўлим кўрсаткичининг тўртдан уч қисми 30.7 млн. шу касалликларга тўғри келади [5,8].

Яна бир аҳамиятли жиҳати 48% ҳолатда ўлим 70 ёшгача бўлган аҳолида кузатилган. Ноинфекцион касалликлардан ўлимнинг сабабларини ўрганилганда асосийлари юрак қон-томир (17,7 миллион, ёки 45%), рак (8,8 миллион, ёки 22%) ва астма ва ўпканинг сурункали обструктив касаллигини ўз ичига олган респиратор касалликлар, (3,9млн.). Қандли диабет касаллигидан 1,6 миллион ўлим ҳолати содир бўлган [3,6].

Ҳозирда сурункали ноинфекцион касалликлар (СНК)нинг кенг тарқалган бўлиб бу асосан турмуш тарзи ва хавф омиллари билан чамбарчас боғлиқ бўлиб ҳисобланади. Турмуш тарзини тартибга солиш яъни модификациялаш касалликлар ривожланишини олдини олиши ёки ривожланишини секинлаштириши мум-

кин. Модификациялаш клиник симптомлар пайдо бўлгунча даврда ва белгилар пайдо бўлганидан кейин ҳам амалга оширилиши мумкин. Хавф омиллари ва уларнинг олдини олиш СНК профилактикасининг илмий асоси бўлиб ҳисобланади. СНКларнинг бирламчи сабаблари аниқланмаган ва улар кўп факторли эканлиги исботланган бироқ, эпидемиологик изланишлар натижасида касалликлар пайдо бўлиши ва уларнинг авж олишига сабаб бўлувчи бир қанча омиллар аниқланган [4,7].

Ишнинг мақсади

Кенг миқёсда ўтказилган клиник изланишлар натижаларини ўрганиш асосида сурункали ноинфекцион касалликларнинг асосий хавф омилларини ўрганиш ва ушбу хавф омилларининг профилактикаси стратегиясини таҳлил қилиш.

Натижа ва таҳлил

Кўпгина кенг миқёсдаги илмий изланишларда сурункали ноинфекцион касалликларга сабаб бўлувчи асосий хавф омиллари аниқланган. Хавф омилларининг саккизтаси энг кўп тарқалган бўлиб ушбу хавф омиллари натижасида келиб чиқувчи касалликлар 75% ўлим ҳолатларига сабаб бўлади. Ушбу хавф омилларига қуйидагилар киради: юқори қон босими (ЮҚБ), дислипидемия, чекиш, нотўғри овқатланиш (мева ва сабзавотларни кам истеъмол қилиш, туз миқдорининг овқат рационидида кўплиги, ҳайвон ёғлари ва овқатнинг юқори калориялилиги), паст жисмоний фаоллик, қонда қанд миқдорининг юқори бўлиши, ортиқча тана вазни ва семизлик, алкоголь маҳсулотларини меърдан ортиқ истеъмол қилиш. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) тавсияларига кўра ҳар бир давлат учун СНКга сабаб бўлувчи етакчи бўлган хавф омилларини аниқлаш, уларни мақсадли коррекциясини амалга ошириш, шунингдек, хавф омиллари динамикасини назорат қилиш ташкил этилган бўлиб унга хавф омиллар профилактикаси номи берилган. Аҳоли орасида асосий хавф омилларини кўп тарқалганлигини инобатга олиш, касаллик ривожланишида хавф омили ўрнини баҳолаш ва уларни бартараф этиш асосида СНК ривожланишини олдини олишга эътибор қаратилади.

Хавф омиллари ўзгартириб бўладиган (нотўғри овқатланиш, тамаки ва носвой, алкоголь истеъмоли каби зарарли одатлар, ортиқча вазн ва семизлик ва б.) ва ўзгартириб бўлмайдиган (ёш, жинс, генетик мойиллик) хавф омилларига бўлинади. Модификацияланмайдиган яъни ўзгартириб бўлмайдиган хавф омиллари касалликларни стратификация қилиш мақсадида ишлатилади. Масалан, ёш катталашиб бориши билан СНК хавфи ҳам ошиб боради.

Профилактик тадбирларни амалга оширишда асосан ўзгартириб бўладиган хавф омиллари аҳамиятлироқ чунки уларни коррекция қилиш натижасида СНК юзага келиши ва асоратлар хавфини камайтириш мумкин. Ўзгартириб бўладиган хавф омилларини ўрганиш мақсадида кўплаб изланишлар олиб борилган. Шундай илмий текширишлардан бирида (INTERHEART) 52та ишгирокчи давлат қатнашган ҳамда катта қўламли изланишлар олиб борилган. Текширувлар давомида миокард инфаркти келиб чиқиши билан боғлиқ бўлган тўққизта хавф омили ўрганилган бўлиб булар: юқори

АБ, чекиш, қандли диабет, абдоминал семизлик, мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик, паст жисмоний фаоллик, алкоголь истеъмоли, қонда холестерин миқдорининг юқори бўлиши (АроВ/АроА1нисбати), ижтимоий ва психологик омиллар.

Текширувдаги 52 давлатда миокард инфаркти (INTERHEART текшируви) (ҳолат-назорат стандартлаштирилган изланишлари асосида ўткир миокард инфарктининг ривожланиши, 15152 ҳолат ва 14820 назорат гуруҳида ўрганилган Эслатма: барча ўрганилган хавф омиллари ва уларга таъсир қилувчи антиомиллар миокард инфаркти билан узвий ва ишончли боғлиқликка эга бўлган (барча хавф омиллари учун $p < 0,0001$, алкоголь учун $p = 0,03$). Изланиш олиб борилган барча регионларда хавф омиллари ва касалликлар ўртасида боғлиқлик эркакларда ва аёлларда, қариялар ва ёшларда кузатилган. Тадқиқотлар давомида шу нарса аниқланганки миокард инфаркти ва санаб ўтилган хавф омиллари асоциацияси барча географик регионлар ва этник гуруҳлар учун умумий бўлган. Бундан ташқари ушбу тўққизта хавф омили натижасида миокард инфаркти эраакларда 90%, аёлларда эса 94% ҳолатларда кузатилган. Ушбу далилдан шундай хулоса қилиш мумкинки, профилактикага бўлган ёндашув бутун дунёда бир хил принципларга асосланиши мумкин ва бунинг натижасида кўпчилик эрта инфарктларнинг олдини олиш мумкин. INTERHEART изланишларининг асосий хулосаси шуки, хавф омилларини олдини олиш барча ёш гуруҳларидаги эркаклар ва аёллар, географик регионлар, этник гуруҳлар учун юрак қон-томир касалликларининг тарқалишига қарамасдан бу касалликларнинг профилактикаси бир хил самарали бўлиши керак.

Юқори артериал қон босими асосий хавф омиллари ичида биринчи ўринда туради, дунё бўйича ўлим ҳолатларининг 13% ушбу хавф омил ҳисобига юзага келади. Кейинги ўринда чекиш (9%), қонда глюкоза миқдорининг юқори бўлиши (6%), паст жисмоний фаоллик (6%). Ортиқча тана вазни ва семизлик натижасида дунё миқёсидаги ўлимларнинг 5% тўғри келади. Дислипидемия натижасида 5% ўлим ҳолати кузатилади (қонда умумий холестерин миқдори юқори бўлиши).

Россия федерацияси санаб ўтилган хавф омиллари кенг тарқалган ҳудудлар қаторига киради. Россия федерацияси профилактик тиббиёт давлат илмий текшириш маркази (ДИТМ) томонидан ўтказилган текширишлар натижаларига кўра, артериал гипертониянинг тарқалиши 40,8%ни ташкил қилади. Бир вақтнинг ўзида систолик ёки диастолик босимнинг ошиши қайд этилиши СНК ошиши билан узвий боғлиқлик мавжудлиги қайд этилади. Россия аҳолиси орасида ЮҚТ касалликларидан ўлимнинг 40% қон босимининг ошиши билан боғлиқ.

Россияда чекиш муаммоси кенг тарқалган бўлиб эркаклар орасида 63,1% ташкил қилади, бу кўрсаткич европада 42% бўлиб Россияда европага нисбатан олинганда 21,1% кўп. Аёлларда эса бу кўрсаткич европада нисбатан Россия федерациясида 18,9% кам яъни европада чекувчи аёллар 28% бўлса Россия Федерациясида 9,1% ташкил этади. Европанинг кўпчилик мамлакатларида эркаклар орасида чекувчилар камайиш тенденцияси кузатилаётганлигига қарамасдан аёллар айниқса ёш аёллар орасида чекиш муаммоси ошиб бормоқда. Ушбу ҳолат Россияда ҳам кузатиляпти.

Россиядаги клиникаларда олиб борилган изланишлар давомида чекувчиларда юрак қон-томир касалликларидан ўлим ҳолатлари хавфини юзага келиши исботланган, ўз ўрнида шуни таъкидлаш зарурки олимларнинг фикрича ўлим хавфи чекиладиган сигареталарнинг сони ошишига пропорционал равишда ўзгариши ҳам исботини топган. Аёллар чекувчи бўлганида эркакларга нисбатан кўпроқ асоратлар кузатилиши қайд этилган, эркакнинг умри 1 йилга қисқариши учун суткасига 3 дона сигарета чекиш кифоя қилса, аёлда бу кўрсаткич 2 та сигаретага тенг.

Африканинг бешта мамлакатидан олинган маълумотлар (Гана, Малави, Нигерия, Жанубий Африка ва Зимбабве) шуни кўрсатадики 13 ёшдан 15 ёшгача бўлганларнинг кўпчилиги чекиши аниқланган. Изланишлар давомида шу нарса аниқланганки ёшларнинг 10%дан кўпроғига тамаки саноати томонидан олиб борилган тарғибот натижасида чекувчига айланган, 40% яқин респондентлар дўстлари орқали чекувчига айланган деб ҳисоблашади. Аёлларнинг чекишларига қарши анъанавий тадбирларга қарамасдан, тахминан 20% фоизи чекади. (Global Tobacco Survey Collaborative Group 2002й.).

Семизлик муаммоси Россияда ҳар бешта аёлнинг биртасида кузатилса, эркакларда бу нисбат ўнтадан биртага тенг. Шуни эътиборга олиш зарурки семизлик АГ, қандли диабет, дислипидемия, метаболик синдром, ЮИК, инсульт, ўт пуфаги касалликлари, остеоартрит ва нафас олиш тизими муаммолари, эндо метрий дисфункцияси, сут бузи, простата, йўғон ичак раки каби касалликлар ёки патологик ҳолатларнинг пайдо бўлиши ёки ривожланишига сабабчи бўлади.

Тана вазни ошиши ва турли сабаблар туфайли ўлим юзага келиши ўртасида боғлиқлик мавжуд. Турли хил касалликлар пайдо бўлиши. Перу давлатида "Саломатлик" лойиҳаси доирасида 16082 нафар аёллар текшируви натижалари шуни кўрсатадики тана вазни индекси (ТВИ) ошиши кўрсаткичлари қишлоқ аёлларида меъёрга нисбатан 2 бирликка ошган, шаҳарда истиқомат қилувчиларда эса бу кўрсаткич 4 бирликка ошиши қайд этилган.

Россияда ўлим ҳолатлари сабабларининг кескин ўзгаришига охириг юз йилликда психосоциал стресслар ва алкоголь сабабчи бўлганлиги исботланган.

Россия федерацияси профилактик тиббиёт ДИТМ томонидан ўтказилган изланишлар натижалари XX-асрнинг 80-чи ва 90-чи йилларида Москва шаҳрида яшовчи 25-64 ёшли эркаклар ва аёллар ўртасида танлаб олинганларда психосоциал стрессларнинг даражаси сезиларли ошганлигини кўрсатган. Ушбу изланишларда олинган натижалар ва ўлим ҳолатлари кўрсаткичларининг динамикаси 1985 йилдан бошлаб умумий ва ЮҚТ касалликларидан ўлимнинг психосоциал муаммолар сабабли кескин ўзгаришларига сабабчи бўлганлигини кўриш мумкин.

Россияда (1984-1988 йилларда) олиб борилган антиалкоголь кампанияси давомида ЮҚТ касалликларидан ўлимнинг камайишини ушбу кампания давомида олиб борилган ишлар яъни алкогольни чеклаш билан боғланади. Россия аҳолиси томонидан алкоголь истеъмол қилиш кўрсаткичлари ҳақидаги маълумотларда қарама-қаршиликлар мавжуд, яъни расмий статистика маълумотлари, эпидемиологик изланишлар, экспертлар хулосалари турлича кўрсаткичларга эга. Бир вақтнинг ўзида шу нарсани аниқ таъкидлаш мумкинки алкогольни меъёрдан кўп истеъмол қилиш юрак

қон-томир касалликларидан ўлим хавфини оширади. Натижалар таҳлили шуни кўрсатдики ҳар 10гр тоза этанол 40-59 ёшли эркакларда инсультдан ўлим хавфини 1%га оширади. Келтирилган далиллар асосида хулоса қилиш мумкинки ижтимоий-иқтисодий ислохотлар даврида алкоголь истеъмол қилишнинг ошиши ЮҚТ касалликларидан ўлим сабабчиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Индустриаллашув, урбанизация, ва транспорт ҳозирга келиб нафақат ривожланган балки ривожланётган давлатларда ҳам жисмоний фаолликни чеклаб қўйди ва натижада аҳолининг кўпчилигида паст жисмоний фаоллик муаммоси мавжуд. ЖССТ экспертларининг баҳолашларига кўра, жисмоний инертлик 21-25% сут беши ва йўғон ичак рак касаллигига сабаб бўлади, 27% ҳолатларда диабет, 30% атрофида ЮИК касаллигига сабаб бўлиши аниқланган. Россияда кардиологга мурожаат қилган 60% пациентлар паст жисмоний фаолликка эга. Шу билан бирга изланишлар шуни кўрсатадики ҳафтасига етти соат жисмоний фаол бўлган кишиларда эрта ўлим хавфи ҳафтасига 30 минутдан кам жисмоний фаол бўлганларга нисбатан 40% камайган.

"РЕЗОНАНС" эпидемиологик текшируви маълумотларига кўра ЮҚТ касалликларидан ўлим 88% ни ташкил этган. Солиштирилганда Европа ва Шимолий Америка давлатларида ўлим ҳолатларининг ўртача 50,3% стационарда рўй беради.

Стационардан ташқари ўлимни камайтиришнинг асосий йўли - СНК касаллиги хусусан ЮҚТ касаллиги ва ЮҚТ томонидан юқори ва жуда юқори хавфи бўлган беморларни нафақат соғлом турмуш тарзи қоидаларига, балки ҳаётга хавф солувчи белгилар ҳамда врачгача бўлган шошилиш ёрдам усуллари бўйича ўқитиш ўзига ва бошқаларга ёрдам кўрсатиш бўйича тайёрлаш бўлиб ҳисобланади.

Хулоса қилиб айтилганда, кўпчилик давлатларни қамраб олган ва аҳолининг турли ижтимоий қатламлари ва ёш тоифаларида олиб борилган илмий тадқиқотлар натижаларига асосланиб, ҳозирги даврда жамият учун энг кўп хавф солувчи касалликлар бу сурункали ноинфекцион касалликлар тоифасига кирувчи касалликлар бўлиб, ушбу касалликлар оқибатида ўлим кўрсаткичлари текширилган ҳудудларда деярли бир хил эканлигини кўриш мумкин. Шу билан бир қаторда бу касалликларнинг сабабчилари орасида ўзгартириб бўладиган хавф омилларининг ҳам кўплиги ушбу касалликларга қарши кураш натижасида оқибатларини яхшилаш имкони мавжуд.

Сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикаси стратегиялари.

Бугунги кунда сурункали ноинфекцион касалликлар профилактикаси мақсадида 3 та стратегик йўналишдан фойдаланилади:

1. Популяцион стратегия-оммавий ахборот воситалари орқали бутун популяция яъни аҳоли даражасида СНК юзага келиши хавфини оширувчи омиллар ва турмуш тарзига таъсир кўрсатишга ҳаракат қилишни ўз ичига олади. Ушбу стратегия бир қатор устунликларга эга:

" барча аҳоли қатламларини қамраб олади бунда СНК билан касалланганлар ва ушбу касалликларнинг хавф омиллари бўлганларга таъсир кўрсатилади;

" бунда чора-тадбирларни амалга оширишда нисбатан кам маблағ сарфланади;

риш, қимматбаҳо материал-техник базани мустаҳкамлаш учун зарурат бўлмайди.

Бироқ бу стратегик режани амалга ошириш асосан соғлиқни сақлаш тизими ваколатидан ташқари амалга оширилади ҳамда унинг самарадорлиги қўлланилаётган чора-тадбирларга риоя қилинганда ва турмуш тарзини ўзгартиргандагина сезилади. Шунинг учун бу турдаги чора-тадбирлар систематик равишда ва узоқ вақт давомида амалга оширилишини талаб қилади. Шунга қарамадан ушбу стратегияни амалга оширишда врачлар ва соғлиқни сақлаш тизими ходимларининг сезиларли ўрни мавжуд. Врачлар оммавий ахборот воситалари орқали аҳоли орасида СНК олдини олишга қаратилган материалларнинг тузилиши ҳақидаги гоё кашфиётчиси ва муаллифи, инициатори, тарғиботчиси бўлишлари зарур.

2. Юқори хавф стратегияси - СНК хавфи юқори бўлган яъни хавф омиллари кўп бўлган пациентларни аниқлаш ва мавжуд хавф омилларини йўқотишга қаратилган фаолиятни ташкил этиш. Ушбу стратегик дастурни амалга ошириш асосан соғлиқни сақлаш тизими хусусан, бирламчи тиббиёт зиммасига тушади. Ушбу стратегияни амалга оширишда тиббий ва профилактик харажатлар ишни тўғри ташкил қилинган ҳолда эксперт баҳолашларга кўра СНКга қарши курашга сарфланадиган умумий маблағнинг 30% миқдорида бўлиб СНКдан ўлим кўрсаткичларини камйтиришга йўналтириладиган харажатларни 20% ташкил этади.

3. Иккиламчи профилактика стратегияси-замонавий юқори технология аралашувлар ва замонавий даволаш усуллари ёрдамида касалликни эрта ташхислаш ҳамда турмуш тарзини ўзгартириш, хавф омилларини бартараф қилиш ёрдамида асоратлар ривожланишини олдини олиш. Популяцион стратегиядан фарқли равишда юқори хавф ва иккиламчи профилактика стратегиялари асосида ўзгартириб бўладиган хавф омилларини кўп сонли аҳолида йўқотиш ёки камайтиришни таъминлаш орқали касалланиш ва ўлимни камайтириш имконияти мавжуд. Аммо шу билан бирга ушбу стратегик дастурларни бир биридан фарқлаш ва уларни бирортасини устун қўйиш эмас балки барчаси бир-бирини тўлдиришини инобатга олиб фойдаланиш зарур. Хавф омиллари мавжуд пациентларни аниқлаш мақсадида оддий ва тез бажариладиган усуллардан фойдаланилади.

Оппортунистик скрининг - тиббий муассасага муурожаат қилган барча кишиларни текшириш.

Селектив скрининг - бирор бир касалликнинг хавф омиллари мавжуд бўлган пациентларни текшириш (масалан: семизлик билан касалланганларни қандли диабет ва АГ текшириш). Пациентда хавф омилли аниқлангандан сўнг унда мавжуд хавф омилларни инобатга олган ҳолда суммар хавфни баҳоланади. Суммар хавфни баҳолаш нима учун зарур:

- СНК кўп факторли касалликлар қаторига киради;

- хавф омиллари орасида синергизм мавжуд;

- кўпинча кишиларда вақт ўтиши билан у ёки бу томонга ўзгарувчи бир нечта хавф омиллари мавжуд бўлади. Касалликнинг клиник белгилари бўлмаган кишиларда суммар хавфни баҳолаш турли шкалалар асосида олиб борилади (ЮКТ касалликлари учун SCORE шкаласи, СНК учун - "Орискон" шкаласи). Аҳоли зичлиги паст бўлган ҳудудларда СНК профилактикасининг яна бир зарур жиҳати стационаргача

бўлган ўлим кўрсаткичларини камайтириш бўлиб ҳисобланади. Расмий статистика маълумотларига кўра Россия Федерациясида қон айланиш тизими касалликларидан 2010 йил давомида 920444 киши вафот этган бўлиб бу умумий ўлим кўрсаткичининг 80%ни ташкил этади (умумий ўлим 1151917 киши).

Хулоса

Хулоса қилиб айтилганда кўпчилик давлатларни қамраб олган ва аҳолининг турли ижтимоий қатламлари ва ёш тоифаларида олиб борилган илмий тадқиқотлар натижаларига асосланиб ҳозирги даврда жамият учун энг кўп хавф солувчи касалликлар бу сурункали ноинфекцион касалликлар тоифасига кирувчи касалликлар эканлигини кўриш мумкин. Ушбу касалликлар оқибатида ўлим кўрсаткичлари текширилган ҳудудларда деярли бир хил эканлигини кўриш мумкин. Шу билан бир қаторда бу касалликларнинг сабабчилари орасида ўзгартириб бўладиган хавф омилларининг ҳам кўплиги ушбу касалликларга қарши кураш натижасида оқибатларини яхшилаш имкони мавжуд. ЖССТ маълумотларига кўра 60 ёшгача бўлган контингент орасида 70% ўлим ҳолатларининг олдини олиш мумкинлиги ўз исботини топган. Бунинг учун модификацияланувчи хавф омилларининг самарали профилактика чора-тадбирларини эрта амалга оширилиши талаб этилади. Шунингдек Хитойнинг Шанхай провинциясида 21.11.2016 й. қабул қилинган "Соғлом шаҳар" консенсусини омалаштириш ва Республикамиз миқёсида худди шундай дастурларни амалга ошириш натижасида сурункали ноинфекцион касалликларнинг профилактикасини яхшилаш имкони мавжуд.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Global Health Observatory (GHO) NCD mortality and morbidity URL [Электронный ресурс]. http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/index.html. Дата обращения: 28.04.2018 г.
2. Luepker R.V., Murray D.M., Jacobs D.R. et al. Community Education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota heart health program. //Am. J. Publ. Health. 1994; 84 (9): 1383-93.
3. Farquhar J.W., Maccoby N., Wood P.D. et al. Community education for cardiovascular health. /Lancet. 1977; 1 (8023): 1192-5.
4. Руководство по оценке процессов в профилактике неинфекционных заболеваний. CINDI/ВОЗ. EUR/ICP/IVST 01 02 10. / Копенгаген: ВОЗ; 1999:1-10.
5. Национальный проект "Здоровье". Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике [Электронный ресурс]. http://www.rost.ru/projects/health/health_main.html. Дата обращения: 19.03.2018г.
6. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. (рекомендации). Председатели рабочей группы по разработке рекомендаций. /М.Медицина 2013г. 20-34.
7. 9th Global Conference on Health Promotion. Shanhai-2016y. / Шанхайский консенсус по проблеме здоровых городов.
8. Миссия ООН в Кыргызстане: борьба с неинфекционными заболеваниями. <http://www.who.int/ncds/un-task-force/kyrgyzstan-mission-march-2016/ru/>. [Электронный ресурс].
9. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. //Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724.

Поступила 12.01. 2019

IMPORTANCE OF IODINE DONATION IN PREGNANCY IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Mamazhanova Sh.K., Mamadalieva MM, Khodzhaeva F.T.

Andijan State Medical Institute

✓ *Resume,*

It is known that diseases of the endocrine system, including the thyroid gland (thyroid gland), are among the five leaders among extragenital pathologies during pregnancy. One of the common forms of thyroopathy is autoimmune thyroiditis (AIT), the frequency of which in the population is 3-4%. A wide range of pathological conditions in pregnant women and newborns associated with autoimmune thyroiditis is described: miscarriage, threatened miscarriage, pre-eclampsia, placental insufficiency, fetal hypoxia, etc., in children - perinatal CNS damage, cardiopathy, morphofunctional immaturity, intellect, etc. explains the increased interest in the problems of managing pregnant women with this pathology.

Key words: autoimmune thyroiditis, iodine subsidy, pregnant woman, extragenital pathology.

ЗНАЧЕНИЕ ЙОДНОЙ ДОТАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Мамажанова Ш.К., Мамадалиева М.М., Ходжаева Ф.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт

✓ *Резюме,*

Известно, что заболевания эндокринной системы, в том числе, щитовидной железы (ЩЖ), входят в пятерку лидеров среди экстрагенитальной патологии при беременности. Одной из распространенных форм тиреопатий является аутоиммунный тиреоидит (АИТ), частота которого в популяции составляет 3-4 %. Описан широкий спектр патологических состояний у беременных и новорожденных, ассоциированный с аутоиммунным тиреоидитом: невынашивание, угроза прерывания беременности, преэклампсия, плацентарная недостаточность, гипоксия плода и др., у детей - перинатальное поражение ЦНС, кардиопатия, морфофункциональная незрелость, нарушение интеллекта и др. Это объясняет повышенный интерес к проблемам ведения беременных женщин с данной патологией.

Ключевые слова: аутоиммунная тиреоидит, йодная дотация, беременная женщина, экстрагенитальная патология.

АУТОИММУН ТИРЕОИДИТГА ЧАЛИНГАН ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЙОДЛИ ДОТАЦИЯ УСУЛИНИНГ АҲАМИЯТИ

Мамажанова Ш.К., Мамадалиева М.М., Ходжаева Ф.Т.

Андижон давлат тибийёт институти

✓ *Резюме,*

Ҳомиладорлик экстрагенитал патологиялари орасида эндокрин тизим касалликлари шу жумладан, қалқонсимон беги касаллиги долзарблиги билан ажралиб туради. Бу патологияларда аутоиммун тиреоидит етакчи ўринлардан бирини эгалайди. Унинг аҳоли популяцияси орасида тарқалиши 3 - 4 % ни ташкил қилади. Ҳомиладорларда бундай патологияларнинг кечиши она ва бола учун хавфли ҳисобланади. Аутоиммун тиреоидит ҳомиладорлик давридаги бола тушиш хавфига, преэклампсияга ҳомила йўлдоши этишмовчиликларига, гипоксияга ва бошқа касалликларга сабаб бўлади. Чақалоқларда эса МНСнинг перинатал зарарланишлари, кардиомиопатияларга, морфофункционал этишмовчиликларга, интеллект патологияларига олиб келади. Бу эса ушбу патологияларга жиддий ёндошиш ва ушбу муаммоли ҳолатларни ўз вақтида бартараф этиш зарурлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: аутоиммун тиреоидит, йодли дотация, ҳомиладорлик, экстрагенитал патологиялар.

The urgency of the problem

The search for ways to improve medical care for patients with AIT is carried out in several areas: the introduction of screening for thyroid pathology, optimization of hormone replacement therapy for hypothyroidism, the development of reference ranges for thyroid hormones during gestation, the question of whether it is appropriate to administer iodine during pregnancy, etc. [1, 3,7]. The last question is highly relevant for pregnant women with AIT who live in iodine-deficient regions. On the one hand, it is known that, in conditions of iodine deficiency, there is a high risk of spontaneous abortion and congenital fetal abnormalities, and in the

case of birth, hypothyroidism and physical and mental retardation [4,6]. On the other hand, there are data on the stimulating effect of excess iodine on the development of autoimmune diseases of the thyroid gland [2, 6]. Thus, a high frequency of autoimmune thyroiditis was noted in regions with high iodine intake [1,2,5]; the fact of an increase in the incidence of thyrotoxicosis and autoimmune thyroiditis after mass iodine prophylaxis in endemic areas has been established [3,5]; in animal experiments, the possibility of iodine-induced thyroiditis was shown [2,3,7]. All this determines the ambiguous attitude of endocrinologists and obstetricians and gynecologists to the issue of iodine prophylaxis in patients with autoimmune thyroiditis. In particular, in the national

guide on obstetrics [1], in the section concerning the drug treatment of hypothyroidism in the outcome of autoimmune thyroiditis during pregnancy, it is recommended to use only levothyroxine, "since iodine preparations can activate the autoimmune process". Thus, the lack of a unified approach to the correction of iodine status in pregnant women with autoimmune thyroiditis requires a more in-depth study of all aspects of this problem, which makes the present work relevant.

Purpose of the study. Assess the value of iodine subsidies in the prevention of obstetric and perinatal complications in pregnant women with autoimmune thyroiditis, as well as its influence on the course of the disease.

Materials and research methods

At the first stage, to assess the prevalence of thyroid pathology in the pregnant city of Andijan, as well as to identify the proportion of AIT in the structure of thyropathies, a group of 115 women was examined, formed by random sampling from pregnant women who applied for registration in the first trimester Andijan Women's Consultation in 2017-2018. In this group, a clinical, laboratory and instrumental study of the thyroid gland was conducted.

Results and its discussion

According to the results of the examination of pregnant women who applied for registration in the LCD, 29.6% of them had thyroid pathology, which significantly exceeded the registered incidence rate, which in 2009-2010 accounted for 3.7-6%. In the structure of thyropathy, primary hypothyroidism of non-immune etiology (17.4%), hypothyroidism in the outcome of AIT (8.7%) and euthyroid goiter (3.5%) prevailed. In 32.2% of pregnant women there were some deviations in the structure of the thyroid gland according to ultrasound: heterogeneity of echostructure, hypo-echogenicity of the parenchyma, cystic inclusions, cysts and nodular structures of predominantly small size (from 2-4 mm to 10 mm). This indicates a high degree of tension in the thyroid system in women living in the city of Andijan, which is probably due to unfavorable environmental factors, such as natural iodine deficiency and man-made pollution. The listed echographic changes in the thyroid tissue most often (in 81.1% of cases) were accompanied by an euthyroid state. The obtained data on the high prevalence of thyropathy, including those accompanied by hypothyroidism, among the examined pregnant women, on the one hand, and the lack of specific symptoms of subclinical forms of thyroid hypofunction on the other hand, allow us to conclude that it is necessary to introduce screening for thyroid pathology in pregnant women living in industrial metropolis in terms of natural iodine deficiency. As a screening test, the most informative is the determination of the level of TSH.

The study of the quality of the course of pregnancy and labor in patients of the main and control groups revealed the following features. Pregnant women with AIT had a high percentage of miscarriage. In 10 of them (10.6 ± 3.4%), the pregnancy ended in a spontaneous miscarriage, or a non-developing pregnancy occurred, in contrast to the comparison group, where there was not a single case of interruption ($p < 0.05$). Most of the

losses (80%) accounted for the first trimester. The risk of miscarriage during pregnancy was also more frequently observed in patients with AIT, but not significantly ($66.7 \pm 5.1\%$ and $48.4 \pm 9.0\%$, $p > 0.05$). In $19.0 \pm 4.3\%$ of patients of the main group and $3.2 \pm 3.2\%$ of the control group, the symptoms of threatened abortion remained permanently throughout pregnancy ($p < 0.05$). On the background of AIT, pregnancy was significantly more often complicated by moderate preeclampsia ($11.9 \pm 3.5\%$ and $0 \pm 2.9\%$, $p < 0.05$) and edema caused by pregnancy ($19.0 \pm 4.3\%$ and $6.5 \pm 4.4\%$, $p < 0.05$). There was a tendency to a greater frequency of intrauterine infection in patients with AIT, however, not reaching the degree of reliability: clinical, echographic and laboratory markers of intrauterine infection occurred in $25 \pm 4.7\%$ of the main pregnant women and $12.9 \pm 6.0\%$ ($p > 0.05$). Signs of placental insufficiency and chronic hypoxia were recorded with approximately the same frequency: $19.0 \pm 4.3\%$ and $16.1 \pm 6.6\%$ ($p > 0.05$). From extragenital pathology in the presence of AIT, anemia was significantly more frequently observed ($61.9 \pm 5.3\%$ and $38.7 \pm 8.1\%$, $p < 0.05$) and diseases of the upper respiratory tract ($20.2 \pm 4.4\%$ and $6.5 \pm 4.4\%$, $p < 0.05$).

When comparing groups I and II, there was a tendency to a lower incidence of miscarriage in the group with early iodine prophylaxis, which, however, did not reach the degree of confidence ($7.7 \pm 3.7\%$ and $14.3 \pm 5.4\%$, $p > 0.05$). The course of pregnancy was characterized by a significant frequency of the threat of termination in all the compared groups. At the same time, in the group with late iodine prophylaxis, the number of patients who had signs of threatened miscarriage was significantly higher than in the control group and significantly more than in the first group, although this difference did not reach the degree of confidence: $58.3 \pm 7.1\%$, $77.8 \pm 6.9\%$ and $48.4 \pm 9.0\%$, respectively, in the I, II and control groups ($p_{1,2} > 0.05$, $P_1, k > 0.05$, $p_2, k < 0.05$). (Here and below: p - characterizes the significance of differences between groups I and II, $P_i k$ - between groups I and III, rgd between groups II and III)

The total number of patients with threatened miscarriage and terminated pregnancies was 32 ($61.5 \pm 6.7\%$) in the first group and 34 ($81.0 \pm 7.0\%$) in the second ($p < 0.05$). Thus, the earlier prescription of iodine preparations in patients with AIT allowed to significantly reduce the risk of this complication by 1.3 times. The frequency of other complications of pregnancy did not have significant differences in the I and II groups, however, relative to the control group with late iodine prophylaxis, moderately severe preeclampsia was significantly more common ($13.9 \pm 5.8\%$, $0 \pm 2.9\%$, $p_2 > k < 0.05$).

To distinguish between the degree of influence of hypothyroidism and iodine deficiency itself on the incidence of pregnancy complications, we compared the groups with early and late iodine prophylaxis with baseline euthyroidism (groups IE and IIE) and with baseline hypothyroidism (groups IG and IIG). The average level of TSH was $1.62 \mu\text{IU} / \text{ml}$ and $1.49 \mu\text{IU} / \text{ml}$ in groups I E and II E ($p > 0.05$), and 4.85 and $5.27 \mu\text{IU} / \text{ml}$ in groups IG and IIG ($p > 0.05$). In the case of late iodine prophylaxis, the incidence of miscarriage was greater with both initial euthyroidism and initial hypothyroidism. Those with the same functional state of the thyroid gland, miscarriages more often occurred in the absence of timely

iodine subsidies. The maximum difference with the control group, reaching a degree of reliability, was observed in the group where there was a combination of hypothyroidism with late iodine prophylaxis

The frequency of the threat of interruption in the initial euthyroidism did not depend on the time of the onset of iodine prophylaxis and was comparable to the comparison group (Fig. 3). With initial hypothyroidism, the frequency of the threat of interruption was significantly higher with late iodine prophylaxis (1.4 times). This fact suggests that the role of iodine in the prevention of the threat of miscarriage is mediated primarily through the normalization of the functional state of the thyroid gland, which is confirmed by data from a study of thyroid status (see below). Thus, the timely administration of iodine preparations, in addition to hormone therapy with levothyroxine, to patients with autonomic insulin therapy with initial hypothyroidism can significantly reduce the frequency of threatened abortion and level the difference in this complication with the control group.

There was no significant difference between the first and second groups, although with respect to the comparison group, the percentage of late births was still significantly higher in the group with late iodine prophylaxis. The frequency of premature delivery was not significantly different in the compared groups. Thus, the earlier prescription of iodine prophylaxis in patients with AIT promoted the optimization of delivery times by reducing the percentage of late births. The duration of delivery periods, the number of complications in childbirth and the postpartum period, the frequency of abdominal delivery were comparable in groups with AIT and healthy pregnant women and did not depend on the time of onset of iodine prophylaxis and functional status of the thyroid gland at the beginning of pregnancy, probably due to the fact that the onset of labor all patients were compensated for both hypothyroidism and iodine deficiency.

To study the role of antenatal iodine prophylaxis in pregnant women with autonomous respiratory tract in shaping the health potential of children, two groups of newborns from mothers with autonomous respiratory infections were analyzed: group I (n = 46) included children whose mothers received antenatal iodine prophylaxis from early pregnancy (up to 12 weeks), in group II (n = 36) - the children of those mothers whose iodine prophylaxis was started in the late period (after 12 weeks). The comparison group (n = 31) consisted of children from mothers who do not have thyroid pathology and who received iodine preparations from the early gestational age. The majority of women with AIT children were born in a satisfactory condition, with Apgar score of 8-9 points. $22.8 \pm 4.6\%$ of the newborns of the main group and $0 \pm 2.9\%$ of the control group ($p < 0.05$) had one or another degree of asphyxiation. In most cases, asphyxia had a mild severity, i.e. corresponded to 6-7 points on the Apgar scale. In the main group, the average Apgar score in the first minute was significantly lower than in the control (7.84 and 8.39 points, $p < 0.01$). The state of children at birth did not depend on the time of onset of antenatal iodine prophylaxis: the Apgar score in the first minute was 7.84 ± 0.21 and 7.86 ± 0.14 points in groups I and II ($p > 0.05$). The anthropometric characteristics of full-term newborns did not differ significantly in all the compared groups, although the average height of the newborns was still lower in the group with late iodine

prophylaxis: 51.61 ± 0.33 (51; 53) cm in the first group, 50.81 ± 0 , 68 (49; 54) cm in the second group and 51.77 ± 0.34 (50; 53) cm in the control group (the 25th and 75th percentiles in brackets). The average weight of full-term newborns was almost the same in all the compared groups: 3457 ± 69 (3246; 3660) g in the first, 3441 ± 89 (2952; 3774) g in the second and 3457 ± 70 (3180; 3633) g in the control. It is important to note that with the same average weight in group II, the proportion of both low-weight and large children was greater. In particular, intrauterine growth retardation of children occurred with a frequency of $13.3 \pm 4.2\%$, $24.2 \pm 7.5\%$ and $9.7 \pm 5.3\%$, respectively, in groups I, II and III ($r_i > 0.05$, $p_{1D} > 0.05$, $p_{2D} > 0.05$). The largest children (weighing more than 4 kg at birth) among full-term were $11.1 \pm 4.7\%$ in Group I, $15.2 \pm 6.2\%$ in Group II and $9.7 \pm 5.3\%$ in control ($p_1 > 0.05$, $p_{1D} > 0.05$, p_2 , $c > 0.05$). In general, the frequency of birth of full-term babies with the so-called polar body weight, i.e. weighing < 2800 g or > 4000 g, was $21.7 \pm 6.1\%$, $38.8 \pm 8.1\%$ and $12.9 \pm 6.0\%$, respectively, in the I, II and III groups, i.e. in the group with late iodine prophylaxis of such children, there was significantly more than the control group ($p_{1\check{Y}2} > 0.05$, p_1 ; $K > 0.05$, P_2 , $k < 0.05$). Considering that children with polar weight at birth are at risk for the development of certain somatic and endocrine pathologies in the future, as well as disorders in the reproductive sphere, it can be said that the lack of timely antenatal iodine prophylaxis is one of the factors that reduce health potential baby. The frequency of various paraphysiological conditions in the early neonatal period, such as physiological jaundice, toxic erythema and neonatal digestive disorders, as well as congenital diseases, birth trauma and functional cardiopathy in children from AIT mothers did not significantly differ from those in the comparison group and did not depend on the duration iodine prophylaxis. Perinatal CNS damage was significantly more frequently recorded in children from mothers with AIT who received iodine prophylaxis from late gestation: $46.3 \pm 7.8\%$ and $70.0 \pm 8.4\%$ of cases, respectively, in groups I and II ($p < 0$, 05).

In the group of children with late iodine prophylaxis, according to neurosonography, subependymal cysts were significantly more frequent, the etiology of which is associated with hypoxia or minor hemorrhages in the region of the ventricles of the brain, and which can be considered as echographic markers of perinatal CNS lesions of hypoxic genesis. These cysts were diagnosed in $0 \pm 2.3\%$ of children of the first group, $12.9 \pm 6.0\%$ of children of the second group and $4.0 \pm 3.9\%$ of children in the control group (p_i , $2 < 0.05$, p_i , $K > 0.05$, p_2 , $k > 0.05$). Analysis of the incidence of children in the first year of life revealed a significantly high prevalence of intrauterine infection among children from mothers with AIT: in $19.7 \pm 4.7\%$ of cases versus $7.4 \pm 4.9\%$ in the control group ($p < 0.05$). At the same time, the duration of iodine prophylaxis during pregnancy had no significant effect on the incidence of this pathology. Children born to mothers with AIT were significantly more likely to have colds: the frequency of ARVI in the first year of life was 2.48 and 1.5 cases per person per year, respectively, in the main and control groups ($p < 0.01$). At the same time, in the group with late iodine prophylaxis, the incidence of ARVI was slightly higher than in the group with early iodine prophylaxis, and significantly higher than in the control group: 2.19, 2.86 and 1.50 cases per person per year, respectively, in I, II and III groups ($p_{12} > 0.05$,

Pi, $k > 0.05$, $p_2, k < 0.05$). It also draws attention to the fact that in group II, much more often than in others, respiratory diseases were more severe. In particular, in $26.7 \pm 8.1\%$ of children in the second group of acute respiratory viral infections were complicated by bronchitis or broncho-obstructive syndrome, which required hospitalization, while in the first and control groups the percentage of such children was $14.6 \pm 5.5\%$ and $14.8 \pm 6.1\%$ ($p_1, 2 > 0.05$, $p_i, K > 0.05$, $P_2, c > 0.05$). Urinary tract infections were also significantly more frequently recorded in group II, in $13.3 \pm 6.2\%$ of children versus $2.4 \pm 2.4\%$ in the first and $0 \pm 3.6\%$ in the control groups ($p_1 > 2 > 0.05$). , $p_{ii}K > 0.05$, $p_2 > k < 0.05$) (Fig. 6). In general, we can talk about a high propensity for infectious and inflammatory processes, indicating the failure of anti-infective protection in children born to mothers with AIT. One of the factors that reduce the likelihood of infectious diseases in this category of children is the timely start of antenatal iodine prophylaxis.

A study of the catamnesis on the incidence of hypothyroidism in children under 5 years of age showed that children whose mothers received potassium iodide from late gestation were slightly more likely to have mild hypothyroidism - $16.7 \pm 6.8\%$ of cases versus $0 \pm 2, 3\%$ in the first group ($p < 0.05$). In almost all children, thyroid hypofunction was characterized by mild severity: the level of TSH slightly exceeded the upper limit of the age reference range. The negative effect of late onset of iodine prophylaxis on the thyroid status of a child is also confirmed by the data of the ultrasound examination of the thyroid in children 1 year old: in four people out of 13 examined ($33.3 \pm 13.1\%$) in group II there were some or other structural changes in the thyroid gland echostructures, the presence of nodal education, increased vascularization), which differed significantly from group I, where all children had normal thyroid structure, but this difference did not reach the degree of certainty ($p > 0.05$).

To assess the possible negative effect of iodine preparations on the activity of the autoimmune process in the thyroid gland, the thyroid status was studied in patients with AIT during the gestation period. The study showed that at the beginning of pregnancy the median of ioduria was $100 \text{ xg} / \text{l}$ in the main group and $102.5 \text{ xg} / \text{l}$ in the control group ($p > 0.05$). At the same time, iodine concentration less than $150 \text{ xg} / \text{l}$ was noted in the overwhelming majority of urine samples - in 89% of patients. Of these, 5% of women had iodorrhea less than $50 \text{ xg} / \text{l}$, and in 41% , they corresponded to $50\text{-}100 \text{ xg} / \text{l}$. Thus, pregnant women with AIT, as well as healthy ones, use insufficient amounts of iodine with food and need additional iodine subsidies.

An analysis of the dynamics of the ultrasound picture of the thyroid gland during the gestation period revealed that in the patients of the control group, by the end of pregnancy, there was a significant increase in the size of the thyroid gland, on average, by 1.94 cm^3 , which accounted for 20.7% of the initial volume. This is consistent with the idea that increased stimulation of the thyroid during pregnancy normally leads to an increase in thyroid volume and an increase in the synthesis of thyroxine, which reflects the mechanisms of the physiological adaptation of the thyroid gland to pregnancy. In pregnant women with AIT, the dynamics of the thyroid volume was multidirectional: in the majority (63.9%) there was an increase in the size of the thyroid gland by the end

of pregnancy, in the rest (36.1%) a decrease. In groups with early and late iodine prophylaxis, this ratio was approximately the same.

An increase in the size of the thyroid gland was observed mainly in patients with initially normal size of the thyroid gland and euthyroidism, including medication persisting throughout pregnancy. The increase in thyroid volume averaged 18% from baseline, which was comparable with the group of healthy pregnant women. This may indicate that the majority of patients with AIT retain the compensatory capabilities of the thyroid gland, therefore, "healthy", i.e. undamaged by an autoimmune process, thyrocytes need a sufficient amount of iodine to cover the growing need for thyroid hormones during gestation, which makes it necessary to use iodine subsidies in pregnant women with AIT. A decrease in the size of the thyroid gland towards the end of pregnancy was more often registered in patients with initially increased thyroid volume and / or hypothyroidism compensated for the second trimester of pregnancy, which can be regarded as a positive trend during autoimmune thyroiditis during the gestation period.

Analysis of ultrasound symptoms of thyroiditis revealed a tendency to reduce the heterogeneity of the structure of the thyroid gland by the end of pregnancy in both subgroups of patients with AIT, which can be regarded as an echographic confirmation of a decrease in the activity of AIT during pregnancy. From the other ultrasound symptoms of AIT, there were no significant changes in both the first and second groups.

A significant decrease in the level of antibodies to TPO by the end of pregnancy also indicated a suppression of AIT activity during gestation. In the first group, the concentration of AT-TPO decreased 4.1 times (double $t = 5.652$, $p < 0.01$), in the second group - 3.2 times (double $t = 3.154$, $p < 0.01$). The average decrease in AT-TPO was almost the same in both groups: the difference in geometric mean values in I and III trimesters was $276.93 \text{ ME} / \text{ml}$ in the first group and $273.72 \text{ ME} / \text{ml}$ in the second ($p > 0.05$). The absence of a difference suggests that physiological doses of iodine do not have a stimulating effect on the AIT activity.

The study of the functional state of the thyroid gland in pregnant women with AIT revealed a high incidence of hypothyroidism in the first trimester of pregnancy - in 60.6% of patients. In the overwhelming majority of cases (89.5%), a subclinical form occurred. A high percentage of hypothyroidism in early pregnancy is associated, firstly, with late diagnosis of this pathology due to the lack of laboratory screening in women planning pregnancy, and, secondly, with insufficient compensation for hypothyroidism at the pregravid stage in patients with AIT diagnosed before of pregnancy.

Thus, the prescription of iodine preparations for pregnant women with autoimmune thyroiditis living in conditions of natural iodine deficiency is justified by virtue of the proven iodine deficiency in this category of pregnant women and is advisable, since helps reduce the risk of miscarriage and threatened abortion, pre-eclampsia and edema caused by pregnancy, and also has a positive effect on children's health, reducing the likelihood of birth of children with polar weight, reducing the frequency of perinatal CNS damage, susceptibility to infectious and inflammatory diseases and the risk of developing hypothyroidism in early childhood. At the same time, antenatal iodine prophylaxis is safe in relation to the

activity of the autoimmune process in the thyroid gland, as evidenced by the positive dynamics of the echographic pattern of the thyroid gland (a decrease in the initially increased volume and an increase in the structure homogeneity), as well as a decrease in the level of antithyroid antibodies in the serum by the end of pregnancy in AIT patients on the duration of the use of iodine preparations. Moreover, the early administration of potassium iodide to patients with AIT increases the effectiveness of hypothyroidism treatment during pregnancy, which requires a less significant increase in the dose of levothyroxine in patients with compensated hypothyroidism, and a more rapid euthyroid state is achieved in patients with uncompensated hypothyroidism.

Conclusion

1. When registering for antenatal care, 29.6% of pregnant women living in the city of Perm have a thyroid gland pathology, which is much higher than the registered incidence rate. In the structure of thyropathy, hypothyroidism of non-immune and autoimmune etiology prevails.

2. Pregnant women with autoimmune thyroiditis, living in the zone of moderate iodine deficiency, have insufficient iodine maintenance, as evidenced by the low level of iodine median (100 xg / l).

3. The timely appointment of iodine prophylaxis (up to 12 weeks of pregnancy) in combination with levothyroxine to patients with hypothyroidism in the outcome of autoimmune thyroiditis reduces the incidence of miscarriage and threatened abortion by 1.4 times, and

also reduces the frequency of preeclampsia and edema caused by pregnancy. Early use of iodine preparations in patients with autoimmune thyroiditis optimizes delivery times by reducing the percentage of late births.

BIBLIOGRAPHY:

1. Kapustina E.Yu. Obstetric and Perinatal Aspects of Autoimmune Thyroiditis / E.Yu.Kapustina, Ye.A.Sandakova // Perm Medical Journal. -2010. -№2.-С. 139-145.
2. Kapustina E.Yu. Features of pregnancy in women with autoimmune thyroiditis in the city of Perm / E.Yu.Kapustina, E.A.Sandakova // Proceedings of the scientific session of the PGMA. - Perm. - 2011. - p. 149-151.
3. Sandakova E.A. Effect of iodine deficiency on the course of pregnancy in women with autoimmune thyroiditis / E.A. Sandakova, E.Yu. Kapustina // Family Health - 21st Century. [email resource] Cyr: //P1-21.regi.gi/ag! y.rr? pit = 15 -2013.- №1. - P.173-183.
4. Sandakova E.A. The effect of iodine prophylaxis on the activity of autoimmune thyroiditis during pregnancy / Ye.A. Sandakova, E.Yu. Kapustina, N.Ye. Zalesna, N.V.Chudinov // Obstetrics and Gynecology, - 2014 -№ 1.- P.78-82.
5. Sandakova E.A. The effect of iodine prophylaxis on the quality of the course of pregnancy in patients with autoimmune thyroiditis / Ye.A. Sandakova, E.Yu. Kapustina // Information technologies in medicine and pharmacology (Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference). - Rostov-on-Don. - 2014. - P.8-13.
6. Sandakova E.A. The influence of antenatal iodine prophylaxis on the growth and development of children in the first year of life / E.A. Saidakova, E.Yu.Kapustina, R.N.Trefilov, L.V.Safronova // Russian Journal of Perinatology and Pediatrics.- 2015.- №1.- P.71-76.
7. Sandakova E.A. Influence of autoimmune thyroiditis in pregnant women on the health status of infants / E.A. Sandakova, E.Yu.Kapustina // Obstetrics and Gynecology. - 2015. - №2. - P.81-86.

Поступила 29.12. 2018

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

¹Махкамова Д.Э., ²Зияев С.М., ²Махкамова Н.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский государственный стоматологический институт

✓ Резюме,

Обследованы 92 дети врожденной расщелиной неба с воспалительными заболеваниями миндалин глотки в возрасте от 5 до 15 лет. Для оценки динамики субъективных и объективных данных использовали визуально-аналоговую шкалу по 5-балльной системе. Результаты исследования показали, применение раствора морской воды с экстрактом Алоэ веры и Ромашки римской при данной патологии у детей с врожденной расщелиной неба позволяет добиться выраженного, стойкого клинического эффекта.

Ключевые слова: воспалительные заболевания миндалин кольца Пирогова-Вальдейера, врожденная расщелина неба

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛИ БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

¹Махкамова Д.Э., ²Зияев С.М., ²Махкамова Н.Э.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент давлат стоматология институти

✓ Резюме,

Мазкур ишда Пирогов-Вальдейер халқаси муртаклари яллиғланиши билан 5 дан 15 ёшгача бўлган 92 та туғма танглай кемтикли болалар текширилган. Субъектив ва объектив маълумотларнинг динамикасини баҳолаш учун 5 баллиқ тизимга кўра визуал аналог шкала ишлатилинган. Текширув натижалари туғма танглай кемтикли болаларда халқум соҳасидаги яллиғланиш жараёнларида "Денгиз суви" билан алоэ ва мойичечак аралашмасидан фойдаланиш клиник даво самарадорлигини оширганини кўрсатди.

Калит сўзлар: Пирогов-Вальдейер халқаси муртаклари яллиғланиши, туғма танглай кемтиги

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

¹Makhkamova D.E., ²Ziyaev S.M., ²Makhkamova N.E.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent State Stomatological Institute

✓ Resume,

Surveyed 92 children congenital cleft palate with inflammatory diseases of the pharyngeal tonsils aged 5 to 15 years. To assess the dynamics of subjective and objective data, a visual analogue scale was used according to a 5-point system. The results of the study showed the use of the drug solution of sea water with extract of aloe and chamomile in this pathology in children with congenital cleft palate allows achieving a pronounced, persistent clinical effect.

Keywords: inflammatory diseases of the tonsil ring Pirogov-Valdeyera, congenital cleft palate

Актуальность

У детей с ВРГН длительно существующее нарушение носового дыхания вызывает ряд отклонений от нормы, как местного, так и общего характера. Это одна из причин возникновения воспалительных процессов в верхних дыхательных путях. Поэтому ранняя пластика неба является основной мерой профилактики возникновения и развития патологии со стороны верхних дыхательных путей. Наличие очагов инфекции в непосредственной близости с дефектом неба затрудняет проведение уранопластики и может отрицательно сказываться на исходах операции.

Проблемы выполнения аденоотомии и тонзиллоэктомии у детей с врожденными расщелинами неба до настоящего времени не имеет единого решения. Одни авторы настаивают на удалении аденоидов и гипертрофированных небных миндалин у детей с ВРГН для оздоровления носоглотки и лечения имеющихся евстахиитов, отитов [4,6,11]. Другие авторы выступа-

ют против тонзиллоэктомии и аденоотомии в виду опасности усиления открытой гнусавости и возможности образования рубцовых контрактур [3,7,10], а также учитывая то, что небные миндалины выполняют важные функции в иммунной системе человеческого организма, первостепенной задачей является органосохраняющая тактика в лечении хронического тонзиллита [2,5,8].

Лечение аденоидитов и хронического тонзиллита представляет собой определенные трудности. Это связано с тем, что в арсенале средств, которые используются для лечения хронического тонзиллита, встречаются препараты из всех лекарственных групп. Среди них антибиотики, антисептики, сульфаниламиды, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, а также антигистаминные средства, кортикостероиды и многие другие [1,9,13]. Местное применение многих из них требует научной доказательной базы [1,12]. В последнее время в ЛОР-практике используются растворы морской воды. Уникальный

состав солей и микроэлементов средства для орошения и промывания горла АКВАЛОР позволяет стимулировать ретикуляцию эпителия крипт, эффективность которой зависит от присутствия и концентрации экстракта Алоэ веры и Ромашки римской.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности средства для орошения и промывания носа, носоглотки и горла АКВАЛОР в лечении аденоидитов и тонзиллитов у детей с ВРН.

Материал и методы

Совместно с лабораторией III-клиники ТМА и поликлиники ЛОР болезней были обследованы 39 детей с аденоидитом и 53 ребенка с хроническим тонзиллитом компенсированной формы в возрасте от 5 до 15 лет у детей с врожденной расщелиной неба, которые находились в стационарном лечении в отделение детской хирургической стоматологии ТГСИ. Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, при этом наибольшее внимание уделялось объективной фарингоскопии, микробиологическому исследованию содержимого крипт глоточной миндалины и лакун небных миндалин. Проведенные бактериологические исследования до лечения показали, что у 85,6 % обследованных лиц в миндалинах обнаруживались ассоциации стафилококков со стрептококками. Из содержимого лакун были выделены золотистый стафилококк в 52,5 %, эпидермальный стафилококк - в 14,9 %, бета-гемолитический стрептококк -

в 18,2 %, диплококки и тетракокки - в 7 % и дрожжеподобные грибы рода *Candida* в 7,4 % случаев.

Все дети были распределены на 2 группы - основную (68 пациента) и контрольную (24 пациента). Всем детям проводилось промывание лакун небных миндалин каждый день курсом 8-10 процедур: в контрольной группе - раствором фурацилина, основной - средством для орошения и промывания носа, глоточной миндалины - АКВАЛОР норм и для орошения и промывания небных миндалин - АКВАЛОР горло. В связи с хорошей обзорностью и доступностью носоглотки через расщелину неба применяли промывание крипт глоточной миндалины у детей с аденоидитами, а санация лакун небных миндалин проводилась методом, который был предложен Н.В. Белоголовым.

Результат и обсуждение

Для оценки динамики субъективных и объективных данных использовали визуально-аналоговую шкалу по 5-балльной системе: за 0 баллов принимали отсутствие данного симптома, за 5 баллов - его максимальное проявление. Эффективность лечения определялась также по уменьшению микробной обсемененности миндалин до и после лечения (на 14-й день). Побочных действий средства для орошения и промывания глоточной и небных миндалин АКВАЛОР норм и АКВАЛОР горло нами не выявлено. Все дети отмечали хорошую переносимость препарата.

Таблица 1.

Местные признаки хронического тонзиллита у обследованных больных

Признаки	Основная группа <i>n</i> = 68	Контрольная группа <i>n</i> = 24
Гиперемия и валико-образное утолщение краев небных дужек	62	21
Наличие паталогического отделяемого небных миндалин	59	19
Наличие рубцов и спаек миндалин с дужками	52	15
Уплотнения и рубцовые изменения лакун небных миндалин	25	8
Регионарный лимфаденит	55	17

Анализ динамики субъективных данных в процессе лечения выявил более значительные положительные сдвиги у детей основной группы по сравнению с

детьми контрольной группы. Так, боль при глотании у детей основной группы до лечения составила $3,40 \pm 0,49$ балла, в контрольной группе - $3,10 \pm 0,45$. Через 7

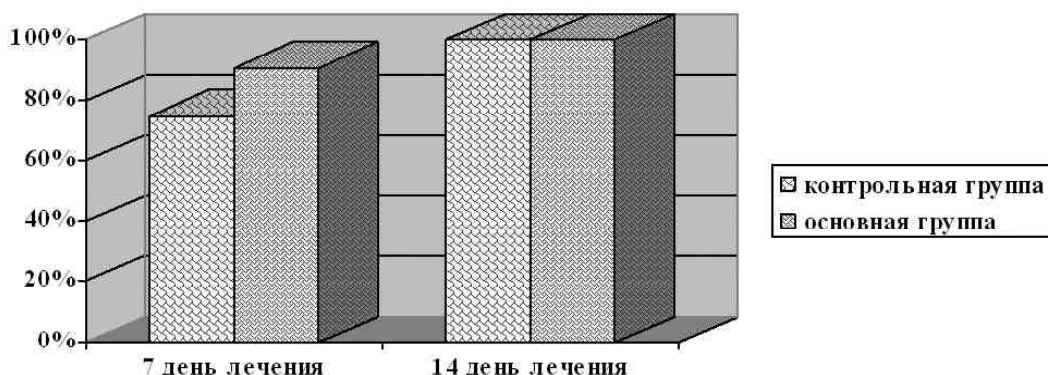


Рис. 1. Динамика уменьшения признака боль при глотании у детей с хроническим тонзиллитом, %.

дней боль при глотании у 59 (90,62 %) пациентов основной и 16 (75 %) контрольной группы исчезла, у остальных значительно уменьшилась: у 7 (9,38 %) детей основной группы - до 0,8 балла, у 6 (25 %) пациентов контрольной группы - до 1,10 ± 0,26 балла. На 14-й день боль при глотании исчезла в основной и контрольной группах ($p < 0,01$) (рис. 1).

Дисфагия до начала лечения в основной группе составила 4,40±0,42 балла, в контрольной - 4,50±0,39

балла. Через 7 дней лечения дисфагия исчезла у 40 (60,93 %) детей основной группы и у 9 (40 %) контрольной группы, у остальных уменьшилась: у 26 (39,07 %) пациентов основной группы - до 2,40 ± 0,38 балла, у 13 (60 %) человек контрольной группы - до 3,3 ± 0,5. К 14-му дню дисфагия полностью исчезла у детей основной группы и у 8 (35 %) пациентов контрольной группы, у остальных детей контрольной группы этот показатель составил 1,40 ± 0,34 балла ($p < 0,05$) (рис. 2).

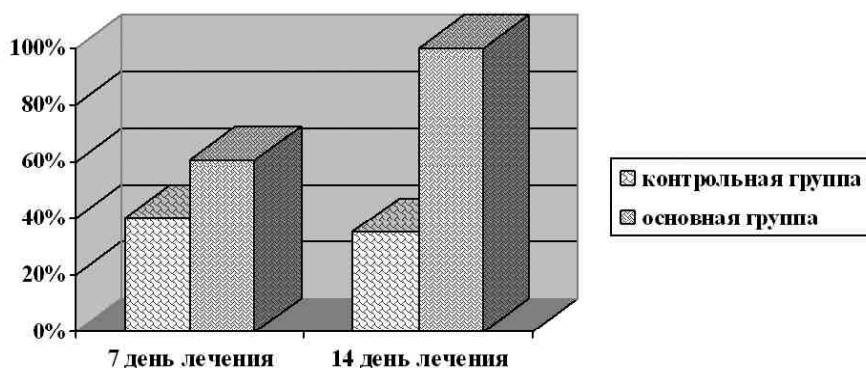


Рис. 2. Динамика уменьшения признаков дисфагии у детей с хроническим тонзиллитом, %.

Гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки небных дужек в основной группе до лечения составила 4,80 ± 0,37 балла, в контрольной - 4,70 ± 0,35 балла. На 7-е сутки у 57 (87,5 %) детей основной группы снизилась до 2,10 ± 0,44 балла и у 13 (60 %) человек

контрольной группы - до 2,90 ± 0,38 балла. Через 14 дней у 61 (93,75 %) ребенок основной группы - 0,8 ± 0,5 и у 16 (80 %) пациентов контрольной группы - 1,30 ± 0,41 балла ($p < 0,05$) (рис. 3).

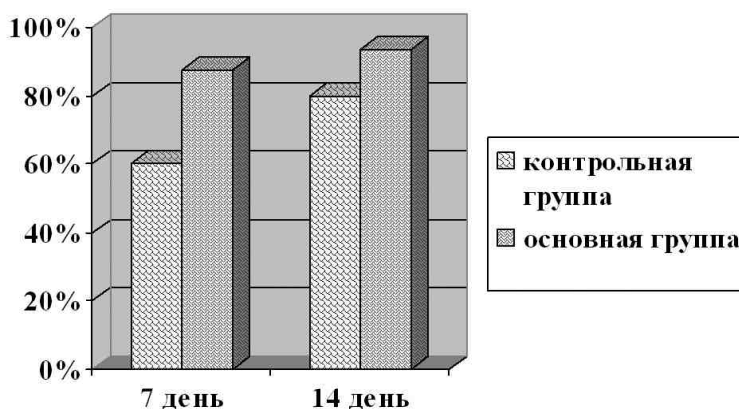


Рис. 3. Динамика фарингоскопической картины у детей с хроническим тонзиллитом, %

После проведенного лечения отмечалось уменьшение микробной обсемененности миндалин, более выраженное у детей основной группы (59 детей, 90,62

%), нежели в контрольной группе (13 больных, 60 %) (рис. 4).

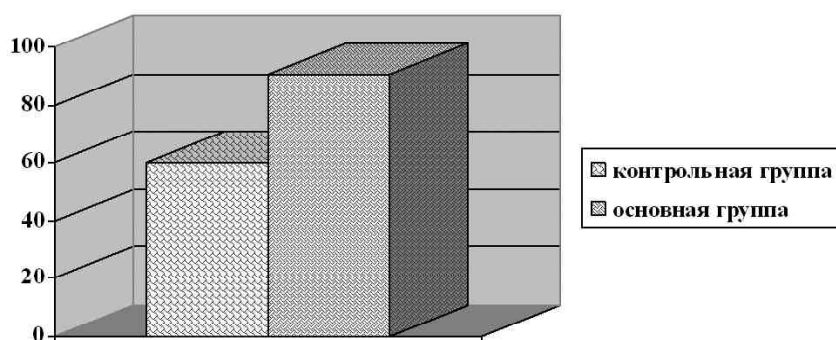


Рис. 4. Динамика бактериограммы (лакун небных миндалин) у детей с хроническим тонзиллитом, %

Выводы:

1. Препарат оказывает положительное осмотическое и тканевое давление на микрофлору, вследствие чего нарушается функция клеточных мембран, вызывая, таким образом, гибель патогенных агентов.

2. Применение у детей средства для орошения и промывания горла АКВАЛОР ГОРЛО позволяет добиться выраженного, стойкого клинического эффекта, подтвержденного катанамнестически, что свидетельствует о его высокой терапевтической эффективности и позволяет рекомендовать препарат для широкого применения в комплексном лечении хронического тонзиллита у детей.

Таким образом, при решении вопроса об удалении аденоидов и небных миндалин важно принимать во внимание все факторы риска, взвешивать их влияние во взаимосвязи, как с общим состоянием больного, так и в связи с влиянием на слух и речь. А также необходимо раннее консервативное лечение имеющихся воспалительных процессов верхних дыхательных путей, воспалительных заболеваний среднего уха во избежание аденоотонзилотомии у этой категории детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абабий И.И. Консервативное лечение больных хроническим неспецифическим тонзиллитом 0,01% раствором мирамистина //Мат-лы Российской конференции оториноларингологов. Вестник оториноларингологии / И.И.Абабий, В.А. Попа.- М.: 2002. - С. 280.
2. Баранов А.А., Насонов Е.Л., Алексеева Е.И., Эрлес Ш.Ф., Ильин А.Г. Состояние специализированной ревматологической помощи детям и взрослым в Российской Федерации. Проект Федеральной целевой программы "Ревматические болезни 2008-2012 гг." //Научно-практическая ревматология. - 2007. №2. С.4-8.
3. Белов Б.С., Кузьмина Н.Н Острая ревматическая лихорадка / Научно-практическая ревматология. - 2009. прил.к №2. С.3-8.
4. Заболевимость населения России в 2008 г.: Статистические материалы в 2-х частях. // М.: Гэотар-Мед. - 2009 г.
5. Крюков А.И., Изотова Г.Н., Захарова А.Ф., Чумаков П.Л., Киселева О.А. Актуальность проблемы хронического тонзиллита. //Вестн. Оторинолар. - 2009. №5. - С.5-10.
6. Крюков А.И., Туровский А.Б., Елисеев О.В., Шостак Н.А., Жуховицкий В.Г. Анализ эффективности консервативного лечения простой формы хронического тонзиллита. //Вестн. Оторинолар.- 2006.
7. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрлес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века. //Научно-практическая ревматология. - 2003г. №1. С.6-10.46
8. Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. /М.: "ГЭОТАР - Медиа". 2006. С. 544.
9. Туровский А.Б., Талалайко Ю.В., Изотова Г.Н., Захарова А.Ф., Киселева О.А., Чумакова П.Л. Острый тонзиллофарингит. //РМЖ - 2009 г. том 17. №19. С. 21-24.
10. Шпынев К.В., Кречиков В.А. Современные подходы в диагностике стрептококкового фарингита. //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия - 2007. том 9. №1. С. 20-33.
11. Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. Jr, Kaplan E.L. Schwartz R. N., for the Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis.-2002.- 35(2). P.113-125
12. Sehhati-Chafai-Leuwer S, Wenzel S, Bschorer R, Seedorf H, Kucinski T, Maier H, Leuwer R. Pathophysiology of the Eustachian tube--relevant new aspects for the head and neck surgeon. //J. Craniomaxillofac Surg. 2006 Sep;34(6):351-4. Epub 2006 Jul 21.
13. Thom SA, Hoit JD, Nixon TJ, Smith AE. Velopharyngeal function during vocalization in infants. Cleft Palate Craniofac //J. 2006 Sep; 43(5):539-46.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Махкамова Н.Э., Чакканова М.Б., Умаров Д.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

✓ Резюме,

Проанализированы результаты монотерапии сенсоневральной тугоухости, включающие использование препарата ницерголин (действие - альфа-адренолитическое, вазодилатирующее, улучшающее мозговое кровообращение), благодаря которому у большинства пациентов удалось уменьшить интенсивность шума и улучшить параметры слуха.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, ницерголин

СЕНСОНЕВРАЛ ГАРАНГЛИКЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Махкамова Н.Э., Чакканова М.Б., Умаров Д.А.

Тошкент давлат стоматология институти

✓ Резюме,

Мазкур ишда сенсоневрал гарангликда ницерголин (фаолияти - алфа-адренолитик, вазодилатация, мия қон айланишини яхшилайдиган) дори воситасини қўллаш натижалари таҳлил қилинган, ҳамда беморларда қўлоқдаги шовқинни камайиши ва эшитиш фаолиятини яхшиланиши кузатилган.

Калит сўзлар: сенсоневрал гаранглик, ницерголин

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

Makhkamova N.E., Chakkanova M.B., Umarov D.A.

Tashkent State Stomatological Institute

✓ Resume,

This paper presents the results of monotherapy sensorineural hearing loss, including the use of the drug nicergoline (action - alpha-adrenolytic, vasodilating, improves cerebral circulation), due to which the majority of patients managed to reduce the intensity of the tinnitus and improve the parameters of hearing, are analyzed.

Keywords: sensorineural hearing, nicergoline

Актуальность

Лечение больных с нейросенсорной тугоухостью - одна из актуальных проблем современной оториноларингологии. В первую очередь это объясняется социальной значимостью указанной патологии [3,7]. Многообразие способов лечения свидетельствует о сложности данной проблемы. Решение проблемы нейросенсорной тугоухости тесно связано с успехами лечения и профилактики сосудистых заболеваний. Высокая чувствительность клеток спирального органа к кислородной недостаточности приводит к тому, что нарушение кровообращения во внутреннем ухе может влиять на остроту слуха, причем чаще развивается хроническая прогрессирующая тугоухость, реже - острая. Установлено, что атеросклероз сосудов головного мозга обуславливает поражение слуховой системы на уровне основного завитка улитки, которая кровоснабжается в основном позвоночными и базилярной артериями. Наиболее неблагоприятным является сочетание атеросклероза и гипертонической болезни, что приводит к вторичным нарушениям микроциркуляции в сосудистой полоске и может быть одной из частых причин нейросенсорной тугоухости у пациентов независимо от возраста [2]. Комплексное лечение больных с патологией сосудов головного мозга предусматривает применение препаратов, избирательно улучшающих мозговую кровоток и реологические свойства крови, оказывающих ноотропное действие и способствующих активации нейрометаболизма [1,4]. Нам представилось целесообразным применить при нейросенсорной ту-

гоухости ницерголин (сермион) производства компании "Pfizer", который в наибольшей мере соответствует указанным требованиям. Сермион, или ницерголин, дериват лизергиновой кислоты, был синтезирован в 60-х годах. По химической структуре является аналогом алкалоидов спорыньи, содержащий помимо эрголинового ядра бромзамещенный остаток никотиновой кислоты. По данным W. Копорка и соавторов (1997), ницерголин эффективнее кавинтона при лечении больных с акустической травмой. Улучшение слуха при этом отмечали наиболее часто, если лечение ницерголином начинали в течение первой недели после травмы. Учитывая высокую клиническую эффективность и безопасность применения ницерголина в высоких дозах, нами изучена целесообразность его использования в лечении больных с нейросенсорной тугоухостью. Для сравнения ретроспективно изучили истории болезни больных с нейросенсорной тугоухостью, которым проводили комплексное сосудисто-ноотропное лечение.

Цель: изучить целесообразность и преимущества применения ницерголина у больных с нейросенсорной тугоухостью.

Материал и методы

Наблюдали 23 больных в III клинике ТМА: 6 - с острой и 17 - хронической нейросенсорной тугоухостью. Возраст больных - от 22 до 65 лет. Мужчин было 13, женщин - 10. Сроки наблюдения составили от 1 до 3 мес. При острой нейросенсорной тугоухости отмечали поражение одного уха, причиной заболева-

ния явились: акустическая травма (у 2), баротравма (у 2). Один больной не смог назвать причину заболевания ("идиопатическая" острая глухота). От момента возникновения заболевания до начала лечения прошло 3 сут у 2 больных, 5 сут - у 1, свыше 5 сут - у 2. При хронической нейросенсорной тугоухости у больных выявлено двустороннее поражение вследствие сосудистой патологии (дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза, гипертонической болезни). Все больные с хронической нейросенсорной тугоухостью отмечали прогрессирующее снижение слуха. Наиболее часто пациенты жаловались на снижение слуха и шум в ушах; 2 больных с острой нейросенсорной тугоухостью - на головокружение. В группу сравнения вошли 18 пациентов: 5 - с острой и 13 - с хронической нейросенсорной двусторонней тугоухостью сосудистого генеза. Всем больным этой группы проводили традиционное лечение, включавшее применение вазоактивных (винпоцетин), ноотропных (пирацетам) и витаминных препаратов. Продолжительность лечения больных в стационаре составила 10 дней. Исследование больных включало общеклинические исследования и аудиометрию (тональную и речевую). У больных с острой нейросенсорной тугоухостью ницерголин включали в схему комплексного лечения в суточной дозе 60 мг (4 таблетки по 5 мг 3 раза в сутки) и применяли в течение 10 дней, в дальнейшем - в суточной дозе 30 мг в течение 1 мес. Больным с хронической нейросенсорной тугоухостью проводили монотерапию с использованием ницерголина в суточной дозе 30 мг/сут (2 таблетки по 5 мг 3 раза в сутки) в течение 1 мес; 12 из них - в амбулаторных условиях. Аудиометрию выполняли с помощью аппарата AD-226. У больных с острой нейросенсорной тугоухостью восходящих аудиометрических кривых не выявлено; вогнутый тип отмечен у 1; круто нисходящий - у 3. У 3 больных аудиометрическая кривая имела крутонисходящий тип с преимущественным поражением слуха в диапазоне частот выше 1000 Гц, разрыв между порогами слухового восприятия по костной и воздушной проводимости отсутствовали; снижение слуха составило от 20 до 55 дБ. У 1 больного кривая была обрывистой. Восприятие тонов в диапазоне частот свыше 500 Гц отсутствовало; снижение слуха составило свыше 85 дБ. У 10 больных с хронической нейросенсорной тугоухостью обнаружен круто нисходящий тип аудиометрической кривой; у 5 - обрывистый тип. Костно-воздушный интервал отсутствовал. Снижение слуха в среднем составило от 20 до 55 дБ. У больных с обрывистым типом отсутствовало восприятие тонов с частотой свыше 1000 Гц, снижение слуха составило свыше 75-85 дБ. В группе сравнения вогнутый тип аудиометрической кривой установлен у 2 пациентов; у 12 - круто нисходящий; у 4 - обрывистый тип. Преимущественное поражение слуха отмечали в диапазоне частот выше 1000 Гц, раз-

рыв между порогами слухового восприятия по костной и воздушной проводимости отсутствовал. Снижение слуха составило в среднем от 20 до 55 дБ. У больных с обрывистым типом кривой восприятие тонов в диапазоне частот свыше 500-1000 Гц отсутствовало; снижение слуха составило свыше 70-85 дБ.

Результат и обсуждение

Отмечена хорошая клиническая переносимость ницерголина в высоких дозах после проведенного курса лечения. У 2 больных отмечено послабление стула, у 1 - покраснение кожи. Указанные побочные эффекты исчезли к концу первой недели лечения и не потребовали отмены препарата и проведения фармакотерапевтической коррекции. Состояние больных было удовлетворительным, на частоту сокращений сердца препарат не оказывал влияния. При лечении отмечена стабилизация артериального давления (АД) у пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью и гипертонической болезнью. Оценку результатов проводили по методике В.А. Гукович и соавторов (1988), основанной на абсолютном приросте слуха в речевой зоне. Результат считали отличным при среднем улучшении слуха на 35 дБ и больше; хорошим - на 20-34 дБ; слабopоложительным - на 10-14 дБ. Снижение среднего порога менее чем на 10 дБ квалифицировали как состояние без изменений. Ухудшения слуха после курса лечения у исследуемых больных не выявлено (табл. 1).

Улучшение слуха отмечено у 15 (75%) больных, отличный результат достигнут у 2 (10%) из них, хороший - у 8 (40%), слабopоложительный - у 5 (25%). У 6 больных с хронической нейросенсорной тугоухостью наблюдали двустороннее снижение порогов слухового восприятия, у 5 - было поражено одно ухо (порог слухового восприятия чаще был выше). У больного с острой нейросенсорной тугоухостью вследствие акустической травмы, лечение которого начали на 10-е сутки, изменения на аудиограмме после курса лечения отсутствовали. У 4 больных с хронической нейросенсорной тугоухостью длительностью свыше 10 лет в сочетании с глубоким поражением слуха (менее 80 дБ) улучшение слуха составило от 5 до 10 дБ на одной и более частотах, но ощутимой для больных не оказалось. При анализе данных аудиограмм в сопоставлении с результатами лечения установлено, что по характеру аудиограмм прогнозировать целесообразность использования ницерголина трудно. Субъективный шум в ушах исчез у 12 больных, у 6 - снизилась его выраженность, у 2 - не изменился. Результаты лечения больных группы сравнения с использованием винпоцетина приведены в табл. 2. Улучшение слуха отмечено у 11 (61%) больных, отличный результат достигнут у 1 (5,5%), хороший - у 4 (22%), слабopоложительный - у 6 (33%).

Таблица 1

Результаты лечения ницерголином больных с нейросенсорной тугоухостью

Стадия заболевания	Результат лечения (число больных)				Всего
	Отличный	Хороший	Слабо-положительный	Без изменений	
Острая	2	2	—	1	5
Хроническая	—	6	5	4	15
Итого	2	8	5	5	20



Таблица 2

Результаты лечения винпоцетином больных с нейросенсорной тугоухостью

Стадия заболевания	Результат лечения (число больных)				Всего
	Отличный	Хороший	Слабо-положительный	Без изменений	
Острая	1	1	1	2	5
Хроническая	—	3	5	5	13
Итого	1	4	6	7	18

У 3 пациентов с хронической формой заболевания было двустороннее снижение порогов слухового восприятия, у 5 - одностороннее (чаще менее выраженное). У 5 пациентов с длительностью заболевания свыше 10 лет и глубоким поражением слуха улучшения слуха не достигнуто. У 2 больных группы сравнения с острой нейросенсорной тугоухостью вследствие акустической травмы, лечение которых начали на 7-е сутки, изменения на аудиограмме отсутствовали. Субъективно шум исчез у 6 больных, уменьшился у 8, не изменился у 3. Положительный результат использования ницерголина у больных с острой нейросенсорной тугоухостью отмечали на 5-7-е сутки, в группе сравнения - на 10-12-е сутки. У больных с хронической нейросенсорной тугоухостью при применении ницерголина улучшение отмечали на 18-20-е сутки, при применении винпоцетина - на 24-26-е сутки.

Выводы:

Результаты исследований свидетельствуют о максимальной терапевтической эффективности ницерголина в высоких дозах (30-60 мг/сут) у больных с нейросенсорной тугоухостью. Монотерапия сермионом у пациентов с хронической формой заболевания значительно эффективнее, чем комплексное сосудисто-ноотропное лечение, из чего можно сделать вывод о высокой фармакоэкономической значимости препарата. Отсутствие серьезных побочных эффектов при проведении курса лечения ницерголином в высоких дозах (30-60 мг/сут) позволяет применять его у пациентов с хронической формой заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях либо в условиях дневного стационара, что ведет к уменьшению затрат, необходимых для содержания больного в стационаре. Немаловажно с экономической точки зрения и сокращение длительности стационарного лечения

с применением ницерголина. Кроме того, использование таблетированных форм препарата в высоких дозах позволяет значительно снизить нагрузку на средний медицинский персонал за счет уменьшения парентеральных назначений. Полученные результаты подтверждают целесообразность и преимущества применения ницерголина у больных с нейросенсорной тугоухостью. Учитывая, что нейросенсорная тугоухость - полиэтиологическое заболевание со сложным патогенезом, необходимы дальнейшие исследования использования ницерголина в лечении больных с нейросенсорной тугоухостью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бобошко М.Ю. Речевая аудиометрия: учебное пособие. - / СПб: Изд-во СПбГМУ, 2012. - 64 с.
2. Евдокимова А.Г., Юнко А.С., Гунчиков М.В. Артериальная гипертензия и нейросенсорная тугоухость: актуальность проблемы и особенности лечения (фокус на олесартан) //Журн медицинский совет.-2015.-№2 с.46
3. Жайсакова Д.Е., Кудайбергенова С.Ф. Современные тенденции в комплексной терапии сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза //Вестник КазНМУ.- 2015.- №2 с. 130
4. Заболотный Д. И. Наш опыт лечения больных с сенсоневральной тугоухостью с учетом в них состояния слуховой и центральной нервной системы (Сообщение II) //Журн. Ушных, нос. и горл. болезней. - 2001. - №2. С. 1-16.
5. Таварткиладзе Г.А. Клиническая аудиология. - /М., Медицина, 2013. -674 с.
6. Christensen, L., Smith-Olinde, L., Kimberlain, J., et al. Comparison of traditional bone-conduction hearing aids with the BANA system //J Am Acad Audiol. - 2010. - V.21.- P.267-273.
7. Clinical practice guideline: sudden hearing loss //Otolaryngol Head Neck Surg. - 2012. - V.146(3) Suppl). - P.1-35.
8. Guidelines for Auditory Brainstem Response testing in babies. NHSP Clinical Group. /Version 2.1, March 2013.
9. Middle Ear Implant for Sensorineural, Conductive and Mixed Hearing Losses /Medical Services Advisory Committee. - 2010. - 202 p.

Поступила 14.12. 2018

ДИАРЕЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЭТИОЛОГИК ФАКТОРЛАРНИНГ ҲИЛМА-ҲИЛЛИГИ

¹Мирзаева М.А., ¹Хаджаева Д.Х., ¹Каримова З.Қ., ¹Атаходжаева Д.Р., ¹Исламов А.Й., ²Каражанова Т.Д.

¹Тошкент Педиатрия тиббиёт институти,
²Тошкент Педиатрия тиббиёт институти Нукус филиали.

✓ Резюме,

Муаллифлар тадқиқот натижаларига кўра, ўткир ичак инфекцияси билан оғриган болаларда йўғон ичак микрофлорасини тадқиқотида 1-3 ёшдаги ва 4-7 ёшдаги болаларда назорат гуруҳларига нисбатан дисбиотик ўзгаришлар борлиги кузатилади. Ушбу ҳолат иккала гуруҳ беморларида ҳам индиген гуруҳи микрофлорасини ишончли равишда камайганлиги ва факультатив гуруҳи микрофлораси кўпайганлиги билан намоён бўлади. Бундай ўзгаришлар ўткир ичак инфекциясини кечишини оғирлаштиради ва оғир асоратли касалликларни кўпроқ қайд қилинишига сабаб бўлади.

Беморларда этиологик факторлар сифатида *Enterobacteriaceae* оиласига мансуб бўлган ҳар хил бактериялар, яъни шигеллалар, эширихиялар ва салмонеллалар қатнашганлиги аниқланди. Лекин кўрсатилган бактерияларнинг учраш даражаси бир хил бўлмади, яъни *E.coli* иккала гуруҳ ёшларидаги беморларда ҳам етакчи ўринда бўлди (40,6% ва 31,1% мос ҳолда). Аммо, шигеллез билан 4-7 ёшдаги болалар, 1-3 ёшдаги болаларга нисбатан кўпроқ (28,6 ва 15,6% мос ҳолда). Касалланган ва аксинча салмонеллез билан 1-3 ёшдаги болалар 4-7 ёшдаги болаларга нисбатан кўпроқ касалланган (25,0% ва 21,4% мос ҳолда).

Умуман олганда ўткир диарея билан оғриган 1-3 ёшдаги болалар 4-7 ёшдаги болаларга нисбатан кўпроқ касалланган (53,3% ва 46,7% мос ҳолда).

Калит сўзлар: диарея, микрофлора, микробиоценоз, дисбактериоз, этиологик фактор, эндоген фактор.

РАЗНОВИДНОСТЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

¹Мирзаева М.А., ¹Хаджаева Д.Х., ¹Каримова З.Қ., ¹Атаходжаева Д.Р., ¹Исламов А.Й., ²Каражанова Т.Д.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,
²Нукусский филиал ташкентского педиатрического медицинского института

✓ Резюме,

По данным исследователей, у больных с ОКИ этиологическими факторами являлись различные бактерии, относящиеся к семействам *Enterobacteriaceae*. Как например шигеллы, эширихии и салмонеллы. Однако степень встречаемости указанных бактерии были неодинокими, среди них *E.coli* был гегемоном, так как он у обеих возрастных групп больных первенствовал с 40,6% и 31,1% соответственно. Следует подчеркнуть, что группа детей 4-7 лет по сравнению с детьми 1-3 года больше болели шигеллезом 28,6% и 15,6% соответственно и наоборот дети 1 в группе 1-3 года по сравнению с детьми группа 4-7 лет больше были салмонеллезом.

Вобщем, острой диарей больше болели дети в возрасти 1-3 года по сравнению детей 4-7 лет (53,3% и 46,7% соответственно).

Ключевые слова: диарея, микрофлора, микробиоценоз, дисбактериоз, этиологический фактор, эндогенный фактор.

VARIETY OF ETIOLOGICAL FACTORS IN DIARRHEA DISEASES IN CHILDREN

¹Mirzaeva MA, ¹Khadzhaeva D.Kh., ¹Karimova Z.K., ¹Atakhodzhaeva D.R., ¹Islamov A.Y., ²Karazhanova T.D.

¹Tashkent Pediatric Medical Institute,
²Nukus Branch of the Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ Resume,

Patients who had acute intestinal infections, various bacteria belonging to the *Enterobacteriaceae* semen were the etiological factors. For example shigella, eshirichia and salmonella. However, the degree of occurrence of these bacteria was unequal, among them *E. coli* was a hegemon, as it excelled in both age groups of patients with 40.6% and 31.1%, respectively. It should be emphasized that a group of children 4-7 years old compared with children 1-3 years old had shigellosis 28.6% and 15.6%, respectively, and vice versa, children 1-3 years old compared with children 4-7 years old more were salmonellosis.

In general, acute diarrhea suffered more from children aged 1-3 years compared with children 4-7 years old (53.3% and 46.7%, respectively).

Keywords: diarrhea, micro flora, microbiocenosis, dysbacteriosis, etiological factor, endogenous factor.

Долзарблиги

Ёш болаларда диарея касаллигини келиб чиқишида ичак микрофлорасини аҳамияти тўғрисида жуда кўп олимлар тадқиқот олиб боришган, лекин шунга қарамасдан бугунги кунгача ўткир ичак

касалликлари ҳамон долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

ЖССТ нинг маълумотлари бўйича дунё бўйлаб йилига 3 миллионгача диарея касалликлари қайд қилинади ва бу касалликдан ўлган беморларни интенсив



кўрсаткичи ҳар 100 миллион кишига 33.45 ни ташкил қилар экан [2,4,7].

Ўзбекистонда ҳам юқумли касалликларга, шу жумладан ўткир ичак касалликларига қарши курашда катта мувофақиятларга эришилган. Аммо ҳозирги кунгача ўткир диарея касалликлари тиббиётнинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [1,3,5,6,].

Эволюцион жараён ва табиий танлаш натижасида ичакда микроэкологик ҳолат шаклланган ва бундай ҳолат бир неча минг йиллар давомида кечган. Дастлаб организмга тушган бактериялар жуда катта қаршиликларга учраган. Бундай ҳолларда организмда жойлашган бактериялар макроорганизм билан бошқача муносабатда бўлишга ўрганган, яъни, янги шароитга мослашиш, ўзаро антогонистликни юмшатиш, биргаликда яшашга - комменсализм ва симбиотик ҳолатларда яшашга мослашганлар [8,9,10].

Аста секин ичакда жойлашган бактериялар ўзларининг хавфсизликларини таъминлашга, бегона бактерияларни тушишига ва ўзларининг яшашларига ҳалақит бермаслиги учун уларга қарши курашишга, яъни антогонистик микроб сифатида ҳам ўзларини, ҳам ўз ҳўжайинини ёт бактериялардан ҳимоя қилишга ўрганганлар.

Шундай қилиб, ўзаро бир-бирига фойда келтириб, организм учун кераксиз бўлган чиқиндиларни ўзларининг озиқланиши, ўсиши, кўпайиши учун фойдаланиб шу билан биргаликда макроорганизмга ҳам фойда келтириб яшайдиган бактериялар шаклланиб ичакнинг доимий микрофлорасига айланганлар.

Аммо, айрим ҳолатларда макро- ва микроорганизм ўртасидаги ўзаро келишувчилик баъзи бир сабабларга қўра бузилса, яъни бактериялар ирсий белгиларини ўзгартира олса, уларда янги хоссалар пайдо бўлганлиги, яъни бактерияларга қарши манфий патогенлик кўрсатувчи вирулентлик хоссаси пайдо бўлганлиги белгисидир.

Шундай қилиб, эволюцион процесс давомида ичакнинг меёрдаги микрофлораси шаклланган ва у жуда муҳим вазифаларни бажариб келган: "ҳўжайин" организмни патоген бактериялардан ҳимоя қилиш, модда олмашиниш жараёнларида ва иммун системанинг ишида фаол қатнашиш ва б.қ. Лекин, диарея касаллигининг келиб чиқишида меёрдаги ичак микрофлорасининг сон ва сифат жиҳатидан ўзгариши, яъни меёрдаги ҳолатнинг бузилиши натижадасда дисбактериознинг шаклланиши катта роль ўйнайди. Чунки ушбу ҳолатда организмнинг юқумли касалликларга мойиллиги ортади, курашиш қобилияти пасаяди ва ичакда шартли патоген микроорганизмларни потенциал фаоллиги кучаяди.

Мақсад: Юқорида айтилганларни эътиборга олган ҳолда диарея билан оғриган болаларда йўғон ичак

микрофлорасини ва диареянинг келиб чиқишига сабабчи бўлган этиологик факторларларни аниқлаш.

Материал ва услублар

Текширилувчи объект: 60 нафар 1-7 ёшдаги болалар. Болаларнинг 32 нафари 1-3 ёшда, 28 нафари 4-7 ёшдагилар бўлган. Тадқиқот материали беморлардан олинган нажас.

Ишни олиб боришда асосан Грачева М.Н., Гончарева Г.И., Аваков А.А ва ҳам муаллифлари томонидан таклиф қилинган бактериологик усул қўлланилди, олинган натижаларга статистик ишлов берилди [3].

Натижа ва муҳокама

Этиологик факторларни аниқлаш учун бемор болалардан олинган нажас ажратиб олинган микро-бларни ҳилма-ҳиллигини ҳисобга олган ҳолда ҳар хил муҳитларга экилди (Эндо, Плоскирев, Левин, висмут - сулфит агар, Сабуро ва ҳ.к.). Экмалар термостатта 37°C га қўйилди ва этаплар бўйича соф культура ажратиб олинди. Ажратилган культураларнинг бўялиши, морфологияси, биокимёвий фаоллиги, антиген тузилиши, фаготиплари аниқланган ҳолда оиласи ва авлодигача идентификация қилинди.

Қуйидаги 1-жадвалда ўткир диарея билан оғриган болаларни тадқиқот қилишда олинган натижалар келтирилган.

Жадвалдан кўриниб турибдики 1-3 ёшдаги болаларда 4-7 ёшдаги болаларга нисбатан ўткир диарея касаллиги кўпроқ учраган (53,3% ва 46,7% мос ҳолда).

Этиологик факторларни аниқлашда олинган натижалар шуни кўрсатдики, шигеллалар чақирган ичбуруғ касаллиги 1-3 ёшдаги болаларда 15,6 % ни ташкил қилган бўлса, ушбу кўрсаткич 4-7 ёшдаги болалар ўртасида қариб 2 баробар кўпроқ бўлган, яъни 28,6 % ни ташкил қилган. Энтеропатоген эшерихиялар чақирган колиэнтерит касаллигида аксинча 1-3 ёшдаги болаларда касаллик 4-7 ёшдаги болаларга нисбатан кўпроқ учради (40,6% ва 31,1% мос ҳолда). Салмонеллез билан касалланган болаларда ҳам худди шундай ҳолат кузатилди, яъни нисбатан олганда 1-3 ёшдаги болалардан 4-7 ёшдаги болаларга қараганда салмонеллалар кўпроқ ажратилди (25,0% ва 21,4% мос ҳолда). Демак, 1-3 ёшдаги болалар 4-7 ёшдаги болаларга қараганда ичбуруғ касаллиги билан камроқ касалланган, аммо колиэнтерит ва салмонеллез касалликлари билан кўпроқ касалланган. Иккала гуруҳ бемор болаларида ҳам касаллиқнинг этиологик факторлари, яъни қўзғатувчилари аниқланмаган ҳолатлар ҳам бўлди. Бундай ҳолат 1-3 ёшдаги болаларда 18,8% ни, 4-7 ёшдаги болаларда 17,9% ни ташкил қилди.

Жадвал - 1.

Ўткир диарея билан оғриган болаларда ёшлари бўйича ажратилган этиологик факторлар

Бемор болаларни ёшлари	Жами текширилган беморлар сони		Шигеллалар		Эшерихиялар		Салмонеллалар		Қўзғатувчи аниқланмаган	
	Абс. сони	% да	Абс. сони	% да	Абс. сони	% да	Абс. сони	% да	Абс. сони	% да
1-3 ёш	32	53,3	5	15,6	13	40,6	8	25,0	6	18,8
4-7 ёш	28	46,7	8	28,6	9	31,1	6	21,4	5	17,9
Жами:	60	100,0	13	21,7	22	36,7	14	23,3	11	18,3

Юқорида айтиб ўтганимиздай, ичак касалликларининг, шу жумладан, ёш болаларда ўткир диареянинг келиб чиқишида патоген омилдан ташқари меърадаги ичак микрофлорасининг ҳолати ҳам катта аҳамиятга эга бўлган. Шунинг эътиборига олган ҳолда,

биз бир вақтнинг ўзида ўткир диарея билан оғриган болаларда ёшлари бўйича ичак микрофлорасининг ҳолатини ҳам ўргандик. Олинган натижалар 2 ва 3 - жадвалларда кўрсатилган.

Жадвал-2

Диарея билан оғриган 1-3 ёшдаги гуруҳ болаларининг ичак микрофлораси ($M \pm m$) lgKOE/г.

Микроорганизмлар	Назорат гуруҳи n=20	Диарея билан оғриган болалар n=32
Bacteroides sp	9,11± 0,23	6,5± 0,23
Bifidobacterium sp	7,95± 1,9	6,3± 0,25
Lactobacterium sp	7,65± 0,24	5,2± 0,13
E.coli Л +	8,20± 0,20	6,4± 0,24
E.coli Л -	1,88± 0,13	9,4± 0,06
Enterococcus sp.	5,32± 0,23	6,4± 0,19
Staphylococcus sp.	5,28± 0,38	5,9± 0,28
S.aureus	0	8,6± 0,23
Candida sp	1,98± 0,18	5,7± 0,13

Жадвал 2 да келтирилганидек ўткир диарея билан оғриган 1-3 ёшдаги бемор болаларнинг ичак микрофлорасида барча индиген бактерияларнинг 1,5-2,5 баробаргача камайиб кетганлиги кузатилди. Бунда Bacteroides sp.лар сони назорат гуруҳидаги болалар ичагида 9,11 ± 0,23 lgKOE/г да топилган бўлса, диарея кузатилган бемор болаларда 6,5 ± 0,23 lgKOE/г ни ташкил қилди, яъни Bacteroides sp лар сони сезиларли даражада камайиб кетганлиги аниқланди. Bifidobacterium sp лар назорат гуруҳида 7,95 ± 1,9 lgKOE/г бўлган бўлса, бемор болалар гуруҳида 6,3 ± 0,25 lgKOE /г; Lactobacterium sp лар назорат гуруҳида 7,65 ± 0,24 lgKOE/г, асосий гуруҳда 5,2± 0,12 lgKOE/г мос ҳолда ва худди шундай лактоза мусбат E.coli назорат гуруҳида 8,20 ± 0,20 lgKOE/г, асосий гуруҳда 6,4 ± 0,24 lgKOE /г, мос ҳолда камайганлиги кузатилди.

Индиген гуруҳи бактерияларнинг кўрсаткичлари-га қарама-қарши ҳолда, факультатив бактериялар сони назорат гуруҳидаги болалар ичагидагига нисбатан асосий гуруҳ, яъни бемор болалар гуруҳи ичакларида нисбатан сезиларли даражада юқори бўлганлиги

кузатилди. Жадвалда кўрсатилганидек, лактоза манфий E.coli нинг сони назорат гуруҳида 1,8 ± 0,13 lgKOE/г.ни ташкил қилган бўлса, диарея билан оғриган бемор болалар ичагида 9,4 ± 0,06 lgKOE/г.ни ташкил қилди. Бошқа факультатив бактериялар сонида ҳам шундай ҳолат кузатилди: Enterococcus sp. лар 5,32 ± 0,23 ва 6,4 ± 0,19 lgKOE/г мос ҳолда, Staphylococcus sp. лар 5,28 ± 0,38 ва 5,9 ± 0,28 lgKOE/г мос ҳолда, Candida sp.лар 1,98 ± 0,18 ва 5,7 ± 0,13 lgKOE/г мос ҳолда ошиб кетганлиги аниқланди. Назорат гуруҳида S.aureus бўлмаган, аммо диарея билан оғриган бемор болалар ичагида ушбу бактерия 8,6 ± 0,23 lgKOE/г миқдорда топилди. S.aureusнинг бемор болалар ичагида бундай миқдорда топилиши ноҳуш натижаларга олиб келиши мумкин.

Ўтказилган тадқиқотлар шунинг кўрсатдики, ўткир диарея билан оғриган 4-7 ёшдаги болалар ичак микрофлорасида ҳам, деярлик 1-3 ёшдаги бемор болалар ичагидаги каби ўзгаришлар кузатилди. Олинган натижалар 3 - жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 3

Ўткир диарея билан оғриган 4-7 ёшдаги болаларнинг ичак микрофлораси ($M \pm m$) lgKOE/г.

Микроорганизмлар	Назорат гуруҳи n - 20	Диарея билан оғриган болалар гуруҳи n= 28
Bacteroidessp	9,13± 0,22	5,9± 0,07
Bifidobacterium sp	7,73± 0,16	6,9± 0,09
Lactobacteriumsp	7,70± 0,37	5,1± 0,08
E.coli Л +	8,16± 0,24	5,1± 0,11
E.coli Л -	1,80± 0,16	9,2± 0,01
Enterococcus sp.	5,45± 0,32	8,0± 0,32
Staphylococcus sp.	5,56± 0,31	6,4± 0,32
S aureus	0	7,3± 0,09
Candidasp	1,91± 0,26	5,5± 0,08

Изох:* - (P < 0,05; - P < 0,01; - P < 0,001);

Жадвалда кўрсатилганидек *Bacteroides* sp. лар бемор болалар ичагида назорат гуруҳи болаларининг ичагидагига нисбатан кескин камайиб кетган $9,13 \pm 0,22$ ва $5,9 \pm 0,07$ мос ҳолда. Бошқа индиген бактериялар сонида ҳам назорат гуруҳига нисбатан бемор болаларда сезиларли камайиш кузатилди, яъни *Bifidobacterium* sp. $7,73 \pm 0,16$ ва $6,9 \pm 0,09$ IgKOE/г мос ҳолда; *Lactobacterium* sp. $7,70 \pm 0,37$ ва $5,1 \pm 0,08$ IgKOE/г мос ҳолда, лактоза мусбат *E.coli* $8,16 \pm 0,24$ ва $5,1 \pm 0,11$ IgKOE/г мос ҳолда. Аксинча 1-3 ёшдаги бемор болалар сингари ушбу ёшдаги болалар гуруҳида ҳам назорат гуруҳига нисбатан, ўткир диарея билан оғриган бемор болалар ичак микрофлорасида факультатив микроорганизмларнинг сезиларли даражада кўпайганлиги кузатилди, яъни лактоза манфий *E.coli* $1,80 \pm 0,16$ ва $9,2 \pm 0,1$ IgKOE/г; *Enterococcus* sp. $5,45 \pm 0,32$ ва $8,0 \pm 0,32$ IgKOE /г; *Staphylococcus* sp. $5,56 \pm 0,31$ ва $6,3 \pm 0,3$ IgKOE/г мос ҳолда; *Candida* sp. $1,91 \pm 0,26$ ва $5,5 \pm 0,08$ IgKOE/Г мос ҳолда. Шуниси шубҳаликки, меъёردа ичак микрофлорасини таркибида бўлмайдиган *S.aureus*, бемор болалар ичагида назорат гуруҳига нисбатан 7 баробар кўп учраган.

Шундай қилиб, диарея билан оғриган барча болаларда ичак микрофлорасининг сезиларли даражада бузилганлиги аниқланган. Албатта бундай ҳолат патологик жараённинг ривожланишига қулай шароит тугдиради ва касалликнинг кечиш даражасига манфий таъсир кўрсатади.

Хулоса

1. Ўткир диарея билан оғриган 1-3 ва 4-7 ёшдаги болаларнинг барчасида меъёрдаги ичак микрофлорасининг кескин бузилганлиги аниқланди.

2. 1-3 ёшдаги гуруҳ болаларда диареянинг этиологик факторини аниқлашда маълум бўлдики, бу ёшдаги болалар 4-7 ёшдаги болаларга нисбатан ичбуруғ билан камроқ касалланган, аммо колиэнтерит ва салмонеллез касалликлари билан 2-гуруҳ (4-7 ёш) болаларига нисбатан кўпроқ касалланганлиги аниқланди.

3. Ўткир диарея билан оғриган иккала гуруҳ ёшдаги болаларда ҳам ичак микрофлорасининг бузили-

шида *S.aureus* нинг пайдо бўлиши хатарли ҳолат деб ҳисобланади, ва бундай болаларда ўткир диарея оғир ва давомлик кечишга мойил бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдумуталова Э.С., Ибадова Г.А., "Ўзбекистон-республикасида ўткир диареяларнинг қиёсий эпидемиологик хусусиятлари". //Инфекция, иммунитет ва фармакология. Тошкент - 2006,- № 2, -С. 9
2. Бухарин О.В. и др. Антагонистическая активность бифидофлоры кишечного биотопа в норме и при дисбиозах. // "Медицинская наука и образования". Томск - 2009,- №3,- С. 35-37.
3. Грачева Н.М, Гончарова М.М., Аваков А.А. и др. Диагностика и лечение дисбактериоза кишечника: метод. рекомендация. - Москва, 1986, - С.24.
4. Мадреимов В.А., Абсаттарова А.М. К эпидемиологии острых диарейных заболеваний в условиях южного Приаралья. //Ж. "Инфекция, иммунитет и фармакология". Ташкент 2011,- № 4 - 5.-С. 32-35.
5. Мирзаева М.А., Ахметова М.М, Исламов А.Й, Ўткир юкумли ичак касалликлари ва уларнинг этиологиясини аниқлаш. Ж. "Инфекция, иммунитет ва фармакология". - Тошкент, 2004 - №1. - С. 24-25.
6. Мирзаева М.А., Тургунова Х.З., Каримова З.К. и др. //Способы коррекции микрофлоры кишечника у детей - Сочи, Краснодарский край, тезисы VII Конгресса педиатров стран СНГ "Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания. Сочи 23-24 октября 2-15 г.
7. Онищенко Г.Г. "Контроль за инфекционными заболеваниями- стратегическая задача здравоохранения России в XXI веке" / /Эпидемиология и инфекционные болезни. М. Медицина 2002,- № 6, -С. 11-14
8. Шаханина И.А., Игонина Е.П., Брико Н.И. Смертность от инфекционных болезней в различных регионах мира. //Эпидемиология и инфекционные болезни. М. Медицина. - 2006,- № 3,- С. 59 .
9. Юлдашев А.М, Клиническая картина острых кишечных заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами //В сб. тезисов научно - практической конференции "Современные подходы к диагностике, практике и лечению ВИЧ инфекции". Ташкент - 2010. Ст. 137.
10. Meht S., Yotdman R.D., Jndansehon for acute gastroenteritis in children. //Cfn Farnhysican,- 2006,- vol 52.-№11,- P 1397 - 1408.

Поступила 17.11. 2018

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФфуЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Мирходжаев И.А., Комилов С.О.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Хирургическое лечение диффузного токсического зоба приводит к существенному улучшению качества жизни пациентов. Достоверно значимое улучшение качества жизни определяется уже через 6 месяцев после операции. По мере увеличения послеоперационного срока, отмечается отчетливая тенденция к дальнейшему росту качества жизни. Статистическая обработка полученных результатов свидетельствует о наличии умеренной обратной корреляционной связи между уровнем индексом качества жизни и длительностью заболевания, чем продолжительнее заболевание, тем ниже качество жизни. Делается вывод, что изучение качества жизни после операции больных с диффузным токсическим зобом является объективным критерием эффективности оперативного лечения.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, тиреоидэктомия, качество жизни.

ДИФфуЗ ТОКСИК БУҚОҚНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Мирходжаев И.А., Комилов С. О.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме,

Диффуз токсик буқоқ билан оғриган беморларни хирургик даволаш усуллари уларнинг ҳаёт сифат кўрсаткичларига ижобий таъсир этади. Тотал тиреоидэктомия ўтказган беморларнинг ҳаёт сифат кўрсаткичлари 6 ойдан сўнг ўринбосар терапия орқали сезиларли даражада яхшиланади. Олинган операциядан кейинги натижаларни статистик ишлов бериш, ҳаёт сифат индекси билан касалланиш муддатлари орасида тескари корреляцион боғланиш борлигини кўрсатди. Диффуз токсик буқоқ билан бажарилган операция натижаларининг самарадорлигини белгилловчи омил ҳаёт сифат кўрсаткичларининг ўзгариши эканлиги муаллифлар томонидан эътироф этилади.

Калит сўзлар: диффуз токсик буқоқ, тиреоидэктомия, ҳаёт сифати кўрсаткичи.

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF SURGICAL TREATMENT OF THE DIFFUSION TOXIC CRAW

Mirxodjayev I.A., Komilov S.O.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume,

Surgical treatment of a diffusion toxic crawl leads to significant improvement of quality of life of patients. Authentically significant improvement of quality of life is defined in 6 months after operation. In process of increase in postoperative term, the distinct tendency to the further growth of quality of life is noted. Statistical processing of the received results demonstrates existence of moderate return correlation communication between level an index of quality of life and duration of a disease, the disease, the lower quality is more long than life. The conclusion is drawn that studying quality of life after operation of patients with a diffusion toxic crawl is objective criterion of efficiency of expeditious treatment.

Keywords: diffusion toxic crawl, tireoidektomiya, quality of life.

Введение

Патология щитовидной железы занимает первое место по частоте среди эндокринных заболеваний. Диффузный токсический зоб (ДТЗ) одно из наиболее распространённых заболеваний щитовидной железы, имеющих аутоиммунную природу. Консервативная терапия с использованием тиреостатических препаратов является методом выбора и последняя обеспечивает стойкое излечение лишь в 20-25% наблюдений. У большинства больных в течение первого года после прекращения приёма тиреостатиков развивается рецидив тиреотоксикоза [1]. Поэтому большинство авторов рассматривают консервативную терапию как средство подготовки больных к хирургическому лечению [2]. Необходимо отметить, что нет единой точки зрения относительно объёма операции при ДТЗ. Одни авторы предлагают выполнять субтотальную резекцию щитовидной железы с дифферен-

цированным подходом к объёму удаляемой ткани щитовидной железы. Другие авторы рекомендуют выполнять тотальную тиреоидэктомию, при этом развивающийся гипотиреоз считают не осложнением, а целью операции при ДТЗ [3]. Важным итогом лечения ДТЗ является оценка больных своего состояния, которая может изменяться в широком диапазоне в зависимости от побочных эффектов вмешательства. Поэтому при поиске оптимальных подходов к лечению, качество жизни (КЖ) является надёжным и чувствительным критерием оценки результатов и эффективности терапии. Изучение отдалённых результатов на основе качества жизни могло бы помочь в установлении оптимального объёма операции при ДТЗ.

Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения ДТЗ на основании изучения качества жизни больных до и после хирургического лечения, и определения оптимального объёма оперативного вмешательства. С целью изучения КЖ в после-

операционном периоде было проведено исследование, по методике, разработанной в клинике факультетской и госпитальной хирургии БухМИ, изучающего как общий уровень КЖ, так и отдельные его компоненты - с расчетом так называемого индекса качества жизни (ИКЖ).

Материал и методы

Всего обследовано 111 больных с ДТЗ, распределено на две группы: первая-56 больных, которым была выполнена субтотальная субфациальная струмэктомия по Николаеву, вторая-55 больных, которым была выполнена тотальная тиреоидэктомия (ТТЭ). В контрольную группу включены практически здоровые лица ($n=40$) в составе 20 женщин и 20 мужчин. Возрастной диапазон составил от 21 до 41 года.

Качество жизни изучалось с помощью опросника, включающего 2 модуля: универсальный и специфический (28 и 12 вопросов, соответственно). Ответы на вопросы универсального модуля давали представление о функциональной способности пациента и его восприятии. Подфункциональной способностью понимали физическую активность, повседневную деятельность, социальные связи, половую и эмоциональную функцию, интеллектуальную деятельность, экономическую обеспеченность. Вопросы по восприятию включали ответы пациентов относительно их взглядов и суждений по отношению к состоянию своего здоровья, уровня общего благополучия, удовлетворенности жизнью, влияние на жизнь проведенного лечения. Специфический модуль включены вопросы, касающиеся влияния на больного основного заболевания и последствий хирургического лечения. В этот модуль включены вопросы, связанные с влиянием на больного выполненной операции: субтотальной резекции щитовидной железы (СРЩЖ) или тотальной тиреоидэктомии (ТТЭ).

Оценка качества жизни проводилась непосредственно самым пациентом, благодаря чему получено наиболее взвешенное заключение. В основу заложена 5-ранговая шкала R.Libert, что соответствовала значениям от 0 до 4 баллов. Диапазон итоговой суммы баллов может колебаться от 0 до 112 баллов - первая часть опросника (до операции), от 0 до 160 - вторая часть опросника (после операции). Уровень качества жизни находится в прямой зависимости от суммы набранных баллов.

Вопросы в анкете ИКЖ затрагивали следующие аспекты качества жизни:

- физическая активность (вопросы 1-7)
- социальная функция (вопросы 8-10)
- половая жизнь (вопросы 11)
- экономическая обеспеченность (вопросы 12-13)
- интеллектуальная деятельность (вопросы 14-17)
- эмоциональная функция (вопросы 18-25)
- восприятие своего здоровья, благополучия (вопросы 26-27)
- восприятие процесса лечения и его последствий (вопросы 28)

Специфическая часть включает 12 вопросов. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы SPSSforWindows 11.5.

Результаты и обсуждения

Наиболее приближенные к максимально возможной величине КЖ (более 70%), были у пациентов I и II групп по следующим показателям: интеллектуальная: функция, физическая деятельность, выраженность проявлений симптомов, - половая функция, социальная функция, экономическая обеспеченность. Во; II- группе пациентов к максимально возможным результатам были приближены также показатели восприятия своего здоровья и благополучия и влияния лечения.

При более детальном рассмотрении вопросов, включенных в специфический модуль, было установлено, что некоторых пациентов после хирургического лечения ДТЗ беспокоят психоэмоциональные симптомы в виде нервозности, лабильного настроения, плаксивости и раздражительности, а также эпизоды тахикардии, повышение массы тела (в среднем $2,6 \pm 5,5$ кг). Однако вновь при сравнении полученных результатов, в исследуемых группах - не выявлено достоверных различий. По результатам исследования у пациентов I группы, в сравнении с контрольной группой, зарегистрировано снижение следующих показателей качества жизни: физическое состояние, социальная функция, эмоциональная функция, экономическое состояние, восприятие своего здоровья.

Различия средних с показателями здоровых лиц по этим критериям статистически достоверны ($p < 0,01$). В изменениях интеллектуальной и половой функций достоверных различий, по сравнению со здоровыми лицами, мы не получили ($p > 0,05$).

У II группы пациентов отмечаются достоверные различия с контрольной группой по следующим компонентам качества жизни: физическое состояние, эмоциональная функция, экономическое состояние, восприятие своего здоровья ($p < 0,01$). Тогда как статистически достоверных различий в социальной, половой, интеллектуальной функциях нами выявлено не было ($p > 0,05$).

Статистическая обработка полученных результатов свидетельствует о наличии умеренной обратной корреляционной связи между уровнем ИКЖ и длительностью заболевания ($r = -0,687$, $p < 0,001$), т.е., чем продолжительнее заболевание, тем ниже КЖ.

В среднем ИКЖ пациентов через 6 мес. после хирургического вмешательства составлял $84,47 \pm 12,63$ баллов. Наилучшие результаты (более 80% от максимально возможной величины КЖ) были выявлены по следующим параметрам: интеллектуальная функция (84,3%), социальная функция (84,1%). При исследовании других аспектов: физическое состояние, эмоциональная функция, экономическое состояние, влияние лечения, восприятие своего здоровья и благополучия, уровень КЖ составлял от 70 до 80 % от максимально возможной величины. Различия средних величин выше обозначенных показателей КЖ у пациентов до операции через 6 мес. после хирургического вмешательства статистически достоверны ($p < 0,001$). Достоверных различий в изменениях половой функции у пациентов после операции по сравнению с до операционным периодом обнаружено не было ($p > 0,05$). После хирургического лечения больных ДТЗ такие показатели КЖ, как социальная, интеллектуальная, половая функция, становились со измеримыми с соответствующими показателями в контрольной груп-

не здоровых людей ($p > 0,05$). При опросе пациентов через год и 2 года после операции выявлена тенденция к дальнейшему росту КЖ.

Таким образом, хирургическое лечение при ДТЗ существенно повышает уровень качества жизни больных. Заметное улучшение наблюдается уже через 6 мес. после операции.

Результаты, полученные при ответе пациентов на вопросы анкеты изучение качество жизни, ФХК и линейная аналоговая шкала, коррелируют и позволяют сделать вывод о высокой достоверности и чувствительности этих методов в изучении качества жизни пациентов ДТЗ. Корреляция опросника ИКЖ и ЛАШ составила $r = 0,85 (p = 0,0001)$.

Для более детального изучения полученных данных в изучаемых группах пациентов был проведен кластерный анализ. В зависимости от полученных результатов пациенты были разделены на пять групп: 1-ая до 65 усл.ед., 2-ая от 66 до 85 усл.ед., 3-ая от 86 до 105 усл.ед., 4-ая от

106 до 125 усл.ед., 5-ая - более 125 усл.ед. Весьма условно эту градацию лечения можно представить как "очень плохие", "плохие", "удовлетворительные", "хорошие" и "отличные" результаты соответственно. Число пациентов с "очень плохими", "плохими" и "удовлетворительными" результатами составил в среднем 20,1%, статистически достоверной разницы полученных результатов в изучаемых группах не было.

При анализе групп пациентов с "плохими" и "удовлетворительными" результатами была выявлена четкая корреляционная связь между длительностью анамнеза заболевания и полученными результатами исследования. Отмечено, что длительность анамнеза заболевания более 5-ти лет приводит к снижению уровня качества жизни в среднем на $12,3 + 3,7$ усл.ед. ($r = -0,124$).

Заключения:

Хирургическое лечение ДТЗ приводит к существенному улучшению КЖ пациентов. Достоверно значимое улучшение КЖ определяется уже через 6 мес. после операции. По мере увеличения послеоперационного срока, отмечается отчетливая тенденция к дальнейшему росту КЖ. При сравнении показателей КЖ пациентов после субтотальной резекции щитовидной железы и после тиреоидэктомии достоверных различий нами выявлено не было. Тем не менее, анализируя отдаленные результаты хирургического лечения ДТЗ, было установлено, что у 4 пациентов 1 группы после субтотальной резекции щитовидной железы развился рецидив тиреотоксикоза (один из самых неблагоприятных исходов при лечении ДТЗ в целом), для ликвидации которого двум из них была проведена радио йод терапия, а одному пациенту - повторная операция. И можно предположить, что если бы опрос этих пациентов нами проводился в ранние сроки после операции, показатели КЖ были бы значительно ниже.

Таким образом изучение качество жизни после операции больных с ДТЗ является объективным критерием эффективности оперативного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Калинин А.П., Камынина Т.С., Зарецкая Ю.М. с соавт. Антигены HLA I и II класса и диффузный токсический зоб // Тер. архив. - 1993. - Т. 65. - №3. - С.81-85.
2. Петунина Н.А., Балаболкин М. И. Диагностика и лечение диффузного токсического зоба // Тер. архив. - 1997. - Т.69, N 10. - С. 12 -17.
3. Wallaschofski H., Miehle K., Mayer A. et al. Prediction of remission or relapse for Graves' hyperthyroidism by the combined determination of stimulating blocking and binding TSH- receptor antibodies after the withdrawal of antithyroid drug treatment. // Horm. Metab. Res. - 2002.- Vol. 34, N 7.-P:383-8.

Поступила 11.12. 2018

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Мирходжаев И.А., Комилов С.О.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме,**

Анализ результатов обработки остаточной полости при эхинококкэктомии печени с липосомальной формой альбендазола у 21 беременной в возрасте от 18-ти до 28 лет показал эффективность методов лечения и профилактики рецидива заболевания.

Авторы провели клинико-иммунологические параллели в плане улучшения результатов хирургического лечения.

Ключевые слова: Эхинококк печени, эхинококкэктомия, липосомальное формаальбендазола.

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЖИГАР ЭХИНОКОККИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ ОМИЛЛАРИ

Мирходжаев И.А., Комилов С.О.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме,**

Жигар эхинококкози билан зарарланган 18 ёшдан то 28 ёшгача бўлган 21 нафар ҳомиладор аёлларни хирургик даво натижаларини таҳлил қилганимизда эхинококкэктомия операцияси пайтида қолдиқ бўшлиқни антипаразитар ишлов бериш мақсадида альбендозолнинг липосомал формасини қўлланилиши мазкур касалликни даволашда ва қайталанилишини олдини олишда самарадорлиги аниқланди. Мазкур гуруҳ беморларида иммунологик текширувлар тўқима имунитетнинг функционал активлигининг пасайиши кузатилди. Айниқса Т- тўқималарида ўтказилган имунокорекцияловчи терапиядан сўнг иммун тизимида сезиларли стимуляция содир бўлади. Бу ўз навбатида жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади.

Калит сўзлар: Жигар эхинококки, эхинококкэктомия, альбендазолнинг липосомал формаси.

WAYS OF IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS TO PREGNANT WOMEN

Mirhodjaev I.A., Komilov S.O.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume,**

The surgical treatment of 21 pregnant women aged from 18 to 28 years suffering from echinococcosis of a liver was analysed. The application of liposomal form of albendazole as the antiparasitic therapy of a residual cavity during the operation was the most effective method in treatment of this disease and in prevention of its relapse. Immunological research carried out in this group of patients showed the marked decrease of functional activity of cellular immunity, in particular, T-cells. The applied immunocorrecting therapy stimulated the immune system and led to improvement of surgical treatment results.

Keywords: liver echinococci, echinococcectomy, liposomal form of albendazole.

Актуальность

Эхинококкоз печени, легких является одним из частых заболеваний человека, что является серьезной медицинской и социальной проблемой. Ежегодно в Узбекистане оперируются до 4500 больных эхинококкозом различной локализации [1,3]. Причин увеличения числа больных эхинококкозом несколько: во первых, низкая санитарная культура населения во-вторых снижения эффективности работы ветеринарной так же санитарно-эпидемиологических служб; в третьих, позднее обращение больных за медицинской помощью в стадии развития осложнений которые, по разным данным, составляют от 25% до 45% [4].

Особенно настораживает высокая заболеваемость лиц молодого возраста. Так, 64% от общего числа заболевших составляют женщины детородного возраста (от 17 до 45 лет).

Методы лечения эхинококкоза на фоне беременности в отечественной и зарубежной литературе освещены недостаточно. Тот факт, что в ранние сроки беременности химиотерапия бензолимидазолами (альбендазол, зентел) противопоказана заставляет ученых разработать более эффективные пути введения препаратов, например, непосредственно в паразитарную кисту.

Цель исследования — изучения особенностей течения ранней диагностики и лечения больных эхинококкозом печени беременных, а также оценка состояния иммунной системы в до и послеоперационном периоде.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в период с 2010 по 2018 гг. находилась 21 беременная женщина с эхинококко-

зом печени в возрасте от 18 до 28 лет. Изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета и их изменения под влиянием иммунокорректирующей терапии. Контрольную группу составили 12 здоровых лиц женского пола в возрасте от 18 до 28 лет.

Все больные были разделены на 2 группы; 1-я - 11 больных с неосложненной формой эхинококкоза печени, 2-я - 10 больных с осложненной формой, характеризующейся нагноением эхинококковых кист печени. В свою очередь в каждой группе было выделено по две подгруппы по 5 больных в каждой:

А - лечение эхинококкоза печени традиционным хирургическим методом,

Б - сочетание традиционного лечения с иммуностимулирующей терапией.

В задачу иммунологических исследований входило:

а) изучение иммунологических показателей в дооперационном периоде;

б) изучение этих показателей после операции в зависимости от характера проводимого лечения.

Для диагностики заболевания использовали малоинвазивные методы (УЗИ), иммуносерологические специфические реакции - реакцию непрямой гемаг-

глютинации (РНГА), определение антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) в периферической крови. Кровь для иммунологических исследований брали из локтевой вены и исследовали в динамике до операции и через 10-12 суток после нее. 10 больным лечение иммуностимулятором иммуномодулином проводили в течение 6 дней после операции в дозе 0,01% 1 мл внутримышечно (однократно). Результаты исследований сопоставляли с иммунологическими данными до и после проведения иммунокоррекции. Показатели клеточного иммунитета (Т-, В-лимфоциты) изучали с помощью реакции розеткообразования в модификации Р.В.Петрова (табл.). Количественное содержание иммуноглобулинов классов А, М, G- определяли методом двойной радиальной иммунной диффузии по G. Mancini. Закрытая эхинококкэктомия выполнена у 5 больных, полужакрытая - у 15, идеальная - у 1. Антипаразитарную обработку остаточной полости осуществляя липо разработанной нами методу, т.е. липосомальной формой альбендазола (ЛФА), способствующего профилактике рецидива заболевания (на основании решения комитета по этике при учетом медицинском совете Минздрава РУз от 05.05.2003 г.).

Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных эхинококкозом печени, получивших традиционное лечения (числитель) и традиционное лечение + иммуномодулин (знаменатель) + преципитации (РСР).

Группа обследованных	Время обследования	Лимфоциты, %		Иммуноглобулины, мг %		
		Т-	В-	G	A	M
Контрольная		54±1,4	21,3±1,2	1697±30,0	236,06,0	185,05,8
1-я	До операции	7,2±0,5*	22,4±0,6	2540±23,0*	295,1±2,3*	190,0±1,5*
	После операции	<u>50,4 ±0,9*</u>	<u>24,1±1,9*</u>	<u>213,0±4,2*</u>	<u>293,1±4,0*</u>	<u>168,0 ±2,2*</u>
		54,8 ±1,2	23,9 ±1,6	2580 ±4,3*	290,1±4,0*	184,0 ±0,3*
2-я	До операции	2,1±0,7*	19,6±0,8*	1824±20,0*	392,0±4,0	120,2±5,8*
	После операции	<u>45,7±2,2*</u>	<u>21,4±1,3*</u>	<u>1540±11,0*</u>	<u>254±3,0*</u>	<u>98,2±11,1*</u>
		52,5 ±1,9	23,7±1,1*	1890±11,2	300±1,8	134,2±1,8*

Примечание * - $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы, у больных 1-й группы относительное количество Т-лимфоцитов было в 0,5 раза ниже, чем в контрольной. Содержание В-лимфоцитов повышено незначительно. Во 2-й группе обнаружено выраженное угнетение Т-клеточной реакции организма; количество Т-лимфоцитов было в 0,7 раза ниже, чем в контрольной группе, что находится в прямой зависимости от тяжести заболевания. Количество В-лимфоцитов снижено незначительно.

При анализе показателей клеточного иммунитета выявлена зависимость между степенью нарушения иммунной системы и функциональным состоянием печени, характером осложнений основного заболевания. На 10-12-е сутки после эхинококкэктомии у больных 1-й группы количество Т-лимфоцитов повышено в 1,4 раза, а В-лимфоцитов - в 1,1 раза. Значительные изменения клеточного иммунитета наблюдались у больных с нагноением эхинококковых кист

печени. Так, на 10-12-е сутки после операции содержание Т-клеток повысилось, но не до уровня нормы. Количество В-лимфоцитов увеличилось в 1,1 раза.

До операции концентрация иммуноглобулинов А и G в сыворотке крови больных эхинококкозом печени была выше, чем у здоровых лиц: в 1-й группе соответственно в 0,6 и 1,5 раза, во 2-й - в 0,6 и 1,2 раза. Это связано с высокими бактерицидными свойствами IgA и G. Снижение содержания IgM во 2-й группе свидетельствует об избирательной бактерицидной активности данного класса антител.

Как показывает изучение клеточного звена иммунитета, у больных 1-й группы после комплексного лечения в сочетании с иммунокоррекцией количество Т-лимфоцитов увеличивалось в 1,5 раза, В-лимфоцитов - в 1,1 раза, а во 2-й - соответственно в 1,6 и 1,2 раза. Также возрастала концентрация иммуноглобулинов всех трех классов. Уровень IgM во 2-й группе в отдаленные сроки после операции стабилизировался.

На 10-12-е сутки после операции в результате комплексного лечения с введением иммуномодулина показатели как клеточного, так и гуморального иммунитета восстанавливаются. У этих больных не отмечаются осложнения, улучшается общее состояние, сокращаются сроки заживления раны и остаточной эхинококковой полости печени.

У оперированных больных в ранние и более поздние сроки не наблюдалось каких-либо осложнений, раны зажили первичным натяжением. Редуцирование остаточных полостей печени шло интенсивно, они заполнялись грануляционной тканью. Необходимо отметить, что до операции у всех больных РНГА была положительной в титрах 1:320 и выше. После контрольного обследования больных (спустя 6 месяца и 1 год) данная реакция у 6 больных была слабopоложительной в низких титрах (1:80), у остальных 15 больных РНГА оказалась отрицательной. Это говорит о высокой антипаразитарной эффективности ЛФА на зародышевые элементы эхинококкового паразита.

Таким образом, тщательный анализ клинических проявлений и применение современных методов диагностики эхинококкоза печени на фоне беременности позволяет своевременно установить правильный диагноз. Иммуносерологические реакции - РНГА, АСЛ дополняют диагностику данного заболевания. Оперативная тактика при эхинококкозе печени на фоне беременности должна быть индивидуализированной, менее травматичной и эффективной, удобной и безвредной для матери ребенка, что обеспечивает обработка остаточной эхинококковой полости печени липосомальной формой альбендазола.

При наличии показаний оперировать беременных желательнее во второй триместре беременности, так как он является более оптимальным сроком (с целью профилактики выкидыша и наименьшего тератогенного действия медикаментов на плод, чем в первом триместре).

При эхинококкозе печени происходит выраженное снижение функциональной активности клеточного иммунитета, в частности Т-звена. В отличие от

неосложненной формы, осложненный эхинококкоз печени характеризуется более глубокими изменениями в иммунной системе. После оперативного лечения эхинококка печени у беременных показатели клеточного и гуморального иммунитета улучшаются незначительно. В связи с этим в комплексное лечение больных эхинококкозом печени целесообразно включать препараты стимулирующие иммунную систему.

У беременных с эхинококкозом печени учитывая сенсibilизацию организма с целью профилактики аллергических реакций заболевания рекомендуется строгое соблюдение диеты (пищевая аллергия) и по необходимости назначение десенсибилизирующих препаратов, (учитывая клинико-лабораторных показателей) не оказывающие побочных действий на развитие плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдиев Т.А., Вахабов Т.А. Прогноз изменения ситуации по эхинококозу среди населения в Узбекистане //Мед. паразитол. и паразитарные боль.-2000.-№3 - с.53-54.
2. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А. Осложненный эхинококкоз. 2016г.
3. Барыков В.Н. и др. "Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени" //В. сб. Материалы XXII Международного Конгресса "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии" 2015г. с. 4-5.
4. Илхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: /Автореф.дис.д-рамед.наук - Ташкент-2005
5. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А. Эхинококкоз человека: принципы антигельминтной фармакотерапии: /Метод.разработка.-Ташкент,2006.-с.12.
6. Ходжибаев Ф.А. и др. Хирургическое лечение эхинококкоза печени с синдромом механической желтухи. //Ж:Хирургия Узб.,с.58,№3,2018г.
7. Касымов А.А. Методы обеззараживания полости фиброзной капсулы при рецидивном эхинококкозе печени. //Ж:Хирургия Узб.,с.22-23,№3,2018г.
8. Zeybek B.,Ergenoglu A. M.,Ulukus M. Hepatikhydatid disease during pregnancy. Ege journal of medicine //Ege Tip Dergisi 49(3):197-199, 2010
9. HasanEkim., MeralEkim. Echinococcal tension pneumothorax inapregant woman. Pak j med Sci 2009 vol.25. No. 1 www.pjms.com.pk

Поступила 11.12. 2018 год.

ЎСМИРЛАР ЎРТАСИДА ТУГАЛЛАНМАГАН СУИЦИД ПСИХОПАТОЛОГИЯСИ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Азимова Г.А., Козимжонов И.Ф., Махмудова Х.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти

✓ Резюме,

Биз ўз илмий таҳлилий тадқиқот ишимиз асоси қилиб, тугалланмаган суицидни амалга оширган 50 нафар ўсмирлар ўрганилди. Суицидлар сабаби асосида шахсий конфликтлар, вазиятдан чиқа олмаслик, ҳаёт ташвишларини енга олмаслик ва бошқалар муаммолар ётади.

Суицидларнинг асосий сабаби оилавий ва ўзаро ижтимоий омиллар ташкил қилди. Суицидга ундовчи мотивация ўрганилганида шу нарса маълум бўлдики, уларнинг асосида оилавий конфликтлар биринчи ўринда турар экан.

Калит сўзлар: тугалланмаган суицид, психопатология, ўлимдан қўрқиш.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Азимова Г.А., Козимжонов И.Ф., Махмудова Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Нами были обследованы 50 незавершённых суицидов. Следует отметить, что большинство из них являются подростки. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти.

Основные причины самоубийств семейные и микросоциальные факторы. Изучение мотивов суицида показало, что важное значение в генезе суицидального поведения имеют семейные конфликты.

Ключевые слова: незавершённый суицид, психопатология, страх смерти.

PSYCHOPATHOLOGY OF UNFINISHED SUICIDES AMONG ADOLESCENTS

R.K. Muminov., M.L. Agranovsky., A.Kh.Karimov., G.A.Azimova.,
I.F. Kozimjonova., Kh.K.M.Makhmudova.

Andijan State Medical Institute

✓ Resume,

We have examined 50 unfinished suicides. It should be noted that most of them are teenagers. Behind each such case is a personal tragedy, hopelessness, when the fear of life overcomes the fear of death.

The main causes of suicide are familial and micro social factors. The study of suicide motives has shown that family conflicts are important in the genesis of suicidal behavior.

Key words: incomplete suicide, psychopathology, fear of death.

Долзарблиги

Ўз жонига қасд қилиш — инсониятнинг доимий муаммоларидан биридир. Текширувлардан маълум бўлишича унинг келиб чиқиши инсониятнинг ер юзида пайдо бўлган даврига бориб тақалади. Суиқасд антропологик аҳамиятга эга эканлиги юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибди[2,10].

Суицид - долзарб ижтимоий - тиббий муаммодир. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2001 йилда ўтказган "руҳий саломатлик, янги тушунча, янги ишонч" номли маърузасида ўз жонига қасд қилиш жамият соғлиғини сақлашнинг асосий муаммоларидан бири эканлиги эътироф этилди[1,4,6].

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда 1 млнга яқин одам ўз жонига қасд қилади. Ўз жонига қасд қилмоқчи бўлганлар сони 20 млндан ортади. Кейинги 45 йил ичида суицид қилганлар сони бутун дунёда 60% ни ташкил этди. Тахминларга кўра, 2020 йилга келиб ўз жонига қасд қилишга уринганлар сони 1,5 млн га етади. Чет эл мамлакатларининг статистик маълумотлари, Бирлашган миллатлар ташкилоти ва Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг нашрларидан

олинган маълумотларга кўра, ўз жонига қасд қилиш бутун жаҳон ҳамжамиятининг улкан муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда[3,7].

Охирги ўн йилликларда ўз жонига қасд қилиш ва унга интилиш тўхтовсиз равишда ўсиб бораётгани сезилмоқда. Бу ўсиб бориш асосан ёшлар ўртасида ва меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишилар ўртасида кузатилмоқда. Шундай қилиб ўз жонига қасд қилиш бутун дунёда ўсиб бормоқда. Бундан келиб чиқиб, биз бу ҳодисага долзарб ва муҳим муаммо сифатида қарашимиз лозим[8].

Суицид фавқулотда ҳолати статистик ижтимоий турғун ҳодиса бўлиб, унинг тарқалиши мамлакатлар ва уларнинг алоҳида ҳудудларидаги ижтимоий - иқтисодий, маданий тарихий ва этник ривожланиш шароитлари билан боғлиқ бўлган аниқ қонуниятларга бўйсунди. (Н.Д.Ходжаева 2001й).

Кейинги ўн йилликларда ўсмирлар ўртасида ўз жонига қасд қилишлар сони уч марта ошди. Асосий сабаби ота - оналари билан келишмовчилик, ўз тенгқурлари билан чиқиша олмаслик, келажакдан қўрқиш, ёлғизлик каби ҳолатлар сабаб бўлади. Руҳий ва жисмоний азобда қолиш, тарбиянинг нотўғри усуллари, инсоний қадр қийматининг пасайиши ва бундан

ташқари оилада, мактабда, мактабгача болалар муассасаларида болалар ва ўсмирлар ўртасидаги инсонлараро қадр қимматининг пасайиб кетиши кабилар ҳам сабаб бўлади. Аввало шуни айтиб ўтиш керакки, суиқасд сабабларидан бири аҳолининг ҳимояланган қатламларида болаларга инсонпарварлик ва меҳр - шафқат туйғуларининг етарли бўлмаслиги ҳисобланади. Нафақат оилада, балки матабларда ҳам болаларга, уларнинг муаммоларига кам этиборли бўлиш ҳоллари кузатилиб, бу эса ўз навбатида суицид муаммоси юзага келишига сабаб бўлмоқда. (А.Ф.Киселев 2000й).

Бизни ташвишга солаётган нарса болалар ўртасида суициднинг сони ортиб бораётганидир. Болалар ўртасида суицидлар сони 2000 йилдан ортиб бориши Тошкент вилоятида, 51,2%, Андижон вилоятида, 48%ни ташкил этди.

Ўсмирлар ва ёшлар ўртасидаги суицид ҳолати ҳақида бир тўхтамга келадиган бўлсак, уларда бу ҳолат импульсив характерга эга. Суицид фикрининг пайдо бўлишига қуйидаги ҳолатлар ҳам сабаб бўлиши мумкин: бирдан қаттиқ озор етиши, қасдини олиш фикри, атрофдагиларнинг унга, хулқига берган ёмон баҳосига чидай олмаслик ва шу каби ҳолатлар олиб келади.

Суицидлар сонининг ортишига сабаб бўлувчи омилардан яна бири, бу - оилавий муҳит ва шароитидир.

Бир қатор олимларнинг фикрича, суицид хавфи никоҳдаги ва никоҳда бўлмаганлар ўртасида учраш даражаси бугунги кунда бир хилни ташкил этади. Бунга сабаб оиладаги ўзаро келишмовчиликлардир. Ҳозирги вақтда, ажрашишлар, беваликлар суицид ҳолатига олиб келувчи омилардан бири бўлиб қолмоқда (Поставалова Л.И. 1989й; Седько А.М. 1993й). Эпидемиологик маълумотларга кўра, оилавий жуфтликлар ўртасида суицид ҳолатлари камроқ учраб экан.

Шизофрения хасталиги ва аффектив бузилишларга чалинган беморлар стационарлардан чиққач биринчи ҳафтаси давомида ўзларига суицидал ҳолат қилишган. Суицид қилишган бундай шахсларнинг кўпчилиги турмушга чиқмаган олий маълумотли аёллар ташкил қилади (D.Walson R Boord 2000й).

Ўз жонига қасд қилиш ҳолатларининг таҳлили натижалари шуни кўрсатадики, техника тараққиётининг тарихий ривожланиши, кейинги пайтларда ахборот заҳираларининг бениҳоят ортиб кетиши, ижтимоий янгиликлар, (инновациялар)нинг пайдо бўлиши, инсон бу каби ҳолатлар билан ҳаётда қадам ба қадам тенг бора олмаслиги, улардан қониқиш ола олмаслиги ва уларнинг маънавий қониқиш бахтига олиб келмаслигига ўзини ишонтириши экан. Ижтимоий алоқаларнинг йўқолиши, ижтимоий мосланувчанликнинг охириги этаплари, ривожланиш фаол бўлиб турган даврда ҳам ўз жонига қасд қилиш ортиб боришига сабаб бўлади.

Замонавий суицидологлар А.Г.Амбрумова, В.А.-Тихоненко, Л.Л.Бергенсон ва бошқалар охириги йиллардаги илмий тадқиқотлари асосида ўз жонига қасд қилишнинг баҳс - мунозарага сабаб бўлувчи муаммоли масалани кутариб чиқишди. Яъни ўзига суиқасд қилишга интилган инсонлар руҳий беморлар эмас, балки руҳан соғлом инсонлар томонидан амалга оширилади деган ишонарли далилни асослаб беришди, ва "кичик ижтимоий келишмовчилик" шароитида инсонлардаги ижтимоий - руҳий мослаша олмаслик натижасида руҳан соғлом шахсларда суицид келиб чиқар

экан. П.Шириховнинг маълумотида кўра суицидга сабаб бўлувчи омил ўзининг инсоний ҳис - туйғуларини ҳис эта олмасликдир.

Бутун жаҳон методик - суицидологик илмий маркази раҳбари А.Г. Амбрумова фикрича ўз жонига қасд қилиш бу - таъқиқланган келишмовчилик шароитида реализация, ҳаётдан тўла ўз айбига иқдор бўлиб юз ўгиришлар шахснинг ижтимоий - руҳий ҳолатидан келиб чиқади. Шунинг учун ҳам ҳамма ўз жонига қасд қилганлар ҳам руҳий бемор ҳисобланмайди.

Ўзбекистон Республикасида суицид қилганлар сони 1990 йили 100 минг аҳолига 7-8 тага тўғри келади. Ўсмирлар ўртасида бу каби суицидларнинг ортиб бориши бу масаланинг долзарблигини ва уни ўрганиш ўта муҳимлигини кўрсатмоқда.

Ўзбекистон Республикасида суицид кўрсаткичининг ортиши 1999 - 2001йй да кузатилди.

Ҳозирги вақтда суицид барча ўлим сабаблари ичида 12 - ўринда турибди. 60% дан ортиқ суицидентлар - булар ишсизлар ва уй бекаларидир.

80% дан ортиқ суицидентларда руҳий бузилишнинг кўринишлари йўқ ва улардан бирортаси руҳий - неврологик диспансерда рўйхатда турмайди. Уларнинг кўпчилиги амалий соғлом шахслар ёки чегараланган асаб - руҳий бузилишларга эга инсонлардир (Д.А.Асадов, Н.Д.Ходжаева 2004й).

Республикада суицидлар сонининг ортиши бунга қарши таъсирли чоралар ва олдини олиш ишлари олиб боришни тақозо этади. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 23.09.99 й. №559 қарори "Республикада суицидологик ёрдамни ташкиллаштириш тўғрисида", "Рухий ёрдам кабинети", "ишонч телефонлари", ўз ишини бошлади. Бундай турдаги суицидологик хизматлар кўп йиллар давомида дунёнинг кўпгина мамлакатларида иш олиб бормоқда. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш маркази ўз жонига қасд қилишнинг 800 сабабини ва ҳаётдан кўз юмишнинг 80 усулини кўрсатиб аниқлаб берди.

Шундай қилиб, суицидлар сони бутун дунёда ортиб бормоқда. Кўпчилик текширув натижаларига кўра суицидга олиб келувчи ҳолатга ижтимоий - демографик (жинс, ёш, маълумоти даражаси, оилавий аҳволи, иш билан таъминланганлик) ва шахс хусусиятлари киради. Ўзбекистонда суицидал хулқ атвор генези ўрганилмай қолмоқда. Суицидал генез тушунчасида асосий эътиборни суицидентларнинг шахс хусусиятларини билиш аҳамиятга эга.

Охириги беш йил ичида ёшлар ўртасида ўз жонига қасд қилиш Андижон вилоятида уч марта ортди. Бу муаммо фақат психиатриянинг эмас, балки шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг ҳам муаммосидир. Бизнинг текширувимизнинг мақсади, биринчи ўринда ўсмирлар ўртасида тугалланмаган суициднинг психопатологик ҳолатини ўрганиш ва уларга шошилинч ёрдам кўрсатиш учун лимфатроп даво усулини ўзлаштиришдир.

Изданишдан мақсад: суицидентларнинг психопатологик хусусиятларини ўрганиш ва уларга шошилинч тиббий ёрдам кўрсатишдир.

Материал ва усуллари

Олдинга қуйилган вазифани бажариш учун Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали "токсикология" бўлимида 50 та ўз жонига қасд қилиш ҳолати ўрганилди. Суицидентлар-

да анамнестик ва клинико - катамнестик текшириш олиб борилди.

Олинган натижалар таҳлил ва муҳокамаси

Психиатрияда психопатологик текшириш усули энг анъанавий усул бўлиб ҳисобланади.

Бу усул билан руҳий жараёнлар ривожланиши ва бузилишини қонуниятларини, шунингдек мия фаолиятининг турли патологияларида шахснинг руҳий хусусиятларини ўзгариши ўрганилади. Суиқасдларда патологик омиллар асосан эмоционал - иродавий доирада, асаб фаолиятининг функционал динамик бузилишида кўринади. Руҳий текширувлар авваламбор шахсни структурасини ва индивидуал - типологик хусусиятларини ўрганишга қаратилган.

Патопсихология мувофақият билан қўлаб келатган асосий ва энг самарали йўллардан бири, суиқасдларда руҳий жараёнлар кечиши ўзгаришлари қонуниятларини экспериментал ўрганиш ва бу маълумотларни қўшимча клиник - диагностик мезонлар сифатида қўллашдир. Бундай ёндашиш қуйидаги услубий принциплар билан характерланади. Текширувнинг экспериментал усули воситасида суицидент психопатологик хусусиятларини таҳлил қилинган. Бу усул ёрдамида суицидентлар руҳий фаолияти бузилишининг муайян вариантлари ўрганилган.

Ҳозирги вақтда психиатрияда текширув усуллари яна ҳам истиқболли (перспектив) ва клиник лаборатор анъанавий текширув усуллари каби зарурий бўлиб бормоқда.

Сўнгги ўн йилликда эпидемиологик усул бутун дунёда қўлланилмоқда. Бу усул билан суицидал ҳати - ҳаракатларни этиологияси, патогенези ва ташхислашга оид саволларни, суицидент ривожланиш қонуниятлари ва хусусиятларини ўрганилади. Психофармакотерапия таъсирини объектив баҳолаш ва суиқасд хавфини ҳисоблаш, шунингдек суиқасдлар профилактикаси, суицидал ёрдамни режалаштириш ва ташкиллаштириш амалга оширилади. Тугалланмаган суиқасддан кейин беморларни синдромологик жиҳатдан ўхшатишликнинг афзаллиги, қўлаб назарий ва амалий саволларни ечиш учун зарур бўлган текширилган беморларнинг дифференциаллашган клиник характеристикасини қўлга киритиш имкониятини бера-

ди. Мамлакатнинг турли туманларида яшовчи тугалланмаган суиқасддан кейинги беморларнинг дифференциаллашган клиник характеристикаси мавжуд бўлган ҳолатда касаллик кечишининг турли кўрсаткичлари ва омилларини қиёслаш солиштирилатган беморлар гуруҳларини фарқи ёки ўхшашлигини аниқлаш, фарқларга олиб келувчи омилларни аниқлаш мумкин.

Сўнгги йилларда мамлакатнинг турли шаҳарларида шу дастур ва услуб бўйича эпидемиологик текширувлар ўтказилган.

Суицидал мойилликни ўрганиш учун сифат жиҳатидан Янги ва энг ишончли усули солиштириш эпидемиологик усули ҳисобланади. Дунёнинг турли давлатларида яшовчи суицидентлар популяциясини эпидемиологик ўрганиш маълумотларини солиштириш ва таҳлил қилиш, суицидентларни ягона дастур ва усул бўйича идентификациялаш суиқасд умумий қонуниятлари ва хусусиятларини суицидал ҳатти - ҳаракат кўрсаткичларини таъсир этувчи прогностик мезонлар ва омилларни даволаш ва реабилитация чоралари самарадорлигини яна ҳам тўлиқ ва мантиқий очиб беришга имкон беради. Турли популяциядаги беморларда ўхшаш натижаларни қўлга киритилиши уларнинг ишончилиги ва информативлигини яна оширади. Фарғона вилояти ҳудудида яшовчи тугалланмаган суициддан кейинги суицидентларнинг руҳий ҳолатини солиштириш, эпидемиологик ўрганиш биринчи марта ўтказилмоқда.

Қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун тугалланмаган суициддан кейинги беморларни қиёсий психопатологик текширув ўтказилган ва уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш учун лимфатроп терапия самарадорлигини аниқлаш Андижон вилоятидаги Республика шошшилиш тиббий ёрдам марказида ўтказилган. Кўрсатиб ўтилган беморлар популяциясидан ўрганиш учун тугалланмаган суиқасддан кейин токсикология бўлимига тушган барча суицидентлар олинган. Суицидентлар шахсиятининг характерологик хусусиятлари (преморбид, характер) аниқланган.

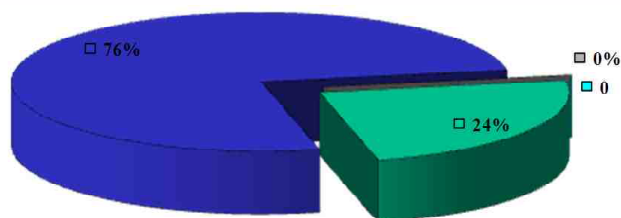
Биз томондан 50 та тугаллаган суиқасд ўрганилган. Суицидал уринишни амалга оширган асосий гуруҳдаги эркаклар ва аёллар нисбати 12 (24%) ва 38 (76%) улардан иккитаси суицидал уринишни қайта қилган.

Жадвал № 1.1

Суицидал уринишни амалга оширган эркаклар ва аёллар нисбати.

Эркаклар		Аёллар		Ҳаммаси	
Абс	%	Абс	%	Абс	%
12	24	38	76	50	100

Диаграмма № 1.1.



Маълумотларимизга кўра ўзини ўлдиришга ҳаракат қилган суицидентларнинг 50 таси диспансер назоратида бўлмаган. Текширилган суицидентларнинг суицидал ҳаракатини таҳлили шуни кўрсатадики улрнинг кўпчилигини суицидал ҳатти-ҳаракати муҳитнинг шахс ҳаётий муҳим эҳтиёжларини фрустрациялаш ва унинг ижтимоий-руҳий дезадаптациясини келтириб чиқарувчи реал объектив ва субъектив оғир руҳий шикастловчи омиллари таъсирига боғлиқ.

Текширилган туманга боғлиқ ҳолда суицидентларни тарқалиши фарқи статик жиҳатдан ишончли қишлоқ ёки шаҳар аҳолисига тегишлик шубҳасиз му-

ҳим кўрсаткич ҳисобланади ва уни у ёки бу аҳоли категориясидаги суицидалликни баҳолашда ҳисобга олинмаслик мумкин эмас. И.З.Коваленко таъкидлаганидек, суиқасд катта шаҳарларда яшаш учун кураш жуда ҳам муҳим ва ўткир бўлган ҳолатда ўзаро муносабатлар мураккаблиги оқибатида кўпроқ бўлади.

Россия суицидологик маркази маълумотларига кўра, 1986 йили Россияда суиқасд кўрсаткичи шаҳарда 21%, қишлоқда 28%, бўлган. Бу дунё мамлакатлари нуқтаи назаридан қараганда парадоксал ҳисобланади.

Бунинг акси, яъни шаҳарда суиқасдни кўплиги Ўрта Осиёда кўрсатилган. Ўзбекистонда 1986 йилда суиқасд (ҳар 100 минг аҳолига) 12,6 га, қишлоқда 6,1 та, Туркменистонда 12,1 ва 1,7 га тўғри келади. Бу қишлоқ ҳаёти антисуицидал омилларининг ижобий таъсири билан тушунтирилган. Бироқ Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги суд - тиббий экспертиза бош бюроси маълумотларига кўра 1999 йилда қишлоқларда суиқасдлар ортганлиги айтилди.

Жадвал № 2.1.

Тугалланмаган суициддан кейинги беморларнинг Республикамиз ва бошқа давлатларда шаҳар ва қишлоқларда тарқалиши

№	Жой номи.	Россияда	Ўзбекистонда	Туркменистонда
1.	Шаҳарларда	21%	12,6%	12,1%
2.	Қишлоқларда	28%	6,1%	1,7%
3.	Ҳаммаси:	49%	18,7%	13,8%

Барча олинган натижалар статистик қайта ишланган. Бу асосий кўрсаткичларни солиштириш ва қонунийларини аниқлаш, прогностик омиллар ўртасидаги ўзаро боғлиқлик кучи ва характери, тугалланмаган суиқасддан кейинги психопатологик ҳолатни аниқлаш, ундан кейин суицидентни лимфатроп терапия кўрсаткичларини ўзаро солиштириш имконини беради.

Тадқиқотлар натижасини статистик қайта ишланишида Н.А.Плохинский (1970), Е.Н.Шиган (1977) ишларидаги услубий тавсиялар қўлланилган.

Бизнинг маълумотларга кўра суицид ўсмирлар ўртасида жуда юқори эканлиги аниқланган. Суиқасдларнинг ярмидан кўпини улар амалга оширганлар. Ўсмирлар суиқасдининг руҳий мазмуни ёрдамга чақириқ, ўз азиятларига эътиборни қаратишдир.

Тадқиқотларимизга кўра, оила суицидал хавф учун муҳим рол уйнайди. Оилани тўлиқ эмаслиги, қариндошлар ва дўстларнинг етарлича қўлламасликлари ва бошқалар.

Ўсмирлар оғир ижтимоий доира: кўнгилдагидек бўлмаган оила, яккалик ва қаровсизлик, катталарга суянчиқнинг йўқлиги кабилар бўлади. Суицид баҳонаси арзимаган нарсалар: бирор фандан икки олиш, катталардан хафа бўлиш бўлади.

Суицидга олиб келиши мумкин бўлган низоли ҳолатларни таҳлил қилиб шунга амин бўлдики, бола учун ўзини ўлдиришга сабаб оддий: катталарнинг фик-

рига келишмовчиликдир. Бунинг тасдиғи, 16 ёшли Д. бувиси калта юбка кийишга рухсат бермагани учун (дори орқали заҳарлаш), 17 ёшли У. ота - онаси дугонаси билан дўстлашишни рад этгани учун суиқасдга қўл урган.

Умумий беқарорлик, танқиднинг етарли эмаслиги, ўзига юқори баҳо бериш ва ҳаёт қимматини пасайиши шароит яратади. Бу бола руҳиятига салбий тус беради ва суицидал ҳаракатга туртки беради. Ҳаммаси биригаликда келишмовчиликни ҳал қилиб бўлмайдигандай туюлиши, умидсизлик ва ёлғизлик ҳиссини ўйғонишига олиб келади.

Суиқасдни ёш категорияси бўйича статистик тақсимланиши, унинг даражасини 15 ёшдан 30 ёшгача орасида юқори эканлигини кўрсатади. (А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко 1980й). Аслида ўрта ва катта ёшдагилар олинса, аксинча, ёш аёлларда (29ёшгача) ва ўсмирларда кўпроқ бўлади. (О. Molli. P.P.Irish 1986) (Patterson R.D. 1984. Storountes Z.L. 1988) Weissmar (1994.) нинг таъкидлашича, суицидал пик 20 - 24 ёшга тўғри келади.

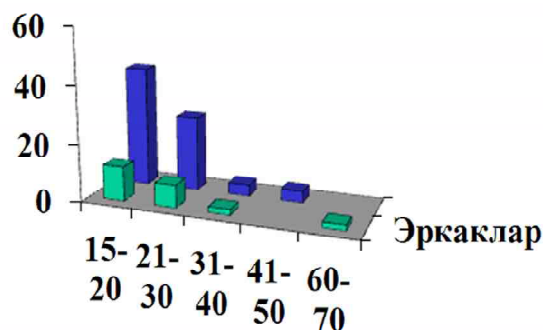
Ўрганилган беморлар ёши текширилган вақтда 15 дан 70 ёшгача бўлган. Текширилган беморларнинг 27 таси 54,0% ни 15 - 20 ёшдагилар, 17 таси 34% ни 21 - 30 ёшдагилар, 3 таси 6% ни 31 - 40 ёшдагилар, 2 таси 4% ни 41 - 50 ёшдагилар, 1 таси 2% ни 60 - 70 ёшдагиларни ташкил этган.

Жадвал № 3.1.

Ўсмирлар ўртасида тугалланмаган суициднинг ёш бўйича тақсимланиши

№	Суицидент ёши.	Эркаклар		Аёллар		Жами	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1.	15 – 20	6	12	21	42	27	54,0
2.	21 – 30	4	8	13	26	17	34,0
3.	31 – 40	1	2	2	4	3	6
4.	41 – 50	–	–	2	4	2	4
5.	60 – 70	1	2	–	–	1	2
6.	Ҳаммаси:	12	24	38	76	50	100

Диаграмма № 3.1.



Шахсини ёш - жинс характеристикаси бўйича таҳлили, эркакларда 15 - 20 ёшда 6та 12%, аёлларда 21 та 42%, 21 - 30 ёшда эркак 4 та 8%, аёл 13 та 26%, 31 - 40 ёшда эркак 1 та 2%, аёл 2 та 4%, 41 - 50 ёшда эркак йук, аёл 2 та 4 %, 60 - 70 ёшда эркак 1 та 2 %, аёл йук.

Қатор муаллифларнинг маълумотларига кўра, турмуш қурган ва қурмаганлар ўртасида суицид учраш хавфи бир хил.

Э.Дюркгеймнинг фикрича инсон ўз хохишларида қанча чегараланса, ҳар қандай чеклаш унга шунча оғир бўлади. Унинг фикрича инсоннинг маълумоти қанча юқори бўлса, суиқасд хавфи шунча баланд бўлади. Тарбия шакли, оила типи, шахс шаклланишидаги заифлик, омиллари комплекс равишда кўриб чиқил-

ди. Суицидентларда эмоционал сфера толерантлиги пасаяди, агрессивлик ортади. Ҳаёт қийинчиликларига чидамсизлик ортади.

Тарбиянинг дисгормоник шакли у ёки бу характер акцентуацияларини шаклланишини ва ман қилишини таъминлайди. Шахсни патохарактериологик ривожланишига сабаб бўлади. (А.Е. Личко 19983, 1985.) суицидал хавфни муҳим омилларида бири касбий ҳолати ҳисобланади. Суицид қилиш эҳтимоли ишлайдиганлардан кўра ишламайдиганлар орасида 2 -3 баробар юқори (Goldenblatt et. al. 1987. Moser K.A. et. al. 1987). Шунинг таъкидлаш лозимки, тугалланмаган суиқасдлар кўпроқ маълумоти паст бўлганларда бўлади. (Петраков Б.Д. Бамильский, Н.А. 1973). Бошқа ижтимоий гуруҳларга қарашли бўлган айти ёшдагиларда гарбнинг имтиёзл университетларидагилар суиқасдни кўпроқ амалга оширадilar. (Амбрумова А.Г. Бородин С. 1981й, Seiden R 1984. Fox R 1971.)

Турли касб эгалари ўртасида ўзини ўлдирганлар сони врачлар, (Сикорский И.А. 1989й, Анискин Д.Б. 1997, Rose X. Rosov I. 1973. Keshon L 1978.) психологларда (Mausner J. 1979), ҳарбийларда (Сикорский И.А. 1989, Анискин Д.Б., Bonardi F) ва (Heinman M 1997й).

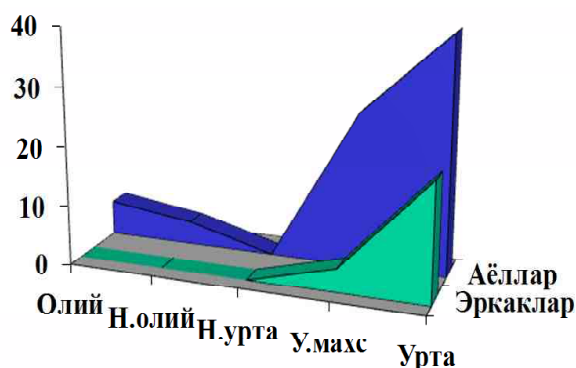
Суицидал уринишларни амалга оширганларни касбий таҳлили шунинг кўрсатдики, суиқасд кўпроқ ўрта маълумотлиларда (30%), аниқланган, олий маълумотлиларда паст бўлади (6%). Нотўлиқ ўрта маълумотлиларда кузатилмади.

Жадвал № 4.1

Суицидентларнинг маълумоти бўйича тақсимланиши

№	Маълумоти.	Эркаклар		Аёллар		Жами	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1.	Олий	—	—	3	6	3	6
2.	Нотўлиқ олий	—	—	2	4	2	4
3.	Нотўли ўрта	—	—	—	—	—	—
4.	Ўрта махсус	2	4	13	26	15	30
5.	Ўрта маълумотли	10	20	20	40	30	60
6.	Ҳаммаси:	12	24	38	76	50	100

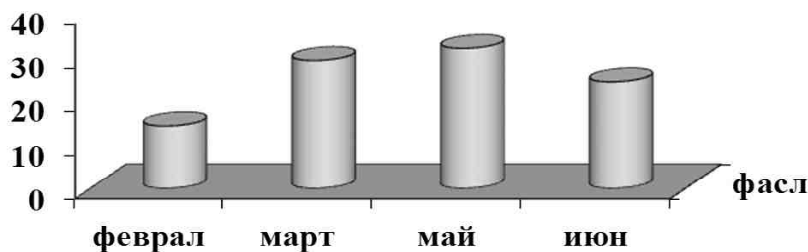
Диаграмма № 4.1.



Аёллар эркакларга нисбатан беш марта кўпроқ амалга оширади. Аммо кўп ҳолларда бу уринишлар демонстратив характерда бўлади ва ҳаётдан воз кечишга эмас, балки ҳаёт сифатини оширишга қаратилган бўлади. Онгли суиқасд фаолиятининг вақти ва мавсуми ўзининг асосий характеристикасига кўра жуда ҳам галатидир. Ф.Ницше, Н.В.Гоголь, М.М.Пришвинни бир неча бор туш вақтини инсон руҳиятига таъсирини қайд қилишган. Айнан туш вақти суицидал уриниш учун энг хавфли ҳисобланади. Танили рус олими А.П. Чижевский "замин куёш оғушида" номли ишида инсонлар уюшмасидаги "баҳорги кризислар" сабаблари ҳақида ёзилган. Олим шунга ургу берганки, атроф муҳитни бизнинг руҳиятимизга таъсири, биз ўйлагандан кўра солиштириб бўлмас даражада чуқурдир. У тирик организмни куёш фаолиятини мавсумий ўзгаришида кескин ва шиддатли руҳий кечинмаларга, шунингдек, суиқасдга ҳам мойил бўлади. Демак, ҳулоса қиладиган бўлсак, агар статистикага ишонади-

ган бўлсак XX аср давомида энг хавфли йил мавсумлари май, июн бўлиб, суицидологлар уларни "ўлим ойлари деб атаган" замонавий Америка тадқиқотчилари баҳор фаслини шундай мавсум деб таъкидлашди. Ўлим соатлари эрталабдан туш пайтигача яъни соат 12 гача, ёки соат 13 дан 15 гача.

Олим одамни эсанкиратиб қўядиган: табиат руҳий ва иқтисодий жиҳатдан ўлимга мойилликни энг кам келтириб чиқарувчи вақтда инсон ўз ҳаёти ҳисобини қилади, хусусан, нафақат мавсум (баҳор), балки, қулай иқлим шароитларида ҳам бу нарса юз беради. Масалан: марказий Европанинг ўртача иқлими суицидал провокатор сифатида таъсир қилади.



Шундай қилиб, ҳатто мавсум (баҳор ва ёзнинг бошланиши) каби суицидал константа ҳам нафақат ташки характерга, балки суиқасд қилувчининг онгига ҳаётини воқеаларни таъсирига, шахсининг чуқур ички характернинг махсус суицидал индивидуализмига ҳам таъсир қилади.

Суицидал уринишлар туш вақти соат 12 - 13 гача кўп бўлади. Кўплаб суиқасдлар июнь 15,5%, февралда 14,2%, мартда 18,3% ва май ойларида амалга оширилган.

БЖССТ маълумотларига кўра, барча суиқасдларнинг 60% ёз ва баҳор ойларига тўғри келади.

Хулоса

Суицидлар сонини ортишини олдини олиш учун аҳолига ўз вақтида ёрдам кўрсатиш, уларни қўллаб қувватлаш, ҳеч бўлмаганда консультация даражасида бу ишни амалга ошириш керак. Реабилитация усуллари янада самаралироқ қўллаш учун доимий равишда арбобларга, хорижий адабиётларга ва нафақат аҳолини даволашга қаратилган усулларга, балки, одамларда суиқасдга туртки бўлувчи сабабларни аниқлашга ва имкони борида уларни бартараф этишга қаратилиши керак.

Ҳар бир одам юз бериши мумкин бўлган суицидларни аниқлаш ва олдини олиш учун қандайдир даражада психолог бўлиши керак. Агар қуйида санаб ўтилган ҳолатлар Сизнинг дўстингизда бўлса, унда мутахассис (психолог, психотерапевт, психиатр,) ёрдамига мурожаат қилиши керак.

Депрессия ҳолатидаги, ёки суиқасд ҳақида ўйлаётган одамлар ўзларининг ҳиссиётлари ҳақида гапирмайдилар ва гапиришни хохламайдилар.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Асадов Д.А., Ходжаева Н.Д., Суицидал хулқни комплекс профилактикасини ташкиллаштириш. //Ўзбекистон тиббиёт журналі - 2004. № 1 - 2. 147 - 150 бетлар.
2. Асадов Д.А., Ходжаева Н.Д. Суицидал хулқни профилактикасида комплекс ёндашув ва ўз жонига қасд қилиш муаммоси. //Ўзбекистон тиббиёт журналі - 2002. № 4. 113 - 116 бетлар.
3. Асадов Д.А., Ходжаева Н.Д. Суицидологиянинг ижтимоий - тиббий аспекти. //Ўзбекистон тиббиёт журналі - 2001. № 1. 105 - 106 бетлар.
4. Гиёсов Г.А., Масумхонов К.А., Суицид ҳолатларида метеорологик омилларнинг тутган ўрни ва метеопрофилактика имкониятлари. //Ўзбекистон тиббиёт журналі - 2002. № 4, 78 - 79 бетлар.
5. Гиёсов Г.А., Масумхонов К.А., Суицид ва парасуицид ҳолатларини юзага келишида аҳамиятли бўлган айрим хавф омилларининг қисқисий тавсифи. //Ўзбекистон тиббиёт журналі - 2004. № 5, 58 - 60 бетлар.
6. Гиёсов Г.А., Масумхонов К.А., Суицид ҳолатларининг суд - тиббий таҳлили. //Журнал теоретической и клинической медицины. 2001. № 1. стр. 116 - 118.
7. Мординов Л.А., Башарин К.Г. Анализ случаев самоубийств (при повешении) по данным судебно - медицинской экспертизы Якутска. //Суд. Мед. экспертиза. 2004. № 1. стр. 39 - 41.
8. Резник А.М., Фаставцов Г.А. Особенности стресс - провоцированного суицидального поведения военна - служащих. //Военно - мед. Журнал. 2004. № 6. стр. 36 - 41.
9. Сотникова Ю.А. Специфика защитных механизмов у лиц, совершающих суицидальные попытки. //Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 11. стр. 11 - 18.

Келиб тушган вақти 28.12. 2018 йил.

ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРА И ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Нурматова И.

Ферганской Областной наркологической диспансер(ФОНД)

✓ Резюме,

Важное значение имеют и социально-психологические факторы в развитии женского алкоголизма. Очевидно, что изменение положения женщины в обществе в XX веке - эмансипация - привело к росту алкоголизации и, соответственно, алкоголизма. Еще в 70-х гг прошлого столетия американские исследователи отмечали, что отказ от традиционных феминных ролей и идеалов среди девушек-подростков приводит к росту. Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание истерических (46 %) и эксплозивно-эпилептоидных (21%) черт характера среди обратившихся пациенток. Гипертимные черты встречались реже: у 3 (11%) девушек, а неустойчивые лишь в двух случаях (7%). У трети пациенток (32%) в анамнезе отмечались беспричинные колебания настроения с преобладанием дистимии и неглубокой меланхолии продолжительностью не менее недели. Почти у четверти (21%) в анамнезе отмечалось наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга).

Ключевые слова: алкогольные психозы, изменения личности, колебания настроения, эмансипация.

АЛКОГОЛЛИ ПСИХОЗ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАРДА ШАХС ЎЗГАРИШИ

Нурматова И.

ФВНД шифокор ординатори

✓ Резюме,

Аёллар алкоголизмнинг ривожланишида ижтимоий - психологик омиллар катта аҳаситга эга. Маълумки, XX - асрда алкоголизмнинг, айниқса аёллар ўртасида авж олишида эмансипация даражасига етди. Ўтган асрнинг 70 - йилларида америкалик текширувчилар таъкидлашчи, алкоголизм ривожланишида феминин роль анча ортди. Олиб борган текширувларимизда аёллар ўртасида алкоголли психозлар оқибатида преморбид хусусиятлардан истерик (46 %) ва эксплозив - эпилептоид шахс характери (21%) ни таъкил этди. Гипертимли шахс ўзгариши 3 (11%) аёлларда учраган бўлса, нотурғун характер 2 та ҳолат (7%) ни таъкил этди. (32%) беморларда анамнезидан кайфиятнинг сабабсиз ўзгариши дистимия ва чуқур бўлмаган меланхолия билан бир ҳафтадан ошмаган муддатда ифодаланди. (21%) беморларда анамнезидан ёпиқ бош мия жароҳати олганлиги маълум бўлди (мия чайқалиши).

Калит сўзлар: алкоголли психозлар, шахс ўзгариши, кайфиятнинг лабиллиги, эмансипация.

CHANGES IN CHARACTER AND PERSONALITY IN WOMEN MOVING ALCOHOL PSYCHOSES

Nurmatova I,

Physician residency Fergana Regional Narcological Dispensary (FRND)

✓ Resume,

Socio-psychological factors in the development of female alcoholism are also important. It is obvious that a change in the position of women in society in the twentieth century - emancipation - led to an increase in alcoholization and, accordingly, in alcoholism. Back in the 70s of the last century, American researchers noted that the rejection of traditional feminine roles and ideals among adolescent girls leads to growth. Among the premorbid features, the prevalence of hysterical (46%) and explosive epileptoid (21%) character traits among the patients who applied should be noted. Hypertimial features were less common: in 3 (11%) girls, and unstable only in two cases (7%). One third of patients (32%) had a history of unreasonable mood swings with prevalence of dysthymia and shallow melancholia lasting at least a week. Almost a quarter (21%) had a history of closed craniocerebral injuries (brain concussion).

Key words: alcoholic psychosis, personality changes, mood swings, emancipation.

Актуальность

Большинство исследователей пишет, что женский алкоголизм, по сравнению с мужским, чаще развивается в более позднем возрасте (в среднем на 5 лет) [1,4], хотя в последних работах имеются указания на стирание возрастных различий [6]. Большинство же исследователей отмечает его особую тяжесть и злокачественность [1,2,4]. Имеются данные, что эффект 14-недельной психофармакотерапии сертралином у женщин хуже, чем у мужчин [6]. Тем не менее, некоторые авторы не разделяют точку зрения о большей злокачественности женского алкоголизма, подчеркивая противоречивость данных и невозмож-

ность четко измерить величину этого показателя [1]. В.Б. Альтшулер и С.Л. Кравченко [5] считают, что злокачественность женского алкоголизма определяется преобладанием факторов либо негативного, либо позитивного прогноза. К факторам негативного прогноза авторы относят: 1) сочетанный алкоголизм матери и отца; 2) возраст начала злоупотребления алкоголем до 25 лет; 3) преобладание неустойчивых и эпилептоидных черт характера. К факторам позитивного прогноза относятся: 1) отсутствие семейного алкоголизма; 2) возраст начала злоупотребления после 25 лет; 3) преобладание астенических черт характера (синтонность). С Вилснек и Р. Вилснек [3] приводят следующие основные факторы, способствующие развитию тяже-

лого алкоголизма у женщин, на основании масштабного 5-летнего исследования, проводившегося в США: 1) молодой возраст; 2) отсутствие социальных ролей или неадекватный социальный статус; 3) принадлежность к этническим меньшинствам; 4) сожительство с пьющим мужем/партнером; 5) депрессия; 6) сексуальная дисфункция; 7) насилие в детстве.

Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание истерических (46 %) и эксплозивно-эпилептоидных (21%) черт характера среди обратившихся пациенток. Гипертимные черты встречались реже: у 3 (11%) девушек, а неустойчивые лишь в двух случаях (7%). У трети пациенток (32%) в анамнезе отмечались беспричинные колебания настроения с преобладанием дистимии и неглубокой меланхолии продолжительностью не менее недели. Почти у четверти (21%) в анамнезе отмечалось наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга).

Это согласуется литературными данными о наличии преморбидных психопатических черт у девушек с ранним алкоголизмом [5], поведенческих расстройств [3] и частых аффективных нарушений у женщин-алкоголичек [2,4]. На большее число преморбидных личностных расстройств у девочек-алкоголичек, по сравнению с мальчиками, указывают П.И. Сидоров и А.В. Митюхляев [2,3]. Женщины, страдающие алкоголизмом, при исследовании с помощью Каролинской личностной шкалы, по сравнению с контролем, продемонстрировали большую тревожность, чувствительность, социальный конформизм, импульсивность, раздражительность, повышенную утомляемость, неудовлетворенность предыдущей жизнью и опытом детства [6]. Ассоциальное расстройство личности встречается у женщин с алкоголизмом в 1,5-3 раза реже, чем у мужчин [5]. Немецкие исследователи выявили достоверное повышение баллов по шкале нейротизма в тесте Айзенка у женщин-алкоголичек, по сравнению с мужчинами, причем это было единственное достоверно значимое отличие [4]. Тенденция к суицидным попыткам в абстинентном состоянии у женщин выражена также сильнее (до 35% от общего числа). Кроме того, имеются данные, что патологический преморбид более выражен у женщин, злоупотребляющих алкоголем в сочетании с другими психоактивными веществами [5].

Цель исследования: Изучить особенности клиники, течения и прогноза алкогольных психозов у женщин.

Материал и методы

Для решения поставленных задач нами было обследовано 70 больных женщин, состоящих на учете в Ферганском областном наркологическом диспансере и лечившихся в психоневрологическом диспансере в период с 2017 по 2018 годы. Сведения собирались по разработанной нами схеме, предусматривающей особенности социально - психологического статуса обследованных больных, перенесших алкогольные психозы.

Наши результаты показали, что на фоне длительного злоупотребления спиртным у женщин начинают развиваться психические нарушения. На фоне заболевания у женщины менялся характер (26%). Она становилось нервной (28%), истеричной (24%), агрессивной (18%) и эгоистичной (18%). У женщин с

энцефалопатии (12%), выражено слабоумия и деградация личности. Нормальная женщина под влиянием алкоголя становилась слабоумной и опустившейся.

Вследствие злоупотребления алкоголем у женщин проявляются социальные последствия. У них быстро снижается моральный, социальный облик, интеллект.

Таким образом, с алкогольной зависимостью в некоторых случаях психические нарушения у женщин ограничиваются в основном кругом малых синдромов, неврозоподобными (36%), аффективными (34%), психопатоподобными (30%), расстройствами.

Длительное злоупотребление алкоголем приводит к необратимым изменениям внутренних органов. Соматические нарушения при алкоголизме у женщин происходят чаще, чем у мужчин, в 2 раза чаще встречаются циррозы печени, гепатиты, невриты, алкогольная пеллагра. Нередко наблюдаются бесплодие, мертворождения, рождение детей с физическими пороками.

Симптомы болезни развиваются настолько стремительно, что зачастую лечение женского алкоголизма значительно осложняется. Пагубное влияние алкоголизма на женский организм проявляется намного раньше, чем в случае с мужской алкогольной зависимостью.

Наши результаты показали, что на фоне длительного злоупотребления спиртным самыми распространенными патологиями у женщин-алкоголичек являлись поражения печени и поджелудочной железы, гепатит (18%), цирроз печени (12%), панкреатит (16%), аменорея (16%), и другие.

Женщина, больше, чем мужчина, нуждается в понимании и поддержке близких людей - как во время лечения, так и по его окончании. Но она не получает этого внимания из-за общественного мнения и попыток до последнего скрыть свою болезнь. Это очень осложняет задачу лечащего врача.

Наиболее эффективен комплексный метод лечения. Больных алкоголизмом лечат амбулаторно и стационарно, по желанию больных и принудительно, в психиатрических и специализированных наркологических учреждениях.

Для профилактики алкоголизма применяют комплекс социальных и медицинских мероприятий. Вся работа по организации выявления и лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, должна проводиться на фоне широко организованного противоалкогольного воспитания населения. Женский алкоголизм начинается позже, чем у мужчин, но имеет более стремительное развитие болезни, и деградация личности женщин достигает к 40 годам. Исчезают высшие моральные и эстетические эмоции, они оставляют работу, семью, не проявляют заботу о детях и старых родителях.

Вследствие злоупотребления алкоголем у тематических больных женщин проявлялись социальные последствия. У них быстро снижался моральный, социальный облик, интеллект. От алкоголизма женщин ограждают психологические и биологические барьеры. Когда они разрушаются, очень быстро происходит нравственное падение. У тематических больных терялось интерес к жизни. Больные теряли работу, вели разгульный, иждивенческий и паразитический образ жизни. Многие теряли семью, жили на случайные заработки. Лживость и фантазерство у женщин, больных алкоголизмом, выражены больше по срав-

нению с мужчинами, страдающими тем же заболеванием.

Таким образом, у женщин с алкогольной зависимостью в некоторых случаях психические нарушения

Таблица.1

Распределение женщин по изменению личности

№	Виды изменения личности	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		p
		Абс	%	Абс	%	
1	Неврозоподобные	18	36,0	2	10,0	< 0,05
2	Аффективные	17	34,0	10	50,0	< 0,05
3	Психопатоподобные	15	30,0	6	30,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

ограничивались в основном кругом малых синдромов, неврозоподобными (36%), аффективными (34%), психопатоподобными (30%) расстройствами.

Юмор у женщин с хроническим алкоголизмом встречался реже, чем у мужчин с аналогичной болезнью. Чаще они плоско шутили, говорили пошлости. Круг интересов у них резко сужен. Они ничем не интересовались, не строят никаких жизненных планов. Легко дали обещание не пить, но спустя минуту его забывали. С окружающими нередко вели себя развязно. Некоторые женщины легко внушаемы, всегда на стороне говорящего, но, отойдя от него к другому, тут же соглашались с нелестными эпитетами в адрес бывшего их собеседника. Неумеренно наши тематические больные женщины перестали следить за собой, не обращали внимания на свою одежду, становились неопрятной, а потом и вовсе "опускались". Пьяная женщина вызывает у большинства людей чувство неловкости и даже брезгливости.

Выводы

1. При развитии алкогольных психозов у женщин, страдающих алкоголизмом, чаще наблюдались острые алкогольные психозы, а именно острый вербальный галлюциноз.

2. У женщин страдающих алкоголизмом и перенесшие острые алкогольные психозы отмечаются сле-

дующие алкогольные психозы, отмечается следующие особенности течение и динамики алкоголизма: отмечалось более раннее формирование болезни, более быстрый переход от одной стадии к другой (слияние), более быстро формировались изменение личности и характера алкогольному типу и носили более злокачественный характер.

3. У женщин страдающий алкоголизмом перенесшие острые алкогольные психозы значительно чаще отмечались нарушение со стороны соматической сферы (гепатит, аменорея, цирроз печени).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Егоров А.Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма//Вопросы наркологии. - 2004. №6. - С.74-79.
2. Егоров А.Ю. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастные аспекты//Наркология. 2005. - №9. - С.49-55.
3. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2008. - С.30.
4. Штырков А.Г. Клинические особенности алкоголизма у женщин с epileptoидными чертами характера: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2003. - 26 с.
5. Альтшулер В.Б., Штырков А.Г. К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с epileptoидными чертами характера//Наркология. №5. - 2003. - С.29-41.
6. Гофман А.Г. Алкоголизм у женщин//Клиническая наркология. -М.: Миклош, 2003. С.54-58.

Поступила 29.12. 2018

THE IMPORTANCE OF VOCABULARY IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES

Radjabova D.

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume,*

Vocabulary is the most required skill when learning a foreign language. It is on vocabulary that all the other skills, reading, writing, speaking, and listening are based and developed. This article shows why it is important to learn new words and why English vocabulary is difficult to memorize. Moreover, it dealt with two main reasons for which most of the students permanently forget the words acquired. And finally, it suggests methods and techniques that help to understand the new vocabulary.

Key words: vocabulary, expression, memorable, technique, learning, communication.

ВАЖНОСТЬ СЛОВАРЯ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

Раджабова Д.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме,*

Словарь является наиболее необходимым навыком при изучении иностранного языка. На лексике основываются и развиваются все другие навыки, чтение, письмо, речь и слушание. В этой статье показано почему важно изучать новые слова и почему английский словарь трудно запомнить. Более того, речь идет о двух основных причинах, по которым большинство студентов постоянно забывают полученные слова. И, наконец, статья предлагает методы, которые помогают понять новый словарь.

Ключевые слова: лексика, выражение, запоминающий, метод, обучение, общение, деятельность

ХОРИЖИЙ ТИЛЛАРНИ ЎҚИТИШДА ЛУФАТНИНГ АҲАМИЯТИ

Раджабова Д.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме,*

Сўз бойлиги хорижий тилни ўрганишда энг кўп талаб қилинадиган маҳоратдир. Барча қобилиятлар: ўқиш, ёзиш, гапириш ва тинглаш сўз бойлиги асосида ривожланади ва такомиллашади. Ушбу мақолада нима учун янги сўзларни ўрганиш муҳимлиги ва нима учун инглизча сўзларларни эслаш қийинлиги ёритилади. Бундан ташқари, талабаларнинг кўпчилиги ўрганилган сўзларни доимий унутиб юборадиган иккита асосий сабаб кўрсатилган. Ушбу мақола янги сўзларни ёдлашда ёрдам берадиган бир қанча метод ва тавсияларни таклиф қилади.

Калит сўзлар: сўз бойлиги, ифода, эсда қоларли, усул, тағлим, мулоқот, фаолият

Actuality

Vocabulary knowledge plays an important role in language learning. It can be easily proved by taking sample from the intellectual development of a child. What do the children begin learning the surroundings with? First of all, they start to learn the names of objects and subjects around, i.e. they learn vocabulary of their parents. Vocabulary is the first essential element of communication. The more words one knows, the clearer their speech will be. The wider the vocabulary of a person, the more smoothly he will be able to express his opinion.[1, p 4-5]

Vocabulary represents one of most important skills necessary for teaching and learning a foreign language. It is the basis for the development of all the other skills: reading comprehension, listening comprehension, speaking, writing, spelling and pronunciation. Vocabulary is the main tool for the students in their attempt to use English effectively. When confronted with a native English speaker, when watching a movie without subtitle or when listening to a favorite English song, when reading a text or when writing a letter to a friend, students will always need to operate with words. In what follows, the focus of this introductory chapter will be on why vocabulary is

important, on what makes words difficult, on the main reasons for which students often forget the words they learn and on some techniques which help them remember the vocabulary.

If we want to use language effectively, we must have good stock of vocabulary. We cannot use the language, if we don't know the words of that language. English language has vast vocabulary. It is the richest language of the world. One cannot learn a language without learning vocabulary. Therefore, the study of vocabulary has occupied the central place in teaching-learning activities. Thornbury stated as follows: "If you spend most of your time studying grammar, your English will not improve very much. You will see most improvement, if you learn more words and expressions. You can say very little with grammar, but you can say almost anything with words." [7, p 97]

The aim of the study. The main aim of teaching vocabulary is assimilation of the meaning, form of the words and its usage in oral and written speech - that is formation of lexical habits. People can have many aptitudes, but without a large and precise English vocabulary to express them, they cannot take full advantage of these abilities. Unlike aptitudes, vocabulary is not a

natural ability; it can be improved if one is willing to make the effort to do so.

As it is acknowledged, "word" is the most common element in sentences because a language is a collection of words. Words can be compared to bricks of buildings fixed with the help of clay called Grammar. Despite quite small pieces, they are vital to the great structure. Wilkins rightly says, "Without grammar very little can be conveyed□.but without vocabulary nothing can be conveyed"[4,p111-112]. Therefore, the study of vocabulary is at the center while learning a new language. English being a second language or foreign language, one needs to learn vocabulary in the systematic way. We cannot neglect grammar at all but even if you misuse grammar or pronounce a word wrongly, you'll be still partly understood, but if you use an incorrect word in your speech, the listener may be confused and misunderstand you. In communication, vocabulary is often more important than grammar. It is frustrating for intermediate learners when they discover they cannot communicate effectively because they do not know many of the words they need.

Vocabulary is one of the significant aspects in language teaching and learning, above and beyond grammar and pronunciation. A good vocabulary and the ability to use word correctly and effectively can be the passport to the worlds of interesting and exciting information.

Famous imperialist poet, Rudyard Kipling says that words are the most powerful drug used by mankind. Those who are rich in vocabulary can speak and write English correctly. Therefore, the study of vocabulary is at the center while learning a new language. English being a second language or foreign language, one needs to learn vocabulary in the systematic way. In fact, without vocabulary communication in a second or foreign language is not possible in a meaningful way. McCarthy argues: 'No matter how well the student learns grammar, no matter how successfully the sounds of L2 are mastered, without words to express a wide range of meanings, communication in an L2 just cannot happen in any meaningful way'.[5,p79]

Vocabulary is needed for expressing meaning and in using the receptive (listening and reading) and the productive (speaking and writing) skills. It should be considered as an internal part of learning a foreign language since it leads the way to communication. If one wants to use language effectively, he/she must have good stock of vocabulary. Language is made up of words. Teaching vocabulary well is a key aspect of developing engaged and successful readers.

It is important that teachers insist on the practice of vocabulary because with all their best will, students forget the words they learn. Jeremy Harmer identifies two main reasons that cause forgetting: interference from subsequent learning and insufficient recycling. Most teachers are aware of the fact that introducing a new vocabulary may imply forgetting the old one. This happens most frequently when words are taught that are very similar to the ones recently acquired because, according to Harmer, the new words have the effect of "overwriting" the previously learnt material. This is the reason why teachers should avoid teaching lexical sets containing words that have similar meanings to the previously ones.

The second cause that triggers forgetting is insufficient recycling of the vocabulary acquired. Research shows that frequent review of learnt material can dramatically reduce the rate of forgetting. Nevertheless, it is not enough to

simply repeat words and to reencounter them in their original context. What really helps is to recycle the words in different ways and at equal levels of depth. Research argues that if learners use or encounter the words in a different way from that in which they first met them, then better learning is likely to be achieved. Another important aspect when recycling certain words is for students to make sure that they really understand the meaning and the use of those words. Students might also try to apply the new words to their real life events or activities.

Acquiring a large vocabulary can benefit you in any sphere of social activity. It will enable you to understand others' ideas better and to have the satisfaction of getting your thoughts and ideas across more effectively.

Language learners who wish to own an ability of fluency in English skills must have a large and adequate vocabulary. Jack C. Richard and Willy A. Renandya assert: The complex materials need to be understood through the vocabulary knowledge as an important. Sufficient English words can make learners efficiently communicate and fundamentally comprehend on English articles and academic essays.[2,p 225]

Unfortunately, learning vocabulary is considered to be as a weak point of the most language learners. Restricted knowledge of vocabulary and sentence structure is thought as the main problem in learning language. Without wide range of vocabulary a learner won't be able to be skillful at reading, writing, listening and speaking.

Ways to present vocabulary

There are lots of ways of getting across the meaning of a lexical item.

" Illustration

This is very useful for more concrete words (dog, rain, tall) and for visual learners. It has its limits though, not all items can be drawn.

" Mime

This lends itself particularly well to action verbs and it can be fun and memorable.

" Synonyms/Antonyms/Gradable items

Using the words a student already knows can be effective for getting meaning across.

" Definition

Make sure that it is clear (maybe check in a learner dictionary before the lesson if you are not confident). Remember to ask questions to check they have understood properly.

" Translation

If you know the students' L1, then it is fast and efficient. Remember that not every word has a direct translation.

" Context

Think of a clear context when the word is used and either describe it to the students or give them example sentences to clarify meaning further.

Again which you choose will depend on the item you are presenting. Some are more suitable for particular words. Often a combination of techniques can be both helpful and memorable

Alternative ways of teaching vocabulary

" Give your students a few items of vocabulary and tell them to find the meaning, pronunciation and write an example sentence with the word in. They can then teach each other in groups.

" Prepare worksheets and ask your students to match words to definitions.

" Ask students to classify a group of words into different categories. For example, a list of transport words into air/ sea/land.

" Ask students to find new vocabulary from reading homework and teach the other students in the class.

Other things to consider

" Review the vocabulary you teach through a game or activity and encourage your students to do the same at home

" Encourage autonomy in your learners. Tell them to read, watch films, listen to songs etc and note the useful words

" Have a section of your board for vocabulary items that come up as you are teaching. Use different colours for the word / the phonemics / the prepositions / the part of speech

" It is a good idea to teach/learn words with associated meanings together

" Encourage your students to purchase a good dictionary and use class time to highlight the benefits of one

" Teach your students the grammatical names for the parts of speech and the phonemic script

" Always keep a good dictionary by your side in case a student asks about a word you don't know

" If you don't and have never heard of the word, tell the student you will check and get back to them. Do get back to them

" Give extra examples sentences to the students if they are unsure and encourage them to write the word in an example sentence (maybe for homework)

Conclusion

Due the fact that the learning of vocabulary is associated with some linguistic features (e.g. grammar and phonology) and connected to language production (speaking, writing) and comprehension (listening, reading) as well, vocabulary knowledge in EFL learners affects directly in the language competence and language use. From the data analysis, the pedagogic intervention

with vocabulary activities strengthened learners' performance production since they can integrate precise vocabulary terms in the production of written texts. For this reason, it would be important and necessary that language instructions pay

more emphasis on enhancing the vocabulary knowledge of the target language in use. That is, learning process should focus on exchanging meanings rather than on producing language structures.

It will enable us to understand the others' ideas better and to have the satisfaction or getting our thoughts and ideas across more effectively. While there are not any magic shortcuts to learning words, the larger our vocabulary becomes, the easier it will be to connect a new word with words we already know, and thus remember its meaning. In summary, learning vocabulary is the very important thing that English students should focus on in order to achieve success in learning and in the future work in the field of English.

USED LITERATURE:

1. Cameron, L. (2001). Teaching languages to young learners. Cambridge: Cambridge University Press.
2. Jack C. Richards, Willy A. Renandya Methodology in Language Teaching, CambridgeUniversityPress, 2002,p.225
3. Harmon, J. M., Wood, K. D.,Kkeser, K. (2009) Promoting vocabulary learning with interactive word wall. Middle School Journal, 40(3), 58-63.
4. Lewis, M. (1993), The lexical approach, Language Teaching Publication, England, p.111-112
5. Stuart, W., (2008) : Receptive and productive vocabulary size of L2 learners, Studies in Second Language Acquisition / Volume 30 / Issue 01 / March, pp 79 - 95
6. V. P., K Singleton, D. (Eds.).(2008). Vocabulary learning strategies and foreign language acquisition.Canada: Multilingual Matters Ltd.
7. Scott Thornbury How to Teach Vocabulary Paperback - 18 Feb 2002 Longman; 1 edition., p.97
8. Webb, S.A. and Chang, A.C.S. (2012) 'Second Language Vocabulary Growth'.RELCJournal, 43(1), pp. 113- 126.

Поступила 20.12.2018

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ

Рахматова Д. Б., Раджабова Г. Х., Мавлонов Н. Х.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

В исследовании принимали участие 187 больных (мужчины) в возрасте от 60-89 лет. Анализ ИМТ выявил, что у представителей русского этноса отмечается достоверное снижение ИМТ ($p < 0,001$), по отношению к пациентам узбекской национальности старшей возрастной группы, у которых прослеживается лишь склонность к снижению ИМТ ($p > 0,05$). Содержание "атерогенных" липопротеидов крови (ОХС, ХС ЛПНП) превалирует у лиц коренной национальности, по сравнению с русскими, а также пациенты старческого возраста имеют более благоприятный уровень липидного профиля крови, чем лица пожилого возраста.

Ключевые слова: факторы риска, ишемическая болезнь сердца, узбекского и русского населения, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ожирение и курение.

БУХОРО ШАҲРИДА ЯШОВЧИ 60 ЁШДАН КАТТА АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЮИК ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Рахматова Д. Б., Раджабова Г. Х., Мавлонов Н. Х.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

ТВИ таҳлили шуни кўрсатдики, ўзбек миллати аҳолисида нисбаттан, рус миллати аҳолисида ТВИнинг ишончли даражада ($p < 0,001$) камайиши кузатилади. Қонда "атероген" липопротеидлар (УХС, ХС ЛПНП)нинг рус миллати аҳолисида нисбаттан ўзбек миллати аҳолисида миқдор жиҳатдан ошганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: хавф омиллари, юрак ишемик касаллиги, ўзбек ва рус миллати аҳолиси, артериал гипертензия, гиперхолестеринемия, семизлик ва чекиш.

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR CORONARY HEART DISEASE IN PERSONS OVER 60 YEARS OLD AMONG THE POPULATION OF THE CITY OF BUKHARA

Raxmatova D.B., Rajabova G.H., Mavlonov N. X.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The study involved 187 patients (men) in 60-89 age group. The analysis of the BMI revealed that the representatives of the Russian ($p < 0,001$) in relation to patients of Uzbek nationality of the older age group, which can be traced only by their tendency to decrease by T ($p > 0,05$). The content of "atherogenic" lipoproteins (OXC, XPS<PP) of blood prevails in individuals indigenous nationality, compared with the Russian and patients elderly have a more favorable level of blood lipid profile than the elderly".

Key words: risk factors, ischemic heart disease, Uzbek and Russian population, arterial hypertension, hypercholesterolemia, obesity and smoking.

Актуальность

С постарением населения планеты увеличивается частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ИБС, на долю которой приходится 75% всех смертей среди лиц старше 65 лет. Частота развития атеросклероза и её клинических вариантов проявления зависят от распространенности и выраженности в популяции определенных факторов риска (ФР). В настоящее время накоплены многочисленные доказательства того, что основными ФР, определяющими как показатели смертности от ССЗ, так и их динамику, являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ожирение и курение [Р.Г. Оганов, 2005; С.А. Шальнова, 2004].

Цель исследования - оценить этнические особенности факторов риска ишемической болезни сердца, у лиц старше 60 лет, проживающие в городе Бухаре.

Материал и методы

Работа выполнена на базе кардиологического отделения Бухарской многопрофильной областной больницы. В исследовании принимали участие 187 больных (мужчины) в возрасте от 60-89 лет. Больные были разделены на две группы: I группа - с верифицированной ИБС (перенесенный Q-позитивный инфаркт в анамнезе, подтвержденный по ЭКГ и ЭхоКГ) ($n=83$; средний возраст $71,4 \pm 1,5$ лет) и II группа - без ИБС, но с наличием ФР ($n=104$; средний возраст $75,1 \pm 1,6$ лет). Все участники исследования в группах были подразделены по этнической принадлежности на 2 подгруппы: коренной (К) и некоренной национальности (НК) и по возрасту: пожилого (60-74 лет) и старческого (75-89 лет).

Результаты и обсуждения

Проведенное нами обследование позволило установить, что у лиц старшего возраста чаще встречается

ся АГ II ст. - 59,6% ($p < 0,01$ - по сравнению с АГ - I ст.). Наиболее часто встречающейся формой АГ является ИСАГ. Кроме того, были выявлены достоверные отличия уровня САД и ДАД в возрастных и этнических группах пациентов. Так, уровень САД был выше у лиц старческого возраста ($166,9 \pm 1,5$ мм.рт.ст.), по сравнению с пожилыми ($160,5 \pm 1,4$ мм.рт.ст.), ($p < 0,05$). Отличий по уровню ДАД в возрастных группах не выявлено. В то время как, уровни САД и ДАД были достоверно выше у лиц узбекской этнической принадлежности (среди русской - $166,3 \pm 1,5$; узбекской этнос - $162,0 \pm 1,4$ мм.рт.ст., $p < 0,05$). Можно сделать заключение, что уровень САД увеличивается с возрастом у представителей узбекской национальности ($p < 0,05$) и не меняется у русской национальности ($p > 0,10$). Полученные данные соотносятся с результатами исследования русского и узбекского населения в возрасте 60-79 лет. Определение концентрации липидов крови позволило обнаружить статистически значимые различия между русским и узбекским населением по уровню ОХС, ХС ЛПНП ($p < 0,001$) и КА ($p < 0,05$). Так, у мужчин русского этноса уровень общего холестерина крови составил 206 мг/дл, а у лиц узбекской этнической принадлежности - 228 мг/дл ($p \leq 0,01$). В группе геронтов русского этноса старческого возраста в сравнении с геронтами пожилого возраста выявлен достоверно более низкий средний показатель ОХС ($p < 0,05$). Можно предположить, что различия по уровню ОХС в крови связаны с рационом и привычками питания. Было установлено, что русские чаще употребляют продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты (оленина, жеребятина, дикая утка), предпочитая использовать отварной способ приготовления пищи. Тогда как, лица узбекской национальности чаще потребляют "атерогенные" продукты (говядина, баранина, сливочное масло, курица, яйца), предпочитая жарить и запекать мясные продукты. Частота курения превалировала в группе пациентов без ИБС (47,1%), по сравнению с группой пациентов с верифицированной ИБС (38,5%). В пожилом возрасте курят - 30,7% (31 человека из 96), в старческом возрасте 25,5% (28 человек из 91) ($p < 0,05$). 52,7% пациентов старческого возраста никогда не курили, в сравнении с лицами пожилого (42,2%) ($p > 0,05$). Можно сделать заключение, что отсутствие курения в прошлом, вероятно, является фактором, способствующим долголетию.

Анализ ИМТ выявил, что у представителей русского этноса отмечается достоверное снижение ИМТ ($p < 0,001$), по отношению к пациентам узбекской национальности старшей возрастной группы, у которых прослеживается лишь склонность к снижению ИМТ ($p > 0,05$).

Проведенное нами исследование показало, что у больных ИБС старшей возрастной группы имеется достоверная прямолинейная зависимость уровня ОХС от уровня САД и ИМТ.

Выводы

Содержание "атерогенных" липопротеидов крови (ОХС, ХС ЛПНП) превалирует у лиц узбекской национальности, по сравнению с русскими.

Пациенты старческого возраста имеют более благоприятный уровень липидного профиля крови, чем лица пожилого возраста. Наиболее часто встречающейся формой АГ является ИСАГ. Уровни САД, ДАД выше у представителей узбекской национальности, чем у русских. У больных ИБС прослеживается зависимость уровня ОХС от уровня САД и ИМТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Маколкин В.И. Артериальная гипертензия - фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Русский медицинский журнал. - 2002. - №10 (19)
2. Мартынич С.А., Потемкин Е.Л., Семенов Я.В. и др. Стандартизация метода оценки вклада курения в смертность населения от хронических неинфекционных заболеваний // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004.
3. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2002.
4. Оганов Р.Г. Основные принципы многофакторной профилактики ишемической болезни сердца // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 1998.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. - М.: Медиа Сфера, 2003.
6. Sega R., Trocino G., Lanzarotti A. et al. Alterations of cardiac structure in patients with isolated office, ambulatory or home hypertension: data from the general population (pressione arteriosa monitorata e loro associazioni [PAMELA] studi) // Circulation. - 2001.

Поступила 05.12. 2018

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОТНОСТИ НЕЙРОНОВ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Саттибаев И.И., Ниязов Т.Н., Абдунабиева Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

После ампутации конечности плотность нейронов в молекулярном слое квадратного, верхней полулунной и тонзиллярной дольки мозжечка в обоих полушариях на 7 сутки уменьшается на 1/5, а затем в левом полушарии на 21 сутки увеличивается вновь на 1/5, а на 6 месяце, вновь уменьшаясь, становится на 1/3 меньше, чем в контроле.

Ключевые слова: Ампутация, мозжечок, кора, нейрон, высота, ширина, морфометрия.

АМПУТАЦИЯДАН СЎНГ МИЯЧА НЕЙРОНЛАРИ ЗИЧЛИГИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Убайдуллаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Саттибаев И.И., Ниязов Т.Н., Абдунабиева Х.М.

Андижон Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

✓ Резюме,

Миячанинг квадратсимон, юқори ярим ойсимон ва тонзилляр бўлаклари молекуляр қавати нейронларининг зичлиги иккала ярим шарларда ҳам ампутациядан 7 суткадан сўнг 1/5 мартага камаяди, сўнгга чап ярим шарларда 21 суткадан сўнг 1/5 мартага ортади, 6 ойдан сўнг эса камайиб, назорат гуруҳига нисбатан 1/3 мартага камаяди.

Калит сўзлар: Ампутация, мияча, пўстлоқ, нейрон, баландлик, кенглик, морфометрия, зичлик.

THE CHONGE OF THE CONSISTENCE OF NEYRON CEREBELLAR AFTER THE AMPUTETION

Ubaydullayev R.L., Ulugbekova G.J., Sattibayev I.I., Niyazov T.N., Abdunabiyeve H.M.

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

✓ Resume,

After the amputation the limb consistence of neyrons in molecular layer is square, semilunate lobules and granulat of cerebellum is both hemispheres to 7 days decreases to 1-5 and then in the left hemisphere is again increased to 21 days to 1/5 times less then under control.

Keywords: Amputation, cerebellum, cortex, height, width, morphometry.

Актуальность

Известно, что мозжечок связан со всеми отделами ЦНС тремя парами ножек. Соматически в черве мозжечка представлены мышцы туловища, а в полушариях - мышцы конечностей. Афферентные связи коры червя мозжечка со спинным мозгом, в основном, прямые (гомолатеральные), а связь полушарий большого мозга с полушариями мозжечка перекрестная [1]. Удобной моделью для ой ткани служит мозжечок, так как его цитоархитектоника и функциональное значение отдельных нейронных популяций в норме достаточно хорошо изучены [2,3]. Имеющиеся в литературе данные, выполненные на разнообразных моделях, носят фрагментарный характер и ограничиваются в большинстве своем описанием деструктивных и частично компенсаторно-восстановительных изменений отдельных нейронных популяций, преимущественно ганглионарного, молекулярного слоев коры и зубчатого ядра мозжечка. Впервые проведен комплексный анализ морфологического состояния нейронных популяций, всех слоев коры различных долек мозжечка, в динамике посттравматического периода. Использование адекватных приемов морфометрического анализа позволило сравнить изменения в коре различных долек мозжечка в разные сроки после ампутации задней конечности; выявлена разная

степень выраженности реактивных и дистрофических изменений разных нейронных популяций. Установлено, что при травматическом воздействии наиболее выраженные изменения выявляются в нейронах ганглионарного слоя, умеренные - в молекулярном, а наименьшие - в зернистом слое коры мозжечка.

Материал и методы

Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Морфометрические исследования проводились по методу Г.Г.Автандилова (1990), окраска препаратов по Нислю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики. При окраске по методу Нисля мозжечок погружали в 5% раствор нейтрального формалина на 1 сутки, а на 2-е сутки в 10% раствор нейтрального формалина на срок не менее 3-х недель.

До исследования мозжечок в течение 5 часов тщательно промывали в поточной воде. Затем вырезали кусочки толщиной 1x1x1 см, которые высушивали фильтровальной бумагой, помещали в спирты восходящей концентрации, абсолютный спирт, затем спирт

- эфир и заключали в целлоидин. Из целлоидиновых блоков готовили непрерывные серии срезов в дорсо-вентральном направлении толщиной 8-10-12 мкм. Срезы окрашивали креазилфиолетом по методу Ниссля в модификации Снесарева и гематоксилином и эозином. На препаратах изучали морфологические особенности и морфометрические параметры нейронов квадратного, верхней полулунной и тонзиллярной долек мозжечка у собак, перенесших ампутацию правой задней конечности и здоровых контрольных животных.

Затем с помощью микроскопа МБИ-6 изучали толщину молекулярного, ганглионарного и зернистого слоев. При этом определяли характер изменения клеток, окраски, формы, морфометрические параметры - высоту, ширину и плотность в норме и в патологически измененных нейронах, морфологические изменения структуры слоев мозжечка в разные сроки (7, 14, 30, 60, 90 и 180 сутки).

Результаты и обсуждение

Плотность нейронов молекулярного слоя квадратного дольки мозжечка (КДМ) в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС почти одинакова с контрольной, затем, уменьшаясь, становится наименьшей на 30 сутки (в правом - от $27,2 \pm 0,42$ до $22,6 \pm 0,6$, $P < 0,001$, а в левом - от $27,2 \pm 0,63$ до $21,8 \pm 0,92$ штук, $P < 0,05$). На 2 месяце вновь увеличивается в 1,4 раза справа - до $31,8 \pm 0,76$, $P < 0,001$, слева - до $30,4 \pm 0,96$ штук, $P < 0,001$). Этот показатель сохраняется и на 2 месяце, а на 6 месяце становится значительно меньше (в 1,6 раза, $P < 0,001$), чем в начале эксперимента. Исследования показали, что расстояние между нейронами КДМ в обоих полушариях на 7, 21 сутки после АПЗКС, мало изменяется ($P > 0,05$), на 30 сутки уменьшается в 1,8 раза (в правом - от $30,2 \pm 1,04$ до $16,8 \pm 0,92$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $30,2 \pm 0,9$ до $16,6 \pm 0,93$ мкм, $P < 0,001$), затем на 2 месяце вновь нарастает (справа - в 1,9 раза, $P < 0,001$, слева - в 1,7 раза, $P < 0,001$). Эти показатели сохраняются на том же уровне на 3 месяце (РОД и $P > 0,05$ соответственно), а на 6 месяце вновь резко (почти в 2 раза, $P < 0,001$) увеличиваются. Изменения молекулярного слоя КДМ в обоих полушариях после АПЗКС напоминают букву М, вершины которой соответствуют 7 суткам и 2 месяцу. Увеличение толщины молекулярного слоя КДМ в обоих полушариях на 7 сутки связано с увеличением размеров нейронов. Необходимо отметить, что на 30 сутки после АПЗКС ВПДМ в обоих полушариях плотность, расстояние между нейронами и толщина молекулярного слоя уменьшаются. Плотность нейронов молекулярного слоя тонзиллярной дольки мозжечка в обоих полушариях после АПЗКС, уменьшаясь, наименьшей становится через 30 суток (в правом - от $29,2 \pm 0,67$ до $22,6 \pm 0,63$, $P < 0,001$, в левом - от $29,2 \pm 0,79$ до $22,4 \pm 1,16$ м"м $P < 0,05$), затем на 2 месяце вновь увеличивается в 1,4 раза ($P < 0,001$ и $P < 0,001$ соответственно). Эти параметры остаются без изменений на 3 и 6 месяцах, по сравнению с предыдущими сроками исследования уменьшаясь почти в 2 раза (в правом - от $32,1 \pm 1,14$ до $16,6 \pm 1,02$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $32,6 \pm 1,14$ до $16,4 \pm 0,87$ штук, $P < 0,001$). На 6 месяце по сравнению с 3-м месяцем, расстояние между нейронами молекулярного слоя ТДМ вновь

резко увеличивается в правом полушарии почти в 1,7 раза (от $30,6 \pm 2,1$ до $53,7 \pm 4,98$ мкм, $P < 0,01$), в левом - почти в 2 раза (от $27,8 \pm 1,88$ до $55,6 \pm 3,96$ мкм, $P < 0,001$). Изменения расстояний между нейронами молекулярного слоя ТДМ в обоих полушариях напоминает букву W. Толщина молекулярного слоя ТДМ в обоих полушариях начиная с 7 суток после АПЗКС, уменьшаясь, наименьшей становится через 30 суток (в правом - от $263,0 \pm 4,82$ до $221,7 \pm 7,33$ мкм, $P < 0,01$, в левом - от $262,0 \pm 4,95$ до $107,6 \pm 3,73$ мкм, $P < 0,001$), затем, увеличиваясь, значительно превосходит контроль. Изменения толщины молекулярного слоя ТДМ после АПЗКС в обоих полушариях напоминают букву V. На основании данных об изменениях численной плотности нейронов коры мозжечка, свидетельствующих о функциональной роли каждой из изученных нейронных популяций, нам представляется, что интегративная деятельность коры мозжечка в посттравматическом периоде приобретает новые качественные особенности. При этом наиболее уязвимым звеном нейронных цепей коры мозжечка является популяция грушевидных нейронов. Степень редукции нейронов молекулярного слоя близка к таковой грушевидных нейронов, в результате чего их количественное соотношение на протяжении всего эксперимента достоверно не изменяется. Плотность нейронов в слоях коры квадратного, верхней полулунной и тонзиллярной долек мозжечка после АПЗКС изменяются дугообразно, Z - образно или имеют две вершины. Эти данные полностью совпадают с результатами исследований [4], которые изучали хвостатое, чечевицеобразное и зубчатое ядра мозжечка, а также красное ядро мозга.

Вывод

Согласно полученным результатам, высота гиперхромно окрашенных клеток Пуркинье квадратного дольки (КПКД) в обоих полушариях мозжечка на 7 сутки, после АПЗКС незначительно увеличивается. После ампутации конечности плотность нейронов в молекулярном слое квадратного, верхней полулунной и тонзиллярной дольки мозжечка в обоих полушариях на 7 сутки уменьшается на 1/5, а затем в левом полушарии на 21 сутки увеличивается вновь на 1/5, а на 6 месяце, вновь уменьшаясь, становится на 1/3 меньше, чем в контроле.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Байбаков СЕ. Структурно - функциональная реакция грушевидных клеток мозжечка после воздействия электромагнитного поля промышленной частоты // Российские морфологические ведомости. - Москва, 1999. - № 1-2. - С. 31.
2. Байбаков С.Е., Федоров В.П., Зуев В.Г.. Морфогистохимический эквивалент хронического воздействия импульсного электромагнитного поля на мозжечок // Новое в изучении пластичности мозга: Материалы конференции. - Москва: НИИ мозга РАМН, 2000. - С. 11.
3. Орлянская Т.Я., Лютикова Т.М., Моисеева Е.А. Морфогистохимические особенности клеток Пуркинье мозжечка пресмыкающихся // Новое в изучении пластичности мозга: Мат. конф. НИИ мозга РАМН - Москва, 2000. - С.67.
4. Умурзаков К.Ж., Косимхожиев М.И., Изменения объема нейронов и хвостатого ядра мозга через один месяц после ампутации конечности у собаки // Сборн. научн. трудов. "Актуальные проблемы морфологии" - Красноярск, 2015. - С. 203-204.

Поступил 29.12. 2018

ВЛИЯНИЕ АМПУТАЦИИ НА НЕЙРОНЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА

Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., Саттибаев И.И., Ниязов Т.Н., Ахмедов Ш.С.

Андижанский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

Компенсаторно - восстановительные процессы во всех слоях коры мозжечка после ампутации протекают параллельно с деструктивными и характеризуются развитием гиперпластических и гипертрофических перестроек как со стороны нервных, так и нейроглиальных клеток, наиболее выраженные через 3 и 6 месяцев.

Ключевые слова: Ампутация, мозжечок, кора, нейрон, высота, ширина, морфометрия.

МИЯЧАНИНГ ЯРИМ ОЙСИМОН БЎЛАГИ НЕЙРОНЛАРИГА АМПУТАЦИЯНИНГ ТАЪСИРИ

Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., Саттибаев И.И., Ниязов Т.Н., Ахмедов Ш.С.

Андижон Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

✓ Резюме,

Ампутациядан сўнг миёча пўстлоғи барча қаватларида компенсатор-тикланиш жараёнлари деструктив жараёнлар билан параллел кечади ва гиперпластик ва гипертрофик қайта тикланиш нерв хужайраларида айниқса ампутациядан 3 ва 6 ойдан кейин яққолроқ намоён бўлади.

Калит сўзлар: Ампутация, миёча, пўстлоқ, нейрон, баландлик, кенглик, морфометрия.

THE INFLUENCE OF AMPUTATION TO THE NEYRON OF THE LAYER LUNATE LOBULES CEREBELLAR

Ulugbekova G.J., Ubaydullayev R.L., Sattibayev I.I., Niyazov T.N.,
Ahmedov Sh.S.

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

✓ Resume,

Amputation of limbs is a powerful factor affecting the cerebellar cortex, as shown by the data of morphological and morphometric studies of neurons parameters. In the early stages of experimentation in all layers of the cerebellar cortex develop expressed circulatory, edematous dystrophic and degenerative changes in neurons, and in later experiments revealed timing recovery processes in the form of hyperplasia and hyperchromasia glia, hypertrophy of nerve cells.

Keywords: Amputation, cerebellum, cortex, height, width, morphometry.

Актуальность

Одной из ведущих проблем современной нейроморфологии является выяснение закономерностей структурнофункциональной организации мозга, его интегративной деятельности и реализации пластических возможностей при экстремальных воздействиях. Аfferентные связи коры червя мозжечка со спинным мозгом, в основном, прямые (гомолатеральные), а связь полушарий большого мозга с полушариями мозжечка перекрестная [1]. Имеющиеся в литературе данные, выполненные на разнообразных моделях, носят фрагментарный характер и ограничиваются в большинстве своем описанием деструктивных и частично компенсаторно-восстановительных изменений отдельных нейронных популяций, преимущественно ганглионарного, молекулярного слоев коры и зубчатого ядра мозжечка [2]. Впервые проведен комплексный анализ морфологического состояния нейронных популяций, всех слоев коры различных долек мозжечка, в динамике посттравматического периода. Использование адекватных приемов морфометрического анализа позволило сравнить изменения в коре различных долек мозжечка в разные сроки после ампутации задней конечности; выявлена разная степень выраженности реактивных и дистрофических изменений разных нейронных популяций. Установлено, что

при травматическом воздействии наиболее выраженные изменения выявляются в нейронах ганглионарного слоя, умеренные - в молекулярном, а наименьшие - в зернистом слое коры мозжечка.

Материал и методы

Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Морфометрические исследования проводились по методу Г.Г.Автандилова (1990), окраска препаратов по Нислю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики. При окраске по методу Ниссля мозжечок погружали в 5% раствор нейтрального формалина на 1 сутки, а на 2-е сутки в 10% раствор нейтрального формалина на срок не менее 3-х недель.

До исследования мозжечок в течение 5 часов тщательно промывали в проточной воде. Затем вырезали кусочки толщиной 1x1x1 см, которые высушивали фильтровальной бумагой, помещали в спирты восходящей концентрации, абсолютный спирт, затем спирт - эфир и заключали в целлоидин. Из целлоидиновых блоков готовили непрерывные серии срезов в дорсо-

вентральном направлении толщиной 8-10-12 мкм. Срезы окрашивали крезилфиолетом по методу Ниссля в модификации Снесарева и гематоксилином и эозином. На препаратах изучали морфологические особенности и морфометрические параметры нейронов квадратной, верхней полулунной и тонзиллярной долек мозжечка у собак, перенесших ампутацию правой задней конечности и здоровых контрольных животных.

Затем с помощью микроскопа МБИ-6 изучали толщину молекулярного, ганглионарного и зернистого слоев. При этом определяли характер изменения клеток, окраски, формы, морфометрические параметры - высоту, ширину и плотность в норме и в патологически измененных нейронах, морфологические изменения структуры слоев мозжечка в разные сроки (7, 14, 30, 60, 90 и 180 суток).

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что высота набухших клеток Пуркинье верхней полулунной дольки мозжечка (КПВПДМ) на 7 сутки после ампутации конечности в обоих полушариях увеличилось в 1/10 раза (в правом - от $39,7 \pm 0,41$ до $43,85 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $5,8 \pm 0,42$ мкм, $P < 0,01$), затем уменьшаясь, справа через 2, слева - 3 месяца, становится почти одинаковой с контролем, а через 6 месяцев вновь незначительно увеличивается. Ширина набухших КПВПДМ в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС, увеличивается в 1/10 раза (в левом - от $29,6 \pm 0,09$ до $33,4 \pm 0,43$ мкм, $P < 0,001$; в правом - от $29,4 \pm 0,52$ до $33,55 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$). На 21 сутки показатель уменьшается: в правом полушарии в 1,6 раза ($P < 0,01$) в левом - в 1,4 раза ($P < 0,05$). В последующих сроках ширина КПВПДМ вновь увеличивается, наибольшей становится через 3 месяца (справа - до $36,7 \pm 0,45$ мкм, $P < 0,001$; слева - до $36,1 \pm 0,47$ мкм, $P < 0,001$), а через 6 месяцев вновь уменьшается. Следует отметить, что характер изменений ширины набухших КПВПДМ в обоих полушариях после АПЗКС - "двухгорбный" (двухвершинный), вершины соответствуют 7 суткам и 3 месяцам и напоминают букву V. Ширина нейронов с набухшими ядрами КПВПДМ в правом полушарии после АПЗКС на 7 сутки увеличивается в среднем на 3,9 мкм (от $29,4 \pm 0,49$ до $33,3 \pm 0,49$ мкм, $P < 0,001$); в левом - на 2,7 мкм (от $29,6 \pm 0,09$ до $32,3 \pm 0,52$ мкм, $P < 0,001$), на 21 сутки резко уменьшается - слева в 1,3 раза ($P < 0,001$), справа - 1,4 раза ($P < 0,001$). Этот показатель сохраняется до 30 суток, затем вновь резко увеличиваясь на 2 и 3 месяцах, а на 6 месяцев, незначительно уменьшаясь приближается к контролю. Таким образом, изменения ширины нейронов с набухшими ядрами КПВПДМ после АПЗКС носят "двухгорбный", двухвершинный характер, вершины соответствуют 7 суткам и 3 месяцам, напоминают букву V. Ширина наиболее интенсивно уменьшается на 3 неделе (на 21 сутки), а наиболее интенсивное изменение ширины происходит на 2 и 3 месяцах. Исследования показали, что высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ на 7 сутки после АПЗКС незначительно (в среднем на 1/10) увеличивается (в правом полушарии - от $39,7 \pm 0,41$ до $42,7 \pm 0,36$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $42,3 \pm 0,36$ мкм; $P < 0,01$). Эта высота почти сохраняется до конца 2 месяца, на 3 месяце становится наимень-

шей, а к 6 месяцу слегка увеличивается. Высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС изменяется "клюшкообразно", наибольший показатель наблюдается на 7 сутки, а наименьший - на 3 месяце. Нейроны с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС менее изменчивы, чем набухшие нейроны и нейроны с набухшими ядрами. Ширина нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ на 7 сутки после АПЗКС незначительно изменяется (в правом полушарии - от $29,4 \pm 0,52$ до $31,6 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,01$; в левом - от $29,6 \pm 0,09$ до $31,05 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,01$), на 3 неделе (на 21 сутки) резко уменьшается - в 1,5 раза, ($P < 0,001$). Этот параметр не изменяется и на 30 сутки, затем на 2 и 3 месяцах, резко увеличиваясь, становится наибольшим (в правом полушарии - до $35,35 \pm 0,25$ мкм; $P < 0,001$ в левом - до $35,4 \pm 0,31$ мкм, $P < 0,001$), а на 6 месяце - справа вновь уменьшается на 1/6 ($P < 0,001$), слева - на 1/10 ($P < 0,001$). Изменения ширины КПВПДМ, подвергшихся тотальному хроматолиту, в обоих полушариях после АПЗКС напоминают букву V, при этом наименьшие показатели обнаруживаются на 3 неделе (21 сутки), а наибольшие - на 2 и 3 месяцах. Установлено, что ширина гиперхромно окрашенных КПВПДМ после АПЗКС изменяется в виде буквы V, при этом наибольшее уменьшение отмечается на 3 неделе (21 сутки), а интенсивное увеличение на 2 и 3 месяцах.

Мы согласны с мнением о том, что при воздействии на организм крысы вибрации через 7 сутки значительно увеличивается количество гиперхромных нейронов [4] наблюдали такую же картину после 1 и 3 суток. Это положение почти совпадает с нашими данными, в наших исследованиях увеличивалось количество не только гиперхромных, но и других групп нейронов. Полученные нами данные показали, что высота и ширина патологически измененных нейронов коры изученных долек мозжечка изменяются волнообразно, что согласуются с данными [5]. Изучив высоту и ширину патологически измененных нейронов хвостатого и чечевицеобразного ядер после АПЗКС авторы также установили, что патологически измененные нейроны изменяются гетерохронно и гетеродинамично. Полученные данные согласуются с результатами исследований [6] и подтверждают описанную в литературе детерминированность количественных соотношений нейронов мозжечка, их топографию и функциональные взаимоотношения.

Вывод

Компенсаторно - восстановительные процессы во всех слоях коры мозжечка после ампутации протекают параллельно с деструктивными и характеризуются развитием гиперпластических и гипертрофических перестроек как со стороны нервных, так и нейроглиальных клеток, наиболее выраженные через 3 и 6 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васильева В.А., Шумейко Н.С. Цитоархитектоника сенсорной и зрительной областей коры большого мозга человека в онтогенезе. //Морфология.- Санкт-Петербург, Эскулап, 2004.-Том 126,-№4.-С.26.
2. Содикова У.М., Косимхожиев М.И. Структурные изменения зубчатого ядра мозжечка у собак через месяц после ампута-

- ции конечности //Материалы 41-научн.- практ.конф. студентов и молодых ученых, посвящ. году "Доброты и милосердия".- Андижан, 2015. - С. 13-14.
4. Сергеева Е.Д., Семченко В.В. Межнейронные взаимоотношения в коре мозжечка в постреанимационном периоде // Анестезиология и реаниматология. - Москва, 1995. - № 5. - С.56-58.

5. Умурзаков К.Ж., Косимхожиев М.И., Изменения объема нейронов и хвостатого ядра мозга через один месяц после ампутации конечности у собаки //Сборн. научн. трудов. "Актуальные проблемы морфологии" - Красноярск, 2015. - С. 203-204.
6. Сергеева Е.Д. Структурные особенности нарушения в пост ишемическом периоде //Омский научн. вестник. - Омск, 2004. - Т.26. вып.1. - С.89-90.

Поступила 29.12. 2018

УДК: 616.12-071.2+616.4

АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хаитова Д.Ш., Солиева Н.К.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Мақолада юрак қон-томир касалликлари ва полиметаболик бузилишларни ўзаро боғлиқлигини ифодаловчи - метаболик синдромнинг асосий компонентларини аҳоли орасида тарқалишини ўрганиш бўйича ўтказилган эпидемиологик текширув натижалари баён қилинган.

Метаболик синдром компонентлари артериал гипертензия, ортиқча тана вазни, глюкозага толерантликнинг бузилиши ва гиперлипидемиянинг шаҳар аҳолиси орасида тарқалишининг жинсга ва турли ёш гуруҳларига хос хусусиятлари ёритилган.

Калит сўзлар: аҳоли орасида метаболик синдром компонентлари, жинсга ва турли ёш гуруҳларига хос хусусиятлари.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ

Хаитова Д.Ш., Солиева Н.К.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

В данной статье отражены результаты эпидемиологических исследований изучающих распространенности основных компонентов метаболического синдрома среди населения связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полиметаболическими заболеваниями. Приведены результаты распространенности основных компонентов метаболического синдрома включающих артериальную гипертензию, избыточного масса тела, нарушение толерантности к глюкозе и гиперлипидемию среди различных возрастных групп и половой принадлежности населения города.

Ключевые слова: особенности распространенности компонентов метаболического синдрома, толерантности к глюкозе и гиперлипидемию среди различных возрастных групп и половой принадлежности

CHARACTERISTICS OF METABOLIC SYNDROME COMPONENTS ON THE POPULATION

Haitova D.Sh., Solieva N.K.

Bukhara state medical institute

✓ Resume

In given article are reflected result of epidemiological researches of basic components of a metabolic syndrome studying to prevalence among the population connected with cardiovascular diseases and polymetabolic diseases. The weight of a body, tolerance infringement are resulted in glucose and hyperlipidemia among various age groups and a sex of the population of a city result of prevalence of the basic components of a metabolic syndrome including an arterial hypertension, superfluous.

Keywords: tolerance infringement are resulted in glucose and hyperlipidemia among various age groups and a sex of the population

Долзарблиги

Охириги йилларда бутун дунё олимлари орасида юрак-қон томир касалликлари ва метаболик бузилишлар орасидаги ўзаро боғлиқликни ўрганишга эътибор кучайиб бормоқда. Фарб мамлакатларида метаболик синдромнинг тарқалиши ўртача 25-35%ни ташкил қилади ва ёш ошиши билан унинг частотаси ошиши кузатилади. 60 ёшдан катталар орасида 42-43,5% гача тарқалган. АҚШда метаболик синдром билан 47

миллион киши зарарланган [4]. Европада эса аҳолининг 1/4 қисми метаболик синдромдан азият чекади. Фремингем текширишларига кўра метаболик синдром эркаклар орасида 22%, аёллар орасида 27% гача тарқалган. [W.B.Kannel, 2000] (адабиётлар рўйхатида йўқ) Метаболик синдром бир-бири билан ўзаро патогенетик боғлиқ комплекс метаболик бузилишлар билан кечади, унинг ривожланишида бирламчи сабаб бўлувчи патогенетик звенони аниқлаш қийин. Метаболик синдром патогенезини тушинтириб берув-



чи кўп сонли тадқиқотларнинг ягона хулосаси- бу синдром у ёки бу компонентнинг устуворлиги билан оғанизмнинг турмуш тарзи ва индивидуал -типология хусусиятларига кўра турлича кечадиган метаболит бузилишларнинг симптомакомплексидир. МС нинг тарқалиши, келиб чиқиш генези, диагностикаси ва симптомларини коррекциялаш, кечишидаги ўзига хос минтақавий хусусиятларини ўрганиш чуқур илмий асосланган теширишлар ўтказишни тақозо қилади. (Қолган авторлар нимага келтирилмаган).

Мақсад

Бухоро шаҳри аҳолиси орасида метаболит синдром ва унинг асосий компонентларини тарқалиши хусусиятларини ўрганиш

Вазифалар

Аҳоли орасида метаболит синдром асосий компонентларини тарқалишини ўрганиш. Турли ёшларда метаболит синдром компонентларининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш.

Метаболит синдром компонентларининг аёллар ва эркекларда ўзига хослигини ўрганиш.

Материал ва методлар

Тадқиқотлар 20 ёшдан- 69 ёшгача бўлган уюшмаган аҳоли орасидан тасодифий танлаш (Оуэн 1976) орқали ажратиб олинган 797 кишида олиб борилди. Текширилувчиларнинг 555 тасини аёллар ва 242 тасини эркеклар ташкил қилди.

Электрокардиография текшируви 3 каналли "Альтоник" ЭКГ аппарати ёрдамида 50 мм/сек тезликда 12 та тармоқда олинди. Қон босимини ўлчашда Коротков усулидан фойдаланилди. Қон босими икки марта ўлчаниб ўртача кўрсаткичлар ҳисобга олинди. Артериал гипертония даражасини белгилаш учун ЖССТ

нинг 1999 йил таклиф қилган таснифидан фойдаланилди. Ортиқча тана вазни ва семизликни аниқлаш учун тана массаси индекси (индекс Кетле) дан фойдаланилди. $TMI = \text{вазн (кг)} / \text{бўй(м)}^2$. ТМИ 25 дан юқори бўлган ҳолатларда ортиқча тана вазни, 30 дан юқори бўлганда эса семизлик деб ҳисобланди. Абдоминал семизлик сантиметрли лента ёрдамида аниқланди. Қорин айланаси аёлларда 80 см дан, эркекларда 94 смдан ката бўлганда абдоминал семизлик деб баҳоланди. Глюкозага толерантлик синамасини ўтказиш учун қондаги глюкоза миқдори 3 марта «Акучек» глюкометри ёрдамида аниқланди: оч ҳолатда эрталаб, 75 гр. глюкоза бергандан 1 соат ва 2 соат кейин. Қондаги липидлар — умумий холестерин ва триглицеридлар миқдори аниқланди.

Натижа ва таҳлиллар

Метаболит синдромнинг ташхислаш критерийси ВНОК нинг 2009 йилги тавсиясига кўра асосий критерий — абдоминал семизлик ва қўшимча критерийларга ажратилади. МС нинг қўшимча критерийларига - артериал гипертония ($\geq 140/90$ мм.с.м.уст.), ЗЮЛП миқдорининг камайиши (аёлларда $\leq 1,2$ ммоль/л, эркекларда $\leq 1,0$ ммоль/л), ЗПЛП миқдорининг ортиши ($\geq 3,0$ ммоль/л) глюкозага толерантликнинг бузилиши (синамадан 2 соат кейин 7,8-11,1 ммоль/л) ва наҳорги гипергликемия ($\geq 6,1$ ммоль/л) киритилган. Тавсияга кўра МС асосий критерий ва иккита қўшимча критерийлари аниқланганда ташхисланади.

Метаболит синдромнинг асосий критерийси абдоминал семизлик кўплаб тадқиқотларнинг натижаларига кўра инсулинга резистентлик ҳолати ва юрак қон-томир касалликларини келиб чиқишида асосий хавф омили бўлиб хизмат қилади. Ўтказилган текшириш натижаларига кўра аёлларнинг 42,57% ида, эркекларнинг 36,51% ида абдоминал семизлик борлиги аниқланди.

1- Жадвал

Аҳоли орасида абдоминал семизликнинг тарқалиши

Ёш гуруҳлари	Аёллар	Эркеклар
20-29 ёш	17,74	14,45
30-39 ёш	46,49 **	35,54*
40-49 ёш	46,55	29,31
50-59 ёш	62,50 *	54,65**
60-69 ёш	78,13 *	48,64
Жами	42,57	36,51

Изоҳ: жадвалда олдинги ёш гуруҳига нисбатан ишончли фарқи кўрсатилган

Аёллар орасида абдоминал семизликни ёш ошиб бориши билан барча гуруҳларда ўсиб боришини кузатиш мумкин. Эркекларда 20-29 ёшга нисбатан 30-39 ёшли гуруҳда 2,46 марта, 50-59 ёшли гуруҳда 40-49 ёшга нисбатан 1,86 марта ўсиши кузатилди ($p < 0,01$).

Шунингдек, ортиқча тана вазни ва семизликнинг учраши ҳам сезиларли юқори рақамларни кўрсатди. Аёллар орасида ОТВ 20,65%ни, семизлик 18,48% ни ташкил қилди. Эркеклар орасида ОТВ ва семизликнинг тарқалиши мос равишда 32,27% ва 14,87%ни ташкил қилди. Шундай қилиб текширилаётган 39,13% аёллар-

да, 47,14% эркекларда меъёрдан ортиқча вазн муаммоси борлиги аниқланди.

Таҳлил натижаларининг кўрсатишича ёш 30 дан ошиб боргани сари аёлларда ва эркекларда ҳам ОТВ, ҳам семизликнинг учраш частотаси кескин ошиб бориши кузатилмоқда ($p < 0,05$).

Метаболит синдромнинг муҳим критерийларидан бири углеводлар алмашинувининг бузилиши ҳисобланади. Текширилаётган ҳар бешинчи аёлда углеводларга толерантликнинг бузилиши аниқланди. (20,0%), эркекларда бу кўрсаткич 22,62% ни ташкил қилди. Қандли

ОТВ ва Семизликнинг аҳоли орасида тарқалиши

Ёш гуруҳлари	ОТВ		Семизлик	
	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар	Аёллар
20-29 ёш	23,65	12,37	4,55	3,23
30-39 ёш	34,46**	22,81 *	16,35*	20,18 **
40-49 ёш	28,86	20,69	28,56*	22,41*
50-59 ёш	35,27*	25,00 *	26,85	36,11 *
60-69 ёш	22,64	35,94 **	17,48	32,81
Жами	32,27	20,65	14,87	18,48

Изоҳ: жадвалда олдинги ёш гуруҳига нисбатан ишончли фарқи кўрсатилган

диабетнинг тарқалиши аёлларда 5,64%, эркакларда 6,34% учради. Қандли диабетнинг 3,09%и текшириш-лар давомида аниқланди. Даволаш профилактика муас-саларида назоратда турадиганлар 2,55%ни ташкил қилди.

3-жадвал

ГТБ ва ҚД нинг аҳоли орасида тарқалиши

Ёш гуруҳлари	ГТБ		ҚД	
	эркак	аёл	эркак	аёл
20-29 ёш	9,25	11,35	-	1,08
30-39 ёш	19,37*	25,44 *	-	-
40-49 ёш	27,63*	21,55	3,04	5,17
50-59 ёш	24,33	22,22	19,24*	18,05 *
60-69 ёш	32,56*	30,16 *	18,52	15,88
Жами	22,62	20,00	6,34	5,64

Изоҳ: жадвалда олдинги ёш гуруҳига нисбатан ишончли фарқи кўрсатилган

Глюкозага толерентликнинг бузилиши эркакларда ёш ошиб бориши билан ортиб бораётганлигини кузатиш мумкин. Факат 50-59 ёшлиларда бу кўрсаткич олдинги ёш гуруҳига нисбатан камроқни ташкил қилди ($p>0,05$). Аёллар орасида иккинчи ёш гуруҳида биринчи ёш гуруҳига нисбатан сезиларли ўсиш (2,24 марта) кузатилган бўлса, бешинчи ва олтинчи ўн йилликда ГТБ сезиларли пасайган ($p>0,05$). Кейинги ёш гуруҳларида статистик ишонарли ҳолатда ГТБ кўрсаткичи ошганлигини кўриш мумкин ($p<0,05$). Муаммонинг иккинчи томони шундаки, ҚД билан оғриган бемор-

ларнинг ярмидан ортиги текширишлар давомида аниқланмоқда. Бу эса углеводлар алмашинувининг бузилишларини ташхислаш усуллари тақомиллаштириш лозимлигини кўрсатади.

Метаболик синдромнинг яна бир компоненти АГ нинг тарқалиши ҳам аҳоли орасида юқори даражада эканлиги текширишларимизда аниқланди. АГ нинг аёллар орасида тарқалиши 20,54%ни, эркаклар орасида тарқалиши 30,26% ни, аҳоли орасида тарқалиши 25,94% ташкил қилмоқда.

4- Жадвал

Аҳоли орасида АГ нинг тарқалиши

Ёш гуруҳлари	Аёллар	Эркаклар
20-29 ёш	1,06	2,44
30-39 ёш	16,52 *	8,92*
40-49 ёш	22,41 *	29,80**
50-59 ёш	37,50 **	48,64**
60-69 ёш	62,50 **	52,62*
Жами	20,54	30,26

Изоҳ: жадвалда олдинги ёш гуруҳига нисбатан ишончли фарқи кўрсатилган

Аҳолининг барча ёш гуруҳларида аёллар орасида ҳам, эркаклар орасида ҳам АГ нинг тарқалиши ёшга пропорционал равишда статистик ишончли равишда ўсиб бориши кузатилди ($p < 0,05$). Бу маълумотлар аҳоли орасида 30 ёшдан ошганларда АГ хавфи ошиб боришини кўрсатади.

Липидлар алмашинувининг бузилишларига баҳо бериш мақсадида триглицеридлар ва умумий холестерин миқдорини аниқланди. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 14,22%ни, гипертриглицеридемия 20,38%ни ташкил қилди. Эркаклар орасида бу кўрсаткичлар мос равишда 17,32%; ва 34,62%.

5 -Жадвал

Аҳоли орасида гиперлипидемиянинг тарқалиши

Ёш гуруҳлари	гиперхолестеринемия		гипертриглицеридемия	
	Аёллар	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар
20-29 ёш	8,96	10,22	10,45	12,00
30-39 ёш	7,69	16,34*	17,50 *	28,94*
40-49 ёш	10,00	22,31*	24,00 *	34,89*
50-59 ёш	30,00 *	32,16*	34,48 *	45,62*
60-69 ёш	28,00	29,65	28,00	32,19
Жами	14,22	17,32	20,38	34,62

Изоҳ: жадвалда олдинги ёш гуруҳига нисбатан ишончли фарқи кўрсатилган

Натижаларнинг таҳлилидан ГХ бошқа компонентлардан фарқли равишда аёллар орасида 50 ёшдан кейин сезиларли ошиши аниқланди, эркаклар орасида эса бошқа компонентлар сингари 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ошиб борапти.

ГТГ аёллар ва эркаклар орасида ҳам 30 ёшдан кейин аниқ сезиларли фарқ билан ўсиб бормоқда. 30-39 ёшли гуруҳда ГТГ 20-29 ёшли гуруҳга нисбатан 1,67 марта, эркакларда 2,41 марта статистик ишонарли равишда ортиб бормоқда ($p < 0,05$). 60 ёшдан кейин ҳар иккала жинсда ҳам ГТГ кўрсаткичи бирмунча камайганлиги кўзга ташланади.

Хулоса

1. Бухоро шаҳри аҳолиси орасида МС компонентлари сезиларли даражада кенг тарқалган.

2. Аҳоли орасида артериал гипертония, ортиқча тана вазни ва абдоминал семизлик, ГТБ ва ГТГ 30 ёшдан кейин сезиларли равишда ёшга пропорционал ўсиши кузатилади. ГХ нинг ўсиши 50 ёшдан кейин бошланади.

3. Артериал гипертония, гиперлипидемия, ОТВ, ГТБ ва ҚД эркаклар орасида, абдоминал семизлик ва семизлик аёллар орасида кенг тарқалган.

4. МС нинг алоҳида компоненти учраши ҳоллари кам кузатилди. Кўпчиликда МС иккита ёки учта компоненти биргаликда аниқланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Благосклонная Я.Б., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечно-сосудистый синдром. //Рус. мед. журнал.- 2001. - № 9. - С. 67-72.
2. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению. //Рус. мед. журнал.- 2001. - № 2. - С.56-61.
3. Диденко В.А., Симонов Д.В. Особенности гипертонического сердца при артериальной гипертонии, сочетающейся с синдромом инсулинорезистентности. //Клин. медицина. - 1999. -№ 6. -С.28-32.
4. Перова Н.В., Метельская В.А., Оганов Р.Г. Метаболический синдром: патогенетические взаимосвязи и направления коррекции. //Кардиология.- 2001. № 3. С. 4-9.
5. Саидов С.А., Роль вегетативной нервной системы в генезе метаболического синдрома. //Медицинский журнал Узбекистана -2006 № 3 С. 121-125
6. Ташкенбаева Э.Н. Гиперурикемия в механизмах развития метаболического синдромаи сердечно - сосудистых осложнений. //Медицинский журнал Узбекистана 2006 № 4 С. 91-95
7. Яськова К.Н., Мычка В.Б., Чазова И.Е., Творогова М.Г. Инсулинорезистентность и методы ее диагностики. //Лабораторная медицина 2003; № 6.
8. Austin M.A., Hokanson J.E., Edwards K.L. Hypertriglyceridemia as a cardiovascular risk factor. //Am J Cardiol 1998; 81: 7B-12B.
9. Baillie GM, Sherer JT, Weart CW. Insulin and coronary artery disease: is syndrome X the unifying hypothesis? //Ann Pharmacother. 1998; 32: 233-47
10. Gornostayev V, Mychka V, Chazova I, Dvoskina I, Sergienko V. Brain perfusion autoregulation reserve in patients with arterial hypertension and metabolic syndrome. //European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging 2003; 30 (2): S254.

Келиб тушган вақти 20.12. 2018

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

Хамдамов Б.З.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

Проанализированы результаты комплексного лечения 145 больных с гнойно-некротическими поражениями стопы при сахарном диабете. Применение местной лазерной фотодинамической терапии в комплексном лечении позволило в короткие сроки добиться очищения раневых поверхностей от патогенной микрофлоры, нормализации признаков интоксикации, уменьшению чисел прогрессирования патологического процесса на стопе с 27,1% до 6,6%, а также снижению количества летальных исходов с 10,0% до 2,6%.

Ключевые слова: Сахарный диабет, гнойно-некротические поражения, лазерная фотодинамическая терапия.

OPTIMIZATION METHODS OF LOCAL TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC LESIONS OF THE FOOT IN DIABETES MELLITUS.

Khamdamov B. Z.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume,**

Analyzed the results of complex treatment of 145 patients with purulent-necrotic lesions of the foot in diabetes mellitus. Application of local laser photodynamic therapy in the complex treatment allowed a short time to achieve the cleansing of the wound surfaces from pathogenic organisms, to ensure the normalization of the signs of intoxication in a shorter time compared with the traditional treatment, reduction of the numbers of the progression of the pathological process in the foot from 27,1% to 6,6%, and reduced the number of deaths from 10,0% to 2.6%.

Keywords: diabetes mellitus, purulent-necrotic lesions, laser photodynamic therapy

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ОЁҚ ПАЖАЛАРИНИНГ ЙИРИНГЛИ -НЕКРОТИК ЗАРАРЛАНИШЛАРИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Хамдамов Б.З.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме,**

Қандли диабет ва оёқ пажаларининг йирингли-некротик зарарланиши билан 145 та беморнинг комплекс даволаш натижалари таҳлил қилинди. Маҳаллий лазерли фотодинамик терапиянинг комплекс даволашда қўлланилиши қисқа муддатда жароҳатнинг патоген микрофлорадан тозаланиши, интоксикация белгиларининг меёрлашиши, оёқ панжасидаги патологик жараён жадаллашуви сонининг 27,1% дан 6,6% гача, ўлимни 10,0% дан 2,6% гача камайишига замин яратди.

Калит сўзлар: Қандли диабет, йирингли-некротик зарарланиш, лазерли фотодинамик терапия.

Актуальность

Начало развития учения о ранах теряется в глубине веков, и в течении всего этого времени было предложено не поддающееся учёту количество способов лечения ран [5]. Несмотря на успехи, достигнутые медицинской наукой, вопросы лечения пациентов с гнойно-септической патологией нижних конечностей при сахарном диабете не теряют своей актуальности [6]. Проблема рациональной стандартизированной хирургической тактики при гнойно-некротических поражениях стопы также не решена, из-за отсутствия одинаковых критериев оценки локализации и распространенности местных поражений, выраженности местных и общих проявлений воспаления и инфекции. Бактериальная загрязнённость раны поддерживает воспаление и существенно замедляет течение репаративных процессов. Нерешенной проблемой остаётся резистентность патогенных микроорганизмов к антибактериальной терапии и проблемы госпитальной инфекции [1,2,6,7]. В связи с этим продол-

жаются разработки альтернативных технологий и методов локального лечения раневой инфекции.

Местное лечение гнойных процессов ставит задачу: прекращение или значительное уменьшение болей, создание неблагоприятных условий для развития микробов, ограничение распространения некротических процессов, профилактику резорбции продуктов бактериального и тканевого распада, обеспечение регулярного оттока воспалительного экссудата из гнойного очага, и уменьшения тем самым гнойной интоксикации, стимуляцию процессов репаративной регенерации [3,4,6]. Ежегодно выходит множество публикаций, посвященных лечению гнойных ран. В тоже время, ни экспериментальные данные, ни многочисленные клинические и специальные исследования не позволили найти метод, который бы приблизил к решению проблемы лечения раневой инфекции. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является одним из самых перспективных методов лечения пациентов с гнойно-некротическими заболеваниями. По мнению ряда авторов - это направление является ведущим, кото-

рое требует тщательного и дальнейшего развития [3,5,8,10]. Суть метода состоит в том, что многие биологические объекты (опухолевые клетки, микробы) накапливают определённые красители-фотосенсибилизаторы, в результате чего они становятся чувствительными к воздействию энергии света, а также низкоинтенсивного лазерного излучения соответствующей длины волны. В сенсибилизированных тканях и клетках развивается фотохимическая реакция с выделением синглетного кислорода, свободных радикалов и высокоактивных биологических объектов, губительно действующих, в частности, на опухолевые клетки, микроорганизмы. В последние годы появились научные публикации, посвященные применению ФДТ для лечения гнойных ран, в которых отмечены преимущества ФДТ по сравнению с традиционной терапией, в частности выраженный антибактериальный и противовоспалительный эффект [1,5,9,11,12]. Нужно подчеркнуть, что эффективность ФДТ не зависит от спектра чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, она является губительной даже для антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. У патогенных микроорганизмов не появляется устойчивости к ФДТ, при этом фотодинамическое повреждение имеет локальный характер, а бактерицидный эффект лимитируется зоной лазерного облучения сенсибилизированных тканей, что позволяет избегать побочных эффектов, наблюдаемых при применении традиционных методов лечения хирургической инфекции.

Несмотря на большое количество предлагаемых методов применения ФДТ должно выполняться по двух шаговому протоколу: первое это доставка фотосенсибилизатора к клеткам мишеням, а также создание условий для проникновения фотосенсибилизатора внутрь клеток, второе это облучение зоны расположения ткани-мишени светом соответствующей длины волны. Все протекающие в дальнейшем реакции приводят к образованию реактивных форм кислорода (ROS). Это в свою очередь соответственно приводит к гибели клеток, накопивших сенсибилизатор. Уникальность ФДТ заключается в том, что после воздействия может запускаться оба способа гибели в клетках-мишенях: апоптоз, и некроз.

Некроз, или пассивная гибель клетки является необратимым процессом, который в основном сопровождается потерей мембранной целостности и метаболического гомеостаза в связи с неконтролируемой клеточной дезинтеграцией. Апоптоз или "активная гибель клетки" представляет собой регулируемый клеточный суицид. Процесс апоптоза контролируется как внутриклеточными, так и внеклеточными факторами. Вне зависимости от фактора запускающего процесс он всегда заканчивается характерной последовательностью морфологических, биохимических и энергетических изменений [1,5,7]. Процесс апоптоза предотвращает неконтролируемое выделение внутриклеточного материала в окружающее пространство и предотвращает повреждение соседних клеток и тканевое воспаление.

Ряд авторов экспериментально доказали, что применение фотодинамической терапии гнойных ран мягких тканей является перспективной разработкой, которая повышает успех в лечении гнойных процессов мягких тканей, является патогенетическим и экономически обоснованным, сокращает сроки пребывания

пациента в стационаре [1,5,7,8]. Другим неоспоримым плюсом данного метода является простота в использовании и отсутствии значительных материальных и физических усилий.

Цель исследования

Улучшение результатов комплексного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете путём использования лазерной фотодинамической терапии.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения 145 больных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при сахарном диабете находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии клиники Бухарского медицинского института с 2012 по 2018 годы. Среди обследованных больных мужчин было 80 (55,17%), женщин - 65 (44,83%), возраст пациентов варьировал от 35 до 75 лет. Выявленные изменения стопы были представлены следующими морфологическими формами: очаговый некроз тканей - 12; гнойно-некротические язвы пальцев стопы - 19; гнойно-некротическая флегмона стопы - 25; Остеоартропатия в сочетании с деструктивным остеомиелитом костей стопы - 17; гангрена пальцев стопы (сухая и влажная) - 37; гангрена дистальных отделов стопы (сухая и влажная) - 35. Сроки от начала заболевания и до обращения и госпитализации в стационар в среднем составляли $7,5 \pm 1,5$ суток. У 95,4% больных было выявлено одно или более сопутствующих заболеваний, при этом преобладали ИБС, ПИКС, артериальная гипертензия, у 10,5% из них в анамнезе имелся острое нарушение мозгового кровообращения. Такие осложнения как диабетическая ретинопатия и нефропатия, выявлены у 27,5% больных. Обследование больных включало общеклинические методы, лабораторные методы, инструментальные методы исследования артериального русла нижних конечностей, микробиологические исследования раневого экссудата. В зависимости от методов комплексного лечения все пациенты были разделены на 2 группы. Первую контрольную группу составили 70 больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей, которым проводился комплекс лечебных мероприятий, включающее оперативное вмешательство, антибактериальную терапию, инфузионную, дезинтоксикационную терапию, препараты улучшающие микроциркуляцию, коррекцию уровня гликемии а также проводились симптоматическое лечение сопутствующих заболеваний. Местное лечение проводилось традиционным способом. Вторую группу составили 75 больных которым помимо вышеуказанных комплексных лечебных мероприятий, после хирургической обработки гнойного очага, местное лечение дополнялось проведением лазерной фотодинамической терапии (ФДТ). Местную лазерную ФДТ проводили следующим образом, на рану после промывания антисептическими растворами и высушивания накладывали фотосенсибилизатор - 0,05% раствор митиленового синего относящийся к группе фенотиозинов (катионные азины) с максимумом абсорбции λ_{max} (нм) - 620-660 нм. с экспозицией 15-20 минут. Затем после

смыывания с раневой поверхности фотосенсибилизатора выполняли засвечивание раневой поверхности лазерным излучением с помощью аппарата АЛТ-Восток 03. Расстояние от торца световода до раневой поверхности составляло 0,5-3,0 см при отсутствии теплового дискомфорта у пациента. Суммарное время облучения зависило от площади раневой поверхности и составляло от 15 до 20 минут. При большой площади раны использовались полипозиционные облучения раневых поверхностей.

Результат и обсуждение

Анализ результатов исследований показал, что при поступлении в стационар у всех больных имелись признаки интоксикации различной степени выраженности, о чём свидетельствовали изменения лейкоцитарной формулы а также увеличение показателя лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до $5,5 \pm 0,3$ усл.ед. При бактериологическом исследованиях было выявлено, что основными микроорганизмами, которые составляли микробный пейзаж ран, являлись: *S.aureus*, *S.epidermidis*, *Ps.aeruginosa*, а также представители семейства Enterobacteriaceae - *Klebsiella*, *Proteus*, Enterobacteriaceae и семейства Bacillaceae. Следует отметить, что в большинстве случаев флора гнойных ран были представлены микробными ассоциациями.

При исследовании антибиотикочувствительности выделенных штаммов было выявлено, что все они обладали поливалентной резистентностью ко многим антибактериальным препаратам. В обеих исследуемых группах пациентов до начала лечения были выявлены высокие уровни бактериальной обсеменённости ран (107 -109 КОЕ/мл).

Анализ результатов проведенных у больных первой-контрольной группы которым после оперативного вмешательства местно применялись наложение повязок мазями на водорастворимой основе показал, что нормализация температурной кривой происходило на $4,5 \pm 0,5$ сутки, уменьшение перифокального воспаления и гиперемии окружающих рану тканей наблюдалось на $5,0 \pm 0,5$ сутки, уменьшение местного отёка отмечалось в среднем на 3-4-и сутки а инфильтрации в области краев ран на 5-6 сутки. Лейкоцитарный индекс интоксикации у больных контрольной группы имели следующие значения: на 4-5 сутки $3,5 \pm 0,2$ усл.ед., на 7 сутки $1,7 \pm 0,10$ усл.ед., и только на 9-10 сутки лечения отмечалась тенденция к нормализации показателей ЛИИ имея следующие значения $1,1 \pm 0,11$ усл.ед. Показатели микробной обсеменённости ран при комплексном лечении у больных контрольной группы были следующими: на 3 сутки лечения микробная обсемененность ран составляла в среднем 106 -107 КОЕ/мл, на 5 -сутки 105 -106 КОЕ/мл, на 7-сутки 103 -104 КОЕ/мл, на 9-10 сутки лечения 102-103 КОЕ/мл. Уменьшение площади раневой поверхности к 3-5 суткам в среднем составляло $4,5 \pm 0,3\%$, к 6-7 суткам оно достигало $5,5 \pm 0,5\%$ за сутки, к 9-10 суткам $7,0 \pm 0,5\%$. Из пролеченных 70 пациентов контрольной группы у 19 (27,1%) на фоне проведения комплекса традиционных методов лечения отмечалось прогрессирование патологического процесса на стопе, которым по жизненным показаниям было вынужденно выполнены высокие ампутации нижних конеч-

ностей (у 12 пациентов на уровне средней трети бедра, у 7 пациентов выполнены усовершенствованный метод миопластической ампутации на уровне верхней трети голени). У 9 (12,8%) пациентов наблюдалось развитие септического шока с признаками полиорганной недостаточности, что в 7 (10,0%) случаях закончилось летальным исходом. Как было выше указано вторую основную группу составили 75 больных которым помимо вышеуказанных комплексных лечебных мероприятий, после хирургической обработки гнойного очага, местного лечения дополнялось проведением лазерной фотодинамической терапии (ФДТ).

Анализ результатов комплексного лечения у больных основной группы показал, что нормализация температурной кривой происходило на $2,5 \pm 0,5$ сутки, уменьшение перифокального воспаления и гиперемии окружающих рану тканей наблюдалось на $3,0 \pm 0,5$ сутки, уменьшение местного отёка отмечалось в среднем на 2-3-и сутки а инфильтрации в области краев ран на 3-4 сутки. Лейкоцитарный индекс интоксикации у больных основной группы имели следующие значения: на 3-сутки $2,5 \pm 0,3$ усл.ед., 4-5 сутки $1,7 \pm 0,2$ усл.ед., на 7 сутки $1,0 \pm 0,10$ усл.ед., то есть нормализовались. Показатели микробной обсеменённости ран при комплексном лечении у больных основной группы были следующими: на 3 сутки лечения микробная обсемененность ран составляла в среднем 103 -104 КОЕ/мл, на 5 -сутки 102 -103 КОЕ/мл, на 6-7-сутки лечения посеы раневого экссудата микробного роста не давали. Уменьшение площади раневой поверхности к 3 суткам в среднем составляло $5,5 \pm 0,5\%$, к 5 суткам оно достигало $9,5 \pm 0,5\%$ за сутки, к 7 суткам $12,0 \pm 0,5\%$. На фоне проведения лазерной фотодинамической терапии у больных второй-основной группы лишь у 5 (6,6%) пациентов наблюдалось прогрессирование патологического процесса стопы, причиной прогрессирования служила критическая ишемия нижних конечностей в связи с атеросклеротическими многоуровневыми поражениями артерий конечности. 3 (4,0%) больным по жизненным показаниям были выполнены миопластическая ампутация на уровне верхней трети голени. У 2 (2,6%) больных на фоне прогрессирования признаков полиорганной недостаточности наблюдалось остановка сердечной деятельности приведшая к летальному исходу.

Сравнительный анализ результатов комплексного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете показал, что применение лазерной фотодинамической терапии способствует сокращению сроков очищения ран от инфекции на 1,5-2 раза, ускорению нормализации признаков интоксикации организма а также быстрому купированию местного отёка, инфильтрации в области краев ран.

Таким образом, применение местной фотодинамической терапии в комплексном лечении с использованием лазерного излучения аппаратом АЛТ "ВОСТОК-03" и фотосенсибилизатора 0,05% раствора метеленового синего позволяет в короткие сроки добиться очищения раневых поверхностей от патогенной микрофлоры, обеспечению нормализации признаков интоксикации в более короткие сроки по сравнению с традиционным лечением, уменьшению чисел прогрессирования патологического процесса на стопе с 27,1% до 6,6%, а также снижению количества летальных исходов с 10,0% до 2,6%.

Выводы:

1. Применение локальной фотодинамической терапии в комплексном лечении гнойно-некротической патологии стопы при сахарном диабете способствует сокращению сроков очищения ран от инфекции в 1,5-2 раза.

2. Использование лазерной фотодинамической терапии является перспективной разработкой, которая повышает успех в лечении гнойно-некротических поражений стопы, являясь патогенетически и экономически обоснованным, сокращает сроки пребывания пациента в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимшоев А.М. Лазерная фотодинамическая терапия гнойных ран с фотосенсибилизатором хлоринового ряда /Автореферат дисс. На соискание ученой степени канд.мед.наук - Москва -2010 - 22 с.
2. Аскарров Т.А. Коррекция нарушений кислородного насыщения тканей при лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей. //Международная научно-практическая конференция "Хирургические инфекции кожи и мягких тканей" Симферополь 15-16 май 2017. С.10-11.
3. Байбеков И.М., Байбеков А.И. Морфологическое обоснование эффективности комплексной внутрисосудистой и локальной лазеротерапии // Лазерная медицина.-2011.-том 15. Выпуск 2. -С.107.
4. Дербенев В.А. Крайне высокочастотная и лазерная терапия в лечении больных с гнойными ранами мягких тканей //Лазерная медицина.-2014.-Том 14. Выпуск 3. -С.8-11.
5. Муродов А.С., Садыков П.П. Оценка эффективности фотодинамической терапии при лечении рожистого воспаления /Хирургия. Восточная Европа.-Минск, 2012. -№3.-С.265-266.
6. Сафоев Б.Б., Рахимов А.Я. и др. Состояние проблемы диагностики и лечения синдрома диабетической стопы в современной хирургии //Тиббиётда янги кун.-2018;1(21):48-54.
7. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы //50 лекций по хирургии.-Москва 2003.-С.337-340.
8. Толстых П.И. Теоретические и практические аспекты лазерной фотохимии для лечения гнойных ран //Российский биотерапевтический журнал. -2008. -Т.7.-№7.-С.20-25.
9. Altavilla D, Saitta A, Cucinotta D, et al. Inhibition of lipid peroxidation restores impaired vascular endothelial growth factor expression and stimulates wound healing and angiogenesis in the genetically diabetic mouse. Diabetes 2001;50(3):667-74.
10. Dougherty TJ: An update on photodynamic therapy applications. //J. Clin Laser Med Surg 20: 3-7 (2002)
11. Jory G., Roncucci G., Phthalocyanines as PDT agents for the treatment of infectious diseases. //9-th World Congress of the International Photodynamic Association -20-23 May 2003. - Miyazaki.- Japan.- p.27.
12. Eroshenko A. The use of PTA in multisegmental type of arterial lesions in diabetic foot patients /A.Eroshenko, I.Eroshkin, Yu.Vasiliev //Materials of 7th scientific meeting of diabetic foot study group of the EASD.-Italy, 2008. -P.104.

Поступила 21.01. 2019

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

К.Т.Худайбердиев, Б.М.Исаков, А.А.Кадиоров, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижанский филиал РНЦЭМП

✓ Резюме,

Одним из важнейших этапов хирургического лечения осложненной травмы шейного отдела позвоночника, наряду с адекватной декомпрессией спинного мозга, является надежная, оптимальная стабилизация поврежденного позвоночно-двигательного сегмента. Получение первично надежной, оптимальной стабилизации оперированного сегмента, позволяющей в максимально короткие сроки активизировать пациента без громоздкой внешней иммобилизации, является основной целью стабилизирующего этапа оперативного лечения на позвоночнике.

Ключевые слова: посттравматическая нестабильность, гранулированный "КоллапАн", первично-стабильный спондилодез.

БЎЙИН УМУРТҚАСИ ТРАВМАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

К.Т.Худайбердиев, Б.М.Исаков, А.А.Кадиоров, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев

Андижон давлат тиббиёт институти, РШТЭИМ Андижон филиали

✓ Резюме,

Бўйин умуртқасининг асоратли шикастланишларини жарроҳлик амалиёти ёрдамида даволашнинг асосий ва зарур босқичларидан бири бу - орқа миянинг адекват декомпрессияси бўлиб, бу усул энг зарур саналади ва бунда бўйин умуртқасининг зарарланган сегментларини қулай турғун ҳолатга келтирилади.

Бу усулнинг аҳамияти шундан иборатки, бунда жарроҳлик амалиёти ўтказилган сегментда қисқа муддатларда ҳоморнинг активлиги тикланади, узоқ вақт таққи иммобилизацияда юрмайди ва бу умуртқа погонасининг ҳолатини турғунлаштириб, касалларнинг ҳаёт сифатини оширади.

Калит сўзлар: посттравматическая нестабильность, гранулированный "КоллапАн", первично-стабильный спондилодез.

SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF THE INJURY OF THE CERVICAL DIVISION OF THE SPINE

К.Т.Худайбердиев, Б.М.Исаков, А.А.Кадиоров, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев

Andijan State Medical Institute, Andijan branch RSCMP, Andijan, Republic of Uzbekistan

✓ Resume

Abstract. One of the most important stages of surgical treatment of complicated injuries of the cervical spine, along with adequate decompression of the spinal cord, is the optimum stabilization of the damaged vertebral-motor segment. Obtaining reliable primary stabilization of the operated segment, allowing as soon as possible to strengthen the patient without external immobilization, it is the primary goal of stabilizing stage surgery.

Key words: posttraumatic instability, granular "CollapAn", primary stabile arthrodesis.

Актуальность

Рост автодорожного травматизма сопровождается увеличением частоты повреждений шейного отдела позвоночника, возможно, вследствие негативной роли ремня безопасности, который снижает риск повреждения грудной клетки и головы, но способствует сгибательному или "хлыстовому" механизму травмы шейного отдела позвоночника. Если в 60-е годы прошлого столетия повреждения шейного отдела позвоночника в основном были результатом травмы "ныряльщика", то в настоящее время ведущее положение принадлежит автодорожной травме [7,12]. Причиной многообразия неврологических осложнений являются особенности анатомического соотношения позвоночника со спинным мозгом, корешками, позвоночными артериями. На этом основании некоторые авторы считают термин "неосложненные" повреждения шейного отдела позвоночника сомнительным [2,10,12]. Большинство травматологов и нейрохирургов убеждены, что только хирургическим методом

достигается полноценная декомпрессия спинного мозга и корешков с надежной стабилизацией позвоночника [11,12]. Предпочтение отдается операциям из переднего доступа. Это положение не всегда признавалось клиницистами. Широкое внедрение в практику операции Cloward или ее модификаций показало, что этот способ не лишен недостатков. Ортопедические осложнения (миграция, рассасывание костных трансплантатов и др.) нередко, они достигают 25% даже на материале автора операции. Понятно стремление клиницистов к модификации операции в соответствии с требованиями к первично-стабильному спондилодезу, допускающими раннюю реабилитацию больных. К настоящему времени разработаны различные способы стабилизации позвоночника с применением металлических конструкций [1,6], имплантатов на основе керамики [5,9], композитных материалов [2,4], никелида титана [3,7,8]. Не умаляя достоинств указанных способов спондилодеза, отметим, что применение имплантатов не исключает возникновения поздних осложнений [7]. Собственный опыт лечения повреж-

дений шейных позвонков позволяет нам утверждать, что первично-стабильный спондилодез достигим без применения металла или керамики и исключает развитие специфичных для них осложнений.

Материалы и методы

Основу настоящего исследования составили клинические наблюдения за 135 больными, находившимися на лечении в период с 2007 по 2018 г. Большинство пациентов составляли мужчины молодого возраста (средний возраст 28 лет). В 80% наблюдений травма шейного отдела позвоночника получена при автокатастрофах. В равных количествах наблюдений констатирована травма шеи как среди больных, пользующихся ремнем безопасности, так и без него. Травма "ныряльщика" имела место в 12% наблюдений, в том числе 8% составили больные, госпитализированные до 2005 г. В остром периоде травмы (до 10 дней) поступили 63 больных, в раннем периоде (до 3 нед.) - 22 больных. Застарелые повреждения (более 3 нед.) констатированы в 50 наблюдений. За последние 10 лет доля застарелых повреждений существенно снизилась (11 больных). Это свидетельствует об улучшении диагностики данного вида повреждений позвоночника. Вывихи и подвывихи позвонков присутствовали у 90, переломовывихи - у 32, переломы тел позвонков - у 13 больных. Неврологические вертеброгенные синдромы отмечены у 127 больных. Всего у 80 больных отсутствовали клинические проявления травмы спинного мозга и корешков. В большинстве наблюдений (81) неврологическая картина соответствовала корешковому синдрому, реже (46) - синдрому миелорадикулопатии. Отчетливых клинических проявлений синдрома позвоночной артерии нами не установлено. Однако 3 больных отмечали кратковременную потерю сознания с последующей головной болью и тошнотой в течение 3-4 дней. Проведенное в данных наблюдениях сканирование позвоночных артерий исключило нарушение кровотока в них и в задней черепной ямке.

По классификации Франкеля тяжесть неврологических осложнений в группе В соответствовала у 10, С - у 30, D - у 90, E - у 5 больных. Все больные оперированы из переднего доступа. В остром и раннем периоде травмы вправление вывихов и подвывихов осуществляли с помощью репонатора. При переломах считали показанной резекцию тела позвонка вплоть до полного замещения и транскорпоральной декомпрессии спинного мозга при стенозе позвоночного канала. Для устранения смещений позвонков при переломовывихах в остром и раннем периодах нами предложен репонатор, обеспечивающий дозированную distraction позвонков и перемещение их относительно друг друга. При неудаче репозиции декомпрессию спинного мозга и корешков осуществляли путем резекции тел позвонков с соответствующими унковертебральными сочленениями. Данную операцию считаем методом выбора в позднем периоде травмы, так как из-за фиброзной стабилизации позвоночника репозиции опасны вследствие возможных ятрогенных осложнений. Стабилизацию оперированных сегментов позвоночника осуществляли биокompatibleм материалом "КоллапАн". Для их фиксации в телах позвонков использовали костный цемент. Проведенные нами в 2002 г. эксперименты на биоманекенах показали, что данный способ спондилодеза соответствует требованиям

первично стабильного спондилодеза. Спондилодез оказался состоятельным при статических и динамических нагрузках в пределах физиологических параметров нагрузок на шейный отдел позвоночника. Это позволило применить раннюю реабилитацию больных в послеоперационном периоде без гипсовой повязки или ортезов. Однако при пользовании транспортом мы рекомендовали больным применять съемный ортез.

Результаты и обсуждение

Декомпрессия спинного мозга и корешков с первично-стабильным спондилодезом способствовала высокому анальгетическому эффекту операции с интенсивным регрессом неврологических синдромов. Отмечена типичная особенность регресса неврологических синдромов - меньшая интенсивность и большая продолжительность данного процесса у больных с застарелыми повреждениями.

Средняя продолжительность восстановительного периода при неврологических осложнениях застарелой травмы составила 60 дней, при прочих осложнениях - 25 дней. Через 3 мес после операции оценка неврологического статуса по Франкелю следующая: В - нет, С - 6, D - 5, E - 124 больных. Таким образом, с помощью оперативного лечения удалось прервать патогенез неврологических осложнений в большинстве наблюдений. Костный или костно-углеродный блок за счет "КоллапАна" достигнут у всех больных.

При этом не выявлено разницы в сроках формирования костного блока при использовании гранулированного "Коллапана". Средняя продолжительность формирования костного блока одного сегмента 7 нед, двух сегментов - 11 нед. Послеоперационные осложнения имели место в начальном периоде работы. Несостоятельность спондилодеза с миграцией отмечена в 9 наблюдениях. Причина этого осложнения техническая. Формирование пазы в позвонках выполняли электрофрезой, а трансплантат имел форму "чижики". В дальнейшем пазы формировали вручную штихелем, придавая им вид ласточкина хвоста. Трансплантат делали с опорными плечами у торцевых выступов, вводимых в пазы тел позвонков. При использовании данной технологии миграции трансплантатов не было. В случае миграции трансплантатов больные были оперированы повторно с положительным результатом. Ухудшение неврологического статуса в ближайшем послеоперационном периоде констатировано у 2 больных. Резекцию позвонков и формирование пазов выполняли вручную кусачками и резцами, а репозицию осуществляли без грубых технических приемов и однократно. При неудаче репозиции считаем более безопасным выполнить декомпрессию спинного мозга и корешков за счет резекции тела позвонка. Нагноение раны отмечено у 6 больных также в начальном периоде работы. При освоении техники переднего доступа операции выполняли травматично и, возможно, с несовершенным гемостазом. По мере освоения техники операции нагноение раны стало редкостью. Ранние результаты лечения оценивали с учетом следующих критериев:

- анальгетический эффект операции;
- регресс неврологических синдромов;
- достижение костного блока поврежденных позвоночных сегментов;
- восстановление трудоспособности.

Хорошие результаты отмечены у 114, удовлетворительные - у 19, плохие - у 2 больных. Отдаленные результаты с катамнезом более 5 лет прослежены у 12 больных. Переоценки результатов лечения не было. Во всех наблюдениях констатирован состоятельный костный блок поврежденных сегментов. Однако у 9 больных выявлены признаки дегенерации дисков, расположенных по соседству с уровнем спондилодеза. Мы связываем дегенерацию ранее здоровых дисков с перенесенной травмой и операцией, так как спондилодез сопровождается перегрузкой сегментов, находящихся по соседству с неподвижными. Несмотря на факт отсутствия у больных клинических проявлений остеохондроза, мы расцениваем дегенерацию здоровых дисков как негативный результат лечения.

Очевидно, что данное осложнение не зависит от способа спондилодеза и реальной мерой его профилактики служит разработка способов динамической стабилизации поврежденных позвоночных сегментов.

Вывод

Таким образом, предложенная тактика хирургического лечения повреждений шейного отдела позвоночника, включающая декомпрессию спинного мозга и корешков с первично-стабильным спондилодезом, обеспечивает получение стойкого положительного результата в большинстве наблюдений. Отказ от применения металлических конструкций для спондилодеза позволяет избежать характерных для них осложнений позднего послеоперационного периода и исключить вероятность повторных операций. Специфичным поздним осложнением спондилодеза является дегенерация сегментов, расположенных по соседству с уровнем стабилизации, вследствие компенсаторной перегрузки. Вероятной профилактикой данного осложнения является разработка способов динамической стабилизации поврежденных позвоночных сегментов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аганесов А.Г. Хирургическое лечение травм и заболеваний позвоночника АО-системами CSLP и USS. //Margoanterior 2000; 5: 6: 1-4.
2. Аль-Кусус Х.Д.Х. Передний спондилодез шейного отдела позвоночника с применением биосовместимых рассасывающихся полимеров. /Автореф. дис. □ канд. мед. наук. М 1989.
3. Белоенко Е.Д., Воронович И.Р., Пашкевич Л.Е. и др. Межтеловой спондилодез имплантатами из пористого титана при повреждениях и заболеваниях шейного отдела позвоночника. // Тез. докл. VII съезда травматологов-ортопедов России. Новосибирск 2002; I: 66-67.
4. Беляков В.М., Гарбуз А.Е., Гусева В.Н., Гордеев С.К. Углеродные имплантаты в хирургии заболеваний позвоночника. //Тез. докл. 13-й научно-практ. конф. SICOT. Ст-Петербург 2002; 18-19.
5. Колумб В.Г. Вентральная стабилизация позвоночника с использованием никелид титановых имплантатов. /Автореф. дис. канд. мед. наук. Новосибирск 2004; 20.
6. Зильберштейн Б.М., Сизиков М.Ю. Первично-стабильный межтеловой спондилодез с использованием пористых TINI имплантатов при поясничном межпозвоночном остеохондрозе. //Вертебрология - проблемы, поиски, решения. М 1998; 2010 105-107.
7. Осна А.И., Луцки А.А. Хирургическое лечение застарелых повреждений шейных позвонков со сдавлением спинного мозга. //Вопросы нейрохирургии 1973; 3: 46-50.
8. Рамих Э.А. Травма нижнешейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, лечение. //Хирургия позвоночника 2005; 3:8-24.
9. An H.S., Gordin R., Renner K. Anatomic considerations for plate-screw fixation of the Cervical Spine. //Spine 1991; 16: 10: 548-551.
10. Das K., Couldwell W.T., Sava G. Use of cylindrical titanium mesh and locking plates in anterior cervical fusion. //J Neurosurgery 2001; 94: 1:174-201.
11. Dorai Z., Morgan H., Coimbra C. Titanium cage reconstruction after cervical corpectomy. //J Neurosurgery (Spine 1) 2003; 99: 1: 3-7.
12. Lange M., Philipp A., Fink U. Anterior cervical spine fusion RABEA- Titan - Cages avoiding iliac crest spongiosa. //Neurol Neurochir Pol 2000; 34: 1: 64-69.

Поступила 29.12. 2018

КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ КАРДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шорахмедов Ш.Ш., Ортиқбоев Ж.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Проведенные исследования выявили, что у детей с ВПС осложненной ЛГ в послеоперационном периоде сопряжено с повышением дыхательных объемов и давление в малом круге кровообращения. Респираторная поддержка и введение кардиотропных препаратов позволяет снизить легочного давления на 35% в послеоперационном периоде. Проведение продленной ИВЛ у детей с ЛГ имеет огромное лечебное значение. Данная методика позволяет компенсировать уровень системного и легочного давления, что положительно влияет на общее состояние пациентов и укорачивает сроки госпитализации.

Ключевые слова: врожденный пороки сердца, легочное гипертензия, аорта, острая левожелудочковая недостаточность.

БОЛАЛАРДА ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН КАРДИОХИРУРГИК ЖАРРОҲЛИКДАН Кейинги РЕСПИРАТОР БУЗИЛИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Шорахмедов Ш.Ш., Ортиқбоев Ж.О.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

✓ Резюме,

Ўтказилган изланишлар шуни кўрсатдики, ўпка гипертензияси билан асоратланган ЮТН ли болаларни операциядан сўнги олиб боришда СЎВ орқали нафас ҳажмини ошириш, кичик қон айланиш доирасида қон босимини нисбатан камайтиради. Респиратор даво билан бир вақтда олиб борилган кардиотроп препаратларнинг қўлланилиши, ўпка қон босимини 35% га камайтиради. Операциядан кейинги узок давомли СЎВ ўпка гипертензиясини коррекциялашда катта аҳамиятга эга. Ушбу усулда қилинган даво чоралари ўпка ва умумий қон босимини меъраштиради, бу эса айни вақтда беморлар саломатлигини тез тикланишига ва госпитализация муддатларини қисқаришига олиб келади.

Калит сўзлар: туғма юрак нуқсонлари, ўпка гипертензияси, аорта, ўткир қоринчалар етишмовчилиги.

CORRECTION OF RESPIRATORY DISTURBANCES AFTER CARE SURGERY IN CHILDREN IN COMPLICATED PULMONARY HYPERTENSION.

Shoraxmedov Sh.Sh., Ortiqboev J.O

Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ Resume,

Studies have revealed that children with CHD complicated by PH in the postoperative period is associated with an increase in tidal volume and pressure in the pulmonary circulation. Respiratory support and the introduction of kardiotropic drugs can reduce pulmonary pressures by 35 % in the postoperative period . Conducting prolonged mechanical lung ventilation in children with PH is of great medicinal value . This technique allows to compensate for level of systemic and pulmonary pressures, which has a positive effect on the overall condition of patients and shortens the period of hospitalization.

Keywords: congenital heart defects, pulmonary hypertension, aorta, acute left ventricular failure.

Актуальность

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является одним из самых распространенных врожденных пороков сердца (ВПС), частота встречаемости которой колеблется от 11 до 30%. Основным фактором, определяющим степень нарушения гемодинамики при ДМЖП, является размер дефекта, однако, значительное влияние на развитие заболевания и, следовательно, тактику дальнейшего лечения, оказывают величина легочного сопротивления, возраст пациента, локализация дефекта. Порок имеет разный размер дефекта, форму, быть сочетанным или нет, сопровождаться легочной гипертензией или быть компенсированным [1].

Легочная гипертензия (ЛГ) уже в течение многих лет является актуальной проблемой, предметом изу-

чения широкого круга специалистов в области кардиологии и кардиохирургии. Особенности развития ЛГ такие же, как и при других "сбросовых" пороках, в основе которой лежит повышение давления в легочной артерии. Сразу после рождения отмечается перекрестный или небольшой лево-правый сброс, по мере инволюции строения легочных сосудов давления в легочной артерии падает, сброс увеличивается и возникает компенсаторный спазм легочных сосудов и развивается "сбросовая" ЛГ, но если порок существует длительно, то формируется склеротическая фаза ЛГ [2]. Истинная частота этого осложнения точно не установлена. По данным разных авторов она колеблется от 30 до 50 % от числа больных с ВПС. Она может иметь прогрессирующий характер, который сопровождается с переполнением малого круга кровообращения, приводя к тяжелым структурным

изменениям в сосудах легких, которые в свою очередь существенно увеличивают риск оперативного вмешательства, влияют на госпитальную летальность и качество отдаленных результатов [3].

Вслед с развитием кардиохирургии отмечается тенденция к улучшенному течению как пред- так и послеоперационного периода. В связи с чем, время диктует необходимость новых исследований, изысканий в поиске более адекватных методов и препаратов для уменьшения легочной гипертензии. Лечение ЛГ представляет значительные трудности, во-первых, данные об этиологии и четких сведений о патогенезе отсутствуют и соответственно проведение наиболее эффективного лечения, направленного на устранение первопричин данной патологии невозможно, а во вторых- из-за того, что первые симптомы ЛГ возникают уже тогда, когда в легочных сосудах наряду с так называемыми обратимыми морфологическими изменениями, к которым относятся гипертрофия меди- и адвентиции, определяются и необратимые изменения (фиброз интимы, плексогенные и дилатационные поражения, некротизирующий артериит), это приводит к значительному уменьшению субстрата для действия каких либо лекарственных средств[4].

Примерно 50% детей первого года жизни с большим сбросом крови погибают при явлениях сердечной недостаточности на фоне гиперкинетической ЛГ. Компенсаторное развитие рефлекторного спазма легочных артериол способствует уменьшению сброса крови. Лишь 50% детей переживают этот критический период [5]. К одному году состояние ребенка постепенно стабилизируется, однако эта стабилизация относительно. У ребенка продолжают развиваться структурные изменения в сосудах легких, наступает так называемая смещенная форма легочной гипертензии.

Поэтому совершенствование методов респираторной терапии имеет большое значение в послеоперационном ведении больных с ВПС осложненных легочной гипертензией. Послеоперационная ЛГ имеет многофакторный характер и может возникнуть вследствие как септальных пороков, (острые паренхиматозные повреждения легких), так и за счет гемодинамических нарушений (острая левожелудочковая недостаточность).

Основным методом лечения дыхательных нарушений легких является ее протезирование, то есть применение ИВЛ. Стремление к обеспечению оптимального вида респираторной поддержки привело к совершенствованию аппаратов ИВЛ, позволяющих осуществлять различные режимы вентиляции и соответственно в настоящее время множество режимов ИВЛ используется у детей в послеоперационном периоде[6].

Целью исследования явилась совершенствование методики респираторной терапии больных с ВПС осложненных легочной гипертензией.

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов исследований 24 больных детей с ВПС в возрасте от 3 мес. до 26 мес., после хирургической коррекции врожденных пороков сердца.

Радикальная хирургическая коррекция производилась под общей комбинированной анестезией в условиях аппарата искусственного кровообращения (АИК) и кардиopleгии (КП) с использованием ган-

глионарной блокады. Общая комбинированная анестезия проводилась с использованием севофлурана (0.8-2.5 об. %), фентанила (100мкг/кг), сибазона (0,5мг/кг), аркурона (0.03-0.06мг/кг). Время пережатия аорты составила 45 минут. Использовался наркозный аппарат фирмы "Drager". Послеоперационное наблюдение и терапия проводились в палате интенсивной терапии с продолжением ИВЛ (аппарат "VELLA"). Осуществлялось измерение и мониторинг показателей периферической (АДс, АДд, АДср динам, ЧСС) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики. Постоянно осуществлялся контроль центрального венозного давления (ЦВД), инвазивного артериовенозного давления (АДинваз) при помощи трансдюссера, неинвазивной сатурации.

Все больные (24) были разделены на 2 группы с выраженной ЛГ (до 74 %) - 1 группа и резко выраженной ЛГ (свыше 75 %) - 2 группа. В послеоперационном периоде всем больным респираторная поддержка проводилась в режиме Volume Control на аппарате VELLA (Китай).

При неадекватности данного вида респираторной поддержки у некоторых детей мы использовали режим, контролируемый по давлению (Pressure Control). Параметры вентиляции легких определяли с помощью измерительных приборов и дисплея вентилятора. Газовый состав артериальной и венозной крови определяли на аппарате фирмы Medical Easy Blood Gas (США).

Цифровой материал был обработан методом вариационной статистики. Для оценки достоверности различий средних значений использовали критерий Стьюдента для парного сравнения. Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

Результат и обсуждение

Всем детям в раннем послеоперационном периоде проводили гипервентиляцию, которая была более выражена во второй группе пациентов, куда вошли дети с резко выраженной степенью ЛГ. Режимы и параметры вентиляции обеих групп представлены в таблицах 1-2.

Если считать нормальным расчет дыхательного объема (ДО) равным 10-12 мл/кг, то у пациентов первой группы в послеоперационном периоде ДО превышал эти показатели примерно в 3-4 раза и составлял 30-50 мл/кг, во второй же группе - примерно в 5-6 раз ($p < 0,05$).

Также в группе с резко выраженной ЛГ для поддержания показателя SpO_2 мы были вынуждены поддерживать высокие показатели FiO_2 . Так, например, если в первой группе концентрация кислорода в кислородовоздушной смеси была 50-60%, то во второй группе это концентрация равнялись 75-80%.

Одним из показателей более выраженных изменений в легких у детей 2 группы было и то, что у них отмечали более высокие показатели пикового давления. Показатели КЩС представлены в таблицах 3 и 4 для 1 и 2 групп соответственно.

Как видим, несмотря на проводимую более интенсивную респираторную поддержку во второй группе, в 20% случаев мы вынуждены были перейти на Pressure control, т.е. на режим, контролируемый по давлению. В обеих группах мы имели метаболический ацидоз с респираторным алкалозом, причем выражен-

Таблица 1.

Показатели ИВЛ 1 группы (M±m)

Показатели	ОРИТ	Через 1 час	Через 3 час	Через 6 час	Следующие сутки
ЧД (1/мин)	43,25 ±3,3	42,25 ±3,1	43 ±2,8	39,7 ±4,0	39,6 ±1,9
ДО (мл/кг)	30,7 ±3,1	44,3 ±2,8	47,5 ±3,1	49,1 ±2,8	30,8±2,3*
FiO ₂ (%)	0,75 ±0,05	0,67 ±0,04	0,6 ±0,03	0,54±0,04	0,53±0,02
Реж. ИВЛ (%)	100% VC	100% VC	100% VC	100% VC	100% VC
Пик. давл. (мбар.)	24.2 ±1,5	23,9 ±1,8	24,8 ±1,2	25,2 ±1,0	20,7 ±1,1
МОД (мл)	2036 ±41	2472 ±33*	1635±96*	1580 ±51	1360±32*

Примечание: * - в сравнении с дооперационным периодом - p<0,05

ность последнего во 2 группе была более явная (p<0,05). Но несмотря на это pCO₂ в 28-30 мм.рт.ст. к которой мы стремились, во второй группе было труднодости-

жимой задачей и достигалась только, в зависимости от выраженности ЛГ у разных детей, ко 2-10 дню продолженной ИВЛ.

Таблица 2.

Показатели ИВЛ 2 группы по сравнению с предыдущим этапом (M±m)

Показатели дыхания	в ОРИТ	Через 1 час	Через 3 час	Через 6 час	След. сутки
ЧД (1/мин)	45,7 ±2,1	46,5 ±3,8	43,6 ±2,9	42,6 ±3,1	46,5 ±1,9
ДО (мл/кг)	65,0 ±3,2	43,6 ±1,9*	41,8 ±1,7	43,3 ±1,8	60,5 ±4,9*
FiO ₂ (%)	0,78 ±0,03	0,80 ±0,04	0,70 ±0,03*	0,63 ±0,01*	0,7 ±0,03*
Реж. ИВЛ (%)	80% VC	80% VC	80% VC	80% VC	80% VC
Пик. давл. (мбар.)	26.6 ±1,3	27,5 ±1,0	26,7 ±1,6	29,5 ±2,1	29,5 ±1,3
МОД (мл)	3345,5±23,0	3378,4±21,0	2688,3 ±18,3*	1810,4 ±14,9*	1700 ±11,3* I

Примечание: * - в сравнении с дооперационным периодом - p<0,05

Более выраженные изменения у детей из 2 группы требовали жесткой респираторной поддержки. При этом если продолжительность ИВЛ у 1 группы ограничивалась 1-2 днями, то во 2 ой группе ее длительность редко была меньше 7 дней. Некоторые пациенты вентилировались на протяжении 1-2 месяцев до уменьшения проявлений ЛГ. Критерием экстубации в обеих группах больных было снижение легочного давления до 50% и ниже по сравнению к системному. При этом особые трудности были у больных со снижением давления в малом круге, взаимосвязанные с состоянием их легких, у больных второй группы в возрасте более 1 года. Этот контингент больных и имел большую летальность (16,3%).

Если говорить о соотношении системного АД к ЛД сразу после операции, этот показатель равняется 47,7±2,5 мм.рт.ст, то к моменту экстубации, на следующие сутки, этот показатель равен 40,3±1,6 мм.рт.ст.

На вторые сутки наблюдалась тенденция к увеличению и ЛД и соотношение ЛД к системному, это происходит несмотря на то, что проводится целенаправленное патогенетическая и симптоматическая терапия, направленная на снижение ЛД, этим пациен-

там с раннего послеоперационного периода проводилась гипервентиляция, аппаратная гипервентиляция для поддержания PCO₂ на уровне 28-30 мм.рт.ст., введение нескольких инотропных препаратов (допмин, адреналин, добутрекс) и сосудорасширяющих препаратов смешенного характера (нитроглицерин, нитропруссид). В 80% случаев в данной группе применялось введение милренона в дозе 0,75 мкг/кг/мин. т.к. данный препарат улучшает инотропную функцию миокарда. Интенсивная терапии позволила контролировать уровень ЛГ у этой тяжелой группы детей. Большинство больных из второй группы экстубированы к концу 4 суток. Одним из основных показателей экстубации было соотношение ЛД к системному ниже 50% тов. Соответственно, после экстубации данное соотношение равнялись 40,0±2,5, что было достигнута в первой очередь за счет снижения легочного давления.

Выводы:

1. Выраженные изменения легочной паренхимы в группе больных с высокой степенью ЛГ обуславлива-

ют необходимость применение жесткого режима респираторной терапии в послеоперационном периоде, включающий повышенный дыхательный объем (до 50-60 мл/кг) и высокие показатели P_{ins}.

2. Послеоперационная респираторная поддержка у детей с легочными давлениями 75% и выше требует продленной ИВЛ и основным критерием экстубации этих пациентов было снижение легочного давления ниже 50 % по отношению к системному.

3. Данная методика респираторной терапии в сочетании медикаментозной дает возможность снизить давление в малом круге у детей с резко выраженной ЛГ к четвертым суткам на 16%, а соотношение ЛД к системному до 40%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. / Москва. Медгиз. 2001. С- 234.
2. Бураковский В.И., Бухарин В.А., Плошников Л.Р. Легочная гипертензия при врожденных пороках сердца. /Москва. Медицина. 2004. С- 156.
3. Руководство по диагностике и лечению легочной артериальной гипертензии (Рабочая группа по диагностике и лечению легочной артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов) // Пульмонология. 2006, № 6, с- 18-23.
4. Акилов Х.А., Саитаизов Х.Б., Зарипов К.С. Результаты операции сужения легочной артерии у детей раннего возраста при врожденных пороках сердца, осложненных высокой легочной гипертензией. //Хирургия Узбекистана. Ташкент, 2009, № 5, с. 23-27.
5. Рекомендации европейского общества кардиологов и европейского респираторного общества по диагностике и лечению легочной гипертензии. //European Heart Journal. 2009, № 30. С- 145-157.
6. Дергачев А.В., Троян В.В. Синдром легочной гипертензии у детей. /Учебно-методическое пособие. Минск. Уч.мед. 2007. С-24.

Поступила 20.12. 2018

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Эронов Ё.К., Жумаева Ш.Б.,

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Стоматологик касалликлар энг кўп тарқалган касалликлар турига киради улар ичида болалар ёшида ўткир гепатит стоматитлар ва herpes simplex вирусининг муаммолари болалар стоматологияси амалиётида ўта муҳимдир чунки бошланғич вирус эрта болалик даврида бошланади. Ушбу касалликнинг патогенези, эпидемиологик, клиник, лаборатория ва иммунологик хусусиятларига асосланган 3 ёшгача бўлган болаларда ўткир герпетик стоматитни комплекс даволаш самарадорлигини оширади. Болалар ёшида ўткир герпетик стоматитларни даволашда халқ табobati усуллари ва Ибн Сино таълимоти асосида маҳаллий ўстирилган анор мевасидан тайёрланган Пустан-Стома тиндирмасини қўлаш орқали ижобий натижаларга эришилди. Бунда болаларнинг иштаҳасининг яхшиланиши, умумий ҳолсизликнинг йўқолиши, оғиз бўшлиғи нормал физиологик ҳолатининг тикланиши чайнов самарадорлигининг нормаллашуви белгилари аниқланди.

Калит сўзлар: болаларда ўткир герпетик стоматити, даволашга замонавий ёндашув, маҳаллий ўстирилган анор меваси.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ё.К.Эронов., Ш.Б.Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Стоматологические заболевания относятся к числу наиболее распространенных видов заболеваний, в том числе острый герпес-стоматит и проблемы вируса простого герпеса у детей, что особенно важно в практике педиатрической стоматологии, поскольку начальный вирус начинается с раннего детства. Патогенез этого заболевания повышает эффективность комплексного лечения острого герпетического стоматита у детей в возрасте до 3 лет на основании эпидемиологических, клинических, лабораторных и иммунологических особенностей. При лечении острого герпетического стоматита у детей положительные результаты были достигнуты с использованием традиционных методов народной медицины и глины Пустан-Стома, сделанных из местного граната, основанного на учении Ибн Сино. Нормализация эффективности жевательной резинки определялась улучшением аппетита у детей, потерей общей безработицы, нормальным физиологическим состоянием полости рта.

Ключевые слова: современный подход к лечению острого герпетического стоматита у детей, глины Пустан-Стома, сделанных из местного граната.

MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF ACUTE HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN

Yo.K.Eronov., SH.B.Jumaeva

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Dental diseases are among the most common types of diseases, including acute herpes - stomatitis and problems of the herpes simplex virus in children, which is especially important in the practice of pediatric dentistry, since the initial virus begins in early childhood. The pathogenesis of this disease increases the effectiveness of complex treatment of acute herpetic stomatitis in children under 3 years of age based on epidemiological, clinical, laboratory and immunological features. In the treatment of acute herpetic stomatitis in children, positive results were achieved using traditional methods of traditional medicine and Pustan-Stoma clay, made from a local garnet, based on the teachings of Ibn Sino. The normalization of the effectiveness of chewing gum was determined by the improvement of appetite in children, the loss of general unemployment, and the normal physiological state of the oral cavity.

Key words: modern approach to the treatment of acute herpetic stomatitis in children, Pustan-Stoma clay, made from local garnet.

Долзарблиғи

Стоматологик касалликлар энг кўп тарқалган касалликлар турига киради улар ичида болалар ёшида ўткир герпетик стоматитлар ва herpes simplex вирусининг муаммолари болалар стоматологияси амалиётида ўта муҳимдир чунки бошланғич вирус эрта болалик даврида бошланади[1,4,8]. Ўткир герпетик стоматитлар бирламчи инфекциянинг энг кўп учрайдиган клиник кўринишларидан биридир. Herpes simplex нинг 6 ойлик ва 3 ёшгача бўлган болаларни учраши 60 % ни ташкил этади[2, 3, 7].

Кўпинча, герпетик стоматит 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларда учраши, бу уларнинг ёши ва морфологик хусусиятлари билан боғлиқ, трансплацентал антикорлар даражасининг пасайиши ва хужайра ўзига хос имунитетининг имматурияланишидан келиб чиқади. Бунда доимий микробал агрессия фалоситек ва эпителия хужайраларининг функционал камайишига олиб келади[5,6]. Ўткир герпетик стоматит даволаш тактикаси касалликнинг оғирлиги ва унинг ривожланиши даври белгиланади. Ўткир герпетик стоматит учун комбинацияланган даво умумий ва маҳаллий даволашнинг ўз ичига олади. Ўтки герпетик сто-

матитларни самарали даволаш ҳозирги кунга қадар долзарб муаммога айланиб келмоқда, юқоридаги келтирилганларни инобатга олиб ушбу маълумотларни ўрганиш муҳим муаммо бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади

Ушбу касалликнинг патогенези, эпидемиологик, клиник, лаборатория ва иммунологик хусусиятларига асосланган 3 ёшгача бўлган болаларда ўткир герпетик стоматитни комплекс даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва услублар

Ўткир герпетик стоматит билан касалланган 3 ёшгача бўлган (18 нафар қиз болалар-62% ва 11 нафар ўғил болалар-38%) ораллигидаги 29 нафар бемор болалар кўриқдан ўтказилди. Ўткир герпетик стоматит ташхиси киник кўриқ ва инструментал текшириш маълумотлари асосида қўйилган.

Барча кўриқдаги бемор болаларда қўлланиладиган даволаш схемасига мувофиқ 2 гуруҳга ажратилган. Асосий А-гуруҳда 16 нафар бемор болалар бўлиб, уларни даволаш " Пустан-Стома " тиндирмаси қўлланилган. Қўшимча Б-гуруҳда 13 нафар бемор болаларда ананавий даволаш усуллари ўтказилди. Барча бемор болаларда оғиз бўшлиғи малакали гигиенаси, оғиз

бўшлиғи гигиеник индекси, клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар

Даволаш натижаларини баҳолаш мақсадида гигиеник индекс асосида оғиз бўшлиғининг даволашдан кейинги ҳолати аниқланди. Ўткир герпетик стоматит билан касалланган болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг нормал физиологик функцияларининг қайта тикланганлигини, сўлак ажралишининг нормаллашуви, афталарнинг камайиши ва чайнов самарадорлигининг яхшиланганлиги аниқланди. Кўриқдан ўтказилган бемор болаларда даволаш фонида ижобий клиник кўринишлар кузатилди.

А-гуруҳдаги бемор болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг нормал рангда, чайнов самарадорлиги тикланган, жароҳат юзаларига янги эпителиал тўқималарнинг ҳосил бўлиши кузатилди. Ўткир герпетик стоматитнинг соғайиш муддати 5-7 кундан 3-4 кунга камайишига эришилди.

Б-гуруҳдаги бемор болаларда оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатининг энди яхшиланаётганлигининг соғайиш муддатининг 5-6 кунга қўзилаётганлигини, бундан ташқари ҳолсизлик ва иштаҳанинг нормаллашуви секин тикланаётганлиги аниқланди.

Оғиз бўшлиғи гигиеник индексининг динамикаси куйидаги жадвалда келтирилган.

Жадвал 1

Гуруҳ	Бемор болалар сони	Даволашдан олдин	Даволашдан сўнг
А	16	1.7± 0.12	0.12 ± 0.03
Б	13	1.4 ± 0.15	0.19 ± 0.06

Жадвал кўриниши бўйича А гуруҳдаги беморларда оғиз бўшлиғи гигиеник индексларининг яхшиланиш тарафга силжиши кузатилди.

Хулоса

Болалар ёшида ўткир герпетик стоматитларни даволашда халқ табиоти усуллари ва Ибн Сино таълимоти асосида маҳаллий ўстирилган анор мевасидан тайёрланган Пустан-Стома тиндирмасини қўллаш орқали ижобий натижаларга эришилди. Бунда болаларнинг иштаҳасининг яхшиланиши, умумий ҳолсизликнинг йўқолиши, оғиз бўшлиғи нормал физиологик ҳолатининг тикланиши чайнов самарадорлигининг нормаллашуви аниқланди. Ушбу бемор болаларда даволашдан сўнг умумий аҳволи яхшиланди. Шуни таъкидлаш лозимки, мазкур тиндирмани қўллаш қулай биофаол модда клиник самарадорлиги юқорилиги билан бир қатор воситалардан устунлик белгилари аниқланди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Баранаева Е.А., Меркулова Е.П. Острый герпетический стоматит у детей // Медицинские новости. 2012. № 9 С.59-60
2. Баранова Е.А. Клинические проявления и тактика лечения острого герпетического стоматита у детей // Современная стоматология. - 2013. - №: 1. - С. 21-23.
3. Бинцаровская Г.В., Демьяненко Е.А., Валеева З.Р. Острый герпетический стоматит у детей // Семейный доктор. - 2015. - № 3. - С. 58-63.
4. Боковой А.Г. Герпес-вирусные инфекции у детей. Диагностика, клиника и лечение. Роль в формировании контингента часто болеющих детей. - М: МАКС Пресс, 2012. - 144 с.
5. Герпес-вирусные инфекции у детей: метод. указ. для студентов V-VI курсов и врачей-интернов / сост. С. В. Кузнецов, Т. А. Кирсанова, О. Н. Ольховская и др. - Харьков : ХНМУ, 2015. - 32 с.
6. Дегтяренко Е.В. Эпидемиологические аспекты герпетического стоматита у детей г. Донецка // Вкспниктққққни та епқдем-қолоғққ. - Т.16, № 1. - 2012. - С. 98-101.
7. Ran D. Goldman, MD FRCPAC Acyclovir for herpetic gingivostomatitis in children. Can Fam Physician. 2016 May; 62(5): 403-404.
8. Righini-Grunder F., Hurni M., Warschkow R., Rischewski J. Frequency of Oral Mucositis and Local Virus Reactivation in Herpes Simplex Virus Seropositive Children with Myelosuppressive Therapy // KlinPadiatr. - 2015. - N227(6-7):335-338.

Поступила 12.01. 2019

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ

¹Ядгарова Ш.Ш., ¹Рузиев Ш.И., ²Набиев С.С.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,

²Наркологический диспансер Бухарской области

✓ Резюме,

По данным статистической отчётности, смертельные отравления алкоголем и его суррогатами составляют более 55% всех отравлений. На долю смертельных отравлений суррогатами алкоголя приходится около 3-5%. Резко возросло количество отравлений органическими растворителями и техническими жидкостями, принимаемыми внутрь в качестве суррогатов алкоголя. Повсеместная доступность этих соединений и плохая информированность населения об их ядовитых свойствах, приводят к возникновению отравлений этими веществами, причём частота таких отравлений имеет стойкую тенденцию к увеличению, что свидетельствует об актуальности этой проблемы.

Ключевые слова: алкоголь, суррогат, отравления, токсикометрия.

АЛКОГОЛ ВА УНИНГ СУРРОГАТЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШЛАРНИНГ СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗАСИ

¹Ядгарова Ш.Ш., ¹Рўзиев Ш.И., ²Набиев С.С.

¹Тошкент педиатрия тиббиёт институти, ²Бухоро вилоят Наркология диспансери

✓ Резюме,

Статистик ҳисоботларга кўра алкоголь ва унинг суррогатларидан заҳарланиш заҳарланишлар ичида 55% ни ташкил этади. Алкогол суррогатларидан заҳарланишдаги ўлим 3-5% ни ташкил этади. Алкогол суррогатлари ичида органик эритма ва техник суюқликлардан заҳарланишлар миқдори ортиб бормоқда. Заҳарли моддалар ва улардан заҳарланишларни ҳалқ орасида кенг тарқалганлиги ёмон ҳолат ҳисобланиб, муаммонинг долзарблиги алкоголь суррогатларидан заҳарланиш миқдорининг кўпайиб бориши билан боғлиқ.

Калит сўзлар: алкоголь, суррогатлар, заҳарланиш

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF POISONING BY SURROGATES OF ALCOHOL

¹Yadgarova Sh.Sh., ¹Ruziev Sh.I., ²Nabiyev S.S.

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, ²Narcological dispensary of the Bukhara region

✓ Resume,

According to statistical reports, fatal alcohol poisoning and its surrogates represent more than 55 % of all poisonings. The share of fatal poisoning alcohol substitutes accounts for about 3-5 %. Dramatically increased the number of poisoning by organic solvents and technical fluids is taken orally as a surrogate alcohol.

Keywords: alcohol, surrogate, poisoning, toxicometry.

Актуальность

По данным статистической отчётности, смертельные отравления алкоголем и его суррогатами составляют более 55% всех отравлений. На долю смертельных отравлений суррогатами алкоголя приходится около 3-5%. Резко возросло количество отравлений органическими растворителями и техническими жидкостями, принимаемыми внутрь в качестве суррогатов алкоголя [1,8,12].

Часто встречаются отравления бытовыми и техническими жидкостями, в состав которых, кроме этилового спирта, входят пропиловый, изопропиловый, изобутиловый и изоамиловый спирты (примусная жидкость, денатурат, тормозная жидкость, техническая жидкость для мытья стёкол, различные политуры). Отравления пропиловыми спиртами составляют 29% всех отравлений суррогатами, изобутиловым спиртом - 64,5, изоамиловым - 6,5%. Среди этих отравлений особенно высок процент летальных исходов [3,4,9,11].

Токсическое действие метанола, главным образом, связано с продуктами его метаболизма (формаль-

дегидом, и, особенно, муравьиной кислотой), которые подавляют систему цитохромов и окислительное фосфорилирование, вызывая, тем самым, дефицит АТФ, особенно в ткани мозга и в сетчатке. Бутиловый спирт вызывает наркотический эффект, действует, преимущественно, на центральную нервную систему [7,8].

Многие суррогаты алкоголя, например, этиленгликоль (ЭГ) и его эфиры (целлозольвы; ЦЗ), нашли, в настоящее время, широкое применение как в промышленности, на транспорте и в быту, так и при обслуживании различных технических систем [5,6,7,10].

Повсеместная доступность этих соединений и плохая информированность населения об их ядовитых свойствах, приводят к возникновению отравлений этими веществами, причём частота таких отравлений имеет стойкую тенденцию к увеличению [13].

Цель исследования: Разработка критериев степени тяжести химических травме и прогноз исходов в случаях отравлений суррогатами алкоголя.

Материал и методы

Объектами исследования стали 50 архивных судебно-медицинских заключений по трупам лиц, получивших химические травмы при отравлениях суррогатами алкоголя, из которых в 20 случаях лица, получившие химическую травму, после отравления находились в стационарах, где им оказывали интенсивную помощь, а также приложенные к ним медицинские документы. Кроме того, было изучено 60 архивных судебно-медицинских заключений по трупам лиц, получивших только механические повреждения, которые составили контрольную группу. Предмет исследования составило влияние отравлений суррогатами алкоголя на системы и органы человека. Исследования проводились в Главное Бюро СМЭ Министрство Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результат и обсуждения

Судебно-медицинское исследование трупов производилось по общепринятой методике в первые 10-

18 часов, но не позднее 24 часов после наступления смерти.

Количественное определение суррогатов алкоголя в биологическом материале проводилось газохроматографическим и спектрофотометрическим методами.

Для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов фиксировали в 10-12% растворе формалина и заключали в парафиновые блоки. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

Во всех экспертных случаях отравление суррогатами алкоголя было подтверждено материалами дела, клинической картиной отравления, результатами судебно-медицинского исследования трупа, данными токсикологической лаборатории, судебно-химического анализа и гистологического исследования.

Было изучено распределение частоты встречаемости отравлений суррогатами алкоголя среди мужчин и женщин в зависимости от времени года. Полученные результаты представлены на рисунке 1.

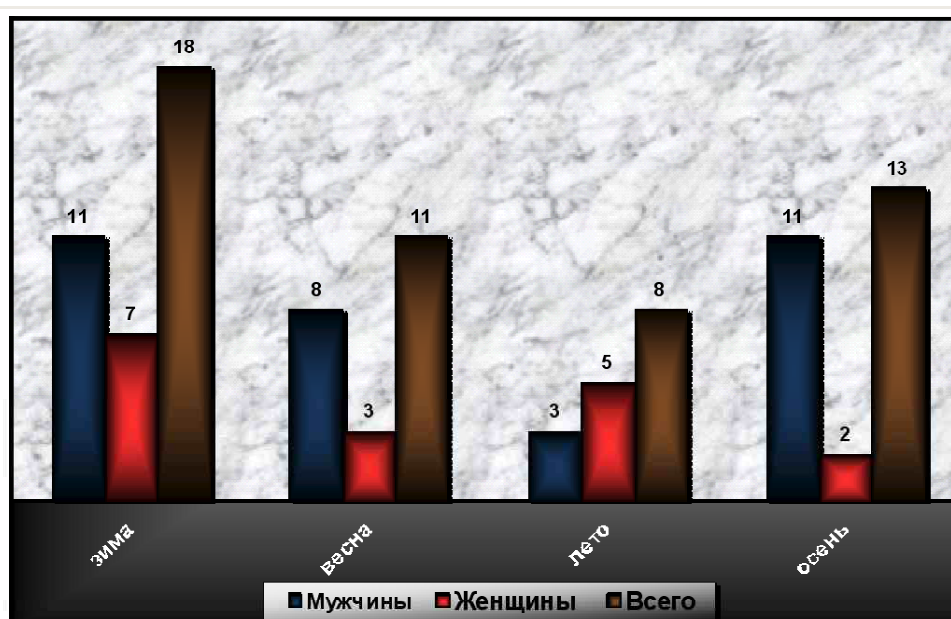


Рис. 1. Распределение частоты встречаемости отравлений суррогатами алкоголя среди мужчин и женщин в зависимости от времени года

Данные представленной на рисунке 1 диаграммы показывают, что наибольшее число отравлений суррогатами алкоголя приходится на зиму - 18 (36%), а также на осень - 13 (26%). но, если учитывать, что март в нашей стране также относится к холодному времени года, то на этот период приходится 37 случаев, то есть 74% от всех изученных случаев отравлений суррогатами алкоголя.

Анализ результатов судебно-гистологических исследований показал, что в микроскопической картине изменений при острых отравлениях суррогатами алкоголя также можно выделить некоторые характерные для ряда изученных случаев показатели. Частота встречаемости этих показателей приведена в таблице 1.

Приведённые в таблице данные показывают, что наиболее значимыми из микроскопических признаков, характерных для большинства изученных случаев, при судебно-гистологическом исследовании были: полнокровие сосудов в тканях лёгких (в 100% случаев), отёк мягкой мозговой оболочки и тканей мозга (в 86% случаев), отёк и очаговые кровоизлияния в ткань лёгких (в 84% случаев), кардиосклероз (в 76% случаев), склероз кровеносных сосудов сердца (в 68% случаев), процесс аутолиза в поджелудочной железе (в 68% случаев), дистрофические изменения почечных канальцев (в 68% случаев) и неравномерное кровенаполнение сосудов в тканях почек (в 60% случаев). Менее значимыми оказались жировой гепатоз (в 50% случаев), неравномерное полнокровие пульпы в тканях селезёнки (в 42% случаев) и склероз трабекул и

Таблица 1.

Частота встречаемости микроскопических изменений, характерных для ряда изученных случаев острых отравлений суррогатами алкоголя, при судебно-гистологическом исследовании

Показатели	Абсолютное число наблюдений	Относительное число наблюдений (%)
Отёк мягкой мозговой оболочки и тканей мозга	43	86,0
Полнокровие сосудов в тканях лёгких	50	100,0
Периваскулярные кровоизлияния в тканях мягкой мозговой оболочки и головного мозга	18	36,0
Отёк и очаговые кровоизлияния в ткань лёгких	42	84,0
Кардиосклероз	38	76,0
Склероз кровеносных сосудов сердца	34	68,0
Неравномерное полнокровие пульпы в тканях селезёнки	21	42,0
Склероз трабекул и трабекулярных сосудов в тканях селезёнки	21	42,0
Процесс аутолиза в поджелудочной железе	34	68,0
Кровоизлияния в тканях поджелудочной железы	13	26,0
Жировой гепатоз	25	50,0
Дистрофические изменения гепатоцитов	17	34,0
Дистрофические изменения почечных канальцев	34	68,0
Неравномерное кровенаполнение сосудов в тканях почек	30	60,0

трабекулярных сосудов в тканях селезёнки (в 26% случаев). Наименее значимыми оказались такие признаки как периваскулярные кровоизлияния в тканях мягкой мозговой оболочки и головного мозга (в 36% случаев), дистрофические изменения гепатоцитов (в 36% случаев), кровоизлияния в тканях поджелудочной железы (в 36% случаев).

При микроскопическом исследовании выявлялись расширение и переполнение кровью капилляров и вен в тканях мозга, стазы, периваскулярный отек, мелкие периваскулярные кровоизлияния. В тканях сердца выявлялись отдельные липоидные пятна, а также фиброзные бляшки на интима коронарных артерий, волнообразная деформация и фрагментация сердечных мышечных волокон, мелкоочаговое разрастание соединительной ткани. В желудочках сердца отмечались дистония и плазматическое пропитывание стенок артерий. Наблюдались периваскулярные и межмышечные отёки, периваскулярные геморагии, утолщения кардиомиоцитов, венозное и капиллярное полнокровие. Были выявлены контрактурные повреждения кардиомиоцитов и очаги внутриклеточного миоцитолитического

процесса, а также участки со слабо различимой сарколеммой. Наблюдались расширения и полнокровие сосудов коркового и мозгового вещества почек, набухание сосудистых петель клубочков. В просветах извитых канальцев обнаруживалось большое количество кристаллов щавелевокислого кальция. В тканях печени отмечались полнокровие, выраженная зернистая дистрофия и серозный отек.

Анализ результатов химико-токсикологических исследований позволил распределить пострадавших от отравлений суррогатами алкоголя следующим образом (табл-2):

По представленным в медицинской документации данным был проведён анализ детоксикационных мероприятий, которые проводились у пострадавших от отравлений суррогатами алкоголя. Результаты анализа проведённых детоксикационных мероприятий представлены в таблице 2.

В анамнезах медицинских документов были выявлены показатели количества принятых пострадавшими суррогатов алкоголя. Средние значения этих показателей представлены в таблице 3.

Таблица 2.

Распределение пострадавших по выявленным суррогатам алкоголя

Суррогаты алкоголя	Кол-во случаев	
	Abs	%
Этиленгликоль	6	10%
Метиловый спирт	8	16%
Амиловый спирт	6	12%
Хлоралгидрат	2	4%
Дихлорэтан	3	6%
Тетраэтилсвинец	5	10%
Пропиловый спирт	7	14%
Бутиловый спирт	8	16%
Ацетон	5	10%

Таблица 3.

Средние значения показателей количества принятых пострадавшими суррогатов алкоголя

Суррогаты алкоголя	M±m (мг)
Метиловый спирт	5,4±0,5
Бутиловый спирт	240,6±5,3
Пропиловый спирт	302,1±3,3
Амиловый спирт	20,2±1,2
Этиленгликоль	151,0±8,3
Тетраэтилсвинец	10,2±0,9
Ацетон	60,4±1,6
Дихлорэтан	25,7±1,8
Хлоралгидрат	9,5±0,5

Представленные в данной таблице данные свидетельствуют о том, что во всей изученных нами случаях острые отравления этими суррогатами были основной причиной смерти пострадавших.

Выводы:

1. Для снижения уровня частоты встречаемости отравлений суррогатами алкоголя необходимо регулярно проводить разъяснительную работу с населением о последствиях их употребления.

2. Наиболее частыми признаками при наружном исследовании трупов лиц, умерших в результате отравления суррогатами алкоголя являются хорошо выраженные трупные пятна синюшно-фиолетового цвета, конъюнктивы бледно-розового цвета и синюшность и одутловатость кожных покровов лица.

3. При обнаружении морфологических или гистологических изменений, характерных для отравлений суррогатами алкоголя, необходимо проводить комплексные судебно-токсикологические исследования трупов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомолов Д.В. Новые критерии для диагностики скоропостижной сердечной смерти в судебной медицине / Д.В. Богомолов и соавт. // Судеб.-мед. экспертиза. - 2007. - № 4 - С. 6-9.
2. Зороастров О.М. Критерии диагностики острого отравления этиловым алкоголем как причины смерти / О.М. Зороастров // Судеб.-мед. экспертиза. - 2005. - № 2 - С. 16-18.
3. Капустин А.В. Значение изменений миокарда для судебно-медицинской диагностики смерти от алкогольной кардиомиопатии / А.В. Капустин // Судеб.-мед. экспертиза. - 2004. - № 6 - С. 2-25.
4. Мухин Н.С. Алкогольная болезнь сердца / Н. Мухин // Врач. - 2004. - № 1. - С. 14-17.
5. Палеев Н.Н. Алкогольное поражение сердца / Н. Палеев, М. Гуревич, М. Яновская // Врач. - 1995. - № 8. - С. 20-23.
6. Разводский Ю.В. Алкоголь и сердечно-сосудистая система: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.В. Разводский // Вопросы наркологии. - 2005. - № 2. - С. 59-68.
7. Скворцов Ю.И. Поражение сердца при алкоголизме / Ю.И. Скворцов // Российский мед. журнал. - 2000. - № 5. - С. 41-44.
8. Gawlikowski T. Acetaldehyde concentration in acute ethanol-intoxicated patients addicted to alcohol / T. Gawlikowski, W. Piekoszewski [et al.] // Article in Polish Przegl Lek. - 2004. - Vol. 61, № 4. - P. 310-313.

9. Богомолова И.Н., Букушев М.К., Богомолов Д.В. Судебно-медицинская диагностика отравлений суррогатами алкоголя по морфологическим данным // Судебно-медицинская экспертиза. - М.: Медицина, 2004. - Том 47. - № 5. - С. 22-25.
10. Карпов С.М., Осипова Н.А., Высочина А. А. Токсическое влияние суррогатов алкоголя на формирование синдрома ретробульбарного неврита // Международный научно-исследовательский журнал. - 2013. - № 10-5 (17). - С.14.
11. Кильдюшев Е.М., Буромский И.В., Кригер О.В. К проблеме диагностики острой интоксикации этиловым алкоголем в экспертной практике // Судебно-медицинская экспертиза. - № 2. - М., 2007. - С. 14-16.
12. Клевно В.А., Кучина Е.В. Клинические, лабораторные и морфологические проявления смертельных и не смертельных отравлений суррогатами алкогольных напитков // Судебно-медицинская экспертиза. - М., 2008. № 5.
13. Castro GD, de Layo AMA, Castro JA. Liver nuclear ethanol metabolizing systems (NEMS) producing acetaldehyde and 1-hydroxyethyl free radicals. // Toxicology. - 1998. - Vol. 129 (2-3). - P. 137-144.
14. Chenng S.T. Simultaneous determination of methanol, ethanol, acetone, isopropanol and ethylene glycol poisonings. // N. Engl. J. Med. - 1999. - Vol. 340. - P. 832-8.
15. Clay K.L., Murphy R.C. On the metabolic acidosis of ethylene glycol intoxication // Toxicol. Appl. Pharmacol. - 1977. - Vol. 39(1). - P. 39-49.

Поступила 18.12. 2018

УДК: 617.713-002:616.523-085.373

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМ КЕРАТИТОМ

Янгиева Н.Р., Мирбабаева Ф.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

✓ Резюме,

Результаты проводимого лечения в основной группе больных с ГК были признаны удовлетворительными у 6 пациентов (6 глаз), у 10 пациентов (10 глаза) с кератитами удалось достигнуть хороших результатов лечения. В сравнении с контрольной группой, применение в комплексном лечении позволило на 14,3% ($p>0,05$) улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: герпетический кератит, вирус простого герпеса, противовирусная терапия

ГЕРПЕТИК КЕРАТИТЛИ БЕМОРАЛРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Янгиева Н.Р., Мирбабаева Ф.А.

Тошкент давлат стоматология институти

✓ Резюме,

Ўтказилган даво чоралари натижасида, асосий гуруҳни ташкил қилувчи герпетик кератитли беморларнинг 6 тасида (6 та кўз) натижа қониқарли баҳоланди, 10 та беморда (10 та кўз) эса даволаш натижаси яхши деб баҳоланди. Беморларни комплекс даволашда контроль гуруҳи беморлари билан натижалар солиштирилганда 14,3% ($p>0,05$) самарали эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар: герпетик кератит, оддий герпес вируси, вирусга қарши терапия

CLINICAL ASSESSMENT OF POLYOXIDONIUM APPLICATION IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH HERPETIC CERATITIS

Yangieva N.R., Mirbabaeva F.A.

Tashkent state dentestri institute

✓ Resume,

The results of the treatment in the main group of patients with GC were found to be satisfactory in 6 patients (6 eyes), in 10 patients (10 eyes) with keratitis, good treatment results were achieved in comparison with the control group, the use of Polyoxidonium in the complex treatment allowed to improve the treatment results by 14.3% ($p> 0.05$)

Keywords: herpetic keratitis, polyoxidonium, herpes simplex virus, antiviral therapy.

Актуальность

Герпетическое поражение глаз широко распространено и занимает одно из первых мест по обращаемости населения к офтальмологу. По данным ВОЗ, заболевания вызванные вирусом простого герпеса занимают второе место после гриппа [1,4,6]. Установлено, что с воспалительными заболеваниями глаз связано до 80% случаев временной нетрудоспособности, из них 50-60% получают стационарное лечение. По данным различных авторов, существенное место среди причин слепоты или слабо зрения (10-30% случаев) принадлежит кератитам и кератоувеитам. Наиболее

часто это заболевание роговицы вызывает вирус простого герпеса, которые отмечаются в 20-57% случаев среди взрослого населения и в 70-80% случаев - среди детей [3]. Основной проблемой офтальмологов при герпетическом кератите является, значительное снижение остроты зрения, вызывающее значительное ухудшения качества жизни, а в некоторых случаях приводящее к инвалидности. Основной причиной инвалидизации является, формирование субэпителиальных, различной формы и размеров инфильтратов, которые располагаются в оптической зоне роговицы, которые могут сохраняться месяцы и даже годы.

Нарушение эпителизации роговицы после перенесенного герпесвирусного кератита часто приобретает агрессивное и затяжное течение и не всегда поддается стандартным методам терапии.

Герпетический кератит (ГК) характеризуется длительным течением и склонностью к рецидивам - в 25% случаев после первой атаки и до 75% - при повторных [3,6,8]. В этой связи проблема лечения офтальмогерпеса, несмотря на применение всё более новых противогерпетических препаратов, актуальна, имеет важное социальное значение и далека от своего окончательного решения. Важное значение имеет комплексное применение средств различного механизма действия. Такая терапия обеспечивает сокращение продолжительности заболевания и частоты рецидивов.

На фармакологическом рынке Узбекистана в последние годы широко используется препарат Полиоксидоний (азоксимер бромид) в комплексном лечении многих воспалительных заболеваний. Полиоксидоний обладает комплексным иммуномодулирующим, детоксифицирующим, антиоксидантным, антигипоксическим, умеренным противовоспалительным действием. Основой механизма иммуномодулирующего действия Полиоксидония является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования, синтеза интерферона-альфа и интерферона-гамма.

Детоксикационные и антиоксидантные свойства Полиоксидония во многом определяются структурой и высокомолекулярной природой препарата. Полиоксидоний увеличивает резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций бактериальной, грибковой и вирусной этиологии. Препарат также блокирует растворимые токсические вещества и микрочастицы, обладает способностью выводить из организма токсины, соли тяжелых металлов, ингибирует перекисное окисление липидов, как за счет перехвата свободных радикалов, так и посредством элиминации каталитически активных ионов Fe^{2+} .

Использование Полиоксидония наряду с противогерпетическими средствами особенно ценно при тяжёлом течении офтальмогерпеса [2, 7].

В связи с чем изучение эффективности комплексного метода лечения с применением Полиоксидония, открывает новые возможности для поиска путей эффективного лечения, профилактики рецидивов и тяжёлых исходов инфекционных и воспалительных заболеваний глаз различной этиологии, в том числе ГК.

Цель - оценить эффективность комплексного лечения больных герпетическим кератитом и язвами роговицы.

Материал и методы

Клинические исследования выполнены на кафедре Офтальмологии Ташкентского государственного стоматологического института и в отделении Офтальмологии 3 клиники ТМА в период с 2016 по 2018 годы. Нами были обследованы и пролечены 29 больных (29 глаз) в возрасте от 25 до 78 лет (49,3±3,7 лет). Из них мужчин - 16 (55,17%), женщин - 13 (44,83%). Клинический диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра: визиометрии, определение чувствительности роговицы (альгезометрия), биомикроскопии (с окраской рого-

вицы раствором флуоресцеина). Для подтверждения этиологии, проводился иммуноферментный анализ крови на иммуноглобулины М, G к ВПГ 1, 2, Цитомегаловирусу. При наличии положительного результата ИФА крови пациенты получали противовирусную терапию.

Пациенты в зависимости от проводимого лечения были подразделены на 2 группы: I группа (контрольная) - 13 пациентов (13 глаз) получали традиционную, включавшего общепринятую патогенетическую и симптоматическую терапию: противогерпетическое лечение - Вирган глазная гель по 1-2 капли 3-4 раза в день в течение 1 месяца, таблетки Ацикловир 200мг (или его аналоги) по 1 таблетке 4 раза в день в течение 5 дней, парабульбарное введение 0,5 мл Дексаметазона 0,4% (№ 5), комбинированные глазные капли (антибиотик +ГКС) по 2 капли 3-4 раза в день в течение месяца, препараты улучшающие микроциркуляцию; сосудоукрепляющие средства (аскорбиновая кислота); антиоксиданты (Аевит по 1 драже 3 раза в день, вит. Е); витамины группы В (витамин В комплекс по 2 мл внутримышечно №10). II группа (основная) - 16 пациентов (16 глаз) наряду с традиционным комплексным лечением получали препарат Полиоксидоний в виде внутривенных инъекций (Полиоксидоний 4 мг+ раствор 0,9% Натрия хлорида 100, мл №10).

Результат и обсуждения

При анализе полученных результатов лечения учитывали динамику остроты зрения, клинических проявлений воспалительного процесса, сроки эпителизации роговицы.

В обеих исследуемых группах показатели остроты зрения у больных отличались значительной вариабельностью, что свидетельствовало о различной степени вовлечения в патологический процесс роговицы.

Нами было отмечено достоверное улучшение остроты зрения в группе больных получавших традиционное консервативное лечение в течение месяца. Однако через 3 месяца после лечения острота зрения вновь снизилась и через 6 месяцев была достоверно ниже исходной ($p < 0,05$).

В основной группе больных получавших традиционное консервативное лечение в сочетании с Полиоксидонием, показатели остроты зрения, улучшилась с $0,139 \pm 0,05$ до $0,365 \pm 0,07$. Больные данной группы отмечали улучшение зрения через 1 месяц, через 3 месяца острота зрения составляла $0,325 \pm 0,06$ и $0,383 \pm 0,05$ соответственно, которая оставалась стабильной и к 6-му месяцу ($0,33 \pm 0,07$).

Начальные признаки эпителизации роговицы в течение первой недели наблюдали у 12 больных (86,7%), в том числе у 8 (57,1%) - на 2-й день, у 4 (35,7%) - на 3-й день лечения. Срок лечения в среднем составил 3,28 дней. В последующие дни у 11 (78,5%) больных эпителизация завершилась в различные сроки от начала лечения. Средний срок полной эпителизации роговицы - 17,2 дня. Эффективность лечения оценена следующим образом: выздоровление у 11 больных (68,5%), улучшение - у 3 больных (21,4%).

В основной группе у всех больных с ГК, воспалительный процесс был купирован: резорбция инфильтратов наблюдалась в сроки от 6 до 13 дней, начало эпителизации роговицы - через 2-3 суток от начала

лечения, а полная эпителизация наступала на 6-10 суток. В сравнении с группой контроля сроки лечения больных сократились в среднем на 3,5 суток ($p < 0,05$).

Результаты проводимого лечения в основной группе больных с ГК были признаны удовлетворительными у 6 пациентов (6 глаз), у 10 пациентов (10 глаза) с кератитами удалось достигнуть хороших результатов лечения. В сравнении с контрольной группой, применение в комплексном лечении Полиоксидония позволило на 14,3% ($p > 0,05$) улучшить результаты лечения.

У больных основной группы очищение язвы начиналось на 2-3 сутки лечения, эпителизация роговицы начиналась на 5-8 сутки, а полная эпителизация роговицы отмечена через 8-20 дней, резорбция инфильтратов наблюдалась через 10-24 дней. В сравнении с контрольной группой применение Полиоксидония сокращало сроки очищения язвы и ускоряло эпителизацию роговицы в среднем на 1,5-2 дня ($p > 0,05$).

Эффективность лечения оценена следующим образом: полное выздоровление - у 17 больных (58,62%), улучшение - у 12 (41,3%) больных.

Таким образом, эффективность лечения, достигнутого с включением Полиоксидония в комплекс консервативного лечения, сохраняется более 6 месяцев. Применение Полиоксидония усиливает эффект консервативного лечения, способствуя более быстрому рассасыванию инфильтрата и очищению язвы роговицы.

Выводы:

1. Применение противовирусных терапии в комплексной терапии больных с ГК и язвами роговицы позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса и повысить эффективность лечения.

2. Комплексное применение традиционного медикаментозного лечения ГК в сочетании с антиви-

русными препаратами способствует повышению эффективности лечения, улучшению клинических показателей и отсутствию рецидивов заболевания более продолжительный срок по сравнению со стандартной консервативной терапией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Валиева К.С., Матякубов М.Н., Бабаханова Д.М. Применение Офтаквикса и Флукопта в лечении кератитов и язв роговицы смешанной этиологии // Современные технологии в офтальмологии. - М., 2016. - № 4. - С.43-45
2. Данилова Л.П., Егоров В.В., Смолякова Г.П., Гохуа Т.И., Еманова Л.П., Поваляева Д.А. Новые возможности иммунотропного лечения больных с герпесвирусным поражением роговицы. // Современные технологии в офтальмологии. - М., 2014. - № 2. - С.115-117.
3. Лошкарева А.О., Майчук Д.Ю. Применение богатой тромбоцитами плазмы у пациентов с хроническими эрозиями роговицы, ассоциированными с герпетической и цитомегаловирусной инфекцией. // Современные технологии в офтальмологии. - М., 2017. - № 3. - С.45-46.
4. Рыскулова Э.К., Хуснитдинова Э.Г., Ибрафилова Г.З., Бабушкин А.Э. Эффективность мази "Офтоципро" в лечении бактериальных кератитов и язв роговицы. // Точка зрения. Восток - Запад. - М., 2016. № 1. - С.142-144.
5. Майчук Ю.Ф. Терапевтические алгоритмы при инфекционных язвах роговицы // Вестник офтальмологии. - 2000. - № 3. - С. 35-36
6. Майчук Д.Ю. Рецидивирующие эрозии роговицы: особенности возникновения и лечения // Новое в офтальмологии. - 2014. - № 3. - С. 72.
7. Kim K.M., Shin Y.T., Kim N.K. Effect of autologous platelet-rich plasma on persistent corneal epithelial defect after infectious keratitis // Jpn. J. Ophthalmology. - 2012. - № 56 (6). - 544-550.
8. Moojen D.J., Overdevest E.P., Everts P.A., Schure R.M. et al. Antimicrobial activity of platelet - leukocyte gel against *Staphylococcus aureus* // J. Orthop. Res. - 2007. - Oct. 24.

Поступила 28.12. 2018 г.

УДК 616.613-003.7, 616.61-072.72, 16-018, 616-035.9

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА ИЗ СОБСТВЕННОГО СБОРА НА МОДЕЛИ КАЛЬЦИЙ
ОКСАЛАТНОГО УРОЛИТИАЗА**

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Касымов С.О.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

✓ *Резюме,*

Целью исследования изучить антилитогенные свойства экстракта из мочегонного сбора в модели СаОх уролитиаза у крыс

Для исследования эффективности экстракта, из мочегонного сбора собственной разработки, на мочевые факторы риска (МФР) использовали известную модель СаОх уролитиаза с применением этиленгликоля (EG).

96 крыс самцов были беспорядочно разделены на две группы. Все крысы получали стандартное питание в течение всего курса исследования и питьевую воду с 0,75% EG в качестве индуктора камнеобразования. После образования депозитов СаОх в почках, первая группа получала экстракт из сбора; вторая группа - контрольная - получала плацебо.

Спиртовый экстракт в эксперименте обладает сильным диуретическим действием. В среднем увеличивает диурез на 63,5%, максимально - на 69,1% на 14 сутки. Экстракт достоверно увеличивает показатель pH мочи, уменьшает кальциурию. Экскрецию магния не изменяет.

Согласно данным морфологических исследований, экстракт обладает нефропротективными и противовоспалительными свойствами. На фоне его приема в почках меньше всего было выражено повреждающее действие этиленгликоля. Антилитогенные свойства экстракта проявляются меньшим числом депозитов кристаллов СаОх.

Таким образом, данные эксперимента подтвердили его свойства влиять на основные факторы кальциевого литогенеза. Суммируя полученные результаты, можно предположить, что препарат будет способен оказывать про- и метафилактическое действие у больных кальциевым типом литогенеза.

Ключевые слова: кальциевый уролитиаз, промоутеры и ингибиторы камнеобразования, кальций, оксалат, мочевая кислота, магний, цитрат, индекс ионной активности, модель уролитиаза, фитотерапия.

**DIURETIC YIG'MADAN OLINGAN EXTRACTNI KALSIYI-OXALAT UROLITIAZ MODELIDA
SAMARDORLIGINI O'RGANISH**

Gaybullaev A.A., Kariev S.S., Qasimov S.O.

Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti

✓ *Rezyume,*

Tadqiqot maqsadi urolitiazning CaOx modelida diuretik yig'ma ekstraktning antillogen xususiyatlarini o'rganish.

Mualliflar tomonidan peshobdagi litogenetic omillariga diuretik yig'madan olinadigan ekstraktning samardorligini o'rganish uchun etilen glikol (EG) ishlatilgan ma'lum CaOx urolitiazasi modeli qo'llanilgan.

96 ta erkak kalamushlar tasodifiy ikki guruhga bo'lindi. Tadqiqot davomida barcha kalamushlar standart ovqat va tosh shakllanish induktori sifatida 0,75% EG qo'shilgan ichimlik suvi qabul qilishdi. Buyraklardagi CaOx kristallar paydo bo'lgandan so'ng, birinchi guruh (nazorat guruhi) platsebo olgan; Ikkinchi guruh - ekstraktni oldi.

Tajribada extract kuchli diuretik ta'sirga ega bo'lib - o'rtacha diurez 63,5%, maksimal - 69,1% o'sdi. Ekstrakt pH va citrat ekstraksiyasini oshirdi, kalsiy va oksalat ekstraksiyasini tushirdi. Magniy ekskretsiyasi o'zgarmadi. Litogenezning faollik indeksining sezilarli pasayishi kuzatildi - o'rtacha 70,86%ga.

Morfologik tadqiqotlar ekstraktning nefroprotektiv va yallig'lanishga qarshi xususiyatlarini namoyon qildi va etilen glikolning zarar etkazuvchi ta'siri kamaytirish bilan ifodalangan edi. Ekstraktning anti-litogen xususiyatlari CaOx kristallari soni kamligi bilan namoyon bo'ldi.

Shunday qilib, diuretik yig'madan olingan extract kalsiy litogenezining asosiy omillarini o'zgartirishi mumkin, kaltsiy turli litiasli bemorlarni davolash uchun taklif qilinishi mumkin.

Kalit so'zlar: kalsiy urolitiazasi, tosh shakllanishining promouterlari va ingibitorlari, kalsiy, oksalat, urik kislota, magniy, citrat, ion faoliyat ko'rsatkichi, urolitiazasi modeli, fitoterapiya.

STUDYING THE EFFICIENCY OF EXTRACT FROM ITS OWN COLLECTION ON A MODEL OF OXALATE UROLITHIASIS CALCIUM

Gaybullaev A.A., Kariev S.S., Kasymov S.O.,

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

✓ Resume

The aim of the study is to study the anti-lithogenic properties of the extract from the diuretic collection in the CaOx model of urolithiasis in rats

To study the effectiveness of the extract, from a diuretic collection of its own design, for urinary risk factors (MPD), the known CaOx model of urolithiasis with the use of ethylene glycol (EG) was used.

96 male rats were randomly divided into two groups. All rats received standard nutrition throughout the course of the study and drinking water with 0.75% EG as an inducer of stone formation. After the formation of CaOx deposits in the kidneys, the first group received an extract from the collection; the second group, the control group, received a placebo.

Alcohol extract in the experiment has a strong diuretic effect. On average, diuresis increases by 63.5%, maximum - by 69.1% for 14 days. The extract significantly increases the pH of urine, reduces calciuria. Excretion of magnesium does not change.

According to morphological studies, the extract has nephroprotective and anti-inflammatory properties. Against the background of its administration, the damaging effect of ethylene glycol was least pronounced in the kidneys. Anti-lithogenic properties of the extract are manifested by a smaller number of deposits of CaOx crystals.

Thus, the experimental data confirmed its properties to influence the main factors of calcium lithogenesis. Summarizing the obtained results, we can assume that the drug will be capable of having a pro- and metaphylactic effect in patients with calcium-type lithogenesis.

Key words: calcium urolithiasis, promoters and inhibitors of stone formation, calcium, oxalate, uric acid, magnesium, citrate, ionic activity index, model of urolithiasis, phytotherapy.

Актуальность

Для того, чтобы понять все аспекты патогенеза, в том числе анатомо-физиологической роли почек, часто используются модели на животных - экспериментах на крысах, кроликах и собаках. Но наиболее часто для изучения мочекаменной болезни используют модели у крыс [1-7]. Поскольку 80% всех камней в почках состоят из оксалата кальция (СаОх) эта модель изучена более подробно [8-13].

Доказано, что конкременты, образующиеся в почках человека и в экспериментальных моделях у крыс, идентичны по ультраструктуре строения и по составу матрицы [1]. Поэтому, модели на крысах являются основными для экспериментальных исследований по изучению патофизиологии заболевания.

Модель СаОх уrolитиаза (УЛ) на крысах воспроизводится с помощью индукции острой или хронической гипероксалурии с использованием различных средств, таких как оксалат натрия, оксалат аммония, гидрокси-L-пролин, этиленгликоль и гликолевая кислота. Литогенные агенты, как правило, добавляют в пищу или воду, или вводят через желудочный зонд, а также могут быть введены внутривентриально [1-7]. Для исследования эффективности экстракта на МФР использовали апробированную в указанных выше источниках модель СаОх уrolитиаза с применением этиленгликоля (EG).

Цель эксперимента исследование антилитогенных свойств экстракта из мочевого сбора в модели СаОх уrolитиаза у крыс.

Материал и методы

Для исследования эффективности экстракта на МФР использовали апробированную модель СаОх уrolитиаза с применением этиленгликоля (EG).

Все крысы получали стандартное питание в течение всего курса исследования и питьевую воду с 0,75%

EG в качестве индуктора камнеобразования. Первые 4 недели (1-4 недели) во всех группах были идентичны. В этот период проходило формирование депозитов кристаллов СаОх в почках. С 5-ой недели в течение 1 месяца (5-8 недели наблюдения) в группе 1 добавили плацебо (группа плацебо 40% р-р этанола, n=48) 3 раза в сутки. В группе 2 пер os добавили 40% спиртовой экстракт в дозе 1,5мл 3 раза в сутки (низкая доза спиртового экстракта; n=48 крыс). Общая продолжительность эксперимента - 8 недель.

В конце каждого периода эксперимента, по 12 крыс из каждой группы умерщвляли углекислым газом под ингаляционным эфиром. Образцы крови взяты из сердца. Обе почки забраны и взвешены. Правые почки фиксированы в формалине, залиты парафином и окрашены раствором гематоксилин-эозина. Гистологические срезы почек исследованы на присутствие депозитов кристаллов при помощи световой микроскопии (100x).

Результаты и обсуждения

Диурез. В группе 1 - плацебо, наблюдали скачкообразные, нестабильные изменения диуреза, которые возможно связаны с действием 40% этанола. Достоверное выраженное поступательное увеличение диуреза оказал экстракт. Максимального уровня прирост диурез достигает на 14 и 21 сутки.

Реакция (pH) мочи. В группе 1 (плацебо) pH мочи изменялся только к 28 суткам - снизился достоверно. В группе 2 наблюдали: достоверный рост с 7 по 21 сутки включительно, затем достоверное снижение на 28 сутки.

Экскреция Кальция. В группе 1(плацебо) экскреция кальция за весь период наблюдения изменений не претерпела. Только к 28 суткам наблюдалось достоверное снижение.

В группе 2 достоверное снижение кальциурии наблюдали в срок на 7 и 28 сутки приёма препарата. В ос-

тальные периоды контроля, уровень СЭ Са хотя и был меньше исходного. Но различие было недостоверным.

Экскреция Оксалата. В группе 1 СЭ Ох имела тенденцию роста, которая приобрела достоверный характер к 28 суткам наблюдения.

В группе 2 наблюдается явная тенденция снижения экскреции Ох, которая приобретает достоверный характер на 14 и 21 сутки.

Экскреция Магния. В группе 1 экскреция магния с мочой оставалась неизменной во все сроки наблюдения.

В группе 2, где животные получали маленькую дозу экстракта, наблюдается явная тенденция роста экскреции магния с мочой, но она носит недостоверный характер.

Экскреция цитрата. В группе 1 экскреция Cit с мочой была нестабильной. Например, имея тенденцию роста в самом начале назначения плацебо, вдруг на 14 сутки наблюдали достоверное снижение. Затем опять рост, который приобрел достоверное различие с исходным уровнем на 21 сутки наблюдения.

В группе 2, где животные получали маленькую дозу экстракта, наблюдается в начале терапии достоверное снижение, затем вновь достоверный рост, который продолжается до конца курса.

AP[CaOx]. В группе 1 индекс AP[CaOx] оставался относительно стабильным и имел недостоверную тенденцию снижения. Средняя величина в % отношении составила -14,4% от исходного уровня.

В группе 2, где животные получали маленькую дозу экстракта, наблюдается снижение активности литогенеза, которое носит достоверный характер. В среднем индекс уменьшился на 70,86% от исходного. Следовательно, наблюдаемые выше изменения непосредственно связаны с приёмом экстракта из сбора.

Результаты морфологии почек.

В группе 1, на фоне приема этиленгликоля, основная масса сосудов клубочков находится в расширенном состоянии, капилляры раскрыты, мочевое пространство расширено. Лишь одна треть из капилляров почечного тельца имеет умеренно открытые кровеносные капилляры. В этих почечных тельцах мочевое пространство не расширено.

Клетки проксимальных канальцев просветлены. Отмечается интерстициальный незначительный отёк между канальцами в корковом веществе. Дистальные канальцы умеренно расширены, выстилающие их клетки так же просветлены в надядерной области. В собирательных канальцах коркового слоя увеличена доля вставочных клеток, их цитоплазма резко просветлена, ядро смещено к базальной части.

Собирательные канальцы мозгового слоя выстланы кубическими однотипными светлыми клетками. В расположенных здесь петлях Генле, клетки представлены уплощёнными эпителием. Сосуды между канальцами, как в корковом, так и в мозговом веществе умеренно расширены, выстланы уплощенными эпителием. В отдельных сосудах мозгового слоя редкие участки стаза крови. Отмечая гетерохромное функционирование сосудистых клубочков нефронов разной генерации. Сосудистые клубочки юкстамедуллярных нефронов расширены вероятно за счёт их синхронного функционирования, отсутствия попеременной их работы.

На основании полученных данных можно предположить, что этиленгликоль и его метаболиты в большей степени оказывают повреждающее действие на сосуды клубочков нефронов и клетки проксимального отдела нефронов. В меньшей степени вовлечённым в процесс оказался дистальный отдел нефрона и клетки собирательных канальцев. Однако в процесс вовлекается интерстиций и воспалительные явления отмечены между канальцами нефронов. Сосуды, как почечных телец, так и интерстиция реагируют на ЭГ адекватно и обуславливая их расширение и стаз в некоторых участках.

При лечении экстрактом из сбора исходно отмечается различный характер реакции почечной ткани: в отдельных почках отмечены значительные улучшения состояния паренхимы, в некоторых случаях ответная реакция слабо выражена. При слабо выраженной реакции отмечается сохранение нарушений структуры в отдельных сосудистых клубочках, в клетках проксимальных и дистальных канальцев: клетки по-прежнему просветлены, между канальцами сохранён отёк, соотношение главных и вставочных клеток не изменено.

В процессе лечения наряду с этими структурными изменениями в почке у 8 из 12 животных паренхима почки претерпела значительные улучшения. Нормализовалась структура капилляров сосудистых клубочков, клетки проксимальных канальцев приобрели умеренно гомогенную структуру. Клетки дистальных канальцев лишь в единичных случаях просветлены, в основной массе так же умеренно гомогенны, отёков не имеют. В собирательных трубках постепенно уменьшается доля главных. Явления отёка между канальцами существенно стали меньше. Собирательные канальцы в мозговом веществе выглядят как в норме. Петля Генле выстлана уплощёнными эпителиальными клетками, их структура нормализовалась.

Таблица 1.

Схема эксперимента: изучение эффективности антилитогенных свойств спиртового экстракта на модели СаОх уролитиаза у крыс.

		4 недели приём ЭГ (период образования депозитов кристаллов в почках – моделирование болезни)	Следующие 4 недели приём ЭГ + Приём препарат/плацебо (период лечения созданной болезни)			
			7 сут	14 сут	21 сут	28 сут
		исх.				
Группа 1	EG 0,75% + плацебо	48	- 12	- 12	- 12	- 12
Группа 2	EG-0,75% + 40% экстракт 1,5 мл	48	- 12	- 12	- 12	- 12
Всего		96				

Изменения показателей МФР (* - $p < 0,05$ с исходным)

Сроки наблюдения	Исходный	7 сутки	14 сутки	21 сутки	28 сутки
диурез					
Группа 1	5,6±0,22	7,56±0,27*	6,13±0,19	8,00±0,26*	7,00±0,19*
в % к исх		+ 34,93	+9,52	+42,86	+25
Группа 2	5,50±0,19	8,39±0,24*	9,3±0,19*	9,17±0,24*	9,11±0,26*
в % к исх		+52,53	+ 69,09	+66,67	+65,65
рН мочи					
Группа 1	5,20±0,13	5,00±0,08	5,00±0,11	5,00±0,06	4,70±0,19*
Группа 2	5,16±0,12	6,06±0,14*	6,12±0,08*	6,19±0,09*	5,60±0,10*
Экскреция Кальция					
Группа 1	2,64±0,08	2,65±0,09	2,74±0,07	2,59±0,18	2,32±0,13*
Группа 2	2,86±0,10	2,15±0,08*	2,74±0,07	2,09±0,15*	2,32±0,10*
Экскреция Оксалата					
Группа 1	1,65±0,19	1,68±0,39	1,71±0,38	1,86±0,18	2,08±0,09*
Группа 2	1,89±0,35	1,13±0,42	1,15±0,24*	0,93±0,43*	1,21±0,24
Экскреция Магния					
Группа 1	0,93±0,03	0,89±0,02	0,91±0,03	0,88±0,05	0,99±0,04
Группа 2	0,94±0,05	1,04±0,06	1,08±0,09	0,98±0,07	1,25±0,17
Экскреция цитрата					
Группа 1	0,93±0,02	0,91±0,02	0,85±0,01*	0,98±0,02*	0,91±0,01
Группа 2	0,72±0,02	0,63±0,02*	1,03±0,01*	1,17±0,02*	1,29±0,01*
Изменения AP[CaOx]					
Группа 1	1,35±0,11	1,02±0,17	1,33±0,16	1,03±0,21	1,24±0,28
Динамика, %		-24,444	-1,4815	-23,704	-8,1481
Группа 2	1,75±0,15	0,57±0,13*	0,55±0,05*	0,43±0,08*	0,49±0,06*
Динамика, %		-67,429	-68,571	-75,429	-72

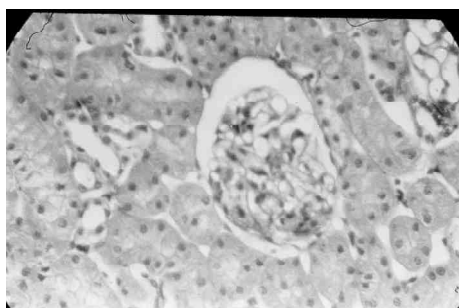


Рис. 1. Корковый слой. Контрольная группа. 30 суток приёма плацебо.

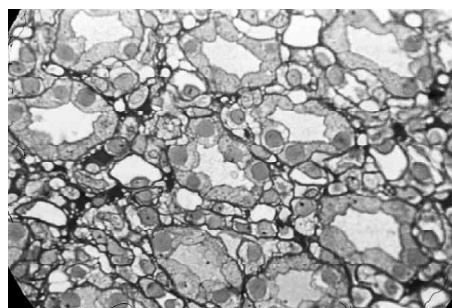


Рис. 2. Мозговой слой. Контрольная группа. 30 суток приёма плацебо.

Просвет отдельных канальцев заполняет специфическая масса - депозиты незрелых кристаллов оксалата кальция, которые образовались по плану модели.

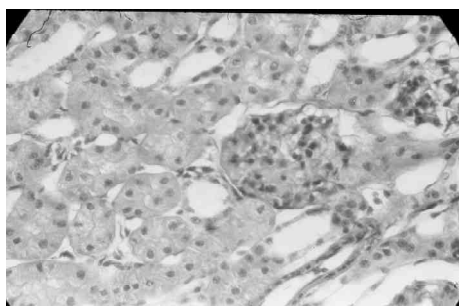


Рис. 3. Корковый слой. Группа с экстрактом. 30 суток приёма экстракта.

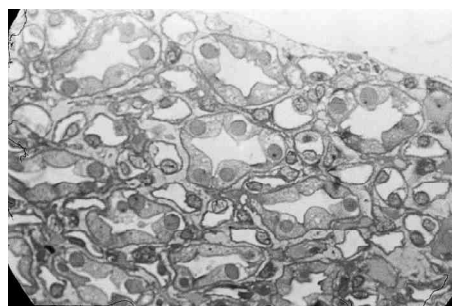


Рис. 4. Мозговой слой. Группа с экстрактом. 30 суток приёма экстракта. Объём и количество депозитов меньше чем в контрольной группе.

Заклучение

Спиртовый экстракт в эксперименте обладает сильным диуретическим действием. В среднем увеличивает диурез на 63,5%, максимально - на 69,1% на 14 сутки. Экстракт достоверно увеличивает показатель pH мочи, уменьшает кальциурию. Экскрецию магния не изменяет.

Согласно данным морфологических исследований, экстракт обладает нефропротективными и противовоспалительными свойствами. На фоне его приема в почках меньше всего было выражено повреждающее действие этиленгликоля. Антилитогенные свойства экстракта проявляются меньшим числом депозитов кристаллов СаОх.

Таким образом, данные эксперимента подтвердили его свойства влиять на основные факторы кальциевого литогенеза. Суммируя полученные результаты, можно предположить, что препарат будет способен оказывать про- и метафилактическое действие у больных кальциевым типом литогенеза. Следовательно он может быть рекомендован к клиническому применению, после прохождения соответствующих этапов регистрации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Khan SR. Animal models of kidney stone formation: an analysis. //World J Urol. 1997; 15:236-243.
2. Lee YH, Chang LS, Chen MT. Characterization of ethylene glycol induced urolithiasis model in rats. //J Urol ROC 1991. 2:518-524.
3. Lee YH, Huang WC, Chiang H. Determinant role of testosterone in the pathogenesis of urolithiasis in rats. //J Urol 1992. 147:1134-1138.
4. Lee YH, Tsai JY, Huang JK. Combined use of 30% lactose rich diet and 1% ethylene glycol: a new animal model for study of urolithiasis. //J Urol ROC 2000. 11:149-154.
5. Leth PM, Gregersen M. Ethylene glycol poisoning. //Forensic Sci Int 2005. 155: 179-184.
6. Green ML, Hatch M, Freel RW. Ethylene glycol induces hyperoxaluria without metabolic acidosis in rats. //Am J Physiol Renal Physiol 2005. 289:F536-F543.
7. Chou-Huang Tsai, Yu-Cheng Chen, Lieh-Der Chen, Tien-Chien Pan, Chien-Yi Ho, Ming-Tsung Lai, Fuu-Jen Tsai, Wen-Chi Chen. A traditional Chinese herbal antilithic formula, Wulingsan, effectively prevents the renal deposition of calcium oxalate crystal in ethylene glycol-fed rats. //Urol Res. 2008. Vol. 36, p.17-24.
8. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. //J Urol. 2014. 192(2):316-324
9. Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE et al. Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Guideline. //Ann Intern Med. 2013. 158(7):535-543
10. Skolarikos A, Straub M, Knoll T et al. Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: EAU guidelines. //Eur Urol. 2015. 67(4):750-763
11. Talati JJ, Tiselius HG, Albala DM, YE Z. Urolithiasis. Basic Science and Clinical Practice. /ISBN: 978-14471-4383 (Print), Springer London, 2012.
12. Park S, Pearle MS. Pathophysiology and management of calcium stones. //Urol Clin North Am. 2007; 34:323-334.
13. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., и др. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003-2013 гг. //Экспериментальная и клиническая урология №2 2015, с4-12.

Поступила 14.12. 2018 г.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ТИМУСА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДОМ ВИГОР.

Сагатов Т.А., Чориева З.Ю., Исмагуллаева Г.Х., Хаитмуродова Г.П.

Ташкентский медицинский академия

✓ Резюме,

Цель: Выявление особенностей постнатального роста и развития органов иммунной системы потомства, полученного в условиях хронического токсического воздействия на организм матери.

Материал и методы: В соответствии с поставленными задачами, объектами исследования послужили 82 (60) белые лабораторные крысы-самки с исходной массой 80-150 грамм, находившиеся в обычных условиях вивария.

Результаты: Наши исследования показывают, что в ранние сроки (3-15 дней) после длительного отравления пестицидами наблюдаются воспалительно-деструктивные изменения в микроциркуляторном русле и тканевых структурах, а к концу его (через 90 дней.) установлено прогрессирование склеротических изменений микроциркуляторного русла и атрофических процессов в мозговом и корковом слое.

Выводы При интоксикации пестицидом "Вигор" полученного в условиях хронического токсического воздействия на организм матери, проявляются глубокие сосудистые нарушения, что приводит к развитию деструктивных изменений в стенке тимуса.

Ключевые слова: тимус, мозговой и корковый слои, микроциркуляторное русло, атрофия, пестицид.

"ВИГОР" ПЕСТИЦИДИ БИЛАН СУРУНКАЛИ ЗАҲАРЛАНГАНДА ТИМУСНИНГ МИКРОЦИРКУЛЯТОР УЗНИ ВА ТЎҚИМАСИДАГИ МОРФОЛОГИК УЗГАРИШЛАР

Сагатов Т.А., Чориева З.Ю., Исмагуллаева Г.Х., Хаитмуродова Г.П.

Тошкент тиббиёт академияси

✓ Резюме,

Мақсад: Она организмнинг Вигор пестицид билан сурункали заҳарланган шароитида туғулган балаларни постнатал ривожланиши ва ўсишида иммун тизимидаги ўзгаришларни аниқлаш.

Материал ва усуллар: Тадқиқот объект бўлиб 82 (60) бошланғич оғирлиги 80-150 г лаборатория оқ каламушларига виварий шароитида пестицидалар юбирилиб, улардан туғулган болаларини 3,7,15,30,60 ва 90 кун давомида айриси мон беини морфологик ўзгаришлари ўрганилди.

Натижалар: Бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатадики, пестицидлар билан узоқ вақт сурункали заҳарланишдан сўнг эрта даврда (3-15 кун) микроциркулятор ўзанида ва тўқима тузилмаларида яллиғланиш ва тадқиқотни кеч даврида (90 кундан кейин) тимуснинг мия ва пўстлоқ катламининг микроциркулятор ўзанида склеротик ва тўқимасида атрофик жараёнлар аниқланди.

Хулоса: Пестицид "Вигор" билан заҳарланиш натижасида тимус ички қон томирларида чуқур деструктив ўзгаришлар кучайиб, тўқимасида патологик жараёнларнинг ривожланишига олиб келади.

Калит сўзлар: тимус, мия ва пўстлоқ, микроциркулятор ўзан, атрофия, пестицид.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE MICROCIRCULATORY BED AND TISSUE STRUCTURES OF THE THYMUS UNDER THE INFLUENCE OF THE PESTICIDE SUMI-ALPHA

Sagatov T.A., Chorueva Z.Y., Ismatullaeva G.H., Khaitmurodova G.P.

Tashkent Medical Akademii

✓ Resume,

Objective: to Reveal the features of postnatal growth and development of the immune system of the offspring obtained in the conditions of chronic toxic effects on the mother's body. **Material and methods:** in accordance with the objectives, the objects of the study were 82 (60) white laboratory female rats with an initial mass of 80-150 grams, which were in normal vivarium conditions.

Results: Our studies show that in the early period (3-15 days) after prolonged poisoning with pesticides there are inflammatory and destructive changes in the microcirculatory bed and tissue structures, and by the end of it (90 days.) the progression of sclerotic changes in the microcirculatory bed and atrophic processes in the brain and cortical layer was established, lymph nodes significantly expanded compared to the control values, and the proportion of the cortical zone and the number of leukocytes in it decreased.

Conclusions when intoxication with the pesticide "vigor", deep vascular disorders are manifested, which leads to the development of destructive changes in the wall of the thymus.

Key words: thymus, cerebral and cortical layers, microcirculatory bed, atrophy, pesticide.

Актуальность

Одним из факторов патологии тимуса и снижения иммунитета является неблагоприятное воздействие пестицидов, которые используются в сельском

хозяйстве. Важным аспектом данной проблемы является изучение состояния раннего постнатального онтогенеза органов иммунной системы у потомства, полученного в условиях хронического токсического воздействия на организм матери. Этот вопрос тесно свя-

зан с исследованием патогенеза иммунных дефицитов, наблюдаемых в раннем детском возрасте. Профилактика, своевременное прогнозирование, распознавание и лечение перинатальных заболеваний, и тем самым, снижение уровня перинатальной смертности, является одной из актуальных задач современной медицины [1,3,5,6,9].

Все изложенное позволяет заключить, что изучение ультраструктурных аспектов постнатального онтогенеза ретикулоэпителиальных клеток у потомства, рожденного в условиях хронического токсического воздействия на организм матери, является актуальной проблемой, имеющей как научно фундаментальное, так и прикладное значение.

Цель исследования.

Установление особенностей постнатального роста и становления органов иммунной системы потомства, полученного в условиях хронического токсического воздействия на организм матери, позволило бы углубленно рассмотреть патогенетические механизмы иммунных нарушений в растущем организме и способствовало бы разработке оптимальных путей их коррекции.

Материал и методы

В соответствии с поставленными задачами, объектами исследования послужили 82 (60) белые лабораторные крысы-самки с исходной массой 80-150 грамм, находившиеся в обычных условиях вивария. Опытные животные содержались в отдельных клетках при комнатной температуре, естественном освещении, вентиляции. Питание было смешанным, сбалансированным.

Все животные были разделены на 2 группы. В первую группу включены 10 intactных крыс-самки. Во второй группе - у 72 потомства, полученного в условиях хронического токсического воздействия на организм матери, были изучены морфологические особенности хронической интоксикации пестицидом "Вигор".

При хроническом отравлении матери, данный пестицид вводился отдельно внутрижелудочно в течение одного месяца ежедневно в дозе 1/50 LD₅₀ [2]. Животных всех групп забивали утром, натощак под эфирным наркозом в сроки 3, 7, 15 и 30,0 дней после окончания затравки пестицидов.

Для изучения ангиоархитектоники матки у опытных животных через брюшную аорту медленно вводили массу Герота в модификации и материал просветляли по методу Т. А. Сагатова [7], и после соответствующей проводки заливали в парафин. Срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали гематоксилин-эозином и Ван-Гизоном.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента для оценки достоверности различий с использованием программы Excel-2000 на компьютере фирмы IBM PC. Средние величины представлены в виде $M \pm m$ (средний показатель $\pm$ средняя погрешность среднего показателя). Достоверным считались различия при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ранние сроки (15 дней) после окончания затравки продолжают выраженные воспалительно-деструктивные изменения внутриорганных сосудов и тканевых структур мозгового и коркового вещества во всех долях тимуса.

В частности, отмечается резкое полнокровие и расширение микрососудов во всех слоях. Отмечается атония артериол и прекапилляров, сладж форменных элементов и микротромбы в капиллярах. Гистологически резко выражена отечность и инфильтрация мозговых и корковых долек [4,9].

В последующие сроки (до 30-60 дней) вышеуказанные сосудистые и тканевые изменения прогрессируют. Во всех оболочках увеличивается количество спастически суженных сосудов. Подобная картина гемодинамических нарушений приводит к выраженным морфологическим изменениям тканевых структур. Наблюдается усиление фиброза и разрастание соединительной ткани при сохраняющейся лейкоцитарной инфильтрации стромы. Более выражены изменения железистого эпителия.

В более поздние сроки (60-90 дней) наряду с деструктивными изменениями местами отмечается и развитие восстановительных процессов. В частности, во всех оболочках вилочковые железы отмечается снижение полнокровия, уменьшение диаметра сосудов микроциркуляторного русла и венозного застоя.

Гистологически наблюдаются истончение гладкомышечных волокон, снижение межклеточной отечности. Следует отметить, что восстановительные процессы протекают очень медленно и продолжаются до конца срока наблюдений, однако полной нормализации сосудистых и тканевых изменений не наблюдается.

Следует отметить, что в отдаленные сроки наблюдения (90 дней) наблюдаемые ранее сосудистые и тканевые изменения сохраняются [6,8,10].

Через 90 дней после воздействия тимус уменьшен в размерах, паренхима значительно замещена жировой тканью, граница коркового и мозгового вещества определяется с трудом. В периферических отделах органа вместо долек определяются скопления эпителиальных клеток без лимфоцитов, которые окружены жировой тканью. В центральных отделах железы видны небольшие дольки, в мозговом веществе которых отчетливо визуализируются скопления оксифильных эпителиоцитов. Масса тимуса и исследуемые морфометрические показатели дольки достоверно снижены по сравнению контролем. В тимусе у потомства, рожденного от матерей с хронической интоксикацией пестицидом "Вигор", в течение 90 дней, в мозговом слое лимфатические узелки заметно расширились по сравнению с контрольными значениями, а доля корковой зоны и количество лейкоцитов в ней снизилось, что указывает на снижение количества более зрелых клеток. т.е. тенденция, наблюдаемая в опытной группе.

Выводы

1. В ранние сроки при длительной хронической интоксикации пестицидом, отмечается лейкоцитарная инфильтрация, а в более поздние сроки отмечается ишемия и гипоксия, вследствие значительных циркуляторных расстройств.

2. В тимусе у потомства, рожденного от матерей с хронической интоксикацией пестицидом "вигор", в мозговом слое лимфатические узелки заметно расширились по сравнению с контрольными значениями, а доля корковой зоны и количество лейкоцитов в ней снизилось, что указывает на снижение количества более зрелых клеток.

3. Степень и тяжесть морфологических изменений в тканевых структурах тимуса при отравлении пестицидом "Вигор" находится в прямой зависимости от состояния сосудов микроциркуляторного русла. Чем тяжелее степень сосудистых нарушений, тем более выражены морфологические изменения тканевых структур железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Задольник Т. Д., Гнустаева Л. В. Сравнительная оценка влияния хрома и молибдена на функцию пищеварения // Гигиена и санитария. - 2000. - №5. - С. 61-63.
2. Искандарова Г. Т. Меры профилактики при применении нового пестицида ХС-2 // Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2000. - №1. - С. 56-58.
3. Каримов Х.Я., Тен С.А., Тешаев Ш.Ж. Влияние факторов внешней среды на мужскую репродуктивную систему // Пробл. биол. и мед. - 2007. - № 2. - С 88-93.
4. Морфофункциональное состояние тимуса при экспериментальном канцерогенезе потомства самок крыс с вторичным иммунодефицитом / Г.Ю.Стручко, М.Меркулова, Е.Г.Драндрова и др. // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2014. - №1(41). - С. 32-33.
5. Реакция клеток лимфоидного микроокружения тимуса и селезенки на развитие опухоли толстой кишки у потомства крыс с иммунодефицитом / М.Н.Михайлова, М.Меркулова, Г.Ю.-Стручко, О.Ю.Кострова, Е.Г.Драндрова и др. // Сборник научных трудов IV съезда физиологов СНГ. - Сочи. 2014. - С. 148.
6. Рябикина А.И. и др Гистофизиология Т- клеточных компартов белой пульпы селезенки в возрастном аспекте // Современные наукоёмкие технологии - 2008. - №2. - С. 51-52.
7. Сагатов Т.А., Агзамов Т.А. Метод просветления для изучения сосудистых структур желудочно-кишечного тракта при гистохимических срезах: /Рационализаторское предложение. -1995, - №381, ТашПМИ.
8. Сагатов Т.А., Каттаходжаева Д.У., Сагдуллаева М.К. Морфологическое состояние тканевых элементов тонкой кишки при острой заправке пестицидами // Вестник ТМА № 3, - С 29-31 -Ташкент-2016,
9. Сагатов Т.А., Косимов С.Т., Ходжназарова С.Ж. Макро-микро и ультра- микроскопическая характеристика микроциркуляторного русла т тканевых структур вилочковой железы в норме и при воздействии пестицидом. //Новый день в Медицине № 3-4 -Ташкент 2016 -С 75-77.
10. Mostafalou S., Abdollahi M. Concerns of environmental persistence of pesticides and human chronic diseases //Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology. - 2012. - N 2. - P.3.

Поступила 19.11. 2018 г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОЕДИНЕНИЙ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Алимджанов И.И., Мавлонов А.А., Саидов С.А., Алимов Т.Р.

Ташкентский фармацевтический институт

✓ Резюме,

С целью сравнительного исследования эффективности применения кальция альгината и кальция хлорида при экспериментальном остеопорозе с учетом индивидуально-типологических особенностей выполнены эксперименты на 100 крысах. Модель экспериментального остеопороза воспроизводили методом овариоэктомии. У животных с экспериментальным остеопорозом наибольшие уровни кальция в сыворотке крови были выявлены среди животных с повышенной активностью.

Применение при экспериментальном остеопорозе соединения кальция альгината приводило к наибольшему повышению уровня кальция сыворотки крови у животных с пониженной психоповеденческой активностью ("пассивных" особей).

Ключевые слова: кальций, экспериментальный остеопороз, животные, крысы

EKSPERIMENTAL OSTEOPOROZDA KALTSIY BIRIKMALARINI INDIVIDUAL-TIPOLOGIK XUSUSIYATLARINI HISOBGA OLGAN HOLDA QO'LLASH SAMARADORLIGI

Alimdjanov I.I., Mavlonov A.A., Saidov S.A., Alimov T.R.

Toshkent farmatsevtika instituti

✓ Rezyume,

Ekspirimental osteoporozda kaltsiy alginat va kaltsiy xlorid samaradorligini qiyosiy o'rganish maqsadida, individual tipologik xususiyatlarni hisobga olgan holda tajribalar 100 ta kalamushda o'tkazildi.

Ekspirimental osteoporozning modeli ovariyeotomiya usuli bilan qayta ishlab chiqarildi. Ekspirimental osteoporozli hayvonlarda eng yuqori kaltsiy miqdori yuqori faollikdagi hayvonlar orasida aniqlandi.

Ekspirimental osteoporozda alginat kaltsiyidan foydalanish psixofizik samaradorligi past bo'lgan ("passiv" shaxslar) hayvonlardagi zardobdagi kaltsiy darajasining eng ko'p o'sishiga olib keldi.

Kalit so'zlar: kaltsiy, eksperimental osteoporoz, hayvonlar, kalamushlar

EFFICIENCY OF APPLICATION OF CALCIUM COMPOUNDS IN EXPERIMENTAL OSTEOPOROSIS TAKING INTO ACCOUNT INDIVIDUAL TYPOLOGICAL FEATURES

Alimdjanov I.I., Mavlonov A.A., Saidov S.A., Alimov T.R.

Tashkent Pharmaceutical Institute

✓ Resume,

For the purpose of a comparative study of the effectiveness of the use of calcium alginate and calcium chloride in experimental osteoporosis, taking into account the individual-typological features, experiments were performed on 100 rats. The model of experimental osteoporosis was reproduced using the ovariectomy method. In animals with experimental osteoporosis, the highest serum calcium levels were found among animals with increased activity.

The use of alginate calcium in experimental osteoporosis led to the greatest increase in serum calcium level in animals with low psycho-behavioral activity ("passive" individuals).

Keywords: calcium, experimental osteoporosis, animals, rats

Актуальность

Остеопороз (ОП) является одной из наиболее распространенных патологий среди лиц старшего и особенно пожилого возраста. Наиболее существенными и известными последствиями ОП является перелом шейки бедра, летальность после которого может достигать значительных цифр, нередко превышая общемировые показатели, а стоимость лечения в стационаре и реабилитация может быть весьма затратной. Профилактика ОП традиционными методами не всегда эффективна. Персонализированный подход, учитывающий особенности фармакокинетики и фармакодинамики того или иного препарата применяемого при профилактике и терапии ОП может позволить серьезно повысить их эффективность и со-

кратить число и тяжесть последствий и осложнений ОП. Все это диктует необходимость проведения экспериментальных сравнительных исследований усвоения различных соединений кальция с учетом индивидуально-типологических особенностей и в частности в зависимости от имеющейся психоповеденческой активности (ППА). Как известно особенности ППА могут обуславливать интенсивность и тип активности метаболических процессов, что в свою очередь может влиять как на течение ОП, так и на его лечение [1].

Экспериментальное моделирование патологических процессов играет большую роль в изучении патогенеза заболеваний и разработке новых способов лечения. Экспериментальные модели остеопороза выполнены на обезьянах, собаках, кошках, грызунах, кро-

ликах, морских свинках и овцах, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. Многие факторы необходимо учитывать при выборе модели остеопороза. Выбор экспериментального животного должен быть научно и этически достоверным, модель должна предоставить исчерпывающие данные по поставленным перед исследованием вопросам. Поэтому существует необходимость охарактеризовать доступные экспериментальные модели остеопороза [3, 4].

Еще одной стороной данного направления является повышение эффективности терапии и профилактики ОП, а также разработка отечественных высокоэффективных препаратов, содержащих соединения кальция, природного происхождения. К подобным препаратом можно отнести широко применяемое в пищевой и кондитерской отраслях соединения природного происхождения - альгинат кальция.

Целью исследования явилось сравнительное исследование эффективности применения кальция альгината и кальция хлорида при экспериментальном остеопорозе с учетом индивидуально-типологических особенностей.

Материал и методы

Эксперименты выполнены на 100 крысах. Модель экспериментального ОП воспроизводили методом овариоэктомии. После воспроизведения экспериментального ОП (овариоэктомия) 33 животным вводили кальция хлорид (группа сравнения) в течение 90 дней в дозе 2 мл/кг (2,5% раствор из расчёта 18 мг/кг чистого Са) и у 33 особей был применен кальция альгинат, который также вводили в течение 90 дней в дозе 2 мл/кг (8,5% раствор из расчёта 18 мг/кг чистого Са) (группа опыта) и у 34 животных лечения не проводилось. Каждая из данных групп была разделена на подгруппы, в зависимости от определенного у них типа активности (активные, нормальные и пассивные животные).

Все подопытные крысы были разделены по индивидуально-типологическим особенностям на группы с активной нормальной и пассивной ППА по общепринятому поведенческому тесту. Тип психоэмоциональной активности определяли при помощи общепринятого теста "Открытое поле", по методу Буреш Я. И., Ломтевой Н. А.

Содержание общего кальция и щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови определяли методом биохимического анализа с использованием тест-систем HUMAN (Германия), измерения производили на полуавтоматическом биохимическом анализаторе BA88A (Mindray, Китай). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программы Excel и Biostat. Критерием статистической достоверности служило $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Сравнительный анализ групп с различной степенью активности выявил определенные различия. Так, наиболее высокие показатели кальция в первой группе были зафиксированы среди активных животных, причем в группе с нормальной активностью и у пассивных животных содержание кальция было ниже в среднем на треть.

У животных с экспериментальным ОП наибольшие уровни кальция в сыворотке крови были выявлены среди животных с повышенной активностью, которые были на одну пятую и на четверть выше, чем у животных с нормальной и пониженной ППА, что, в свою очередь может быть связано с более высокой интенсивностью процессов вымывания кальция из костной ткани при высокой степени метаболических процессов в организме подопытных животных.

При экспериментальном ОП у крыс было отмечено понижение концентрации кальция, причем если у животных с повышенной активностью величина данного показателя была снижена на 13,5% ($p < 0,05$), по сравнению с исходными данными, то у животных промежуточной (нормальной) ППА наблюдалось незначительная тенденция к понижению, в отсутствие статистически значимых изменений, а у крыс с пониженной активностью или "пассивным" типом поведения содержание кальция понизилось на 9,0% ($p < 0,05$). При этом наиболее выраженное повышение сывороточного кальция, относительно его содержания у больших особей без лечения, а также по сравнению с животными леченными соединением кальция хлоридом было отмечено после приема соединения кальция альгината у "пассивных" особей с пониженной ППА и немного менее существенное среди "нормальных" животных с промежуточным типом ППА.

Вывод.

Применение при экспериментальном остеопорозе соединения кальция альгината приводило к наибольшему повышению уровня кальция сыворотки крови у животных с пониженной ППА ("пассивных" особей).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Асилова С.У., и др. Морфологические исследования при остеопорозе костей в экспериментальных условиях. // Образование и наука без границ - Мат. 10 науч.-практ. конф. Пшемьсль, 2014. С. 19-32.
2. Будзинский Н.Э., Сирак С.В., Максимова Е.М., Сирак А.Г. Определение антимикробной активности мирамистина, иммобилизованного на композиционном полисорбе, на микрофлору корневых каналов при остром и обострившемся хроническом периодонтите и процесс остеопороза в эксперименте на животных. // Фундаментальные исследования. 2013; 7 (3): 518-22.
3. Сирак С.В., Щетинин Е.В., Слетов А.А. Субантральная аугментация пористым титаном в эксперименте и клинике. // Стоматология. 2016; 95 (1): 55-4.
4. Слетов А.А., Переверзев Р.В., Ибрагимов И.М., Кодзоков Б.А., Сирак С.В. Экспериментальное определение регенераторного потенциала клеток костного мозга. // Стоматология для всех. 2012; 2: 29-31.
5. Котельников Г.П., Булгакова С.В. Остеопороз: // Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
6. Нетилько Г.И., Наконечный Д.Г., Румакин В.П., Зайцева М.Ю., Божко А.М., Конев В.А. Способ создания остеопороза у кролика в эксперименте. / Патент России m 2480843. 2013.
7. Komori T. Animal models for osteoporosis. // European Journal of Pharmacology - 2015. №759. P. 287-294.

Поступила 05.02. 2019

АМАЛИЁТ ТАЖРИБАСИДАН МИСОЛЛАР * СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ * PRACTICAL SIMPLES

УДК 618(075.8)

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЙГСА В ХИРУРГИИ

Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Хасанов Х.Х., Умматалиев Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт

✓ *Резюме, В статье описан случай из клинической и хирургической практики картины синдрома Мейгса, обсуждаются причины ошибок и трудностей диагностики данного состояния.*

Ключевые слова: фиброма яичника, гидроторакс, асцит, ошибки диагностики.

ЖАРРОҲЛИҚДА МЕЙГС СИНДРОМИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Хасанов Х.Х., Умматалиев Д.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме,*

Ушбу мақолада Мейгс синдромининг клиник ва жарроҳлик амалиётда кузатиш белгилари кўрсатилган бўлиб, ушбу синдромга ташхис қўйиш ва комплекс даволашнинг масалалари ва тегишли ҳолатларда йўл қўйиши мумкин бўлган хато ва камчиликлар муҳокама қилинган.

Калит сўзлар: тухумдон фибромаси, гидроторакс, асцит, ташхис қўйишдаги хатоликлар.

DIAGNOSTICS AND COMPLEX TREATMENT OF MEYGS SYNDROME IN SURGERY

Suyunov D.M., Pakirdinov A.S., Khasanov Kh.K., Ummataliev D.A.

Andijan State Medical Institute

✓ *Resume,*

The article describes a case from the clinical and surgical practice of the picture of Meigs syndrome, discusses the causes of errors and difficulties in diagnosing this condition.

Keywords: ovarian fibroma, hydrothorax, ascites, diagnostic errors.

Долзарблиги

Мейгс тухумдон яхши сифатли ўсмаларида асцит ва гидроторакс билан кечувчи мураккаб патофизиологик хусусиятга эга касалликдир [1,2]. Мейгс синдроми бачадон ва тухумдон яхши сифатли ўсмаларини оқибатида асцит гидроторакс ва организмнинг умумий қувватсизлиги билан кечади. Бу синдром ёмон сифатли ўсмаларда ҳам кузатилиб факатгина метастазлар бўлмаслиги билан кечади [3]. Р.У. Лайт ўз илмий тадқиқотларида бу синдром ҳақидаги тушунчаларни кенгайтирган, агарда кичик чаноқ бўшлиғидаги ҳосилани олиб ташланганидан сўнг қорин бўшлиғидаги асцит ва плеврадаги суюқликни сурилиши мумкин деб ҳисоблаган [4]. Мейгс синдроми фибромадан сўнг энг кўп учрайдиган хасталик бўлиб, жами ушбу турдаги касалликларнинг 4% ташкил этади. Иккинчи ўринда эса тухумдон кисталари туради. Учинчи ўринда эса - бачадон миомаси туради [5,6].

Клиник кўриниши асосан қорин қуйи қисмидаги суст оғрик, оғирлик ҳисси, беморларда ташхисдан тасдиқлангандан кейин қўйилган дренаж найчадан доимий хилиоз суюқлик ажралиши, қориндаги шиш ҳисобига хансираш, юрак ўйнаши ва умумий ҳосиллик билан кечади. Муаллифларнинг натижаларига кўра

ташхис қўйилган беморларда асосан обектив клиник кўринишида қорин бўшлиғидаги асцит, бачадон ва тухумдонда у ёки бу типдаги патологик ҳолат аниқланиб, асосан тасдиқланмаган саратон ташхиси қўйилган [7]. Ушбу муаллифлар кузатувидаги беморларда ташхис қўйилганидан кейин қорин бўшлиғидаги ва кўкрак қафасидаги суюқликлар тез сўрила бошлаган, лекин аксарият ҳолатларда асцит ва гидроторакс ривожланиб борган [6,8], жарроҳлик йўли билан олинган материаллар гистоморфологик текширилганда яхши сифатли ўсмалар ёки тухумдон кисталари аниқланган.

Ҳозирги кунда клиник кечиши жиҳатидан бу хасталик онкология, гинекология, терапия ва шу билан бирга жарроҳликнинг ҳам долзарб муаммоларидан бири олмоқда.

Илмий изланиш мақсади, жарроҳлик амалиётида МЕЙГС синдроми ташхиси ва комплекс даволаш усуллари такомиллаштириш.

Материал ва усуллар

АДТИ клиникасида жами 7 та бемор даволанган бўлиб булардан 1 нафари Қозоғистон фуқароси қолган 6 нафар Ўзбекистон фуқароси бўлган. Беморлар



барчасида ташхис гистоморфологик тасдиқланган бўлиб, улардан 2 нафарда бачадон экстерипацияси, 3 нафарида лапароскопик кистаэктомия операцияси, ва 2 беморда ананавий усулда тухумдон кистаси олиб ташлаш оперциялари ўтказилган.

Натижалар муҳокамаси

Ташхис қўйиш вақтида беморлар барчасида хилиоз суюқлик аниқланган бўлиб қорин бўшлиғига дренаж найча қолдирилган, дренаждан доимий равишда хилиоз суюқлик ажралиб турди. Беморларни 6 нафарида гидроторакс туфайли торокоцентез бажарилди. Беморларни 4 нафарида гипопроteinнемия ҳисобига анасарка ривожланган. Беморларни барчасида сил хасталиги инкор этилган. Цитологик текширувда қорин бўшлиғидан олинган суюқликни 90-95 % лимфацит хужайралари ташкил этди. Жигар циррози, юрак етишмовчилиги, буйрак ўткир ва сурункали етишмовчилиги каби асцит ривожланиши мумкин бўлган касалликлари инкор қилинди.

Беморларнинг барчаси АДТИ клиникаси 1- жароҳлик бўлимига мурожат қилган, асосий шикоятлари: қориндаги шишга ва оғирлик ҳиси, қорин ҳажми-ни катталашиб боришига, беморлар асосан ўз хасталикларини бачадон экстерипациясидан келиб чиққан деб ўйлайди. Гистоморфологик хулосалари, бачадон фибромииомаси, тухумдон кистаси. Текширувларда УЗИ қорин бўшлиғида эркин суққлик асцит, рентгенографияда ўнг томонлама гидроторакс,

Лаборатор текширувларда лимфацитопения, биохимик қон таҳлилида гипопроteinнемия, Цитологик текширувларни барчасида қорин бўшлиғидан олинган суюқликда лимфацитлар миқдори кўплиги аниқланган. RW- манфий ВИЧ- манфий. Кузатувимиздаги беморларни фақат 1 тасида вирусли гепатит В аниқланган. Барча беморларда сил хасталиги инкор этилди. Кузатувимиздаги беморларнинг барчасида куйидаги касалликлари билан қиёсий тасхислаш олиб борилди.

Жигар циррозидан фарқлари: Жигар тўқимаси УЗИ да диффуз ўзгарган лекин портал вена кенгаймаган. Спленомегалия йўқ. ФГДС: қизилўнгач веналари варикоз кенгаймаган. Гемораидал тугунлар катталашмаган. Медуза боши кўринишидаги протал гипертензиянинг асосий клиник белгилари аниқланмаган. Биохимик таҳлилларда трансаминаза, билирубин ва ишқорий фосфатаза каби ферманлар нормадан ошмаган. Жигар фиброэластограмма текширувида барча беморларда нормадан четланишлар йўқ [9]. Ёмон сифатли ўсмадан фарқлари, гистология хулосаси барчасида яхши сифатли ўсмалар аниқланган, қорин бўшлиғидан олинган суюқлик таҳлилида атипик хужайралар аниқланмаган. Юрак етишмовчилигидан фарқи, қон томир уриши сони: 80 -88 тани ташкил этди, Артериал қон босими: 120/80 мм. С/У. Рентгенда: юрак ва аорта ўзгармаган. ЭКГ ва ЭХОКГ да нормадан четланиш аниқланмаган: Буйрак етишмовчилигидан фарқи Беморда буйрак патАлогиясига хос шикоятлар йўқ. Сийдик таҳлили ўзгаришсиз. Креатинин ва мочевино меърида. Беморларда ташхисдан сўнги лимфарейя ташхиси билан лимфасинтиграфия текширувларидан ўтишган лекин текширувдан ўтган 5 нафар беморни бирортасида қорин бўшлиғида лимфа стволини шикатланганлиги ўз тасдиғини топмаган.

Хулоса

1. Даволашда инфузион трансфузион даво муолажалари ва яллиғланишга қарши ўтказилган даво муолажаларига қарамасдан дренаждан ажралма ажралиши суткасига ўртача 500 мл ни ташкил этди.

2. Қонда эса лимфацитопения, (7-10%) гипопроteinнемия (қондаги умумий оқсил 44-46 г/л) сақланиб ва сийдик таҳлилида протеинурия сақланиб қолди, сийдикдаги оқсил миқдори 0.099 г/л га тенг бўлди. Шу сабабли глюкокортикоидларни қўллаш даво муолажасига киритилди, натижасида қорин бўшлиғидан ажраладиган суюқлик миқдори сутка давомида 35-40 млдан камайиб борди. Лекин лимфацитларни йўқотилиши сақланиб қолди, ажралма таркибидаги лимфацитлар сони 90-92% га тенг бўлди. Шундан сўнг лимфамиозот 15 томчидан 2 маҳал берилди бошланди, 2 суткадан сўнг олинган таҳлилларда ажралма таркибидаги лимфацитлар 45-48 % гача камайди.

3. Қондаги лимфацитопения эса 4 суткадан бошлаб тиклана бошлади, яъни 17-18 % ни ташкил этди. Протеинурия даво муолажасини 5 суткасига келиб 0.033 г/л гача камайди. Қондаги умумий оқсил миқдори эса 7-8 суткаларга келибгина 60-63 г/л гача қўтарилди. Беморларда ўтказилган комплекс даво муолажаларидан сўнг беморлани тўлиқ соғайишига эришилди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Крутько В.С., Потейко П.И., Бызов В.В., Ходош Э.М. Синдром Мейгса как осложнение овариального стимулирования при экстракорпоральном оплодотворении //Новости медицины и формирования. - 2009. - №8-9. - С. 23-24.
2. Лайт Р.У. Болезни плевры (перевод с английского). - /М.: Медицина, 1986. - С. 267-269.
3. Селезнева Э., Железнов Б. Доброкачественные опухоли яичников. - /М. Медицина, 1982.
4. Махаринская Е.С., Березняков Е.С. Диагностика и лечение асцита и его осложнений. //Болезни и антибиотики.- 2011.- 2(05).
5. Santangelo M, Battaglia M, Vescio G, Sammarco G, Gallelli G, Vetere A, Sommella L, Triggiani E. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment //Ann Ital. Chir. - 2000. - 71(1). - P. 115-9.
6. Moran-Mendoza A., Alvarado-Luna G., Calderillo-Ruiz G. et al. Elevated CA125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature //Int. J. Gynecol. Cancer. - 2006. - №16 - Suppl 1. - P. 315-318.
7. Meigs J.V. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax - Meigs' syndrome //Am. J. Obstet. Gynecol. - 1994. - №67 (5). - P. 962-985.
8. Moran-Mendoza A., Alvarado-Luna G., Calderillo-Ruiz G. et al. Elevated CA125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature //Int. J. Gynecol. Cancer. - 2006. - №16 - Suppl 1. - P. 315-318.
9. Lanitis S., Sivakumar S., Behranwala K. et al. A case of Meigs syndrome mimicking metastatic breast carcinoma //World J. Surg. Oncol. - 2009. - №7. - 10 p.

Поступила 28.12. 2018