New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

1 (25) 2019

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

1 (25)
2019
январь-март

МУНДАРИЖА * CONTENTS * СОДЕРЖАНИЕ

ИЛМИЙ-НАЗАРИЙ ТИББИЁТ

SH.SH.Akhmedov, A.SH.Khamraev, V.R.Akramov, B.U.Khamraev, A.A.Teshaev, A.U. Gaffarov
THE ARTHROPLASTY OF THE HIP AT FRACTURE OF A NECK OF A FEMUR 5

Alimdzhanov I.I., Zakirov B.A.
CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION 7

Алиев А.В.
МОБИЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ РАБОТЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ 14

Ашурова Н.Г., Нематов А.А., Хайдарова Ф.А.
ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ И НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 19

Гаджиева Я.Г., Алиев А.В.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМУ ЗНАЧЕНИЮ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ **22**

Жураева Г.Б., Саидова Л.А., Рамазонова Ш.Ш.
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОЧКАХ ПРИ КАЖДОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ **27**

Ибрахимова Х.Р., Облокулов А.Р.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ: ОБЗОР 30

Каримова М.М.
ВЛИЯНИЕ ЛИГАНДОВ И БИОКОМПЛЕКСОВ НА АКТИВНОСТЬ НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ 35

Х.О. Касимов, А.А. Жумаева, И.С. Манасова,
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ТРУДА НА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ЖИВОТНОВОДЧЕСКИХ КОМПЛЕКСАХ И ФЕРМАХ ПО ПРОИЗВОДСТВУ МОЛОКА 39

Мухитдинов Ш.Т., Юлдашева Г.Г., Амонов Р.А.
БОЛАЛАРНИНГ ГЕЛЬМИНТОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ВА УЛАРГА ҚАРШИ КУРАШИШДА ОММАВИЙ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИЯНИНГ ЎРНИ 42

Саидов А.А., Шарипова Ш.У., Хайдарова Ф.А.
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА 46

Б.Э. Юлдашев, Д.А. Каршиев,
МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО: НОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ, НОВАЯ ЭПОХА 49

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ

Komilova B.O., Xadjaeva U.R.
KO‘ZDAGI KAMALAK PARDA RANGIGA QARAB TALABALARGA FIZIOLOGIK XARAKTERISTIKA BERISH **53**

Абдужабарова З.М.
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕФРАКТЕРНОЙ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ 56

М.М. Абдурахмонов, Т.Я. Мусоев, Ф.О. Яхёева, М.Ш. Носирова
ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 59

Адизова С.Р., Ашурова Н.Г.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ 62

Алиев А.Л., Сидиков Ф.Ф., Хакимова У.Р.
ТУҒМА ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛИГИ МАВЖУД ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ОҒИР ПНЕВМОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР 66

Amanullaev R.A., Makhkamova N.E., Nizomov O.Sh.
CONDITION OF NASAL CAVITY IN PATIENTS WITH CLEFT UPPER LIP AND PALATE 69

Атаходжаева Д.Р.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНО ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ 72

Ахророва Ш.Б., Бабаджанова З.Х., Халимова Д.Ж.
ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА 76

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.*
Бадиий муҳаррир: *Пўлатов С.М.*
Таржимон: *Файбуллаев С.С.*

Теришга берилди 04.03.2019 й.
Босишга рухсат этилди 11.03.2019 й.
Бичими 60×84 $^1/_8$.
Шартли босма табоғи 38,0.
Офсет қоғозида чоп этилди.
Адади 100 нусха.
10-буюртма.
«HUMOYUNBEK-ISTIQLOL MO‘JIZASI» босмахонасида чоп этилди. 100000. Тошкент, А.Темур кўчаси, 60 А.

«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 рўйхатга олинган (03-084-сонли гувоҳнома).
Баҳоси келишилган нархда.
Нашр кўрсаткичи 7048.

© «Тиббиётда янги кун» МЧЖ, 2019

М.Ш. Ганиева, Н.Н. Хамдамов, С.Ф. Убайдуллаева, М.М. Болтабоева, М.А. Тухтасинова, Н.М. Маджидова
БОЛАЛАРДАГИ ТУРЛИ ХИЛ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШГА ЁНДАШИШ 80

Гафаров Ш.С., Комилов С.О., Азимов С.И.
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ АОРТЫ 83

Гаффоров С.А., Олимов С.Ш., Бадриддинов Б.Б.
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ШКОЛЬНИКОВ Г. БУХАРА 85

З.Ж. Жумаева, Х.О. Касимов, И. С. Манасова
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ В ХЛОПКОВОДСТВЕ 88

E.S. Isayev, Sh.T. Iskandarova
INTEGRATED ASSESSMENT OF HEALTH STATUS, LIFESTYLE AND HEALTH CARE OF CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE 91

Исламов Ш.Э., Бахриев И.И., Ибадлаев Ф.Т., Ражопов Д.Р.
НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДИАТРОВ 95

Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Азимов Ф.Р., Рустамов М.У., Орипова Ф.Ш.
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ РОДОВ С ПОСЛЕРОДОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С УЧЕТОМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР 99

Ким О.В., Абдужабарова З.М., Шамсиев Ф.С.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 103

Кобилов Э.Э.
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ КАСАЛЛИГИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ 108

Кучкаров У.И., Курбанова М.Д.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ 111

О.Ж. Қўзиев, Б.Д. Эшонқулова, Ш.Ф. Ибрахимов, Н.С. Абдинабиева
СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ДЕРМАТОГЛИФИК ТАДҚИҚОТЛАРНИ ЎТКАЗИШДА «КУЗИЕВ» ДАСТУРИЙ ТИЗИМИНИНГ АҲАМИЯТИ 115

Манасова Г.М., Манасова И.С.
СОСТОЯНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА 121

Мартынов В.А., Агеева К.А., Карасева Е.А., Жданович Л.Г., Гусейнова Н.Р., Панин И.В.
СЛОЖНОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА 124

Н.Н. Назаров, Э.А. Якубов, Ф.А.Отамурадов, А.Я.Маркаев, Н.Ш. Абидов
ВОЗМОЖНОСТИ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ 127

П.Х. Назиров, И.Х. Усмонов, Б.Р. Муаззамов, М.Ф. Жумаев
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВОГО ЦИЛИНДР ОБРАЗНОГО СЕТЧАТОГО КЕЙДЖА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА 130

Нарзуллаев Н.У.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ 139

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.
ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 142

Ортикбоева Ш.О
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 146

Рахимова Д.А., Тиллаева Ш.Ш.
НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЛНОЙ АСТМОЙ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 152

L.V. Sarkisova , Kayumova G.M.
EXODUS OF PREMATURE BIRTH 155

Туксанова Д.И., Аваков В.Е., Нажмутдинова Д.К.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГОМЕОСТАЗА И КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ 159

Элиева М.Ф., Рузиев Ш.И.
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ 163

Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Дусалиев, Ф.А. Отамурадов, Э.А. Якубов, Д.С. Нурмаматов
АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ 166

Юнусова Ш.А., Шарипова Ш.У., Ниёзова Г.С.
АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ 170

Ш.Ш. Ядгарова, Ш.И. Рузиев
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА АЛКАГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 174

Х.М. Абдуллажонов, Ш.О. Тошбоев, Р.А. Исмоилов
ЧАҚАЛОҚЛАРДА КЎКРАК БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ 179

Alimdzhanov II, Zakirov B.A.
CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION 183

Arzibekova UA, Soliyev M.O.
FORECASTING THE RISK OF OTHER RESPIRATORY DISORDERS AND THEIR COMPLICATIONS IN THE NEWBORNS 190

Artikova SG, Sodikova D.T., Khudoyarova N.K.
CHANGES OF QUANTITY OF ALT AND AST IN THE DISEASE OF HEART FAILURE AND ISCHEMIC HEART DISEASE 194

Бабаджанова Ф.А., Аскарьянц В.П.
О МЕСТЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР В ОБРАЗОВАНИИ 198

Д.А. Джалилов, Ш.О. Тошбоев, А.А. Салиева,
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ 202

Ф.М. Джалолова, Я.М. Мамадалиева, М.К. Султонкулова, Д.З. Мамарасулова, С.Х. Эгамбердиева, Ф.Х. Норов
СУТ ЙЎЛЛАРИ НЕОПЛАЗИЯЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА ИННОВАЦИОН УСЛУБЛАР АҲАМИЯТИ 206

Дустмуратова Д.А., Юлдашева Н.Э., Кодирова Г.И., Насритдинов Н., Рахматова М.М.
СУТОЧНАЯ МОНИТОРИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 209

Ш.А. Зияев, Р.И. Исраилов
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ТИМУСА ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ 212

Ibrahimova S.R.
INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE (DIAGNOSIS, TREATMENT OF MODERN PRINCIPLES) 215

Islamova Z.K.
OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF PREGNANCY WITH GOOD-QUALITY TUMOR TUMORS 217

Касимов К., Касимов Х.К, Юсупов М.М., Улмасов Б., Усмонова Н.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУТЕЙ ЛИМФОТОКА ИЗ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У СОБАК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 221

Касимов Х.К., Касимов К., Усмонова Н.А., Рахимов С.Х., Салиохунова Х.
ЛЕЧЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ 223

Мирбабаева Ф.А., Янгиева Н.Р.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ 226

Мустакимова Ф.А., Ахраров Х.Х.
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖИЗНИ ПОДРОСТКА 230

Nazirova Z.M.
MODERN METHODS OF EARLY DIAGNOSTICS OF HYPERPLASTIC ENDOMETRY PROCESSES 233

Олимхонова К.Н., Ортикбоев Ж.О.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИМОСТИ ОТ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КУРЕНИЯ 235

Ортикбоева Ш.О., Ортикбоев Ж.О.
ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 238

Sodikova D.T., Artikova SG, Yunusova Z.V.
EFFICIENCY OF TREATMENT IN DISEASE OF MEGALOBLAST ANEMIA 241

Солиева М.О., Арзибекова У.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЦИСТИТОВ У ДЕТЕЙ 245

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Усмонова Г.А., Махмудова К.Ш.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ДИАГНОСТИКА 249

Хаитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.
СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА 252

Я.М. Мамадалиева, Х.Х. Хушназаров
СОВРЕМЕННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 256

Шокирова С.М.
ҲОМИЛАДОРЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИНГ КЕЧИШИ 260

Юлдашева Н.Э., Кучкаров А.И., Валиева Ш.С., Абдураимов М.М., Эрназарова З.Р.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ 263

Н.Р. Янгиева, Ф.А. Мирбабаева, С.С. Агзамова, А.А.Файзуллахужаев
КРАНИООРБИТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ ИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИИ 267

Атабеков Н.С., Атахажиев М.С, Юнусов М.М.
ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРНИ СПОРТНИНГ АРАЛАШ ТУРИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНИШИДА АЙРИМ ИММУНОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР 271

Нарзиев И.И., Облоқулов А.А., Фармонова М.А., Элмурадова А.А., Абдуллаев М.З.
HCV-ИНФЕКЦИЯ ДАВОСИДА АНТИВИРУС ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИ 274

Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Ҳ., Ахмедова М.Д.
ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШ БОРАСИДАГИ ТАДБИРЛАР ҲАҚИДА 277

Ражабов О.А, Камалов Ж.
РАПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА 280

Шамсиев А.М., Рахманов К.Э.
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ 285

Исмаилова М.Ю.
К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ **289**

ИЛМИЙ-ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТИББИЁТ

Кадиров Ш. К., Мирзарахимова М.А., Кодиров А.Н.
ИЛМИЙ-ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТИББИЁТ ЗАВИСИМОСТЬ СЕКРЕЦИИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА И ТЕМПЕРАТУРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ 293

Алимджанов И.И., Мавлонов А.А., Саидов С.А., Алимов Т.Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОЕДИНЕНИЙ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ 300

Х.А. Расулов
МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 302

Г.Ў.Ўрмонова, З.А.Чориева, Р.А.Хушманов, Д.А.Қаршиев, М.И.Асроров
КАДМИЙ БИЛАН ЗАҲАРЛАНГАН ЖИГАР МИТОХОНДРИЯЛАРИ МЕМБРАНАСИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ 305

UDC 617.581-089

THE ARTHROPLASTY OF THE HIP AT FRACTURE OF A NECK OF A FEMUR

SH.SH. Akhmedov, A.SH.KHamraev, V.R.Akramov, B.U.Khamraev., A.A.Teshaev, A.U.Gaffarov

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Concerning fracture of a neck of a femur are operated 59 patients in particular have been conducted total arthroplasty of the hip. Good results are received at 94 % of the operated patients.

Keywords: total arthroplasty, fracture of a neck of a hip.

СОН СУЯГИ БЎЙИНЧАСИ СИНИШЛАРИДА ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ

Ш.Ш.Ахмедов, А.Ш.Хамраев, В.Р.Акрамов, Б.У.Хамраев, А.А. Тешаев, А.У.Гаффаров

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Сон суяги бўйинчаси синиши билан 59 та беморга тотал эндопротезлаш амалиёти ўтқазилган. 94% холатда яхши натижага эришилди.

Калит сўзлар: тотал эндопротезлаш, сон суяги бўйинчаси синиши.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ш.Ш.Ахмедов, А.Ш.Хамраев, В.Р.Акрамов, Б.У.Хамраев, А.А. Тешаев, А.У.Гаффаров

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

По поводу перелома шейки бедренной кости было прооперированно 59 больных в частности проведено тотальное эндопротезирование сустава. Хорошие результаты получены у 94% прооперированных больных.

Ключевые слова. тотальное эндопротезирование, перелом шейки бедра.

Actuality

Fractures of the femoral neck account for up to 6% of all bone fractures of the limbs [2]. With age, these indicators increase. Thus, at the end of the last century around 1.3 million such fractures were registered worldwide, and by 2050 it is expected to grow to 4.5 million [2,4]. Osteoporosis and complications of this disease are one of the leading causes of fracture of the femoral neck in patients of the older age group [3]. The total cost of treatment of osteoporotic fractures in the United States in 1995 amounted to 13.7 billion dollars [1]. Inadequate treatment of femoral bone fractures, the elderly person is bedridden, chronic diseases worsen, hypostatic complications develop. Conservative treatment of femoral neck fractures in the elderly in 35 - 81% leads to a fatal outcome in the near future after trauma [1, 2]. Different types of osteosynthesis in elderly people do not give the desired result in 15 - 70% [1, 5]. Violations of fracture consolidation processes develop in 22-74% [1, 5]. Unsatisfactory results of treatment progress with age [2]. Most authors note a significant reduction in mortality in early operative treatment and offer surgery of choice for elderly and senile patients with fractures of the femoral neck - endoprosthesis [2].

Purpose of the study

To study the results of treatment of patients with femoral neck fractures in hip joint endoprosthesis.

Materials and methods

We observed 59 patients who underwent primary hip arthroplasty for fractures of the femoral neck. Men - 39 (66%), women - 20 (34%). Among the treated 21 - older than 60 years (36%). The oldest patient was 92 years old. Patients from 40 to 50 years old - 26 (44%), and over 75 years - 12 patients - 20%. The main feature in the treatment of elderly patients was the presence of concomitant pathology, a burdensome anamnesis. Thus, the pathology of the cardiovascular system was diagnosed in 23 (39%) patients of whom a combination of extensive myocardial infarctions with the formation of ischemic cardiomyopathy and NK II occurred in 8 patients (14%). Violations of cerebral circulation with a severe neurologic deficit were noted in 5 patients (3.3%), various forms of cardiac arrhythmia were diagnosed in 18 cases (30.5%). Hypertensive disease of varying severity occurred in 25 patients (42.3%). Morbid obesity was noted in 13 (22%) treated.

If possible, we tried to perform the operation as soon as possible. 21 patients (36%) were operated on in the

first 2-3 days. and 38 patients (64%) were operated after 3 days. All patients used external - lateral access according to Harding, which allows you to quickly and conveniently audit the joint, remove the damaged fragments and implant an endoprosthesis. Absolute contraindications to endoprosthesis of the hip joint were the presence of inflammatory foci both in the area of the planned operation and in the remote parts of the body; generalized infection; chronic decompensated cardiopulmonary and renal failure, (more than III degree); any acute illness, obesity (more than III degree), lack of independent movement before surgery, mental disorders (senile dementia, etc.). In addition, the possibility of care and assistance to patients after discharge from the hospital was taken into account. As implants for endoprosthesis were used endoprosthesis of the hip joint. The IRENE endoprosthesis (China) was applied in 8 cases, which was 14%, Zimmer (USA) in 10 patients, respectively 17% and DePue (USA) in 3 cases, 38 (65%) implanted Bioimpianti-Group endoprosthesis (Italy). Without cement fixation of joint components was used in 42 operations (71%), hybrid - in 2 patients (4%) and completely cement in 15 cases (25%). The choice of the method for fixing the implants depended on the severity of osteoporosis, the nature of the changes in the acetabulum and the proximal femur, as well as a number of other factors. Given the nature of the operation and the concomitant pathology, which cause a high risk of thrombotic complications and violations of the systemic and central circulation in the postoperative period and before the operation, all patients received 0.4 mg of kleksana p / c and corresponding corrective therapy. In addition, from the moment of admission to the clinic, the patients performed respiratory exercises according to the original method, aimed at increasing the resistance of the myocardium and the peripheral vascular bed to hypercapnia (five cycles per day of respiratory delay of three in the cycle under independent control). In the postoperative period, continued infusion, corrective therapy and enhanced heparinization under the control of biochemical coagulogram).

Results and discussion

A feature of the early postoperative period was that patients who were operated after 3 days. from the moment of admission, it was much more difficult and more long-lasting to adapt to walking on crutches and servicing oneself than patients operated on during the first 3 days. From the group of patients operated during the first 3 days and later, the period of adaptation to walking and self-care continued on average to 12.51 ± 2.92 days. No purulent-inflammatory complications were observed in the early postoperative period. Thrombotic complications occurred in 1 elderly patient. The other patients with severe, circulatory disorders in the postoperative period were not noted.

Long-term results were analyzed in 27 patients operated within 6 months. up to 4 years. The analyzed group included 16 women and 5 men aged 40 to 84 years. Clinical evaluation of the results of treatment was carried out according to the Harris scale for the hip joint (1969). Good and excellent results (more than 80 points) were noted in 51 patients (86%). Satisfactory results (70 - 79 points) occurred in 8 patients (13%), and unsatisfactory results (less than 70 points) were diagnosed in 1 patient (1%).Thus, hip arthroplasty in patients with hip fractures is a highly effective method, but has a number of significant features. According to the established practice, elderly patients with fractures of the femoral neck are extremely reluctant to be hospitalized in hospitals, let alone operate. Such practice condemns the patient to immobilization, the development of hypodynamic complications, non-reversal of the fracture and, often, to death. The use of various types of osteosynthesis as a medical aid, even by modern metal structures, also often leads to unsatisfactory results of treatment. The principal point in the postoperative period is the early activation of the patient simultaneously with the correction of homeostatic disorders and the prevention of complications associated with the presence of concomitant diseases.

Conclusions

1. In patients with fractures of the femoral neck, the optimal treatment is endoprosthesis of the hip joint. Failures in hospitalization and surgical treatment of such patients should be strictly motivated.

2. Endoprosthesis of the hip joint, performed in the early period (optimally within the first week after the fracture), allows to activate the victims, reduce the number of postoperative complications, lethality and adapt patients to independent and active life for a fairly long period.

LITERATURE:

1. Levenets V.N. Ways of improvement of the results of hip joint endoprosthesis //Naukov. pravtsқsprқvrbқtnikov KMAPO. - Kiev, 2007. - P. 28-30. 4.
2. Loskutov O.E. et al. Algorithm for developing indications and contraindications for hip joint endoprosthesis //Proceedings of the All-Ukrainian Scientific and Practical Conference with International Participation. - Kiev, 2004. - P. 108.
3. Avrunin A.C. et al. «Emergency endoprosthesis of the hip joint. The risk of hospital mortality». //Bulletin of Surgery. Grekova I.I. - 2002. - №2. - P.78-80.
4. Bogoch E., Ouellette G., Hastings D. Failure of internal fixation displaced neck //J. Bone Surg. - 2001. - Vol. 73. - P.7-10.
5. Harris W.H. Traumatic arthritis of the Hip after dislocation and acetabularfracture: treatment by mold arthroplasty. An and result Study using a new methodof result evaluation // J. Bone Joint. [Am]. - 2009. - 51-A. - P. 737-755.

Received 31.01. 2019

УДК: 616.24-07-08:616.

CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION

Alimdzhanov I.I., Zakirov B.A.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The morpho - functional changes in the cardiovascular system that accompany asthma and their pathogenetic therapy are not sufficiently reflected in the recommended guidelines for the prevention and treatment of bronchial asthma. A comprehensive examination of the circulatory system revealed the features of the state of the cardiovascular system of the examined children with varying degrees of severity of bronchial asthma. For the correction of the identified changes in the cardiovascular system, a complex of cardiometabolic therapy was proposed, depending on the severity of damage to the circulatory system.

Key words: children, bronchial asthma, cardiovascular system, electrocardiography, echocardiography, complications.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Алимджанов И.И., Закиров Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Морфо - функциональные изменения сердечно - сосудистой системы, которые сопровождают бронхиальную астму и их патогенетическая терапия не достаточно отражены в рекомендуемых руководствах по профилактике и лечению бронхиальной астмы. Комплексное обследование органов кровообращения позволило выявить особенности состояния сердечно - сосудистой системы обследованных детей с различной степенью тяжести бронхиальной астмы. Для коррекции выявленных изменений со стороны сердечно - сосудистой системы был предложен комплекс кардиометаболической терапии в зависимости от тяжести поражения органов кровообращения.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, сердечно - сосудистая система, электрокардиография, эхокардиография, осложнения.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ ОБСТРУКЦИЯДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ҲОЛАТИ

Алимджанов И.И., Закиров Б.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Болаларда бронхиал астма касаллигига юрак - қон томирининг ҳолати ўзгаришининг қўшилиб келишини патогенетик даволаш усуллари манбааларда етарлича ёритилмаган. Болаларда бронхиал астманинг турли даражаларида юрак - қон томирининг ҳолатини баҳолашда қон айланиш тизими органларини комплекс текшируви зарур саналади. Бронхиал астма, обструкцияда юрак - қон томир тизими томонидан аниқланган ўзгаришларни коррекциялаш мақсадида комплекс тарздаги кардиометаболик даволаш кенг жорий этилган.

Калит сўзлар: болалар, бронхиал астма, юрак - қон томир тизими, электрокардиография, эхокардиография, асоратлар.

The urgency of the problem

Acute broncho-obstructive syndrome (BOS) of viral or viral-bacterial etiology has the greatest frequency in childhood. According to V.Tatochenko (2000) in every fourth child with acute respiratory disease, the bronchi with a prolonged broncho-obstructive syndrome are involved in the inflammatory process [1, 3, 6]. Respiratory disorders in acute obstructive syndrome of infectious genesis have varying degrees of severity and are accompanied by hypotension and metabolic acidosis. In the works, both domestic and foreign researchers have shown that it is the combination of viral infection, vegetative disturbances and acute hypoxia arising from bronchial obstruction in young children that underlie multiorgan lesions, including the cardiovascular system. A number of studies have proven the cardiotropicity of influenza viruses and enteroviruses, contributing to the development of acute myocardial infection in children. Recently, a significant role in the development of acute infectious lesions of the cardiovascular system is assigned to chlamydial and mycoplasmal infections. At the same time, the nature and severity of changes in the cardiovascular system and their prognostic significance in acute respiratory diseases accompanied by bronchial obstruction in young children are not sufficiently studied [2,3,9].

It was proved that in the perinatal period, hypoxic damage in 40-70% of children is accompanied by the development of disadaptation syndrome (DM) of the cardiovascular system (CVS) in the newborn period [10]. The use of modern high-informative instrumental and biochemical methods of research allowed to determine markers of inflammatory cardiomyopathy in children. The

results of biopsy of the cardiac muscle, patients with myocarditis, confirm the presence of dystrophic and fibrotic changes in the myocardium [11]. According to clinical and morphological studies, the frequency of myocarditis, myocardidystrophy, and cardiomyopathy among the adult population is 7-9% of all diseases of the cardiovascular system. At the same time, in the literature there are no clear data on the frequency and nature of myocardial infection in children [6,8,9].

Thus, the state of the cardiovascular system in young children, with acute respiratory diseases occurring with bronchial obstruction, has not been practically studied, risk factors for the formation of pathological changes and their prognostic significance have not been determined, no differentiated approaches to the treatment and prevention of chronic cardio - Vascular pathology, which defined the objectives of this study and formulated its purpose.

Purpose of the study: To establish risk factors and the main pathogenetic mechanisms of the lesion of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis in young children in order to optimize differentiated therapy and improve the prediction of cardiovascular disorders.

Materials and methods of examination. In accordance with the tasks, we analyzed the results of the examination, treatment and long-term (for 5 years) follow-up observation of 500 children aged from 6 months to 7 years (whose average age was from 8.0 months ± 0.9 to 5.0 years ± 1,1) with respiratory pathology, among them 260 girls, 240 boys. With a clinical picture of acute respiratory disease, 400 children were observed, while in 200 patients the disease proceeded with the development of bronchial obstruction (BOS) in 200 with acute respiratory viral infection without developing bronchial obstruction.

The results of the study. Studies have shown that in the case of mycoplasma infection in half of the patients, acute broncho-obstructive syndrome is accompanied by impaired CVS activity, less often these changes were found in adenoviral (5%) and rhinosyncytial viral (3%) etiology.

Correlation analysis showed the presence of a reliable direct correlation between the development of impaired CVS activity and the myoplasma BFB etiology (g = 0.65, p <0.005); <0.005) and g = 0.40, (p <0.005), respectively.

Thus, acute respiratory diseases occurring with the development of bronchial obstruction in young children more often develop in the presence of adenoviral, MS, viral and mycoplasmal infections.

1. Clinical manifestations of acute bronchial obstruction of infectious genesis in children of the first year of life.

Acute bronchial airway obstruction in children of the first year of life developed 3.03 ± 0.22 days from the onset of ARVI. The main complaint on admission to the hospital was difficulty breathing. 52% had expiratory dyspnea, and 48% had a mixed nature. All patients had pale skin and pronounced cyanosis of the nasolabial triangle.

The disease began with a dry cough in 57% of cases, a wet cough was observed in 43%. Auscultatory dry rales prevailed over wet in 57% of children. The frequency of wet wheezing at the beginning of observation in children of the first year of life was 43%. In 1% of BFB was accompanied by the formation of atelectasis of the upper right lobe of the lung. The respiratory rate (RR) when the child was admitted to the hospital ranged from 48 to 60 (54.6 ± 2.5) breaths per minute. In 55% of children, BH values were distributed between 75 and 95 percentiles and averaged (50 ± 2.0 breaths per minute). In 10% of patients, BH was determined at a level from 50 to 75 percentiles / in 45% - above 95 percentiles.

In 67% of the first year of life, the course of acute respiratory disease with bronchial obstruction was regarded by us as a disease of moderate severity with grade II.

In 33% there was a severe course of the disease, accompanied by a DN of III degree. Assessment of the severity of hypoxia based on the determination of oxygen saturation (xOg) in serum during the acute period of bronchial obstruction showed that their 802 level ranged from 88 to 90%, which also corresponded to the moderate severity of biofeedback. In 60% of them there was a decrease in oxygen saturation to 87-85%, which also gave reason to regard the condition of these children as severe in 40% of these patients я 02 was maximally reduced (from 80 to 84%), which corresponded to an extremely severe course of bronchial obstruction these patients needed assisted breathing

The acute period of bronchial obstruction in all cases was accompanied by the formation of an adaptive response from the CVS. Dyspnea detected with low subfebrile fever (37'3-37'5) was characterized by an increase in heart rate (HR) from 145 to 170 (180 ± 3.4) beats per minute. In 10% of the HR values were distributed between 50 and 75 percentiles (145 ± 2.0), in 45% between 75 and 95 percentiles (150 ± 2.0) and in 45% of patients exceeded 95 percentiles (195 ± 4.0).

The coordinated activity of the cardiorespiratory system in the absence of symptoms of circulatory failure (1G) was detected in 55% of children. They were characterized by BH and HR values above 50 percentile with BH values from 46 to 54 (average 48 ± 3.0) per minute and heart rate from 140 to 150 (average 130 ± 5.0, per minute and the ratio of heart rate to BH, as 3: 1. The level of oxygen saturation in these patients ranged from 88 to 90%, which corresponded to the moderate severity of bronchial obstruction.

It was noted that the acute period of biofeedback, along with changes in heart rate, was characterized by changes in the level of systolic pressure. In 90% of children with no signs of MK, systolic pressure indicators (MAP) were between 30 and 45 percentiles, in 5% of children between 45 and 60 percentiles and in 5% between 60 and 90 percentiles. Thus, the SAD level was within normal variability and did not exceed 90 percentile of the age distribution. Electophysiological changes in patients in this group were characterized by isolated sinus tachycardia.

In 45% of children, values above 95 percentile were observed: BH from 54 to 62 per minute (average 54 ± 2.0) and heart rate from 180 to 220 (average 195 ± 7.0 per minute). The ratio of heart rate to BH was greater than 3: 1 above (3.5: 1 on average) / In 87% of these patients, systolic blood pressure was characterized by an increase (above 95 percentile), and in 13% by a decrease (below 20 percentile). It should be noted, the reduction of the GARDEN to 60 mm Hg. in all cases it was associated with severe hypoxia with oxygen saturation in the blood below 85%. In 13% of children with elevated SBP above the age norm, the level of b02 was also reduced and ranged from 85 to 87%. In 4% of these patients, on day 3 of the onset of acute respiratory disease, which proceeds with bronchial obstruction, on the background of subfebrile

fever (37.7) and severe intoxication, signs of circulatory insufficiency (HK1-P) were observed. Clinical signs of acute bronchial obstruction in patients with NK were similar to other patients with bronchial obstruction, however tachycardia was recorded at a significantly higher level with a heart rate of 220 to 230 beats per minute), while the BH increased from 56 to 60 per minute and the GARDEN decreased. 40 mm Hg up to 50 mm Hg Hepatolienal syndrome was noted that the liver protruded from the edge of the costal arch by 4.5-5.0 cm, spleen by 1.0-1.5 cm. More significant involvement of CVS in the pathological process was considered as a pronounced impairment of adaptation of the CVS in the acute period of biofeedback. Along with severe isolated sinus tachycardia, electrophysiological changes in this group were characterized by other rhythm, conduction disturbances and repolarization disorders.

Thus, the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis in young children is generally characterized by a lesion not only of the respiratory system, but also of the cardiovascular system. The existing clinical signs were identified in the complex of changes in the cardiorespiratory system during the acute period of biofeedback, which made it possible to determine the criteria for adaptive capacity of the cardiovascular system and to divide all patients into subgroups: with normal and impaired adaptive capacity of the cardiovascular system. A clinical and instrumental study of cardiovascular disease in 200 patients in the acute period of bronchial obstruction, made it possible to identify in 45% of patients a disorder of adaptation of cardiovascular system. The normal adaptation response of the cardiovascular system in acute broncho-obstructive syndrome was determined in 55% of children.

2. The state of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis in young children.

2.1 Structural changes of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction.

In all 200 patients in the acute period of bronchial obstruction, various ECG changes were detected, while in children with impaired.

Adaptation of the cardiovascular system occurred not only sinus tachycardia (ST), other rhythm disturbances or their combination of extrasystole (6%) and ectopic supraventricular tachycardia (2%) were noted. Conduction abnormalities (NBPNG and T-wave inversion) were detected in 12% of patients, the violation of repolarization processes in the myocardium was determined in 47%. Only in patients with impaired adaptation of the cardiovascular system during the acute period of biofeedback, ECG changes such as inversion of the T wave, extrasystole, ectopic supraventricular paroxysmal tachycardia were detected.

The cardiac examination performed by ECM revealed the presence of small cardiac abnormalities (MARS) in 22% of children, which did not exceed the population frequency of this phenomenon. At the same time, they were found 2.5 times more often in children with impaired adaptation, so PMK with regurgitation of 1 degree was detected only in children with impaired adaptation. An open oval window with a drop of blood from left to right at the level of the atria was 2 times more common in children with an adaptation disorder of the cardiovascular system ($p < 0.05$). The frequency of detected MARS had a significant positive correlation with the development of an adaptation disorder of the cardiovascular system ($g = 0.58$, $p < 0.05$). The association of MARS with impaired adaptation of the CAS in children with bronchial obstruction probably reflects the greater vulnerability of the CAS to the development of arrhythmia and requires further study.

During echocardiography, all patients with bronchial obstruction were observed to varying degrees of severity of changes in left ventricular (LV) diastolic function parameters, which, in patients with CAS adaptation disorder, were characterized by an increase in peak rates in the early diastolic filling phase (E). The presence of LV diastolic dysfunction in patients with adaptation disorder in the acute period of bronchial obstruction correlated with the level of heart rate ($g = 0.65$, $p < 0.05$).

Thus, the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis is accompanied by electrophysiological changes (rhythm and conduction disturbances, disorders of repolarization processes) that are significantly more frequently detected during bronchial obstruction occurring with an impairment of cardiovascular insufficiency. The association of MARS with impaired adaptation of the CAS in children with bronchial obstruction probably reflects the greater vulnerability of the CAS to the development of arrhythmia and requires further study. 2.2 Troponin T and cardiospacial enzymes as factors of myocardial damage in the acute period of bronchial obstruction.

In the acute period of bronchial obstruction, we estimated serum troponin T concentration and its dependence on the degree of S02 reduction. With oxygen saturation of 88-90%, the concentration of troponin T in all patients was less than 0.01 ng / ml, which indicates the absence of cardiac muscle necrosis in these patients. An increase in the concentration of troponin T in the blood above the threshold value was found in 1/3 of patients with BOS with impaired adaptation of the CAS. In 60% of them, with an oxygen saturation of 85-87%, the range of troponin T values ranged from 0.02 to 0.065 ng / ml, which corresponds to a low risk of myocardial damage.

In 40% of patients, with V02, 82-84% fluctuations in the level of troponin T in the blood ranged from 0.07 to 0.22 ng / ml ($p < 0.05$), which corresponds to a high risk of myocardial damage. These changes were characteristic of children with severe bronchial obstruction, who were in the acute period in auxiliary breathing. According to our data, the level of troponin T in the blood serum had a high degree of inverse correlation depending on the oxygen saturation indicators ($g = -0.60$, $p < 0.02$).

To determine the effect of hypoxia in the acute period of biofeedback, the level of cardiospecific enzymes (CK MV and LDG1) was analyzed depending on the oxygen saturation level. It was found that a significant increase in the CK MV enzymes (up to 25 U / l) and LDG1 (up to 500 U / l) It was observed only in 7% of patients with oxygen saturation> 87%. Among patients with impaired adaptation, an increase in CFC MV (up to 22

U / l) and LDG1 (up to 400 U / l) in serum was observed in 27% of cases and correlated with oxygen saturation ($g = -0.70$, $p < 0.005$). Increased level of myocardial damage markers (CK MB and LDH 1), along with troponin T in the blood, in the acute period of bronchial obstruction, indicates a violation of the stability of cardiomyocyte cytomembranes, which reflects the pathophysiological process of the formation of an adaptation disorder of the cardiovascular system in the

acute period of BOS. Comparing the results of CPK MV, LDG 1 with serum troponin T values in the acute period, a significant correlation relationship between troponin T level and serum levels of traditional markers of myocardial damage - CPC MV and LDH 1 (g-0.58, p <0.005 and g-0.50, p <0.005, respectively).

Thus, the absence of cardiomyocyte necrosis, revealed in severe bronchial obstructions, does not exclude the presence of an impaired level of stability of cytomembranes of cardiomyocytes, as evidenced by an increase in serum CK and LGD1 levels in the acute period of bronchial obstruction.

2.3. Immunological mechanisms of myocardial damage in children with acute bronchial obstruction.

In the acute period of bronchial obstruction, we performed the determination of anti-cardiac antibodies (to the vascular endothelium, cardiomyocytes, the conduction system, and smooth muscles) (Fig. 2). Analysis of the results of the study of anti-cardiac antibodies showed that in patients with acute respiratory infection occurring with bronchial obstruction, antibodies to the vascular endothelium in titer 1: 40 were determined in 25% of patients (which is the norm). At the same time, 75% of children showed an increase to 1:80 titer. An increase in antibodies to cardiomyocytes in a titer of 1:80 was detected in 63% of patients. The degree of increase in the antibody titer to cardiomyocytes varied depending on the nature of adaptive disorders of the cardiovascular system.

In patients with impaired adaptation of the cardiovascular system, the titer of antibodies to cardiomyocytes was significantly higher (75%) than with normal adaptation of cardiovascular system. It was noted that in 50% of children the level of antibodies to cardiomyocytes was above 1: 160. An increase in the antibody titer to the smooth muscles of the heart muscle was determined in half of the children (up to 1:80) and was observed equally often in patients with impaired adaptation of the cardiovascular system and during normal activity of the cardiovascular system. It should be avenged that the most frequent (85%) increase in the level of antibodies to the fibers of the conducting system was determined in a titer from 1:80 to 1: 160. In case of impaired adaptation of cardiovascular diseases, they were elevated in all observed patients, and in 50% of them values above 1: 160 were determined. In patients with the normal adaptation ability of cardiovascular system, an increase in the antibody titer to the fibers of the conducting system was determined in 70% of children, while its values did not exceed 1:80.

Thus, in the acute period of bronchial obstruction, antibodies to various structures of the myocardium were detected, but the degree of interest of various structures of the myocardium was different. In general, the presence of high titers of antibodies to the endothelium of cardiac vessels, cardiomyocytes, smooth muscles and the myocardial conduction system indicates the course of the immunopathological process in more than 85% of patients in the acute period of bronchial obstruction.

2.4. Metabolic and nonspecific immunological changes during bronchial obstruction.

To determine the role of lipid peroxidation processes in the development of adaptation disorder in BOS in infants of early age, we studied the levels of malon-dialdehyde (MDA), superoxide dismutase (SOD), and serum ascorbic acid, which showed that there is an acute period of bronchial obstruction accompanied by an increase in the concentration of MDA 1.5 times compared with the norm. At the same time, in patients with acute bronchial obstruction, which occurs with impaired adaptation of the cardiovascular system, the level of MDA was 3.5 times higher than the norm and 1.5 times higher than in children with the normal adaptive capacity of cardiovascular system.

The activity of antioxidant protection was also reduced in all patients with BOS, as evidenced by a significant decrease in the level of SOD in the blood serum (p <0.005). At the same time, the maximum decrease in SOD level was observed in patients with impaired adaptation to cardiovascular disease. The lack of SOD can be supported by the deficiency of one of the low molecular weight antioxidants, ascorbic acid. Our determination of the level of ascorbic acid in the blood serum showed that in case of acute respiratory infections more than 70% of young children have a low content of ascorbic acid in the blood serum. (p <0.05). In all patients, in the acute period of bronchial obstruction, a decrease in serum ascorbic acid levels was noted. If the adaptation of the CVS is impaired in the acute period of bronchial obstruction, its concentration was significantly lower (p <0.005) than in children with bronchial obstruction without an adaptation disorder of the CVS. factors contributing to the enhancement of lipid peroxidation processes and impaired adaptation of the cardiovascular system during the acute period of bronchial obstruction.

Along with the characteristic of metabolic disorders, we conducted a study of the level of total interferon and the induced ability of interferon (INF) in the blood serum of young children with acute respiratory disease that occurs with bronchial obstruction. It has been shown that in the majority of patients in the acute period of the disease, the low ability of lymphocytes to produce a and in INF is determined. The low induced ability of leukocytes to produce INFA (<4) was 1.5 times more frequent, and in INF (<4) 3 times more often in children with acute bronchial obstruction, which occurred with impaired adaptation to CVS, compared with patients with normal adaptive capacity of the cardiovascular system (p <0.05).

We also found changes in the functional markers of lymphocytes CD25, CD71, CD95 in children with acute respiratory diseases. The acute period of bronchial obstruction is accompanied by an increase in more than 2 times the subpopulations of lymphocytes with receptors CD 25 and CD 71 in all patients, compared with the norm. Analysis of the results of the study of the expression of CD95 receptors revealed an increase in patients with impaired adaptation of the CVS in bronchial obstruction by almost 14 times, compared with the norm, and 6 times, compared with patients who did not have changes in the CVS.

Thus, the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis is accompanied by an increase in lipid peroxidation processes, a decrease in superoxide dismutase activity and ascorbic acid levels in serum, a low concentration of total interferon, a reduced leukocyte-induced ability to produce induced a, interferon, and an increase in SB25, SP71, S095 in the blood. The revealed violations are significantly more often observed in the acute period of biofeedback and remain more long in patients with cardiovascular adaptation (p <0.05).

3.0 The state of the cardiovascular system in the period of reconvalence bronchial obstruction.

Control instrumental studies conducted in the period of clinical recovery (7-10 days of biofeedback), revealed ECG changes in 98% of children. At the same time, it should be noted that among patients who had an impaired adaptation of the CVS in the acute phase of biofeedback, 94% had electrophysiological changes. In the period of recovery, in 23% of patients, rhythm and conduction disturbances persisted, the number of children with impaired repolarization in the myocardium increased 1.5 times (in 73%). In case of bronchial obstruction of infectious genesis that occurred without disruption of CVS activity in 94% of cases, ECG changes were transient in nature and only 6% of ECG changes remained in the recovery period (disruption of repolarization processes in the myocardium and NBPRG).

It should be noted that in all children with NK in the acute period of bronchial obstruction, clinical recovery was not accompanied by normalization of the ECG. Against the background of sinus rhythm, in 1 child, the premature beats remained, in 1 child, a decrease in the processes of repolarization was combined with an AU blockade of 1 tbsp. and 2 remained a decrease in repolarization. HELL corresponded to the age norm in 3 children, one had hypotension, 65 mm Hg was determined.

In 18% of children with changes in systolic blood pressure in the acute period of bronchial obstruction, protruding with impaired adaptation, the recovery period in convalescence was accompanied by persistent changes in blood pressure (5% had hypotension, 13% hypertension). With acute bronchial obstruction, occurring without disrupting the activity of the cardiovascular system, in the recovery period, the values of systolic blood pressure corresponded to the age norm.

Studies of the systolic and diastolic functions of the LV, carried out in the period of recovery of biofeedback showed that all the analyzed parameters in 95% of the examined children corresponded to the age norm. In 2 children with bronchial obstruction occurring with impaired adaptation of the cardiovascular system, a decrease in PI to 55-60% was noted, while the peak speed of diastolic filling (E) corresponded to the lower limit of the norm and was 0.78 m / s in one child and 0.95 m / s in the second, and the blood flow velocity (A) in the systole phase was reduced to 0.55 m / s in the first child and 0.6 m / s in the second, which may be a manifestation of moderate left ventricular dysfunction.

The study of anti-cardiac antibodies in the period of clinical remission of acute bronchial obstruction showed that changes detected in the acute period of the disease in most cases are transient, even in cases when high antibody titers were detected initially (1: 320 and 1: 160). In the dynamics (in 14 days) there was a tendency to decrease. However, in 20% of patients, high titers (1: 160) remained to the conduction system, which indicates the course of the immunopathological process in the myocardium during the period of clinical recovery, which requires the exclusion of inflammatory cardiomyopathy. We obtained a high degree of correlation dependence ($r = 0.85$, $p < 0.005$) between rhythm and conduction disturbances according to ECG data and an increase in antibody titers to the myocardial conduction system.

The recovery period was accompanied by the normalization of CD25 and CD 71 values, which indicates a short-term increase in these indicators in the acute period of bronchial obstruction. At the same time, the continuing increase in the level of CD95 involved in the process of apoptosis suggests that there is an imbalance and inadequacy of the intercellular interaction during acute bronchial obstruction, which may determine the further development of impaired CVS activity in young children.

Thus, in clinical recovery, 98% of children remained electrophysiological changes, which manifested as impaired repolarization processes in the myocardium, arrhythmias and conduction disturbances that were significantly more frequent ($p < 0.005$) in the period of convalescence of bronchial obstruction with impaired CVS adaptation. The revealed electrophysiological disorders in the acute period of bronchial obstruction and persisting in the period of convalescence suggest acausal relationship with hypoxia during bronchial obstruction. In the group of patients with impaired adaptation to cardiovascular disease, immunological disorders persisted for a long time - high titers of anti-cardiac antibodies and elevated levels of CD 95., which required their further observation.

4.0 Follow-up observation of children with bronchial obstruction of infectious genesis in history.

Considering the originally established role of hypoxia, as one of the factors of the development of the immunopathological process in the CAS, we performed in the catamnesis the assessment of spirometry in 180 children in the catamnesis at the age from 4 years to 7. The resistance indicators of the peripheral sections of the respiratory tract were higher in all observed children of the control group and ranged from 0.97 to 0.92 V / l, which indicated that certain violations of bronchial reactivity remained. It was noted that in children who had a biofeedback with an impaired adaptation of the CVS, the resistance of the peripheral sections of the respiratory tract in the distant follow-up was significantly higher p (<0.005) than in children without disruption of the CVS in the acute period of the biofeedback 0.72 ± 0.13. Correspondingly. Thus, the increase in resistance of the central and peripheral parts of the respiratory tract can be associated with ventilation failure in acute hypoxia and constantly ongoing inflammatory process, which is supported by frequent acute respiratory viral infections and biofeedback.

A follow-up ECG study in children, conducted one year after acute bronchial obstruction, which occurred with an adaptation disorder of the cardiovascular system, showed that 59% of the children had no changes on the ECG, while rhythm disturbances persisted in 12% of children (CT-3%, SB-3%, ES-6%), conduction disturbances in 11% (AU bl.1st, - 2%, migration of pacemaker -2%, NBPNG-7%), impaired repolarization in the myocardium were detected in 18% of children. In children examined after 3 years, electrocardiographic examination data did not differ from previous ones. The ECG data performed 5 years after the postponed biofeedback with impaired adaptation showed that the number of children with an ECG age limit decreased to 47% and the number of children with rhythm and conduction disturbances increased to 35%, of which 24% of children showed the following rhythm disturbances : ST - 6%, SB-10%, PR-2%, ES-6%. and in 11% of conduction disturbances: AU blockade 1 st-4%, prolongation of the interval P-C> -7%. Disruption of the processes of repolarization persisted in 18%.

The revealed ECG changes in all cases were not accompanied by complaints from the observed children. Changes in electrophysiological parameters (increase in children with rhythm and conduction disturbances) when

observed in follow-up, after acute broncho-obstructive syndrome with adaptation disorder, can be associated with a damaging effect on myocardial hypoxia in the acute period of BOS, age-related risk periods, repeated respiratory diseases in 63 % and existing chronic foci of infection in 40% of children.

In the follow-up study, we conducted a study of anti-cardiac antibodies (antibodies to cardiomyocytes, the conduction system, smooth muscle and vascular endothelium) in 40 children who had previously undergone bronchial obstruction.

According to our data in the follow-up period, an increase in the antibody titer to cardiomyocytes and the myocardial conduction system was observed in 10%, which was observed significantly more often in children who had a history of bronchial obstruction with impaired adaptation to cardiovascular system ($p < 0.05$), and half had a maximal increase in antibody titer from 1: 160 to 1: 320. The presence of antibodies to the conducting system was accompanied by the presence of rhythm and conduction disturbances (extrasystole - in 2, in 1 - AU blockade of 1 degree and in 2 - shortening of P - C?).

Along with the electrophysiological examination of the heart, 5 years after acute obstructive bronchitis, we carried out the determination of cardiospecific enzymes (CK MB and LDH-1) and functional markers of the lymphocytes CB25, CB71, SB95 in the serum of 80 children who had a history of acute bronchial obstruction of the infectious of genesis with impaired adaptation of the cardiovascular system, the observations revealed an increase in the blood level of cardiospecific proteins in 13%, ..

When determining the concentration of functional markers of lymphocytes CB25, CB71, SB95, the normal concentration in serum was established

СБ25, С07, and a significant increase was only observed for C095 (440 ± 19) ($p < 0.005$). Thus, it can be assumed that hypoxia due to acute bronchial obstruction of infectious genesis at an early age can increase the susceptibility of cardiomyocytes to any inflammatory process occurring in the body, accompanied by damage to cardiomyocytes with an intensification of apoptosis. These children require further observation and examination to clarify the nature of myocardial damage.

Thus, the observation of patients in the catamnesis made it possible to identify persistent arrhythmias, conduction disturbances and repolarization processes, which were significantly more pronounced in patients with bronchial obstruction proceeding with CVS adaptation disorder. In addition, on the basis of an immunological study, the course of immunopathological processes was revealed, which may be due to inflammatory cardiomyopathy.

5.0 Prediction of the development of a violation of the adaptation of the cardiovascular system during bronchial obstruction of infectious origin.

Mathematical analysis (anamnestic data of anamnesis of a patient's life, child's development, presence of concomitant pathology, clinical course, laboratory and ECG examination data, treatment of biofeedback, etc.) revealed 21 signs (Table 8) that are associated with the formation of adaptation disorders of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis in young children. We have constructed an equation to predict the development of the disorder of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis, or the BFB will proceed unchanged from the cardiovascular system.

C (x) = X1 x where B is the sum of the signs (max p = 21), Hyprinmark, the weight coefficient of the trait, ¡the trait number.

If 0> 33, then such a patient has a high probability of developing an adaptation disorder of the cardiovascular system. If, as a result of multiplying and adding 21 values of all the used signs, the resulting amount is less than 33, then in such a patient, BOS with a high probability (93%) will proceed without disrupting the CAS activity. This recommended equation has been tested in practice in 300 patients with acute bronchial obstruction. In 95% of cases, a prediction match was obtained.

Thus, the mathematical model developed by us, using available clinical signs, makes it possible to isolate a group of patients with a high risk of developing adaptation disorders in the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis. In these patients, it is necessary to expand the scope of research, make an adequate correction of the therapy and carry out their follow-up.

According to the data of the conducted study, adaptation disorder of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction should be expected in patients with 1 year of life with a burdened perinatal history of diseases of the respiratory section, with tachycardia above 95 percentile, with heart rate above 95 percentile, with oxygen saturation below 90%, with conduction disturbance according to an electrocardiogram, etc.

6.0 The main directions of prevention of the development of disorders of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction, measures for timely diagnosis and emergency care.

A modern feature of the treatment of infectious diseases of BOS is pathogenetically substantiated inhalation bronchodilator and corticosteroid therapy, which eliminates the inflammatory process, contributes to the elimination of bronchospasm and the rapid elimination of hypoxia. Our correlation analysis showed that the use of 0-2 short-acting agonists and X-rays (pulmicort) in the treatment of biofeedback can quickly stabilize the child's condition and reduce the time of hypoxia (respectively, $r = 0.9$, r2-0.75) ($p < 0,005$).

Disturbances of the processes of lipid peroxidation and reduction of blood protection antioxidant against low levels of ascorbic acid in blood serum revealed by us in the acute period of BOS have been the basis for the inclusion of ascorbic acid in a dose of 200 mg per day into complex therapy, the need for which is determined by a high degree of inverse correlation ($g = -0.75$ ($p < 0.05$) between the level of ascorbic acid and the degree of reduction of MDA in the blood.

In order to improve the cellular energy and functional state of the myocardium in the complex therapy, in 22 patients who had, according to ECG data, violations of the YT-T segment, L-carnitium (elcar) was used at a dose of 50 mg / kg per day in 3 doses. In a dynamic study of ECG after 4 weeks of treatment, half of the children remained changes on the ECG. With continued therapy for up to 8 weeks, depression of the 8T-T segment persisted in only 9% of children.

Thus, our studies allowed us to establish the value of hypoxia for the development of immunological and metabolic disorders in acute bronchial obstruction of infectious genesis, which in turn can cause the formation

of morphological changes in the myocardium, accompanied by ECG changes (rhythm and conduction disturbance, disruption of repolarization processes in the myocardium), which persist for a long time after the children recover. Changes in the myocardium, occurring in the acute period of bronchial obstruction, and disappearing with recovery, allow us to consider them as a transient disorder of the CVS in conditions of acute hypoxia. In the period of clinical recovery, with continuing changes on the ECG, apparently, the diagnosis of infectious cardiomyopathy is valid. For a long time, within 6-12 months, the remaining changes on the ECG detected during the acute period of bronchial obstruction require the elimination of inflammatory cardiomyopathy, myocardiodystrophy, the choice of the identified functional, metabolic, immunological and cardiovascular disorders in children with acute broncho-obstructive syndrome determine the choice of differentiated therapy and duration observation of children in follow-up (see Algorithm).

Algorithm for observing young children with bronchial obstruction, accompanied by impaired adaptation by the cardiovascular system.

Conclusions: 1. Adenovirus, rhinosyncytial virus, or their combination (66%) plays a leading role in the etiology of obstructive bronchitis in acute respiratory disease. In 18% of young children obstructive bronchitis is caused by mycoplasma and chlamydial infection (8%).

2. The acute period of bronchial obstruction of infectious genesis in all young children is characterized by involvement in the pathological process of the cardiovascular system and in 45% of children proceeds with the formation of persistent violations of cardiovascular activity.

3. Broncho-obstructive syndrome in all young children is accompanied by tachysystole and electrophysiological changes in the myocardium in the form of cardiac arrhythmias (4%), conduction disorders (7%) and disorders of the repolarization process in the ventricular myocardium (35%), the degree and severity of which reflects the degree disorders of the adaptation of the cardiovascular system.

4. The increase in the level of specific (troponin T) and non-specific (CK MV and LDG 1) markers of myocardial damage reflect the pathophysiological process of the formation of a disorder of adaptation of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction.

5. It has been established that in the majority (80%) of young children, acute respiratory diseases with acute obstructive syndrome are accompanied by a transient increase in the level of anti-cardiac antibodies to the conducting system, cardiomyocytes, and smooth muscle of the myocardium. The increased titers of antibodies to the cardiac conduction system (> 1: 160) that persist in the period of convalescence indicate a prolonged course of the immunopathological process and require the exclusion of inflammatory cardiomyopathy.

6. In children of the first year of life, acute respiratory diseases with bronchial obstruction are accompanied by a decrease in the concentration of total interferon in serum 2.5 times as well as a reduced ability of leukocytes to produce induced a, and in interferons by an increase in pro-inflammatory zigokin (C [25, CE) 71) and activation of apoptosis (SB95). The revealed violations are more typical for children with impaired adaptation of the cardiovascular system.

7. Acute obstructive syndrome in infectious respiratory diseases is accompanied by activation of lipid peroxidation processes in the form of a decrease in superoxide dismutase activity and serum ascorbic acid levels, the severity of which correlates with the severity of the underlying disease.

8. Comprehensive assessment of the severity of clinical symptoms (assessment of respiratory rate, severity of hypoxia according to oxygen saturation, heart rate), electrophysiological changes and markers of autoimmune myocardial lesions allow, with a probability of up to 93%, to predict the development of adaptation disorders of the cardiovascular system during acute bronchial obstruction infectious genesis in young children.

9. In differentiated therapy of metabolic and immune disorders in the acute period of bronchial obstruction in young children, along with the generally accepted treatment of acute respiratory diseases, it is recommended to include the correction of hypoxic disorders using antioxidants, membrane stabilizers. The persistent increase in the level of anti-cardiac antibodies without the exacerbation of acute respiratory diseases dictates the need to correct autoimmune disorders.

BIBLIOGRAPHY:

1. Korovina N. A., Ovsyannikova E.M. Efficacy and safety of Prospan in the treatment of inflammatory diseases of the respiratory tract in children. //Pediatrics. -2007-№3 -C.45-48.
2. Ovsyannikova EM, Korovina N.A., Role of anti-inflammatory therapy in the treatment of acute respiratory diseases //Consilium medicum. Pediatrics .. application. - 2007 - №2.-C. 10-12.
3. Ovsyashkova E.M. The use of the combined antitussive drug Codelac for diseases of the upper respiratory tract in young children. // Questions practical pediatrics, - 2008. -t. 1. No. 1.-P.78-81.
4. Ovsyannikova EM. The use of local antibacterial drug Bioparox in the treatment of respiratory infections in children //Journal for pharmacists and pharmacists. -2007-№1. -C.3-4.
5. Ovsyashkova E.M.State of the cardiovascular system with obstructive bronchitis of children //Materials of the Russian National Congress of V Cardiologists - M., 2008-P.268.
6. Ovsyashkova EM. Optimization of vaccination of frequently ill children. //Proceedings of the VII Russian Congress modern technologies in pediatrics and pediatric surgery - M., 2008-C103.
7. Ovsyannikova E.M., Korovina N.A. Clinical and immunological features of infectious-toxic cardiomyopathy in children // Proceedings of the 7th Russian Congress modern technologies in pediatrics and pediatric surgery -M., 2008-C. 13.
8. Ovsyannikova EM, Korovina N.A. Efficiency and safety use of Erespal (Fenspirid) in children of the first year of life in acute respiratory infections. //Pediatrics. -2009-Volume 87№ 1- p. 101-104.
9. Zakharova I.N., Korovina N. A. Ovsyannikova E.M. Prevention calcium deficiency in children of the first year of life. //Questions of practical pediatrics. -2010- Volume 5№ 1.-C63.
10. Ovsyannikova EM, Korovina N.A. The maintenance of troponin T in the acute period of the broncho-obstructive syndrome in young children. //Collection of materials VI All-Russian Congress "Children's Cardiology 2010". -M., 2010. -C.188-189.
11. Ovsyannikova E.M. Korovina N.A. Prevention of the development of adaptation disorders of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis in young children. / /The attending physician. -2010. -№ 8-C.52-58.

Поступила 28.12.2018 г.

УДК 616-002.52

МОБИЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ РАБОТЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Алиев А.В.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан.

✓ ***Резюме,***

В статье представлена концепция электронного здравоохранения с использованием некоторых мобильных технологий в примерах приложений. Классификация мобильных приложений для управления знаниями в области здравоохранения было основана на некоторых прошлых образах, фактически в системе здравоохранения от тубуркулеза. В соответствии с Московской декларацией о ликвидации тубуркулеза, принятой на Первой всемирной министерской конференции ВОЗ (17-17.11.2017), несмотря на согласованные усилья мирового сообщества, тубуркулез, включая форму МЛУ, уносит больше жизней , чем любое заболевание во всем мире Ключевые слова: тубуркулез, здравоохранение, мобильное технология

MOBILE TECHNOLOGIES AS AN EFFECTIVE INSTRUMENT OF ORGANIZATION OF ANTI-TUBERCULOSIS WORK IN THE RURAL AREA

Aliyev A.A.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan.

✓ ***Resume,***

The article presents the concept of e-health with usage some mobile technology in applications' examples. The classification of mobile application for healthcare knowledge management was based on some past reviews, actually in tuberculosis healthcare system. According to the Moscow Declaration on the Elimination of Tuberculosis adopted at the First Global Ministerial Conference of WHO (17-17.11.2017), despite concerted efforts by the world community, tuberculosis, including MDR forms, takes more lives than any other infectious disease worldwide.

Key words: tuberculosis ,healthcare management, mobile technologies

ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ЎРТАСИДА СИЛГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАРДА МОБИЛ ТЕХНОЛОГИЯНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИ

Алиев А. В.

Азарбайжон Тиббиёт Универтситети, Боку шаҳри, Азарбайжон.

✓ ***Резюме,***

Мақолада электрон соғлиқни сақлаш концепцияси амалий мисолларда баъзи бир мобил технологиялардан фойдаланилади. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги билимларни бошқариш учун мобил иловаларнинг таснифи, сил касаллиги Соғлиқни сақлаш тизимида, баъзи ўтмишдаги таҳлилларга асосланган. Жаҳон Соғликни сақлаш Ташкилотининг биринчи глобал вазирлар конференциясида (17.17.11.2017) Москва деклорациясига кўра, жаҳон ҳамжамияти томонидан мувофиқлаштирилган сайи-ҳаракатларга қарамай, сил касаллиги бошқа барча юқумли касалликларга қараганда кўпрок ҳаёкечиради.

Калит сўзлар: сил каллиги, соғликни сақлаш тизими, мобил технологиялар

Актуальность

Согласно Московской Декларации по ликвидации туберкулеза, принятой в рамках Первой глобальной министерской конференции ВОЗ (17-17.11.2017), не смотря на согласованные усилия мировой общественности, туберкулез, включая МЛУ формы, уносит больше жизней, чем любое другое инфекционное заболевание во всем мире [1, 2, 5, 6]. Анализируя проблемы и барьеры в улучшении показателей выявления туберкулеза, и все дальнейшее ухудшение ситуации с МЛУ во всем мире, ученые-фтизиатры пришли к выводу, что краеугольным камнем является запоздалое выявление очага инфекции и невозможность контроля выполнения режима лечения амбулаторных больных. Недостаточность финансирования и кадрового обеспечения, особенно в сельской местности, обостряет ситуацию [1, 2, 4, 7, 15]. Данная проблема особенно остро стоит в малонаселенных, удаленных селениях, в труднодоступных высокогорных районах, жарких саваннах (например, в Кении, Африке), тропических лесах (например, Индии, Таиланда, Аргентины и т.д.) или суровых, холодных климатических зонах (например, России, США и Канады). Поскольку, в таких населенных пунктах, как правило, уровень жизни и социальные условия крайне тяжелы, создание лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) не рентабельны, и трудности связи пациента с центральными ЛПУ крайне сложны [3, 4, 8, 9, 23, 25, 26, 27, 28].

Однако, в начале XXI века, с развитием информационно-коммуникационных технологий, мобильных технологий, созданием ноутбуков, нэтбуков и карманных персональных компьютеров, а также смартфонов открылись новые горизонты в улучшении виртуального контакта как между высококвалифицированными врачами центральных стационарных ЛПУ и медперсоналом первичных ЛПУ на окраинах, и удаленных населенных пунктах [4, 10, 11, 12, 13].

Ряд авторов многолетними наблюдениями установили, что возраст, пол, этническая принадлежность, социально-экономический статус, уровень образования, семейное положение, основы культуры и религиозные убеждения - все эти факторы не помогают идентифицировать тех, кто будет или уже стал неисполнительным пациентом. Неожиданные посещения на дому и подсчет таблеток установили, что регулярные приходы в ЛПУ на местах не служат доказательством аккуратного приема больными таблеток. Единственным достоверным фактом аккуратного исполнения пациентом назначений и рекомендаций врача, является непосредственное принятие таблеток перед камерой [1, 4, 6, 14, 16, 17, 18, 24].

Цель. мобильные технологии как эффективный инструмент организации противотуберкулёзной работы в сельской местности.

Задача. По нашему мнению создание условий для прямого наблюдения высококвалифицированного врача-фтизиатра в процессе принятия лекарственных препаратов пациентом в удалённых населенных пунктах, может оказаться очень эффективным инструментом здравоохранения.

Создание мобильных технологий голосовой связи (сотовых телефонов), текстовых сообщений (SMS), видеосвязи (видеофонов, Skype) и наконец, комплексной связи голосовой, текстовой и видео-информации (WhatsApp) значительно облегчили контакт врача в центре с пациентами в удаленных населенных пунктах. Такая тенденция заложила основу создания нового, так называемого "мобильного здравоохранения" (mHealth) в развитых странах. Наряду с другими направлениями организации здравоохранения, фтизиатрическая служба также, получила большой импульс развития, что тесно связано с созданием и развитием мобильных технологий Skype, SMS и Whats App [4, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 26]. Анализ существующих научных работ по применению мобильной технологии в противотуберкулёзных мероприятиях показывает что, основным ареалом являются пациенты в малонаселенных селениях, удаленных от городов, труднодоступных, высокогорных или тропических зонах, каковым является также удаленные, малонаселенные горные селения северных районов Азербайджана [4, 5, 6, 7].

Глобально, мобильные телефоны достигли широкой доступности и приложения мобильного телефона стали все более и более распространенными среди пользователей. Число связанных со здравоохранением приложений, которые были основаны на двух ведущих платформах (iOS и Android) в 2014г., достигло больше чем 100 тысяч. Однако, представляет большой интерес установление научно обоснованных доказательств относительно эффективности приложений мобильного телефона в изменении поведения людей касательно своего здоровья [4, 5, 6, 22, 25, 26, 27].

Наши результаты анализа существующей научно-медицинской информации по применению мобильной технологии в здравоохранении доказывает их эффективность связанных со здоровьем приложений. Большая выборка, высококачественных научных исследований статистики улучшения качества отдельных направлений здравоохранения носят эпизодический характер, результаты выдвигают на первый план существенную возможность воздействовать на поведение пациента, его склонности выполнения режима лечения. Ввиду высокой стоимости мобильной технологии пока лишь развитые страны имеют финансовые возможности широкого внедрения, страны же с низким национальным доходом пока лишь пилотными проектами ведущих научных фондов применяют данные новшества в крайне редко [4, 6, 7].

Существенные достижения имеются в улучшении качества фтизиатрической службы в развитых странах ЕС, США, Канады, Австралии и др. [1, 2, 9, 11, 14, 29].

Технология SMS - сообщений. Первые работы по применению мобильных технологий в улучшении качества фтизиатрической работы касаются использования коротких текстовых сообщений (SMS) в сотовых телефонах. Однако, публикаций по использования коротких текстовых сообщений в лечении ТБ-больных крайне скудны.

Использование обмена текстовыми сообщениями или так называемыми "краткого сообщения" (SMS) было применено в различных областях организации здравоохранения [4, 6, 14, 19]. Однако, немного исследователей сообщили относительно научно обоснованного объяснения процесса применения SMS [21, 22]. Кроме того, хотя SMS являлся многообещающим инструментом для улучшения фтизиатрической службы, было несколько исследований, применяющее это к управлению противотуберкулёзных мероприятий [4, 19, 21, 30].

Во-первых, SMS функция мобильного телефона более экономична, чем телефонный звонок. Во-вторых, SMS - сообщение может быть послано, сохранено, восстановлено, и доступно всем пользователям мобильного телефона [4, 21]. В-третьих, предоставление информации через SMS значительно эффективно по сравнению с бумажным обменом. В-четвертых, можно выбрать стиль, язык, и длину текста [4, 21, 22, 26]. Однако, много исследователей, врачей-фтизиатров использовали SMS, чтобы послать напоминания пациенту режим приёма лекарств, но меньше описали в своих научных трудах использование ее интерактивной функции, описания стадии совместного процесса [21, 22].

Исходя из нашей врачебной практики, большим достоинством применения SMS - сообщения между врачом-фтизиатром и амбулаторными пациентами в удаленных селениях позволяет за короткий временной отрезок отправить сотни одинаковых текстовых сообщений, по схеме приведенной ниже на рис.1.

Таким образом, из обзора работ по использованию SMS - сообщений следует, что данную технологию следует стандартизировать специально для противотуберкулёзных мероприятий, с учетом потребностей местного сообщества. Процесс использования SMS-сообщений должен быть гибким, приемлемым для графика лечения большого числа пациентов. Помимо этого, следует адаптировать SMS-сообщения для тренинга медперсонала первичных ЛПУ, в удаленных, горных селениях в осенне-зимний период. Врач-фтизиатр готовит трафарет SMS-сообщения с ответами на часто задаваемые вопросы пациентов и медперсонала.

Технологии видео-DOT: Skype и WhatsApp [4, 6, 7, 12, 16]. Туберкулез можно эффективно лечить антибиотиками, лечение как правило занимает 6 месяцев, и может продолжаться до 24 месяцев для паци-



Рис. 1. Компоненты SMS - технологии связи между врачом-фтизиатром и пациентами удаленных селений.

ентов с МЛУ. Кроме того крайне важно соблюдение режима лечения, чтобы избежать повторного заражения, и появления устойчивости к препаратам. Всемирная организация здравоохранения рекомендует прямую (непосредственно) наблюдаемую терапию (DOT) как важную составляющую ухода за больными, чтобы гарантировать лечение и остановить распространение инфекции окружающим и устойчивость к лекарству. DOT - сосредоточенный пациентом подход к лечению, в котором пациенты наблюдаются, глотая каждую дозу лечения anti-TB, и предназначен, чтобы максимизировать вероятность завершения терапии. Это может быть обеспечено в доме пациента, первичной ЛПУ, или другом взаимно согласованном месте, например в DOT-кабинете [4, 7, 12, 24, 26, 27, 29].

Как правило, медицинское законодательство предусматривает распределение ресурсов для DOT. Однако, в странах с малым национальным доходом ресурсы для услуг бывают весьма ограниченными, и DOT не возможно организовать для всех пациентов. Хотя, исследования показали, что DOT очень эффективна при достижении высокой приверженности к лечению, особенно когда забота индивидуализирована. DOT особенно ограниченна для пациентов, живущих в удаленных, малонаселенных, высокогорных селениях. В таких случаях необходимые лекарства заранее доставляются в места проживания больных с МЛУ [4].

В таких случаях врачи-фтизиатры и клиницисты решили использовать мобильную технологию Skype и WhatsApp (mHealth), для визуального контроля соблюдения режима лечения и своевременного и точного принятия лекарственных средств [4, 24, 26]. Для этого используется либо PC, Notebook или Netbook со Skype или смартфон с системой Android. Это позволяет врачу на видеомониторе дистанционно наблюдать пациентов, берущих лекарства. На сегодня мало

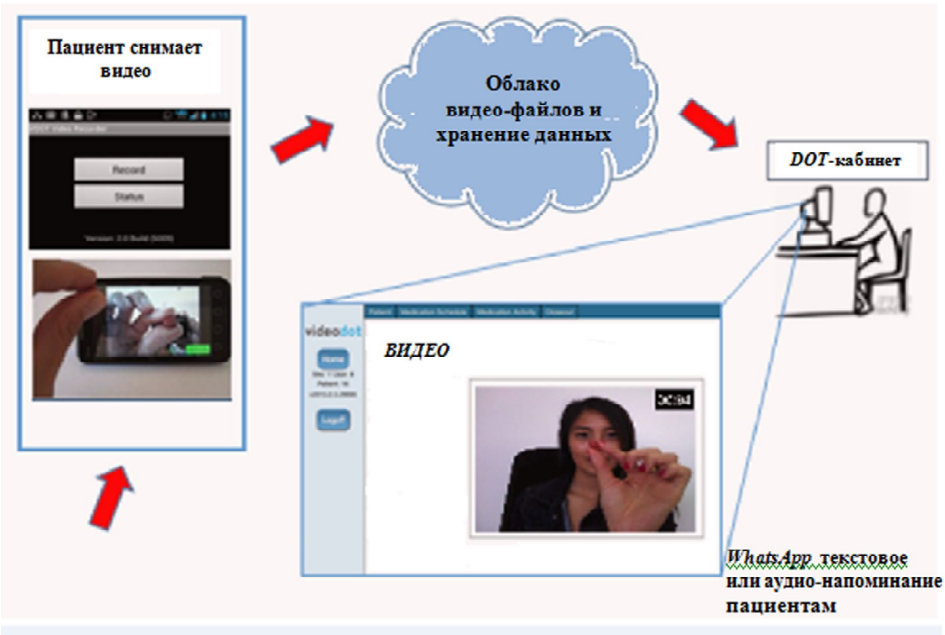


Рис. 2. Прямое наблюдение процесса лечения по системе видео-DOT.

научных статей посвященных видео-DOT. Существующие работы включают технико-экономическое обоснование реализации видео-DOT, например, в Кении [25] и США [24, 26].

На рис. 2. показана схема прямого видео наблюдения процесса лечения по системе video-DOT.

Резюмируя вышеприведенные материалы по video-DOT можно заключить, что используя возможности мобильных технологий Skype и Whats App можно визуально наблюдать за процессом лечения удаленного пациента. Прямо наблюдаемая терапия и строгое соблюдение приема лекарственных средств позволяет значительно повысить эффективность противотуберкулёзных мероприятий в малонаселенных, горных сельских районах.

Из анализа данных доступной научно-медицинской литературы следует, что в настоящее время недостаточно научно-исследовательских работ, посвященных научному обоснованию организации специализированной фтизиатрической помощи для повышения эффективности противотуберкулёзных мероприятий в сельских районах. Имеются лишь единичные исследования по улучшению противотуберкулёзной работы в малонаселенных сельских районах. Кроме того, в этих работах не предлагаются пути модернизации противотуберкулёзной службы.

Недостаточно изучены факторы риска, оказывающие влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в сельской местности. Вообще не исследованы демографические, медицинские и сезонные факторы, влияющие на заболеваемость и смертность больных в сельских районах многих стран, а также и Азербайджана с горным рельефом и малой плотностью населения.

Вместе с тем, за прошедшее время появились новые средства антибактериальной и патогенетической терапии, современные методы обследования и диагностики заболевания (например, гибкая и жесткая бронхоскопия, и др.), изменилась система наблюдения за больными туберкулезом.

Заключение

В условиях реорганизации фтизиатрической службы анализ данных научно-медицинской литературы об организации противотуберкулёзных мероприятий является актуальным. Стратегии по борьбе с туберкулезом пока не достигли запланированных показателей по выявлению и лечению больных. Как следует из обзора литературы, в современных подходах к лечению заболевания имеется несколько тенденций, обусловленных современными особенностями течения этой болезни (в том числе, рост иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекция и другие сопутствующие болезни), внедрением режимов химиотерапии в соответствии с категориями больных, значительным удельным весом первичной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. При анализе подходов к профилактике заболевания показано, что в разных странах применяются разные подходы. Химиотерапия признана эффективным и действенным методом, если она осуществляется контролируемо и без пропусков в приеме препаратов. В рамках стратегий - DOTS+ и Stop-TB для диагностики ТБ обязательны такие исследования как посев, культивирование микобактерий и определение чувствительности их к химиопрепаратам. Сегодня в мире имеются значительные достижения в молекулярно-генетической и микробиологической диагностике туберкулеза.

Таким образом, резюмируя состояние изученности проблемы, можно однозначно констатировать, что эпидемия туберкулеза в большинстве стран, как и в Азербайджане, вступает в этап стабилизации. Сейчас во всех странах мира применяются почти одинаковые подходы к выявлению больных, диагностике, лечению и профилактике туберкулеза, что мотивирует к интенсификации научных исследований по разработке новых вакцин, новых противотуберкулезных препаратов, новых стандартных режимов лечения. Приятно отметить, что и в нашей стране начаты работы по внедрению таких новых инновационных технологии, как GENE XPERT, мобильные технологии и т.п., направленные на раннее выявление заболевания и устойчивого наблюдения за пациентом по программе video-DOT.

Однако, адаптация новых инновационных противотуберкулёзных технологий в малонаселенных, горных, труднодоступных населенных пунктах сельских районов все еще остается актуальной проблемой. Данная ситуация еще раз доказывает актуальность проблемы научного обоснования организации специализированной фтизиатрической помощи для повышения эффективности противотуберкулёзных мероприятий в сельских районах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Московская Декларация по Ликвидации Туберкулеза. Первая глобальная министерская конференция ВОЗ "Ликвидировать туберкулез в эпоху устойчивого развития: многосекторальный подход", 16-17.11.2017, Москва, Россия., 9 ст.
2. Vasilyeva I.A., Belilovsky E.M., Borisov S.E., Sterlikov S.A. WHO global tuberculosis reports: compilation and interpretation. Tuberculosis and Lung Diseases. 2017;95(5):7-16. (In Russ.) DOI:10.21292/2075-1230-2017-95-5-7-16
3. Фролов С.В., Фролова М.С. Современные направления телемедицинских технологий // Врач и информационные технологии, 2006, N 1, с.45-52.
4. Aliyev A.V., Chobanov R.A., Sarvarov A.A. The experience of the mobile technology application whatsapp in the organization of video-dot in the high-land villages of the Guba district / VII Annual International Scientific-Practical Conference "Medicine Pressing Questions" & "Satellite Forum on Public health and Healthcare Politics", May 2-3, 2018, Baku, Azerbaijan, p.112
5. Aliyev A.V., Chobanov R.A. Tuberculosis among COPD Patients in Guba City, Azerbaijan // Journal of Tuberculosis Research, 2015, 3, 157-160. doi:10.4236/jtr.2015.34022.
6. Aliyev A.V. Impact on lethal outcome measures to identify and dispensary observation tuberculosis // Problems of biology & medicine (Uzbekistan), 2016, №1 (86), pp. 94-102
7. Aliyev A.V., Chobanov R.A., Abduldayeva A.A. Risk factors affecting the epidemiological situation of tuberculosis, clinical and epidemiological features of pulmonary tuberculosis in rural areas. Literature review // Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan, 2016, №1 (39), pp. 20-24
8. Atun R., Mohan A. Uses and benefits of SMS in healthcare delivery. London, Imperial College London, 2005, 189p.
9. Denkinger C., Grenier J, Stratis A., et al. Mobile health to improve tuberculosis care and control: a call worth making // Int. J Tuberc. Lung Dis. 2013, v.17, N 6, pp.719-727.
10. Holtz B., Whitten P. Managing asthma with mobile phones: a feasibility study // Telemed Journal and eHealth, 2009, v.15, N 9, pp.907-909.
11. Jensen S.G., Olsen N.W., Seersholm N., et al. Screening for TB by sputum culture in high-risk groups in Copenhagen, Denmark: a novel and promising approach // Thorax, 2015, v.70, pp.979-983.
12. Krueger K., Ruby D., Cooley P., Montoya B., et al. Videophone utilization as an alternative to directly observed therapy for

tuberculosis. // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2010, v.14, N 6, pp.779-781.
13. Martins H., Jones M. What's so different about mobile information communication technologies (MICTs) for clinical work practices? A review of selected pilot studies. // Health Informatics Journal, 2005, v.11, N 2, pp.123-134.
14. Patrick K. Health and the mobile phone // American Journal of Preventive Medicine, 2008, v.35, N 2, pp.177-181.
15. Ryan D. Mobile phone technology in the management of asthma // Journal of Telemedicine and Telecare,2005, v.11, Suppl 1, pp.43-46.
16. Swendeman Dallas. Patient/client engagement and activation using smartphone apps, text-messaging, interactive voice response, and mobile/web case management platforms // Journal of Mobile Technologies in Medicine, 2014, v.3, N 1S, pp.5-10.
17. Jing Zhao, Becky Freeman, Mu Li. Can Mobile Phone Apps Influence People's Health Behavior Change? An Evidence Review // Journal of Medical Internet Research, 2016, v.18, N 11, pp.287-290.
18. Cole-Lewis H., Kershaw T. Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management // Epidemiol. Rev., 2010, v.32, pp.56-69.
19. Fjeldsoe B.S., Marshall A.L., Miller Y.D. Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service // Am. J. Prev. Med., 2009, v.36, pp.165-173.
20. Barclay E. Text messages could hasten tuberculosis drug compliance // Lancet, 2009, v.373, pp.15-16.
21. Mohammed S., Siddiqi O., Ali O., et al. User engagement with and attitudes towards an interactive SMS reminder system for patients with tuberculosis // J. Telemed. Telecare, 2012, v.18, pp.404-408.
22. Gold J., Lim M., Hellard M., Hocking J., Keogh L. What's in a message? Delivering sexual health promotion to young people in Australia via text messaging // BMC Public Health, 2010,v.10, p.792.
23. Kunawararak P., Pongpanich S., Chantawong S., et al. Tuberculosis treatment with mobile-phone medication reminders in northern Thailand // Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health, 2011, v.42, pp.1444-1451.
24. Garfein R., Collins K., Munoz F., et al. Feasibility of tuberculosis treatment monitoring by video directly observed therapy: a binational pilot study // Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2015, v.19, N 9, pp.1057-1064.
25. Hoffman J.A., Cunningham J.R., Suleh A.J., et al. Mobile direct observation treatment for tuberculosis patients: a technical feasibility pilot using mobile phones in Nairobi, Kenya // Am. J. Prev. Med., 2010, v.39, N 1, pp.78-80.
26. Garfein R., Collins K., Munoz F., et al. High Tuberculosis Treatment Adherence Obtained Using Mobile Phones for Video Directly Observed Therapy: Results of a Binational Pilot Study // J. Mob. Technol. Med., 2012, v.1, p.30.
27. Won-Jae Yi, Saniie J. Patient Centered Real-Time Mobile Health Monitoring System // E-Health Telecommunication Systems and Networks, Vol.5 No.4, December 2016, pp. 75-94. DOI: 10.4236/etsn.2016.54007
28. Rahman S., Ahmed S. To Assess the Tuberculosis Situation in Urban and Rural Areas of Bangladesh with Special Emphasis on the Facility of Treatment Scenarios // Public Health Research, Vol.7, No.3, 2017, pp. 73-77. doi:10.5923/j.phr.20170703.03
29. Kobrinskii B.A. E-Health and telemedicine: Current state and future steps // E-Health Telecommunication Systems and Networks, 4, pp. 50-56. DOI: 10.4236/etsn.2014.34007
30. Sherstneva T.V., Skornyakov S.N., Podgaeva V.A., Sherstnev S.V., Tsvetkov A.I. Multidisciplinary approach to supporting treatment compliance in tuberculosis patients // Tuberculosis and Lung Diseases. 2017;95(1):34-41. (In Russ.) DOI:10.21292/2075-1230-2017-95-1-34-41

Поступила 21.02. 2019

УДК 618.39:616-02

ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ И НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ашурова Н.Г., Нематов А.А., Хайдарова Ф.А.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В данной статье приводятся данные исследований по репродуктивным потерям, как невынашивание и неразвивающая беременность, которая является одним из основных показателей неблагополучия репродуктивной системы человека, в структуре причин, которого один из ведущих мест занимает микроэлементозы, характеризующийся дефицитом эссенциальных микроэлементов с одновременным повышением концентрации токсических.

Ключевые слова: микроэлементы, беременность, токсические элементы

MUDDATIGA YETMAGAN VA RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIKNING SABABLARI

Ashurova N.G., Nematov A.A., Xaydarova F.A.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Ushbu maqola reproduktiv yo'qotishlar, masalan, homiladorlikning muddatiga etmaganligi va rivojlanmaganligi, bu reproduktiv tizimning inson farovonligining asosiy ko'rsatkichlaridan biri bo'lib, uning sabablari tarkibida toksik moddalar kontsentratsiyasining bir vaqtning o'zida o'sishiga olib keladigan muhim elementlarning etishmasligi, jumladan essential mikroelementlar tanqisligi.

Kalit so'zlar: microelementlar, homiladorlik, toksik elementlar

CAUSES OF NON-BREAKING AND NON-DEVELOPING PREGNANCY

Ashurova N.G., Nematov A.A., Khaidarova F.A.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

This article presents research data on reproductive losses, such as miscarriage and underdeveloped pregnancy, which is one of the main indicators of human reproductive system distress, in the structure of the causes, which one of the leading places is microelementoses, characterized by a deficiency of essential trace elements with a simultaneous increase in toxic concentrations.

Key words: trace elements, pregnancy, toxic elements

Актуальность

Давно известно, что многие болезни связаны с недостаточностью поступления и содержания в организме определенных микроэлементов (МЭ). Так, многие эссенциальные МЭ являются каталитическими центрами наиважнейших ферментов. В литературе имеются единичные данные о влиянии отдельных микроэлементов в развитии репродуктивных нарушений. Учитывая важную роль МЭ в жизнедеятельности клетки, можно предположить, что развивающийся дисбаланс спектра жизненноважных МЭ будет способствовать нарушению равновесия в "гипоталамо-гипофизарно-яичниковой" системе и изменению активности многих ферментных систем, ответственных за процессами овуляции и зачатия. Важно отметить, на сегодняшний день в Республике Узбекистан действует закон "О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения" [2,3,4].

Известно, что микроэлементы являются составляющей частью практически всех энзимных процессов. На огромном количестве примеров установлено, что большинство соматических, нервных, инфекционных и других заболеваний сопровождаются статистически достоверным нарушением оптимальной концентрации различных МЭ на субклеточном, клеточном, и органном уровнях. Многие эссенциальные МЭ существенно влияют на репродуктивную функцию организма [1]. Так, цинк участвует в формировании чувствительности, факторам оплодотворения, роста, на фоне дефицита цинка может происходить задержка полового развития [10]. Дефицит меди может вызвать у девушек задержку полового созревания, а у женщин бесплодие и снижение полового влечения. Кобальт в сочетании с другими МЭ повышает половую функцию, способствует секреторной регуляции гормонов гипоталамуса, гипофиза, надпочечной и половой желез. Недостаток селена приводит к довольно ранним изменениям в половых органах [8,9]. Железо является составной частью гемоглобина, сложных железобелковых комплексов и ряда ферментов, усиливающих процессы дыхания в клетках. Железо стимулирует кроветворение. При дефиците железа в организме, прежде всего, ухудшается клеточное дыхание, что ведет к дистрофии тканей и органов и нарушению состояния организма еще до развития анемии [5,7]. Марганец оказывает значительное влияние на рост, размножение, кроветворение, вызывает увеличения полихроматофильных нормобластов, эритроцитов, массы циркулирующей крови и уровня гемог-

лобина. Марганец способствует повышению распада тканевых белков и усиливает выведение азота из организма, оказывает выраженное влияние на половое развитие и размножение. Благоприятно воздействуя на плод, марганец улучшает его физическое развитие. Снижение количества марганца в организме приводит к выкидышам, увеличению частоты мертворождаемости [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение роли микроэлементов в формировании плода и течения беременности, а также в развитии репродуктивных потерь, как невынашивание и неразвивающая беременность.

Материал и методы

Под наблюдением находились 56 женщин с диагнозом неразвивающая беременность и отягощённый акушерский анамнез (привычное невынашивание и/или недонашивание) и 20 "условно" здоровых женщин фертильного возраста.

Средний возраст обследуемых составило 25,3 лет. Жительниц города были 48,3%, села -51,7%. По профессии: служащие - 23,7%, рабочие- 27,1%, студентки -23,7%, домохозяйки -25,4%.

Исследование МЭ состава крови осуществлялось в Республиканском научно-исследовательском Центре Криминалистики. МЭ состав подготовленных образцов определялся на приборе AT 7500 a (Agilent 7500 a. inductively Coupled Plasma Mass Spectrometer, Япония) методом количественного эмиссионного спектрального анализа: газ - носитель аргон, мощность 1310 Вт, время интегрирования 0,1 с.

Результаты и обсуждения

Исследования показали, что репродуктивные потери в сочетании с экстрагенитальной патологией имело место в 68,3% случаях: анемия - 48,4%, эндокринные заболевания -24%, заболевания мочевыводящих путей -13,9%, печени - 7,5%, патология органов верхних дыхательных путей - 4,1%, другие -1,3%. Гинекологическими заболеваниями страдали 30,6% женщин: из них кольпитом -12,5%, эндометритом - 7,8%, аднекситом - 2,2%, эрозией шейки матки - 5,8%, киста яичника зарегистрировано в -2,2% случаев.

Синдромом поликистозных яичников диагностирована у 15,8% обследуемых. У 19,2% женщин с репродуктивными потерями в анамнезе имело место различные расстройства менструальной функции.

Результаты исследований по микроэлементому статусу крови обследуемых женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Микроэлементный статус у здоровых женщин и у женщин с репродуктивными потерями (мкг,%)

МЭ	Здоровые женщины, n=20		Женщины с репродуктивными потерями, n= 56	
	Сыворотка крови	Эритроциты	Сыворотка крови	Эритроциты
Эссенциальные микроэлементы				
Cr	71,8	84,8	68,3	66,7
Mn	17,4	32,4	11,2	21,7
Fe	142,4	74671	102,7	56072
Co	8,4	26,3	6,6	19,6
Cu	152,6	164,7	186,3	148,3
Zn	154,6	942	106,5	465,2
Se	8,1	24,4	5,1	16,7
Mo	1,3	2,1	1,1	1,8
I	14,8	37,4	9,6	23,6
Токсичные микроэлементы				
Be	0,76	0,36	0,80	0,37
Al	448	434	467	471
Cd	30,6	31,9	34,7	40,3
Hg	0,47	0,4	0,51	0,46
Pb	42,6	38,3	46,5	37,7

Из таблицы 1 видно, что у женщин с репродуктивными потерями наблюдается дефицит ряда эссенциальных МЭ как йод, железо, кобальт, цинк, селен и др. Напротив, уровень токсичных МЭ оказались достоверно выше, чем у здоровых: алюминий, бериллий, ртуть и свинец. У здоровых женщин фертильного возраста средний уровень хрома в сыворотке крови составляет 71 мкг,%, в эритроцитах 84мкг,%. При этом значительное снижение наблюдается у женщин репродуктивными потерями - 68 и 66 мкг,% соответственно. В группе "условно" здоровых женщин распределение марганца в крови имеет следующий характер: в сыворотке крови его средняя концентрация составляет 17 мкг,%, в эритроцитах 32 мкг,%. Хотя такое соотношение сохраняется у женщин с репродуктивными потерями, однако отмечается достоверное снижение по сравнению с аналогичными показателями здоровых - 11и 21 мкг% соответственно.

Более 99% железа в крови приходится на долю эритроцитов. Так, у здоровых женщин его концентрация составляет в сыворотке крови 142 мкг%, в эритроцитах 74671мкг%. У женщин с репродуктивными

потерями данный показатель имел достоверно сниженную концентрацию - 102 и 56072 мкг% соответственно. Снижение концентрации железа в эритроцитах имел прямую связь с показателями красной картины крови: гемоглобином и количеством эритроцитов.

В крови здоровых женщин 1/4 кобальта находиться в эритроцитах. Вероятно, это во-первых свидетельствует о транспортной функции красных клеток, во вторых о необходимости этого биоэлемента в жизнедеятельности эритроцитов. Так в сыворотке крови здоровых женщин средняя концентрация кобальта составляет 8,4 мкг%, в эритроцитах - 263 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями этот показатель равен к 6,6 и 19,6 мкг% соответственно. Однако, при этом его соотношение в этих средах сохраняется (1/4).

Содержание меди в сыворотке крови и в эритроцитах имеет почти одинаковую концентрацию у здоровых женщин - 152 и 164 мкг% соответственно. Однако, у женщин с репродуктивными потерями средний уровень меди в сыворотке крови имеет тенденцию к повышению - 186,3 мкг%, тогда как в эритроцитах наблюдается стойкое снижение - 148 мкг%. Снижение меди в эритроцитах было прямо пропорционально с количеством эритроцитов. Данное положение свидетельствует о несомненной роли меди в эритропоэзе. Более чем 80% цинка крови совпадает на долю его концентрации в эритроцитах. Так, в сыворотке крови у здоровых женщин уровень цинка составляет 154 мкг%, тогда как в эритроцитах его концентрация достигает до 942 мкг,%. У женщин с репродуктивными потерями наблюдается достоверное снижение цинка в крови в целом- 465 и 106 мкг% соответственно. У здоровых женщин 75% селена крови приходится на долю эритроцитов. Так, средняя концентрация селена в сыворотке крови составляет 8,1%, в эритроцитах 24,4%. У женщин с репродуктивными потерями 5,1 и 16,7 мкг% соответственно, что достоверно снижается в обеих средах по сравнению с аналогичными показателями здоровых.

Большая часть йода в крови у здоровых женщин находится в эритроцитах. Так, средний уровень этого биоэлемента в сыворотке крови составляет 14,8 мкг%, в эритроцитах 37,4 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями концентрация йода снижен в крови в целом: 9,6 и 23,6 мкг% соответственно. При этом его соотношение в сыворотке крови и эритроцитах сохраняется. Результаты исследования по токсичным МЭ показали закономерные изменения у женщин с репродуктивными потерями. Так, уровень бериллия у здоровых женщин в сыворотке крови составило в среднем 0,76 мкг%, в эритроцитах 0,36 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями - 0,8 и 0,37 мкг% соответственно, что достоверной разницы нами не выявлено. Концентрация алюминия в крови в сравниваемых группах существенно не отличались. Его концентрация у здоровых женщин в сыворотке крови составляет 448 мкг%, в эритроцитах 434 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями - 467 и 471 мкг% соответственно. Уровень кадмия в крови был достоверно выше у женщин с репродуктивными потерями по сравнению с аналогичными показателями здоровых. Так, у женщин контрольной группы данный показатель в сыворотке крови было 30,6 мкг%, в эритроцитах 31,9 мкг%, тогда как у женщин с репродуктивными потерями уровень кадмия составил - 34,7 и 40,3 мкг% соответственно. Ртуть - наиболее токсичный МЭ, распределение, которого в сыворотке крови и в эритроцитах имел несколько одинаковый характер. Средняя концентрация ртути у здоровых женщин в сыворотке крови составило 0,47 мкг%, в эритроцитах 0,4 мкг%. У женщин с репродуктивными потерями его уровень был несколько выше - 0,51 и 0,46 мкг% соответственно. У женщин с репродуктивными потерями наблюдается повышение уровня свинца в сыворотке крови: 46,5 мкг% у женщин с репродуктивными потерями и 42,6 мкг% у здоровых, тогда как в эритроцитах наблюдается обратная пропорция - 37,7 мкг% и 38,3 мкг% соответственно.

Следовательно, МЭ крови имеют высокие взаимосвязи, как с клиническими, так и с лабораторными показателями у женщин с репродуктивными потерями. Нехватка таких эссенциальных МЭ как йод, железо, селен, цинк, кобальт имеют прямые взаимосвязи с показателями красной крови (Нв, эритроцит). Напротив, у женщин, с репродуктивными потерями имело место повышение уровень таких токсичных МЭ как бериллий, алюминий и ртуть.

Выводы:

1. Репродуктивные потери, как невынашивание и неразвивающая беременность является одним из основных показателей неблагополучия репродуктивной системы человека, в структуре причин, которого один из ведущих мест занимает микроэлементозы, характеризующийся дефицитом эссенциальных микроэлементов с одновременным повышением концентрации токсических.

2. Учитывая, непосредственное влияние МЭ на формирование плода и течение беременности, следовательно на гомеостаз организма в целом, на наш взгляд устранение причин, приводящих к репродуктивным потерям должен базироваться на коррекции микроэлементоза организма, с учётом восполнения организма эссенциальными МЭ и выведением из организма токсичных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авцын, А.П., Микроэлементозы человека / А.П. Авцын, А.А. Жаворонков и др. - /М., Медицина. 1991. - 496 с.
2. Амонов И.И. Микроэлементоз и анемия у беременных в очаге йодного дефицита: Автореф. дис. □ д-ра мед. Наук / И.И. Амонов. - Ташкент, 2005. - 41 с.
3. Джаманаева К.Б. Анемия беременных как фактор риска материнской и перинатальной патологии / К.Б. Джаманаева // Здравоохр. Казахстана. - 2007. - № 10. - С. 31.
4. Амонов И.И. Взаимосвязи микроэлементного состояния крови и плаценты у беременных, страдающих железодефицитной анемией / И.И. Амонов //Педиатрия. - 2003. - Спец. вып. - С. 45-47.
5. Курбанов Д.Д. Взаимосвязь некоторых эссенциальных микроэлементов и гормонов крови у женщин репродуктивного возраста с постовариоэктомическим синдромом. /Д.Д. Курбанов, Т.М. Алиева, Н.С. Кадырова //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - 2007. - №4. - С. 21-23
6. Арипджанова М.Н. Особенности изменения микроэлементного состава в системе мать-плацента-плод при гестозах с синдромом задержки развития плода / М.Н. Арипджанова, Ф.М. Аюпова //Патология - 2003. - №2. - С. 37-40.
7. Бутова Е.А. Клиническая оценка эффективности препарата "Фенюльс" в лечении железодефицитной анемии у беременных / Е.А. Бутова, А.А. Головин, Л.И. Яремчук // Акуш. и гин. - 2005. - №3. - С. 37-39.
8. Paszkowski T. Selenium dependent glutathione peroxidase activity in human follicular fluid / Paszkowski T., Traub A.I., Robinson

S.Y., McMaster D. // Clin. Chim. Acta. - 1995. - Vol. 236, №2. - P.173-180.
9. Zagrodzki P. Selenium status, sex hormones, and thyroid function in young women / Zagrodzki P., Ratajczak R. // J. Biol. Trace Elem. Res. - 2008. - Vol.2, №4. - P. 296-304.
10. Koppelman M.C. Zinc does not acutely suppress prolactin in normal or hyperprolactinemic women / Koppelman M.C., Greenwood V., Sohn J., Deuster P. //J.Clin. Endocrinol. Metab. - 1989. - Vol. 68, № 1. - P. 215-218.

Поступила 02.02. 2019.

УДК 612.397.81

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМУ ЗНАЧЕНИЮ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Гаджиева Я.Г., Алиев А.В.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан.

✓ ***Резюме,***

Холестерин является липидом (жиром), который в основном образован в печени и имеет ключевое значение для нормального функционирования тела. Холестерин поддерживает клеточные мембраны, регулирует проницаемость молекул в клетки, участвует в производстве интимных гормонов (андрогены и эстерогены и жельчи) необходимы для производства ряда других гормонов, важно для метаболизма жирорастворимых витаминов, изоляция (защищает) нервные клетки.

Ключевые слова: холестерин, гиперхолестеринемия, здравоохранения.

MODERN APPROACH TO THE MEDICO-SOCIAL IMPORTANCE OF HYPERCHOLESTERINEMIA FOR PUBLIC HEALTH

Hajiyeva Y.H., Aliyev A.V.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan.

✓ ***Resume,***

Cholesterol is a lipid (fat), which is mainly formed in the liver and is of key importance for the normal functioning of the body. Cholesterol forms and supports cell membranes, regulates the permeability of molecules into cells, participates in the production of sex hormones (androgens and estrogens and bile), is necessary for the production of a number of other hormones, is important for metabolism of fat-soluble vitamins, isolates (protects) nerve cells.

Key words: Cholesterol, hypercholesterinemia ,healthcare

СОҒЛИКДА ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТИББИЙ-СОЦИАЛ АҲАМИЯТИ

Ганжиева Я.Г., Алиева А.В.

Азарбайжон Тиббиёт Универтситети, Боку шаҳри, Азарбайжон.

✓ ***Резюме,***

Холестерин (ёғдир) асосан жигарда ҳосил бўлади ва тананинг нормал ишлаши учун муҳим аҳамиятга эга. холестерин ҳужайра зарядларини шакиллантиради ва қўллаб - қувватлайди, молекуланинг ҳужайраларда ўтказувчанлигини бошқаради, жинсий гормонлар ишлаб чиқаришда иштирок этади (андроген ва эстерогенлар ва сафро, бир қатор бошқа гормонлар ишлаб чиқариш учун зарур), ёғда эрувчи витаминларнинг метаболизми учун муҳим дир, асаб ҳужайраларини изоляция қилади (ҳимоя қилади.)

Калит сўзлар: холестерин, гиперхолестеринимия, соғликни сақлаш

Актуальность

Холестерин — это липид (жир), который в основном образуется в печени и имеет ключевое значение для нормального функционирования организма. Холестерин формирует и поддерживает клеточные мембраны, регулирует проницаемость молекул в клетки, участвует в производстве половых гормонов (андрогенов и эстрогенов и желчи, необходим для производства целого ряда других гормонов, важен для метаболизма жирорастворимых витаминов, изолирует (защищает) нервные клетки. Холестерин переносится в крови специальными веществами (молекулами) - липопротеидами, состоящих из липида к белка. В организме функционируют 3 типа липопротеидов. Один из типов-липопротеидов низкой плотности (LDL) - так называемый "плохой холестерин". LDL переносят холестерин из печени в клетки организма. Если LDL поступает в клетки в большом количестве, то организму наносится серьезный вред, в первую очередь создается риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Обычно в крови содержится 70% LDL. Второй тип - липопротеидов высокой плотности (HDL) - "хороший холестерин" - переносят холестерин из клеток в печень, где расщепляется или выводится из организма. HDL предотвращает развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Третий тип - триглицериды - они являются химическими формами, в комплексе с холестеринами образуют липиды плазмы (или жиры крови). Пищевые калории используются организмам не сразу и в тканях превращаются в триглицериды. При потребности организма триглицериды освобождаются из жировых

клеток и служат источниками энергии. Данный процесс контролируют гормоны [1,2,3,4,5].

Содержание холестеринав крови человека следующее: оптимальный уровень - менее 5 ммоль/л, слетка высокий уровень - 5-6,4 ммоль/л, умеренно высокий уровень - 6,5-7,8 ммоль/л, очень высокий уровень, или гиперхолестеринемия - более 7,8ммоль/л. Высокие уровни холестерина оказывают отягощающее системное воздействие на организм, способствуют развитию разных заболеваний, среди которых выделяются такие грозные сердечно-сосудистые заболевания как атеросклероз, инфаркт, стенокардия, инсульт. Хотя специфичных симптомов гиперхолестеринемии не имеется, но наблюдаются симптомы вызванных ее заболеваний [6,7].

Причинами повышения уровня холестерина в организме многие авторы видят в неадекватном образе жизни большинства людей. Особенно в этом отношении выделяется особенность их пищевого поведения. Такие пищевые продукты как яйца, почки, некоторые морепродукты и другие, содержащие холестерин, не оказывают большого вреда на его уровень в крови. Однако насыщенные жиры, содержащиеся в красном мясе, тортах, колбасах, твердых сырах, сале, мучных кондитерских изделиях, печеньях, сливках и многих других, способствуют повышению уровня холестерина в организме [2,8].

Такую же роль играет низкая физическая активность населения (гиподинамия). Например, среди людей, ведущих малоподвижный образ жизни, как правило имеют высокий уровень LDL и низкий уровень HDL [9,10].

Такая же картина наблюдается среди людей имеющих избыточную массу тела и тем более ожирение. Курение, алкоголь также могут иметь роль в повышении уровня LDL [11,12,13]. Однако по всем этим позициям вопросы остаются открытыми. Нет конкретных данных по содержащим холестерин продуктам и при употреблении какого их количества они нарушают баланс LDL/HDL. Какой уровень физической активности и какими мерами можно ее повысить для предотвращения повышения уровня холестерина. В какой степени табако - алкоголо зависимость может привести к повышению уровня холестерина [5].

По некоторым данным известно, что ряд заболеваний-диабет, гипертензия, высокий уровень триглицеридов, заболевания печени и почек, снижение функции щитовидной железы, вызывают увеличение LDL в крови. И поэтому лечение этих заболеваний приводит к нормализации LDL в крови. Но при этом нет обратных доказательств - не способствует ли повышение уровня LDL плотности формированию этих заболеваний [14,15,16].

Лабораторная диагностика холестерина и осуществляется биохимическим анализом крови в поликлинических и стационарных условиях, т.е. при медицинской обращаемости людей по поводу различных недомоганий и заболеваний [17,18].

Цель. Изучать современный подход к медико-социальному значению гиперхолестеринемии для общественного здоровья.

Задача исследования. Для лечения гиперхолестеринемии рекомендуются выполнение: физических упражнений; употребление большого количества фруктов, овощей, цельного зерна, овса, жира хорошего качества и избегать употребления продуктов с насыщенными жирами; нормальный сон (8 часов в сутки); нормализация массы тела; на употреблять табак и алкоголь [10,19,20].

Однако эти рекомендации столь обширны и малодоступны, что большинство людей их игнорирует. Поэтому по показания врачи прибегают к медикаментозным средствам и первую очередь статинам [12,21,22]. Но их дороговизна ограничивает массовое применение. Вызывает интерес использование для снижения уровня гиперхолестеринемии настоя травы лофанта анисового, который приводит к достоверному снижению уровня холестерина [24]. Следует добавить, что накоплено достаточно данных пилотных исследований, в которых независимыми научными группами изучалось применение препарата "Mertenil" (статинрозувастатин) в дозе 10-40мг/сут. В исследованиях получены данные о высокой гиполопидемической эффективности, переносимости и безопасности этого статина у разных категорий больных, что позволяет рекомендовать его для более широкого клинического использования. Адекватная терапия статинами в соответствии с новыми Европейскими и Российскими рекомендациями позволит чаще достигать целевых уровней ХС ЛПНП, что в конечном счете приведет к снижению частоты повторных сердечно-сосудистых осложнений у больных высокого риска и будет способствовать дальнейшему снижению смертности. Необходимое условие успешной первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний - это длительное применение статинов. Недавний мета-анализ 14 исследований статинов, в том числе симва-статина, показал, что наилучшим предиктором снижения коронарных событий является снижение уровня холестерина LDL. Изучение взаимосвязи уменьшения концентрации холестерина LDL и частоты коронарных инцидентов показало, что снижение холестерина LDL на 1ммоль/л влечет за собой уменьшение риска коронарных событий на 11% в течение первого года терапии, на 24%-на протяжении второго года, на 33% - в течение третьего-пятого годов, на 36% - в шестой и последующий годы [23,25,26,28]. Результаты подобных исследований будут иметь большую практическую ценность. Подобные исследования очень важны и для нашей республики.

В последние годы неизмеримо возросло внимание к семейной гиперхолестеринемие. Семейная гиперхолестеринемия по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) кодируется как Е78.0. Семейная гиперхолестеринемия наследуется по аутосомно-доминантному типу, характеризуется высоким содержанием в плазме крови общего холестерина и LDL, а также развитием в молодом возрасте признаков и симптомов коронарного и системного атеросклероза. Это заболевание также характеризуется внесосудистым отложением холестерина в экстраваскулярных тканях (в виде кожных и сухожильных ксантом, периорбитальных ксантелазм, липоидной дуги роговицы). Семейная гиперхолестеринемия может быть следствием мутаций ряда генов, мутации которых наследуются по доминантному типу и клинически проявляются как в гомо - так и гетерозиготной формах. Общая концентрация холестеринау пациентов с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией (генетические нарушения, наследуемые от одного из родителей), как правило, составляет от 350 до 550 мг/дл, а при гомозиготной форме (генетичес-

кие нарушения, наследуемые от обоих родителей) - от 650 до 1000 мг/дл. Семейная гиперхолестеринемия-одно из наиболее распространенных врожденных метаболических нарушений [27,29,30,32].

Гетерозиготная форма встречается примерно у 1 из 300-500 человек, однако в некоторых популяциях (в США) это соотношение намного выше. Гомозиготная форма встречается достаточно редко-примерно у 1 из 1 млн человек. Поскольку семейная гиперхолестеринемия является результатом генетического нарушения или нарушений, гиперхолестеринемия развивается с детского возраста приводит к раннему развитию ишемической болезни сердца. Особого внимания заслуживают носители гомозиготной семейной гиперхолестеринемии, у которых тяжелая гиперхолестеринемия обычно приводит к выраженному атеросклерозу и сердечно-сосудистых заболеваний в детстве и юности [27].

Одним из ранних симптомов семейной гиперхолестеринемии являются ксантомы (поражения кожи и сухожилий). Обратное развитие этих ксантом затруднено, они чаще удаляются косметически. Специфическим диагностическим признаком семейной гиперхолестеринемии считаются ксантомы сухожилий, среди которых ксантомы ахилловых сухожилий и сухожилий разгибателей пальцев кистей (в области пястно-фаланговых суставов) - наиболее частые и типичные проявления. В редких нетипичных случаях могут быть сложные образования, сходные по виду с липомами (на локтях) [27,31,34].

Семейная гиперхолестеринемия - излечимая болезнь. Для достижения необходимого снижения уровня холестерина LDL на 50% или более необходимо агрессивно с лечение, направленное на снижение липидов. Кроме диеты и изменения стиля жизни, доступны безопасные и эффективные виды медицинского лечения, включая статины и другие липидо-снижающие препараты. Несмотря на распространенность этой болезни и доступность эффективных методов лечения, семейная гиперхолестеринемия остается недостаточно диагностированной и изученной, особенно у детей. По некоторым оценкам, семейная гиперхолестеринемия диагностирована примерно у 20% пациентов, и лишь небольшая часть из них получает надлежащее лечение [27,33]. Обязанностью всех врачей первичной медицинской помощи и соответствующих специалистов является обследование всех детей и взрослых на гиперхолестеринемию, а также назначение лечения пациентам с семейной или тяжелой гиперхолестеринемии. Обследование ближайших родственников пациента с семейной гиперхолестеринемией, включая братьев/сестер, родителей и детей, способствует раннему выявлению и лечению. Длительная лекарственная терапия у пациентов с семейной гиперхолестеринемией значительно снижает или исключает избыточный риск развития ишемической болезни сердца, уменьшая этот риск в общей популяции [35,36,38].

Хотя вышеприведенные данные получены в амбулаторно-стационарных условиях, тем не менее ряд авторов экстраполировали их на население отдельных регионов, что в определенной мере позволяет судить о масштабах распространенности гиперхолестеринемии на популяционном уровне. Известно, что гиперхолестеринемия вместе с артериальной гипертензией и курением входят в число первых 3 самых мощных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [37]. В Киргизии гиперхолестеринемия выше 5,0 ммоль/л отмечена у 23,6% обследованных. С возрастом распространенность гиперхолестеринемии резко увеличивается. Так, если у лиц в возрасте 25-44 лет этот показатель составил 17%, то в возрасте 45-64 лет он возрастал в 2 раза (34,7%). Кроме того, отмечались и гендерные различия; у женщин этот показатель встречается значительно чаще, чем у мужчин (29,9% против 17,5%). Согласно исследованию "Интерэпид" (2012 г.), гиперхолестеринемия регистрировалась у 41,4% жителей и также отмечалось увеличение его распространенности у женщин по сравнению с мужчинами (45,5% против 36,3%) [40]. При этом высокие уровни гиперхолестеринемии присущи и другим странам: по данным Национального института здоровья в США распространенность гиперхолестеринемия составила 25% [39], в России в недавнем исследовании ESSE - 57% [42].

В Индии было показано, что среди женщин (с учетом возраста) распространенность была наибольшей среди сельских жительниц по сравнению с городскими из бедных семей и среднего класса: соответственно 13,5; 27,7 и 37,4% [42]. В Казахстане средний уровень гиперхолестеринемии составил 4,79±0,02 ммоль/л [44]. Имеются данные к по отдельным регионам России. В Адыгеи уровень гиперхолестеринемии среди населения составляет 19,8% [43], в Краснодарском крае - 31,6%, в Рязанской области повышение холестерина выше 5 ммоль/л зарегистрировано у 84,1% обследованных, при этом доля лиц с "более атерогенным" липидным спектром была достоверно выше в сельской популяции - 89,6% против 82,3% горожан. В репрезентативной выборке Новосибирска распространенность холестерина HDL ≤ 34 мг/дл (0,9 ммоль/л) - у 3,5% респондентов в возрасте 25-34 лет и 7,6% 35-44 лет, ТГ≥200 мг/дл (2,3 ммоль/л) - у 6,3% в группе лиц 25-34 лет и 7,4% в группе лиц 35-44 лет [2,46].

Согласно результатам исследования ESSE-Russia, в среднем по 13 регионам страны, включенным в исследование, распространенность повышенного уровня холестерин составляет -57,6%, среди мужчин 58,4%, среди женщин 56,3%; повышенного уровня. Распространенность гиперхолестеринемии факт в свою очередь связана чаще всего с низким и средним уровнем образования, тяжелым физическим трудом и проживанием в сельской местности [43, 45]. Приведенные данные получены преимущественно на клиническом материале, т.е. на популяционном уровне гиперхолестеринемия практически не изучена. В основном это связано, тем, что гиперхолестеринемию можно диагностировать только путем тщательного анализа анамнеза обследуемого и лабораторного биохимического исследования пробы его крови, а это возможно только в амбулаторно-стационарных условиях [47,48]. Лишь в последние годы был предложен портативный прибор, позволяющий в полевых условиях в течение не более одной минуты определить уровень холестерина и его фракций в пальцевой пробе крови, что открывает широкие возможности для популяционных исследований. Однако относительная дороговизна и недостаточное поступление его в практическую сеть пока ограничивают эти возможности [50].

Поэтому до сих не выработаны меры профилактики гиперхолестеринемии на популяционном уров-

не. Ее профилактика осуществляется в рамках программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний[49,52], нередко гиперхолестеринемия рассматривается в качестве биомаркера сердечно-сосудистых заболеваний [51]. В сельских регионах для реализации профилактических программ относительно сердечно-сосудистых заболеваний предлагаются и меры по снижению уровня гиперхолестеринемии путем модификации образа жизни сельского населения [54]. Но как правило, во всех этих программах гиперхолестеринемия рассматривается в качестве независимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно атеросклероза [53].

По мнению многих специалистов для успешной борьбы и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, артериальной гипертонии, сахарного диабета, ожирения и других патологических состояний организма, способствующих глобальному высокому уровню заболеваемости населения мира, росту инвалидности и смертности, в формировании которых большая роль принадлежит гиперхолестеринемии, необходимо рассматривать гиперхолестеринемии как серьезный самостоятельный фактор риска для здоровья [12,54,56]. В аспекте сказанного необходимы широкие исследования по распространенности гиперхолестеринемии в регионах с разными социально-экономическими условиями и национально-этническими особенностями населения, выявлению и оценке факторов риска гиперхолестеринемии, характера пищевого поведения населения, его информированности и приверженности к коррекции гиперхолестеринемии и других социально-гигиенических аспектов гиперхолестеринемии. Результаты этих исследований позволят выработать рациональный комплекс мер профилактики гиперхолестеринемии, что будет способствовать не только снижению уровня распространенности гиперхолестеринемии среди населения, но и позволить ускорить темпы позитивного решения проблемы сердечно-сосудистых заболеваний[49,50, 53,55].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Jacome - Sose V.V., Parks E. J. Fatty acid sources and their fluxes as they contribute to plasma triglyceride concentrations and fatty liver in humans. Curr.Opin.Lipidol. 2014; 25 (3): 213 - 20.
2. Шарухо Г.В., Золотарева М.Ю., Фещенко И.П. "О профилактике неинфекционных заболеваний, связанных с пищевым фактором у населения. Тюменскойобласти"//ЗдравоохраненияРоссийскойФеде- рации 2014, Т.58, №4, С 54-56
3. NordestgaardB.G., VarboA. Triglyceridesandcardiovasculardisease. Lancet 2014; 384(9943): 626-35
4. Salazar M.R., Carbajal H.A., Espeshe W.G., LeivaSisnieguez C.E.,March C.E., Balbin E. et al. Comparison of the abilities of the plasmatriglyceride/high - density lipoprotein cholesterol ratio and the metabolic syndrome to identify insulin resistance. DiabVasc. Dis. Res. 2013; 10 (4): 346 - 52.
5. Петров Н.А., Морозов, С.А., Пак К.К "Холестеринемия и неинфек- ционные заболевания"Н.Новгород 2014, с.216
6. Tenenbaum A., Klempfner R., Fisman E.Z. Hypertriglyceridemia: a too long unfairly neglected major cardiovascular risk factor. Cardiovasc. Diabetol. 2014; 13: 159 - 64.
7. ТитовВ.Н. "Этиологияипатогенезпоследовательногостановления тестовгипертриглицеридемии, гиперхолестеринемиии гипергликеми- мии. Общность этиологических факторов метаболических пандемий и комплексаторная роль апос-III"//Клиническая лабораторная диагнос- тика, 2016, №1, Том 61, с. 4-12
8. Phan B.A., Toth P.P. Dyslipidemia in women: etiology and management. Int. J. Womens Health. 2014; 4 (6): 185 - 94.
9. Brewer H.B., Santamarina - Fojo S.M., Hoeg J.M. Genetic dyslipoproteinemias. Ch. 5. Atheroselerosis and Coronary Artery Disease. Ed. by F.R. Ross. 2006: 69 - 84.
10. Погожева А.В. "Современные подходы к немедикоментозной коррек- циигиперхолестеринемии"//Кардиология-2010, Т.50, №4, с. 86-91.
11. Olsson A.G., S.Plath, Feageman O. et al. Lipoprotein changes and reduction in the incidence of major coronary heart disease events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)// Carculation 2008; 1452-1460
12. Ящин К.Л, Титов В.В., Мазур С.В. "Хронические неинфекционные заболевания и факторы их риска: перспективы профилактики"//Ново- сибирск - 2014, с. 378
13. Махов С.С., Барисов А.А. "Эндокринология"- Ср. Петербург - 2013, с. 432
14. Law M., Wald N., Rudnicka A. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta - analysis. BMJ. - 2013. 326 (7404) 1423
15. Суханов А.В., Денисова Д.В. "Ассоциация уровней липидных фракций с состоянием когнитивных функций в подростковом возрасте"//Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского 2013, Т.92, с. 146-152
16. Кучмин А.Н., Чернов С.А., Тесля А.Н. и др. "Резистентная гиперхолестеринемия в клинической практики: новый взгляд на причины и возможное пути лечения"//Военно-медицинской журнал, 2010, Т.331, №11, с. 25-30
17. Williams R.R., Schumacher M.C., Barlow G.K. et al. Documented need for more effective diagnosis and treatment of familial hypercholesterolemia according to data from 502 heterozygotes in Utah Am J Cardiol 2006: 72: 18D - 24D
18. Смирнов Г.П.,Мальшев П.П."Дифференциальная диагностика высо- кой гиперхолестеринемии"//Атеросклероз и дислипидемии 2012: 2: 36-38
19. Stone NJ. Robinson J. Lichtenstein AH.et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology - American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Carculation 2013
20. Осодчук М.А., Буторова Л.И., Соледенкого К.С., Токмулена Г.М., и др. "Современные подходы к лечению гиперхолестеринемии у больных с ишемической болезнью сердца с сочетании с метаболическим синдромом и хроническим неалкогольным стеатоге- патитом"//Российский кардиологический журнал, 2014, №7, с. 105-109
21. Solijanlahti S., Raininko R., Hyttinen L., Lauerma K., Keto P., Vuorio A.F., Autti T. Statin - treated familial hypercholesterolemia patients with coronary heart disease and pronounced atherosclerosis do not have more brain lesions than healthy controls in later middle age. ActaRadiol. 2011: 48(8): 894 - 9
22. И.В.Кузнецов "Современная стратегия лечения гиперхолестерине- мии"//Scientifik Journal "Science Rise"№3/4(8)2015
23. Зубарева М., Рожкова Т., Горнякова Н., Соловьева Е. и др. "Эффективность, безопасность и переносимость терапии розувастатином у больных очень высокого
сердечно-сосудистого риска с первичной гиперхолестеринемией"//Врач. 2012, №2, с. 61-64
24. Хлебцова Е.Б., Турценков С.С., Байсултанов И.Х., Сорокина А.А. "Воздействие лофанта анисового на гиперхолестенинемию"//Фарма- ция 2014, №8, с. 23-26
25. Нечаева Г.И., Терещенко Ю.В. "Профилактика липидных нарушений"//Лечащий врач - 2010-№7, с. 56-58
26. Schuster H. Barter P., Stender S et al Ettects of switching statins on achievement of lipid goals Measuring Effective Reductions in Cholesterol Using Rosuvastatin Therapy (MERCURY I) study//Am Heart J - 2014: 147:705 - 12
27. Корнева В.А., Кузнецова Т.Ю., Тихова Г.П. "Значение определения липопротеида (А) как дополнительного маркера сердечно-сосудистого риска у пациентов с семейнойгиперхолестеринемией".//Российский кардиологический журнал 2016, №6, с. 45-49
28. Kearly P.Heart Protection Study Collaborative Group. Cost - effectiveness of simvastatin in people at different levels of vascular disease risk: economic analysis of a randomized trial in 20536 individuals//Lancet. 2009 365: 1779 - 1785
29. В.В.Кухарчук, П.П.Малышев, А.Н.Мешков "Семейная гиперхолес- теренемия: современные аспекты диагностики, профилактики и тера- пии"//Кардиология 1, 2009
30. Bos S, Duvekot MH, Touw - Blommesteijn AC, et al. Lipoprotein (a) levels are not associated with carotid plaques and carotid intima media thickness in statin- treated patients with familial hypercholesterolemia. Atherosclerosis. 2015 Jul 14; 242(1): 226 - 9

31. Kassner U, Schlabs T, Rosada A, et al. Lipoprotein (a) - An independent causal risk factor for cardiovascular disease and current therapeutic options. Atheroscler Suppl. 2015 May; 18: 263 - 7.
32. Koivisto U.-M., Turtola H., Aalto-Setala K. et al. The familial hypercho- lesterolemia(FH) - North Karelia mutation of the low density lipoprotein receptor gene deletes seven nucleotides of exon 6 and is a common cause of FH in Finland//J.Clin. Invest. 2011, V.90,№1, P. 219-228.
33. Mabuchi H., Miyamoto S., Ueda K., Oota M., Takegoshi T., Wakasugi T. et al. Causes of death in patients with familial hypercholesterolemia. Atherosclerosis. 2012, 61 (1): 1-6.
34. Wiegman A, Gidding SS, Watts GF, et al. European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment. Eur Heart J. 2015; May 25: 1 - 17.
35. Nordestgaard BG, Chapman MJ. Ray K, et al. European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Lipoprotein (a) as cardiovascular risk factor: Current status. Eur. Heart J. 2010; 31: 2844 - 53.
36. РожковаТ.А., МальшевП.П., ЗубареваМ.Ю. идр. "Семейная гиперхолестеринемия и раннее развитие атеросклероза коронарных артерий у пациентки 34 лет"//Кардиология -2015, Т.55, №3, с. 115-120
37. Stone N.J., Robinson J.G., Lichtenstein A. H. et al. 2013 ACC/ AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce athcrosclerotic cardiovascular risk in aduits: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 129 (suppl 2): S1-45
38. Hopkins PN, Toth HH, Ballantyne CM, Rader DJ, Familial Hypercholesterolemias: prevalence, genetics, diagnosis and screening recommendations from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J ClinLipidol. - 2011; 5 (3 suppl): S9-17.
39. Lioyd - JonesD., AdamsR., CarnethonM. etal. Fleart disease and stroke statistics - 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2009; 119 (3): 480 - 486.
40. ПолупановА.Г., ХалматовА.Н., АлтымышеваА.Т. идр. "Распространенность сердечно-сосудистых факторов риска среди жителей Кыргызской Республики трудоспособного возраста (по данным международного исследования "ИНТЕРЭПИД") Часть III. Распространенность метаболических факторов риска Центрально- азиатский медицинский журнал 2013, 4: 213-220
41. Mohan I, Gupta R, Misra A, Sharma KK, Agrawal A, Vikram NK, et al. Disparities in Prevalence of Cardiometablic Risk Factors in Rural, Urban - Poor, and Urban - Middle Class Women in India. J Plos One. 2016; 11 (2): e 0149437.
42. Muromiseva G. A., Kontsevaya A. V., Konstantinov V. V. et al. The prevalence of non - infectious diseases risk factors in Russian population in 2012 - 2013 years. The results of FCVD - RF. Cardiovascular Therapy and Prevention 2014: 13 (6): 4-11. Russian.
43. И.В.Самородская, Е.В.Болотова, Ю.К.Тимофеева "Распространен- ность факторов риска и программы профилактики сердечно- сосудистых заболеваний среди сельского населения"//Профилак- тическая медицина 6, 2016, ст.21-25
44. БеркинбаевС.Ф., МусагалиеваА.Т., идр. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди сельского населения по данным скрининга 2014//Проф. мед. №3, с. 54-57
45. С.А.Бойцов, А.Д.Деев, С.А.Шальнова "Смертность и факторы риска развития неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз"//Терапевтический архив 01, 2017, ст. 5-13
46. М.И.Воевода, Н.А.Ковалькова, Ю.И.Рагино, Н.Ю.Травникова и др. "Распространенность метаболического синдрома у жителей Новоси- бирска в возрасте от 25 до 45 лет"// Терапевтический архив 10, 2016, ст. 51-56
47. Tall AR, Yvan - Charvet L. Cholesterol, inflammation and innate immunity. Nat Rev Immunol.2015; 15: 104 - 116.
48. Я.Д.Бабинцева, Л.Камон, Д.Чепмен, М.Ломм и др. "Биологическая активность фракций липопротеидов высокой плотности и их роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний"//Терапевтический архив 9, 2016, ст. 111-118
49. Oliveira GB, Avezum A, Roever L, Cardiovascular Disease Burden: Evolving Knowledge of Risk Factors in Myocardial Infarction and Stroke through Population - Based Research and Perspectives in Global Prevention. J Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2015; 13: 2: 32.
50. Rodrigues AL, Ball J, Ski C, Stewart S, Carrington MJ. A systematic review and metaanalysis of primary prevention programmes to improve cardiometabolic risk in non-urban communities. J Preventive medicine 2016, №5, p. 17-26
51. Nicholls SJ, Kritharides L. Lipid biomarkers and cardiovascular risk: which path to take at the fork in the road? J.AmCollCardiol.2015; 65: 1296- 1297.
52. Record NB, Onion DK, Prior RE, Dixon DC, Record SS, et.al. Communitywide cardiovascular disease prevention programs and health outcomes in a rural county, 1970 - 2010.J American Medical Association. 2015; 313(2): 147-155
53. О.И.Афанасьева, Е.А.Пылаева, Е.А.Клесарева и др. "Липопротеид (а), аутоантитела к нему и циркулирующие субпопуляции Т-лимфоцитов как независимые факторы риска атеросклероза коронарных арте- рий"//Терапевтический архив 9, 2016, ст. 31-38
54. Meyer M, Cynthia K, Perry, Jasmin C, Sumrall C, et al. Physical Activity - Related Policy and Environmental Strategies to Prevent Obesity in Rural Communities: A Systematic Review of the Literature, 2002 - 2013. J Prev Chronic Disease. 2016; 1: 7: 13.
55. Pennant M, Davenport C, Bayliss S, Greenheld W, Marshall T, Hyde C. Community programs for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review of the literature. J American journal of Epidemiology. 2015; 172 (5): 501 - 516.
56. Kumar R. Anthropometric and behavioral risk factor for non-communicable diseases: a cluster survey from rural Wardha. Indian Journal of Public Health. 2015; 59(1): 61 - 64.Автор: Амир Вугарович Алиев соискатель кафедры Общественного Здоровья и Организации Здравоохранения, Азербайджанского Медицинского Университета, город Баку, Азербайджан ул. Рашида Бейбутова 93к7 Баку, AZ1022, Азербайджан +994556701359 asalchiksh@mail.ru 998914135090

УДК 616.61-002-008.6-053.2/.6-091

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОЧКАХ ПРИ КАЖДОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Жураева Г.Б., Саидова Л.А., Рамазонова Ш.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Изучены результаты 104 биопсий, полученных от больных с нефротическим синдромом. Материал для исследования был собран течение 2006-2010 гг. Всестороннее клинико-лабораторное обследование проведено у 78 больных. Из них у 58 установлена протеинурическая форма хронического гломерулонефрита. Средний возраст больных составил 24,9+5,2 года. В зависимости от морфологического варианта гломерулонефрита все больные были распределены на 6 групп. Данные корреляционной анализа изученных морфометрических параметрамов и данные рутинных лабораторных исследований позволил создать математическую модель, с помощью которой можно определить морфологическую форму хронического гломерулонефрита. При невозможности проведении биопсии почек для определения морфологической формы хронического гломерулонефрита, протекающего с нефротическом синдромом, врачам нефрологам рекомендуется использовать разработанную математическую модель.

Ключевые слова. Хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, биопсия

NEFROTIK SINDROM BILAN KECHADIGAN XRONIK GLOMERULONEFRITNING HAR BIR MORFOLOGIK SHAKLIDA KLINIK-LABORATOR KO‘RSATKICHLAR VA BUYRAKLARDAGI TUZILMAVIY O‘ZGARISHLAR INDIKATORLARI ORASIDAGI O'ZARO BOG'LIQLIK

Жураева Г.Б., Саидова Л.А., Ramazonova Sh.Sh.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Nefrotik sindromli bemorlardan olingan 104 biopsiya natijalari o'rganildi. Tadqiqot materiallari 2006-2010 yillarda to'plangan. 78 nafar kasalda keng qamrovli klinik va laboratoriya tekshiruvi o'tkazildi. Ularning 58 nafari surunkali glomerulonefritning proteinurik shakliga ega. Bemorlarning o'rtacha yoshi 24,9+5,2 yilni tashkil etdi. Glomerulonefritning morfologik variantiga qarab, barcha bemorlar 6 guruhga bo'lindi. O'rganilayotgan morfometrik parametrlarning korrelyatsion tahlillari va muntazam laboratoriya tadqiqotlari ma'lumotlari matematik modelni yaratishga imkon berdi, bu bilan surunkali glomerulonefritning morfologik ko'rinishi shaklini aniqlash mumkin. Agar buyraklar biopsiyasini bajarish imkoni bo'lmasa, nefrologlarga nefrotik sindrom bilan yuzaga kelgan surunkali glomerulonefritning morfologik shaklini aniqlash uchun ishlab chiqilgan matematik modeldan foydalanish tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: surunkali glomerulonefrit, nefrotik sindrom, biopsiya

CORRELATION INTERRELATION BETWEEN CLINIC-LABORATOR INDICATORS AND STRUCTURAL CHANGES IN KIDNEYS AT EACH MORPHOLOGICAL FORM OF CHRONIC GLOMERULONEFRIT WHICH IS FOLLOWED NEPHROTIC BY THE SYNDROME

Jurayeva G.B., Saidova L.A., Ramazonova Sh.Sh.

Bukhara state medical institute.

✓ ***Resume,***

Results of 104 biopsies received from patients with a nephrotic syndrome are studied. Material for research was built a current of 2006-2010. Comprehensive clinic-laboratory examination is conducted at 78 patients. From them at 58 the proteinuric form of a chronic glomerulonephritis is established. Average age of patients made 24,9+5,2 years. Depending on morphological option of a glomerulonephritis all patients were distributed on 6 groups. Data correlation the analysis of the studied morphometric parametric and data of routine laboratory researches I allowed to create mathematical model by which it is possible to define a morphological form of a chronic glomerulonephritis. At impossibility carrying out a biopsy of kidneys for definition of a morphological form of the chronic glomerulonephritis proceeding with nephrotic a syndrome doctors to nephrologists are recommended to use the developed mathematical model.

Keywords. Chronic glomerulonephritis, a nephrotic syndrome, a biopsy

Актуальность

Прогрессирование хронических заболеваний почек с нарастанием почечной недостаточности является одной из основных проблем в теоретической и практической нефрологии [1,3]. Среди множества хронических заболеваний почек по образному определению Б.И. Шулутко (2002) "Его Величество Гломерулонефрит" занимает особое место. Все достижения иммунологии, генетики, прикладных аспектов патоморфологии конца 20 - начала 21 веков применяются, прежде всего, к гломерулонефриту [4,5] .

Цель. Изучить удельный вес каждой нозологической формы хронического гломерулонефрита, способствующей развитию нефротического синдрома.

Материалы и методы

Были изучены результаты 104 биопсий, полученных от больных с нефротическим синдромом. Диагноз устанавливался на основании результатов комплексного клинико-морфологического обследования больных. Всестороннее клинико-лабораторное обследование проведено у 78 больных (табл. 1). Из них у 58 (74,4%) установлена протеинурическая, у 19 (24,3%) смешанная и у 1 (1,3%) гематурическая форма хронического гломерулонефрита. Больные были преимущественно в возрасте до 35 лет (средний возраст 24,9+5,2 года). Число мужчин и женщин было примерно одинаковым (соответственно 53,4% и 46,6%). У всех больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом на фоне выраженного отека лица, туловища, конечностей вплоть до анасарки наблюдались гипопротеинемия, диспротеинемия (гипоальбуминемия, гиперглобулинемия, гипергамма-2-глобулинемия, гипергаммаглобулинемия), гипергаммалипидемия, гиперхолестеринемия, характерный мочевой осадок (гематурия, лимфоцитурия, цилиндрурия), протеинурия более 3,5 г/сут., гиперфибриногенемия, снижение уровня клубочковой фильтрации.

Таблица 1

Распределение больных ХГн в зависимости от возраста

Форма гломерулонефрита	Возраст, лет								Всего		Итого	%
	До 16		17-35		36-45		46-59					
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж		
Протеинурическая, абс	-	4	26	19	4	3	1	1	31	27	58	74,35
Смешанная, абс	-	1	6	3	4	3	2	-	12	7	19	24,35
Гематурическая, абс	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1,3
Итого, абс, %	1	5	32	22	8	6	3	1	44	34	78	100
	1,3	6,4	41,0	28,2	10,3	7,7	3,8	1,3	56,4	43,6		

Результаты и обсуждения

Нами был проведен корреляционный анализ между изученными морфометрическими параметрами и рутинными лабораторными исследованиями. Оказалось, что между этими показателями существуют прямые и обратные коррелятивные связи. При этом каждая форма ХГн, проявившаяся нефротическим синдромом, имела несколько различных коррелятивных связей. Так, при МпГн между количеством мезангиальных клеток, концентрацией креатинина крови (r=0,65) и уровнем протеинурии (r=0,56) установлена прямая коррелятивная связь. О том, что при МпГн между объемом депозитов и гематурией, а также между плотностью депозитов и протеинурией имеются прямые корреляционные связи, указывают Danielewicz, Wagrowska-Danielewicz (1997, 2001). При ММГн существуют обратные коррелятивные связи между площадью клубочков почки и уровнем общего белка в крови (r=-0,74), протеинурией (r=-0,69), между числом клеток извитых канальцев и содержанием креатинина крови (r=-0,73), между количеством клеток клубочков и уровнем креатинина крови (r=-0,88). Прямые коррелятивные связи существуют между площадью сечения гломерулярных капилляров и скоростью клубочковой фильтрации (r=0,54), числом клеток извитых канальцев и уровнем общего белка крови (r=0,57), между количеством клеток клубочков и числом гиалиновых цилиндров в моче (r=0,56), между сечением экстрагломерулярных капилляров и уровнем общего белка в крови (r=0,63).

При МГн установлена прямая коррелятивная связь между площадью клубочков и уровнем общего белка крови (r=0,65), а между площадью клубочков и скоростью клубочковой фильтрации (r=0,52) так же числом мезангиальных клеток и протеинурией (r=-0,80) обнаружена обратная коррелятивная связь. Такая же направленность наблюдалась между площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем креатинина крови (r=-0,53), между площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем протеинурии (r=-0,52). О наличии коррелятивных связей между площадью клубочков с уровнем белка крови и клубочковой фильтрацией, протеинурией и плотностью депозитов при МГн сообщают и другие авторы (Paraskeva et al., 2001, Danielewicz, Wagrowska-Danielewicz 1997, 2001).

При МкГн обнаружены прямые связи между площадью сечения гломерулярных капилляров и уровнем общего белка крови (r=0,74), числом извитых канальцев почки и уровнем общего белка крови (r=0,62), числом мезангиальных клеток и количеством неизмененных эритроцитов в моче (r=0,56), площадью клеток извитых канальцев почки и уровнем общего белка в крови (r=0,70). Обратные коррелятивные связи установлены между площадью сечения гломерулярных капилляров и количеством неизмененных эритроцитов в моче (r=-0,57), площадью извитых канальцев и уровнем протеинурии (r=-0,53), площадью клеток извитых канальцев и уровнем протеинурии (r=- 0,56), между площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем общего белка в крови (r=-0,79). О наличии коррелятивных связей при МкГн между уровнем креатинина крови и числом клеток, содержащих фермент триптазу, а также между уровнем протеинурии и депозитами, локализованными в базальной мембране сообщают Danielewicz, Wagrowska-Danielewicz (1997, 2001).

При ФибГн прямые корреляционные связи обнаружены между площадью клубочков и уровнем клубочковой фильтрации (r=0,65), уровнем общего белка крови (r=0,51), между площадью сечения гломерулярных капилляров и числом лейкоцитов в моче (r=0,72), площадью клеток извитых канальцев и числом гиалиновых цилиндров в моче (r=0,77). Обратная корреляция зарегистрирована между показателями числа клеток извитых канальцев и уровнем реабсорбции (r=-0,96), а также уровнем общего белка крови (r=-0,51), между числом мезангиальных клеток и клубочковой фильтрацией (r=-0,54), а также уровнем

общего белка крови (r=-0,63), между площадью клеток извитых канальцев и уровнем протеинурии (r=-0,54).

При ФСГГ установлены прямые коррелятивные связи между площадью клубочков и числом эритроцитов в моче (r=0,51), площадью сечения гломерулярных капилляров и числом лейкоцитов моче (r=0,80), а также количеством неизмененных эритроцитов в моче (r=0,57), между площадью сечения извитых канальцев и уровнем общего белка в крови (r=0,59), площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем протеинурии (r=0,55). Обратные коррелятивные связи имели место между площадью клубочков и уровнем общего белка в крови (r=-0,80), числом клеток клубочков и уровнем общего белка в крови (r=-0,81), площадью эпителиальных клеток извитых канальцев и уровнем протеинурии (r=-0,52), площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем общего белка в крови (r=-0,93).

Выводы

Данные корреляционного анализа изученных морфометрических параметрамов и данные рутинных лабораторных исследований позволил создать математическую модель, с помощью которой можно определить морфологическую форму хронического гломерулонефрита. При невозможности проведении биопсии почек для определения морфологической формы хронического гломерулонефрита, протекающего с нефротическом синдромом, врачам нефрологам рекомендуется использовать разработанную математическую модель.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова Т.В. Нейтрофилы при гломерулонефрите /Т.В. Абрамова //Нефрология. - 2005. - №9(2) - С. 9-16.
2. Баринов Э.Ф. Метаболиты арахидоновой кислоты детерминанты паренхиматозно-стромальных отношений в почках в норме и при патологии / Э.Ф. Баринов, О.Н. Сулаева, М.М. Лаш // Нефрология. - 2006. - №3. - С. 14-22.
3. Батракова И.В. Цитостатическая терапия нефротического синдрома с минимальными изменениями у детей и подростков / И.В. Батракова, Н.Д. Савенкова // Нефрология. - 2004. - №2. - С. 98-105.
4. Игнатова М.С. Проблема прогрессирования болезней почек у детей и современные возможности ренопротекции / М.С. Игнатова // Нефрология и диализ. - 2005. - №4. - С. 428-434.
5. Buf-Vereijken P.W.C. Efficacy of a second course of immunosuppressive therapy in patients with membranouse nephropathy and persistent or relapsing disease activity / P.W.C. Buf-Vereijken, J.F.M. Wetzels // Nephrol. Dial. Transplant. - 2004. - №19 - P. 2036-2043.
6. Barletta G.M. Use of mycophenolate mofetil in steroid-dependent and resistant nephrotic syndrome / G.M. Barletta, W.E. Smoyer, T.E. Bunchman et al. //Pediatr. Nephrol. - 2003; - c. 18, 833-837.

Поступила 2.02. 2019.

УДК: 619:616.995.132.6

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ: ОБЗОР

Ибрахимова Х.Р., Облокулов А.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье приводится анализ литературы последних летпосвященных распространенности, структуре заболеваемости и патогенетическим аспектам паразитарных заболеваний у детей. Кроме того, описывается степень встречаемости нематодозов, цестодозов, трематодозов, основы диагностики и профилактики паразитарных инфекций у детей.

Ключевые слова: паразитарные заболевания, гельминты, дети,нематодозы, цестодозы, трематодозы, распространенность, патогенез.

БОЛАЛАРДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПАТОГЕНЕТИК ЖИҲАТЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР: ШАРҲ

Ибрахимова Х.Р., Облокулов А.Р.

Бухоро давлат тиббиёт институти,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

✓ ***Резюме***

Мақолада болаларда кечган паразитар касалликлар тарқалганлиги, касалланиш таркиби ва патогенетик жиҳатларига бағишланган охирги йиллар адабиётлари таҳлили келтирилган. Шунингдек, болаларда нематодозлар, цестодозлар, трематодозлар учраш даражаси, паразитар инфекциялар ташҳиси ва профилактикаси асослари келтирилган.

Калит сўзлар: паразитар касалликлар, гельминтлар, болалар, нематодозлар, цестодозлар, трематодозлар, тарқалганлик, патогенез.

MODERN VIEW ON THE PREVALENCE AND PATHOGENETIC ASPECTS OF PARASITIC DISEASES IN CHILDREN: REVIEW

Ibrakhimova Kh.R., Obloqulov A.R.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article provides an analysis of the literature of recent years on the prevalence, structure of morbidity and pathogenetic aspects of parasitic diseases in children. In addition, it describes the degree of occurrence of nematodes, cestodosis, trematodozov, the basis of diagnosis and prevention of parasitic infections in children.

Key words: parasitic diseases, helminths, children, nematodoses, cestodoses, trematodoses, prevalence, pathogenesis.

Актуальность

В настоящее время одними из факторов, определяющих состояние здоровья населения, являются социально-обусловленные болезни, в том числе протозоонозы и гельминтозы, на долю которых приходится 99% всех паразитарных заболеваний [13, 29].Паразитарные заболевания- группа заболеваний, вызываемых гельминтами и членистоногими. Паразит - организм, живущий за счет другого, который называется "хозяином паразита", и согласующий свою жизнедеятельность с его физиологией.

Несмотря на существование паразитарных заболеваний с древнейших времен, они остаются наиболее распространенными в мире заболеваниями. В настоящее время насчитывается около 50 тыс. видов организмов, ведущих паразитарный образ жизни. Свыше 342 видов гельминтов и 18 простейших вызывают заболевания у людей, в результате чего инвазированность населения достигла 2 млрд. человек. Особенно это касается детей, среди заболевших они составляют более 80%. На долю школьников и детей дошкольного возраста приходится 90-95% всех больных энтеробиозом, 65,1% больных аскаридозом. На сегодняшний день к наиболее массовым паразитарным заболеваниям относятся энтеробиоз (725,83 на 100 тыс.), аскаридоз (158,03 на 100 тыс.) и трихоцефалез (35,44 на 100 тыс. населения).Ежегодно лямблиозом заражается 200 млн., а клинически выраженными формами страдают 500 тыс. человек [5, 7, 31].

Рост заболеваемости гельминтозами в разных странах мираявляется следствием высокого загрязнения-окружающей среды яйцами гельминтов в результате сброса сточных вод, возросшей миграции населения, расширения контакта человека с животными, низкого социально-экономического уровня жизни, ослабления деятельности иммунной системы населения[25].

Интерес к паразитарным заболеваниям огромен: только по проблеме лямблиозной инвазии в 2000-2010 годах, согласно информации Medline, было опубликовано свыше 1320 статей, из них 78 обзорных[18].

Установлено, что дети наиболее уязвимая категория населения в отношении паразитарных инвазий.

Это обусловлено, с одной стороны, более низким уровнем соблюдения санитарно-гигиенических норм, а с другой более интенсивными процессами роста и развития, которые снижаются в условиях паразитарных инфекций. В детском возрасте паразиты нередко являются факторами, способствующими развитию хронических расстройств питания, дисфункций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), интоксикаций, сенсибилизации организма, ослабления деятельности иммунной системы. Мигрирующие личинки гельминтов могут повреждать на своем пути органы и ткани: висцеральные оболочки, глаза, нервную систему. 5-7% личиночных мигрантов попадают в головной мозг, личинки более 30 видов паразитов поражают легочную ткань[7].

Согласно международной классификации болезней - МКБ-10 (ВОЗ, 2007) паразитарные заболевания относятся к 1 классу. Гельминтозы занимают 4-место по степени ущерба, наносимого здоровью населения Земли, после диареи, туберкулеза и ишемической болезни сердца [32].

В зависимости от источника инвазии, путей заражения и факторов передачи все гельминтозы человека делят на 3 основные группы [14]:геогельминтозы-(аскаридоз, трихоцефалез, анкилостомидоз, стронгилоидоз);биогельминтозы(тениаринхоз,тениоз, описторхоз, дифиллоботриоз, клонорхоз, фасциолез, парагонимоз, трихинеллез, эхинококкоз);контагиозные гельминтозы (гименолепидоз, энтеробиоз, в некоторых случаях стронгилоидоз и цистицеркоз).

С учетом биологических особенностей возбудителей гельминтозы делят на 3 основных класса [14]: нематодозы (инвазии круглыми гельминтами): аскаридоз, энтеробиоз, трихоцефалез, анкилостомидозы (анкилостомоз и некатороз), трихинеллез и другие;цестодозы (инвазии ленточными гельминтами): тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз, гименолепидоз, эхинококкоз и другие;трематодозы (вызванные сосальщиками): описторхоз, клонорхоз, фасциолез и другие.

По локализации в организме человека гельминтов классифицируют на кишечные и внекишечные, в том числе тканевые гельминтозы.

В РФ частота инвазированных гельминтозами в среднем достигает 140-200 случаев на 100 тыс. населения, в Дальневосточном федеральном округе 330 случаев на 100 тыс., в Хабаровском крае 130,5-180,3 случаев на 100 тыс. населения. При паразитологическомобследовании 1265 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, проживающих в разных районах Хабаровского края, было выявлено 946 инвазированных детей (86,6% от всех обследованных). Установлено наличие 13 моноинвазий разными гельминтами, 18 микст-инвазий. Наиболее частыми гельминтозами у детей оказались аскаридоз, токсокароз,клонорхоз, причем как в виде моноинвазий, так и в качестве ассоциантов [15].

Старостина О.Ю. и соавт. [22] представили анализ показателей заболеваемости гельминтозами и протозоозами в Омской области РФ. Отсутствовала тенденция к снижению заболеваемости описторхозом, рост серологических показателей пораженности токсокарозом и существование высокого риска формирования микст-паразитозов среди сельского населения.

В группу редкие гельминтозы входят гельминтозы, эндемичные на локальной территории, возбудители которых циркулируют на территории страны. Но из-за биологических преград заражение человека возбудителями происходит редко, а также завозные гельминтозы, возбудители которых не циркулируют на территории РФ из-за отсутствия природно-климатических условий [6].

Материалы по серологической диагностике трихинеллеза у населения Тюменской области РФ свидетельствуют о высокой значимости данного биогельминтоза на всех территориях области, с большей опасностью для населения северных территорий в связи с наличием активных природных очагов[19].

Чистенко Г.Н., Веденьков А.Л. [28] установили, что в структуре паразитарных заболеваний гельминтозы составляли 90,5-94,0%, протозоозы 6,0-8,5%. Суммарный годовой показатель заболеваемости паразитарными болезнями в Беларуси составил 210,32 на 100 тыс. населения.

В Беларуси комплекс природных условий и видовой состав естественных хозяев создают благоприятные условия для существования природных очагов трихинеллеза и определяют эндемичность территории страны по этой инвазии [8, 9].

У больных с синдромом правого подреберья неуточненной этиологии редко выявляют трематоды печени. Проведено паразитологическое обследование 84 больных, из них у 87% выявлен описторхоз, у 3,5% псевдамфистомоз, у 9,5% сочетание описторхоза и псевдамфистомоза. Инструментальные методы обследования помогают выявить косвенные признаки поражения органов гепатобилиарной системы[27].

Исследования, проведенные среди детей дошкольного возраста Восточной Африки, продемонстрировали сильную, прямую корреляцию между анкилостомозом и анемией. У детей в прибрежных районах Кении анемия была связана с инвазией анкилостомами (>200 яиц на 1 г) во всех возрастных группах, у обоих полов, независимо от социально-экономических факторов. В Занзибаре, Танзании, низкие концентрации гемоглобина были связаны с анкилостомозами у детей в возрасте 30-71 месяцев. Важно, что это исследование показало связь между степенью инвазии анкилостомами и показателями дефицита железа (ферритин сыворотки и протопорфирин эритроцитов). В настоящее время проведено значительное количество исследований, которые демонстрируют, как геогельминтозы ухудшают пищевой статус детей [30].

Гельминтозы являются одними из наиболее распространенных заболеваний в Узбекистане, составляя более 90% от общего числа паразитарных заболеваний. Стабильно высоким остается уровень многолетней пораженности населения [23].

Ежегодно в Узбекистане регистрируется более 200 тыс.инвазированных - из 7580703 человек, обследованных на гельминтозы, выявлено 263167 инвазированных (3,5%). По данным исследования, проведенного в Самаркандской области, инвазированность детей в отдельных детских учреждениях составлял более 50%, частота смешанных инвазий 39,6% [17].

Распространенность гельминтов различается по регионам Узбекистана. Энтеробиоз и гименолепидоз распространены повсеместно, как в городской, так и в сельской местности. Очаги аскаридоза регистрируются в горно-предгорных зонах Ферганской, Наманганской и Сурхандарьинской областей, очагом тениаринхоза является Хорезмская область. Узбекистан относится к регионам, эндемичным в отношении эхинококкоза. В отдельных детских дошкольных учреж-

дениях и общеобразовательных школах инвазированность детей Enterobiusvermicularis, Hymenolepisnana, Lambliaintestinalis составлял 30-35%. Анализируя ситуацию по распространенности и клиническим проявлениям паразитозов, можно отметить определенную роль гельминтозов и паразитозов в формировании фоновых состояний у детей [17].

Учитывая отсутствие тенденции снижения заболеваемости паразитозами Кабинет Министров Республики Узбекистан 23 января 2015 года издал Постановление о мерах по профилактике и лечению гельминтозов у детей в Узбекистане на 2015-2018 годы. Документом утвержден план мероприятий по профилактике и лечению гельминтозов стоимостью 9,348 млрд. сумов и 30 тыс. долларов США (средства ЮНИСЕФ).

Мухитдиновым Ш.Т., Жураевой Ф.Р. [16] впервые в Бухарской области Узбекистана изучены показатели пораженности гельминтозами среди детей до 14 лет. Выявлена общая пораженность гельминтозами детей до 14 лет на уровне первичного звена здравоохранения, проведен структурный анализ гельминтоносительства среди детей данного региона.

По мнению исследователей [13, 14, 18] патогенное действие влияния гельминтов на организм детейзаключается в следующем:

- механическое воздействие на слизистые оболочки, которое приводит к поражению ЖКТ;

- токсико-аллергическое воздействие продуктов обмена и выделения гельминтов, которое приводит к развитию аллергических реакций;

- использование питательных веществ организма человека гельминтами, котороеприводить к отставанию в физическом, умственном и психическом развитии, формированию астеновегетативного синдрома;

- миграция их в жизненно важные органы и ткани организма нарушает нормальную функцию организма;

- они способствуют хронизации, удлинению сроков лечения заболеваний, с которыми сочетаются (кишечные инфекции, нарушения биоценоза кишечника, кожные заболевания и другими);

- снижают эффективность прививок, недостигается достаточный защитный уровень иммунного ответа при вакцинации и ревакцинации против столбняка, кори, дифтерии, коклюша;

- гельминтозы сопровождаются неспецифическими клиническими проявлениями: слабость, усталость, раздражительность, нарушение сна, диспепсические явления, замедление роста и прибавки в весе, снижение деятельности иммунной системы;

- уменьшается выработка инсулин-подобного фактора роста и увеличение фактора некроза опухоли-α, а также уменьшение синтеза коллагена, что способствует снижению аппетита, уменьшению процессов всасывания в кишечнике;

- хроническая постоянная микро кровопотеря, в частности из кишечника при анкилостомидозах и через желчные протоки при трематодозах печени, при которых также происходит и потеря с желчью аминокислот.

По мнению Clark H.R. (1995)увеличение распространенности паразитозов, появление скрытой паразитарной инвазии в некоторой степени обусловлено использованием поллютантов в промышленности и попаданием их в организм человека. Красители, консерванты запускают процесс микроинвазии. Для многих паразитов поллютанты являются катализаторами, входящими в метаболический цикл, они могут ускорять размножение определенных паразитов вследствие возникновения взаимного совокупного действия паразитов и поллютантов[18].

Патологическое действие всехпаразитов обусловлено модулирующим влиянием на иммунную системучеловека. Эозинофилия, гиперпродукцияIgE, выбросмедиаторов тучными клетками, гиперсекреция слизи, синтез интерлейкиновявляются защитной реакцией и проявлением мобилизации организма в борьбепротив паразитов.С одной стороныданные исследований демонстрируютобратную взаимосвязь наличия паразитарной инвазии и активностивоспалительного процесса при аллергических заболеваниях. С другойстороны паразиты и продукты их жизнедеятельности являются аллергенами,вызывают воспалительные изменения, оказывают сенсибилизирующее воздействие, что инициирует развитие хронических аллергических заболеваний [21].

Эволюционно феномен аллергической реакциисформировался благодаря молекулярному сходству антигеновпаразитов и антигенов, поступающих в организм извне (пыли, пыльцы,пищевых продуктов), что определяет развитие неспецифической сенсибилизации у инвазированных паразитами[13, 21].

По данным Бодня Е.И., Бодня И.П. [4] характер иммунного ответа, индуцированного гельминтами, определяется их морфологическими и биологическими особенностями (сложность антигенного состава, большие размеры гельминта, определенная цикличность развития). Авторы считают, что приобретенный антипаразитарный иммунитет обусловлено как повышенным полиморфизмом биологических свойств и антигенного состава возбудителя, так и сложными механизмами развития самой иммунной системы, постоянным приспособлением возбудителя, для избегания факторов иммунологической защиты "хозяина".

Задержка роста у детей с геогельминтозами связана с различными механизмами, включая уменьшение потребления нутриентов из-за нарушения всасывания и/или снижения аппетита. Исследование, которое было проведено среди детей северо-востока Бразилии, показало, что в когорте детей в возрасте 2-7 лет при условии гельминтной инвазии в раннем детстве наблюдался дефицит роста 4-6 см в возрасте 7 лет. Установлено, что низкий уровень сывороточного витамина А связан с аскаридозом итрихоцефалезом. Исследование, проведенное в Непале, показало, что распространенность ксерофтальмии (глазные проявления недостаточности витамина А) в 3 раза выше у детей с аскаридозом в возрасте 6-120 месяцев, чем у группы детей, неивазированных аскаридами[14].

Большинство паразитарных болезней имеют хроническое течение,связанное с многолетним присутствием возбудителя в организме больного из-за отсутствия специфического лечения. Большого внимания в современных мегаполисах требуют заболевания, вызываемые личинками гельминтов, несвойственных человеку. Ларвальные инвазии вызываются представителями всех 3 классов гельминтов - нематодами, трематодами и цестодами. Источником инвазии при ларвальных гельминтозах являются дефинитивные хозяева. Человек играет роль промежуточного хозяина, его

эпидемиологическая роль сравнима с ролью животных[4].

Лямблиоз одна из наиболее распространенных паразитарных инвазий. Паразитируя в тонком кишечнике приводят к рецидивирующим или упорным клиническим проявлениям, сочетающим болевые, диспепсические и астеноневротические симптомы. Клинические признаки сходны с таковыми при других вариантах патологии гастродуоденальной зоны, кишечника, желчевыводящих путей, что делает клиническую диагностику практически невозможной[3, 24].

У лиц, инвазированныхStrongyloidesstercoralis, при присоединении ВИЧ-инфекции или при иных состояниях, связанных с иммунодепрессией развиваетсягиперинвазионный синдром, обусловленный гиперпродукцией личинок в кишечнике с последующим тяжелым язвенным поражением кишечника, перфоративным перитонитом, поражением ЦНС, органовдыхания, развитием гипопротеинемии, анемии, менингита с летальностью достигающей до 80% [13].

Исаева Н.С. [10] изучала стоматологическую заболеваемость у детей с нематодозами.Аскаридоз был обнаружен в 38,3%, энтеробиоз в 4,97%,лямблиозв 26,6% случаев. Диагностировались сочетанные паразитарные поражения: аскаридоз и лямблиоз встречался в 22,1%, энтеробиоз илямблиозв 2,7%, аскаридоз и энтеробиоз в 2,2%,аскаридоз, энтеробиоз и лямблиозв 2,98% случаях. Среди детей до 3 лет с нематодозами распространенность кариесавременных зубов составила 27,1%. Десквамативный глоссит встречался в 8,5%, атопическийхейлитв 19,2%, острый герпетический стоматит в 23,4% случаев. На неприятный запах изо ртаребенка жаловались 25,5%, а на ночной бруксизм указывали 40,4% опрошенных родителей.

Широкое распространение паразитарных болезней среди людей и животных способствует интенсивному обсеменению различных объектов окружающей среды яйцами гельминтов. Несоблюдение правил личной гигиены, отсутствие мер профилактики среди людей и животных, обсеменение объектов окружающей среды яйцами и личинками паразитов ведет к увеличению числа случаев паразитарной заболеваемости[1].

В клинике гельминтозов часто преобладают неврологические и вегетативные симптомы, что обусловлено патогенетическими особенностямиинтоксикации.Авторы описывают эффективность антигельминтного средства широкого спектра действия - альбендазол (Вормил). Он ингибировал полимеризацию бета-глобулина, что приводило кнарушению образования цитоплазматических микротубул клеток гельминта[7].

Халафли Х.Н. [26] считает, что в решении проблемы кишечных паразитозов и здоровья детей значение имеет - рационализация подходов комплексного обследования детей на кишечныепаразитозы; оценка масштабов заболеваемости детей кишечными паразитозами; оценка влияния кишечных паразитозов на физическое и психическое развитие детей; выявлениеэпидемиологических закономерностей заболеваемости детей кишечными паразитозами; оценка эффективности комбинаций основных антипаразитарных средств при лечении детей; выработка способов по реабилитации здоровья детей с кишечнымипаразитозами; апробация региональных эпидемиологически обоснованных мер профилактики по снижению риска заражения детей кишечными паразитозами.

Установлено, что ведущим признаком ряда паразитарных поражений легких по данным КТ, МРТ и УЗИ является выявление жидкостного содержимого, перегородчатых структур (эхинококк, цистицеркоз, альвеококк), отсутствие изменений бронхов в зоне поражения, отсутствие или незначительное накопление контрастного вещества в зоне патологии при болюсном усилении (парагонимоз, шистосоматоз, токсоплазмоз, пневмоцистоз). Авторы пришли к выводу, что динамический КТ мониторинг один из ведущих методов в распознавании и дифференциальной диагностике при нетипичных проявлениях паразитарных поражений легких[12].

Проведено ретроспективное исследование для оценки влияния паразитарных болезнейна особенности развития туберкулеза у детей. Более низкий риск развития инфекционных и паразитарных заболеваний у детей, больных туберкулезом, был характерен для девочек. При этом чащеинфекционными и паразитарными болезнями страдали дошкольники, редко дети 12-14 лет сактивным туберкулезом. Вторичные формы туберкулеза чаще регистрировались у детей, не имевших инфекционных и/или паразитарных заболеваний[20].

Ахатовой Г.Х. и соавт. [2]были определены эффективность профилактической работы по снижению гельминтозов у детей, находящихся в детских дошкольных учреждениях.

Козловский А.А. [11] выделяет специфическую и неспецифическую профилактику гельминтозов. Неспецифическая профилактика включает: здоровый образ жизни; соблюдение санитарно-гигиенических навыков в семье, детских учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях; правильная кулинарная обработка пищевых продуктов; употребление только кипяченой, бутилированной, фильтрованной воды; предотвращение фекального загрязнения окружающей среды; правильное содержание домашних животных; раннее выявление больных, своевременное лечение. Специфическая профилактика включает: химиопрофилактику гельминтозов детям из групп риска по заражению, а также детям со стойкой эозинофилией в общем анализе крови (1-2 раза в год, весной и/или осенью).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алёхина Н.А., Соколова Я.О., Исмаилова З.М., Мартынова О.В., Кенембаева А.С. Паразитарная чистота объектов окружающей среды Астраханской области за 2014-2016 годы // Электронный журнал "Концепт". - 2017. - Том 39. - С.2711-2715.
2. Ахатова Г.Х., Назарова У.Х., Турсунова Х.Н. Совершенствование эффективности применения профилактических мероприятий у детей по снижению заболеваемости гельминтозами // Молодой ученый. - 2017. - №16. - С.25-27.
3. Бехтерева М.К., Луппова Н.Е., Корниенко Е.А., Минина С.Н. Рабочий протокол диагностики и лечения лямблиоза у детей // Вопросы детской диетологии. - 2013. - №6. - С.72-76.
4. Бодня Е.И., Бодня И.П. Клинико-иммунологические аспекты паразитарных болезней // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология.- 2007. - №3 (8). - С.26-29.
5. Бодня Е.И. Проблема паразитарных болезней в современных условиях // Сучаснққнфекцқч. - 2009. - №1. - С.41-44.
6. Гузеева М.В. Роль и место редких гельминтозов в паразитарной патологии в России. Автореф. дисс□ на соискание ученой степени к.м.н. - Москва, 2009. - 21 с.

7. Ершова И.Б., Мочалова А.А., Лохматова И.А., Монашова М.Г., Петренко О.В. Неспецифические проявления гельминтозов у детей // Здоровье ребенка. - 2015. - №8 (68). - С.45-50.
8. Жарнова В.В, Кузюта С.Л., Никитин В.Ф. Мероприятия по профилактике нематодозов // Российский паразитологический журнал. - Москва, 2016. - Том 36. - Выпуск 2. - С.217-222.
9. Жарнова В.В., Жмакин Д.А., Никитин В.Ф. Клинико-эпидемиологическая картина трихинеллеза в Гродненской области // Российский паразитологический журнал.- Москва, 2015.-Выпкск 4.- С.38-42.
10. Исаева Н.С. Стоматологическая заболеваемость у детей с гельминтозами (нематодозами) // Бюллетень медицинских Интернет?конференций. - 2013. - Том 3. - №9. - С.1080-1081.
11. Козловский А.А. Гельминтозы у детей Гомельской области / / Медицинские новости. - Минск, 2015. - №6. -С.19-25.
12. Котляров П.М., Егорова Е.В. Дифференциальная диагностика паразитарных заболеваний легких по данным лучевых методов исследования // Пульмонология. - 2016. - №26 (4). - С.453-458.
13. Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. / Клиническая паразитология. Руководство. - Женева, ВОЗ, 2002. - 752 с.
14. Марушко Ю.В., Грачева М.Г. Современное состояние проблемы гельминтозов у детей. Вопросы диагностики и лечения // Современная педиатрия. - Киев, 2012. - №3(43). - С.1-5.
15. Миропольская Н.Ю., Молочный В.П. Гельминтозы Дальнего Востока России // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - №2. - С.116-122.
16. Мухитдинов Ш.Т., Жураева Ф.Р. Проблемы гельминтозов среди детей до 14 лет и организационные методы борьбы с ними в первичном звене здравоохранения // Мқжнароднийнауковий журнал "ғнтернаука". - 2017. - №6 (28). - С.30-32.
17. Норкулова Г.С. Гельминтозы у детей: частота и причины. European research: Innovation in science, education and technology XXVIII International scientific and practical conference // London. United Kingdom. - 2017. - P.73-74. European research. - 2017. - N5 (28).
18. Одинцева В.Е. Современные особенности диагностики и лечении глистно-паразитарных инвазий у детей. / Дисс□ на соискание ученой степени к.м.н. - Санкт-Петербург, 2010. - 128 с.
19. Пекло Г.Н., Степанова Т.Ф., Панарина П.В. Серологический мониторинг трихинеллеза в Тюменской области // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. - 2010. - №1 (50). - С.30-33.
20. Романова М.А., Мордык А.В. Инфекционные и паразитарные болезни у детей с активным туберкулезом // Медицинский вестник Северного Кавказа. -2018. - №13(2). - С.343-347.
21. Санникова А.В. Коморбидность аллергических и паразитарных заболеваний у детей: клинико-диагностические особенности: / Дисс□ на соискание ученой степени к.м.н. - Югра, 2016. - 129 с.
22. Старостина О.Ю., Панюшкина И.И., Емцова Т.Б., Тишкова Е.Л. Распространение эндемичных гельминтозов и протозоозов на юге Западной Сибири (Омская область) // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. - 2010. - №1(50). - С.33-36.
23. Улмасов М.М. Эпидемиологические особенности некоторых гельминтозов и организация борьбы с ними в Ташкентской области. Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - Ташкент, 2007. - 116 с.
24. Усенко Д.В., Конаныхина С.Ю. Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза // Вопросы современной педиатрии. - 2015. - №14(1). - С.108-113.
25. Файзуллина Р.А. Самороднова Е.А., Доброквашина В.М.Гельминтозы в детском возрасте // Практическая медицина. - 2010. - №3. - С.31-36.
26. Халафли Х.Н. Влияние кишечных паразитозов на состояние здоровья детей // Фундаментальные исследования. - 2013. - №9. - С.156-162.
27. Хамидуллин А.Р., Сайфутдинов Р.Г., Хаертынова И.М. Гельминты человека: описторхоз и псевдамфистомоз // Практическая медицина. - 2011. - №3(50). - С.35-37.
28. Чистенко Г.Н., Веденьков А.Л. Паразитарные болезни в Республике Беларусь. "Современные аспекты патогенеза, клиники, лечения и профилактики паразитарных заболеваний". // Труды VIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием. - Витебск, ВГМУ, 2012. - С.197-200.
29. Baldursson S., Karanis P. Waterborne transmission of protozoan parasites: review of worldwide outbreaks - an update 2004-2010 / / Water Res. - 2011. - Vol.15. - N45 (20). - P.6603-6614.
30. Bethony J., Brooker S., Albonico M. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm // Lancet. - 2006. - Vol.367 (9521). - P.1521-1532.
31. Cervera-Castillo H., Torres-Caballero V., Martinez Garcia E. Human trichinosis. A case simulating polymyostis // Rev. Med. Mex. Seguro Soc. - 2009. - Vol. 47 (3). - P.323-326.
32. World Health Organization, UNICEF. Prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. Joint statement. Geneva, 2004.

Поступила 26.01. 2019

УДК: 577.125.33.57.044

ВЛИЯНИЕ ЛИГАНДОВ И БИОКОМПЛЕКСОВ НА АКТИВНОСТЬ НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ

Каримова М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Были исследованы влияния комплексных соединений витамина U с ионами металлов на процессы биосинтеза ДНК, матричной и рибосомальной РНК во внутриклеточных структурах печени крыс

Ключевые слова: биокомплекс, ПОЛ, ДНК-, РНК-полимеразы

ЛИГАНД ВА БИОКОМПЛЕКСЛАРНИНГ ДНК ВА РНК БИОСИНТЕЗИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Каримова М.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Каламуш жигари ҳужайраларида содир бўладиган баъзи биосинтетик жараёнларга таркибида витамин U ва металл ионларидан иборат бўлган комплекс бирикмаларнинг таъсирини ўрганиш мақсадида тажрибалар ўтказилди.

Калит сўзлар: биокомплекс, ПОЛ, ДНК-, РНК-полимеразалар

INFLUENCE OF BIOLOGICAL COMPLEX ON THE PROCESS OF BOIOSYNTHESIS OF DNG AND RNG RATS'S LIVER

M.M.Karimova

Tashkent pediatric medical institute.

✓ ***Rezume***

Experiments on the investigation of the effect of vitamin U and metal ions of complex compounds on some biological processes in the cells of rat's liver were carried out.

Key words: biocomplex, POL, DNG and RNG -polymerize

Актуальность

Изыскание путей регуляции метаболических процессов при помощи эндогенных факторов, в том числе и использование биокомплексов представляющих собой соединения микроэлементов с фармако-физиологическими активными лигандами, представляет собой одно из наиболее важных и перспективных направлений в пограничной области клеточной биологии, биологической химии и неорганической химии.

В настоящее время различают несколько видов ДНК-полимераз, отличающихся по физико-химическим свойствам (изоэлектрическая точка, молекулярный вес); по способности катализировать синтез на различных ДНК-денатурированной (одноцепочечной), нативной (двухцепочечной), активированной (кратковременно обработанной ДНК-азой-1, образующей разрывы, содержащие 3-концевые группы); преимущественной локализации (ядро, митохондрии) [1].

Функциональное значение разных ДНК-полимераз до конца не выяснено, хотя можно различать их собственно репликативную функцию в ядре, участие в репарации и репликации в митохондриях. Определены различия во влияниях исследуемых лигандов на активность ДНК-полимеразы, РНК полимераз I и II , отличающихся природой функциональных групп.

Цель: Данная работа посвящена изучению механизма влияния биокомплексов и исходных лигандов на биосинтетические процессы внутриклеточных структур печени. Для решения цели было необходимо решить следующие задачи: выявить различия эффекта лигандов и биокомплексов на ферменты (активность ДНК-полимеразы, а также РНК-полимераз I и II), ответственные за синтетические процессы, протекающие на уровне клеток.

Материалы и методы

С целью определения возможных закономерностей влияния природы микроэлементов и связанных с ними органических фрагментов на исследуемые показатели были использованы комплексные соединения ряда 3d-металлов с метилметионинсульфония хлоридом (MetSClH) и метионинсульфоксидом (MetSOH), которые были синтезированы на кафедре медицинской химии ТашПМИ под руководством профессора Акбарова А.Б.

В экспериментах, в системе in vitro, исследования влияния лигандов и биокомплексов на биосинтетические процессы осуществлялись в пределах их концентраций от 10-3 до

10-7 ммоль/мл.в опытах использовали печень белых беспородных крыс с массой тела 120-150г.

Результаты и обсуждения

Нами были проведены исследования направленные на выявления наиболее существенных факторов, определяющих специфичность вкладов исследуемых лигандов и их биокомплексов на активность ДНК-полимеразы, а также РНК-полимераз I и II.

Таблица 1.

Влияние исследуемых препаратов на активность ДНК-полимеразы, РНК-полимераз I и II в концентрации

Биокомплексы	Включение 3H-dTTрв ядра печени крыс (Имп/мин/мгбелка)		
	ДНК полимераза	РНК II полимераза (матричный)	РНК I полимераза (рибосомальный)
Контроль	834 ± 11	10912 ± 12	12491 ±5
MetSClH	1775 ± 23	10075 ± 15	13863 ± 7
MetSOH	1075 ± 15	8905 ± 5	11075 ± 6
$Ni(MetSO)_2 . H_2O$	583 ± 7	8574 ± 5	6263 ± 7
$Cu(MetSO)_2$	654 ± 9	15482 ± 9	11465 ± 8
$Zn(MetSO)_2 . H_2O$	759 ± 6	9952 ± 7	14795 ± 8
$Co(MetSO)_2.2H_2O$	618 ± 5	9953 ±7	9667 ± 4
$Ni(MetSCl)_2 .3H_2O$	342 ± 3	13969 ± 3	29171 ± 14

Примечеание: В экспериментах P<0.05

Проведенные исследования показали, что обе лиганда в определенной степени способствуют усилению ДНК-полимеразной активности ядер печени крыс. Однако, они достаточна заметно отличаются по своему количественному влиянию на эти процессы (табл. 1). В частности, под влиянием MetSClH ДНК-полимеразная активность ядер печени крыс возрастает в более чем в 2 раза относительно контрольного уровня. В то же время эффект влияния MetSOH выражена в меньшей степени. В частности ДНК-полимеразная активность ядер печени крыс под влиянием метионинсульфоксида возрастает менее чем в 1,3 раза(табл.1).

Наблюдаемые различия во влияние лигандов, по всей вероятности, сязано с различиями в природе атомов серы входящих в их состав. Можно пологать, что наличие в составе MetSClH положительно заряженного атома серы способствует взаимодействию лиганда с отричательно заряженными группами активных центров фермента или субстрата, на которую оказывает влияние ДНК полимераза, и тем самым способствует изменению сродства в фермент-субстратном комплексе [1].

Биокомплексам, в отличие от исходных лигандов, характерным является ингибирование ДНК-полимеразной активности ядер печени. Это обстоятельство дает основание полагать о непосредственном вовлечении биометалла в ферментативные процессы. Это предположение подверждается и литературными данныими.

Известно, что катионы двухвалентных металлов в области сравнительно высоких концентраций (10-2 - 10-4 моль/л) сильно подавляют активность большинства ферментов, в том числе и рибонуклеаз [1]. Ингибирующее влияние катионов на ферментативную активность системы в целом могут, носит как непосредственно фермент ингибирующий, так и опосредованный характеры. В последнем случае, металлы могут реагировать с субстратами, ослабляя тем самым их реакционную способность.

В литературе имеются данные, посвященные исследованию наиболее важных факторов, приводящих к ингибированию активности РНКазы А катионами ряда двухвалентных металлов. Например, в работе [1] установлено, что наиболее важными факторами, определяющими специфическую активность металлов являются значения энергий их первого и второго потенциалов ионизации - E, энергии гидротации - ΔH и их электростатистические характеристики - (табл. 2).

Таблица 2.

Коэффициенты ингибирования (β) РНКазы А катионами двухвалентных металлов.

M^{2+}	β, %			?	E, эл. В	E-ΔH, эл. в	W, усл.ед
	10^{-2} МОЛЬ/Л	10^{-3} МОЛЬ/Л	10^{-4} МОЛЬ/Л				
Co^{2+}	83 ± 0.01	89 ± 0.01	95 ± 0.2	5.13±0.01	24.91±0.01	3.30±0.01	8.43±0.02
Ni^{2+}	80 ± 0.01	88 ± 0.01	93 ± 0.1	5.41±0.01	25.78±0.01	3.64±0.01	9.05±0.03
Zn^{2+}	24 ± 0.01	47 ± 0.01	68 ± 0.07	4.82±0.01	27.35±0.02	5.86±0.02	10.68±0.1
Cu^{2+}	0	0.1 ± 0.01	17 ± 0.01	5.00±0.01	28.01±0.01	5.94±0.01	10.94±0.1

Примечание: W= ? + (E-?H)

Согласно данным, приведенным в [1], наиболее высокий фермент ингибирующей активностью обладает Cu2+ (наибольшее значение W), тогда как иону кобальта характерен показатель наименьшего ингибирования (наименьшее значение W).

В то же время эффект влияния биокомплексов на уровень накопления ДНК-полимеразы, как и в случае ПОЛ, определяется как природой центрального атома (биометалла), так и координированного к нему лиганда. Например, биокомплексы двухвалентных 3d-

металлов с MetSOH, в зависимости от природы центрального атома и по своему влиянию на уровень активности ДНК полимеразы ядер отвечают следующему взаиморасположению (табл. 2).

$$Ni(MetSO)_2 \cdot 2H_2O(d^8) < Cu(VetSO)_2(d^9) < Zn(MetSO)_2 \cdot H_2O(d^{10})$$

указывающего на корреляционную зависимость между исследуемой специфической активностью биокомплексов и заселенностью их d-подуровней (показано в скобках). Это дает основание прийти заключению в пользу того, что специфическое влияние биокомплексов на активность ДНК полимеразы протекает при непосредственном участии в этих процессах центрального атома.

Нами было установлено, что изменение природы лиганда также оказывает достаточно существенное влияние на активность координационного соединения. В подтверждение сказанному можно привести следующее взаиморасположение биокомплексов в зависимости от природы лиганда никелевых комплексов (в скобках приведены их влияние на активность ДНК полимеразы относительно контрольного уровня, значение которого условно приняты разным 10%):

$$Ni(MetSCl)_2 \cdot 2H_2O(41{,}0\%) < Ni(MetSO)_2 \cdot 2H_2O(70\%)$$

Эти данные указывают, что в процесс влияния на ДНК полимеразной активности ядер вовлечены, наряду с центральным атомом, и координированные ионы лигандов. Причем, для комплекса содежащие координированные MetSCl - ионы характерен более высокий показатель инактивации исследуемого процесса, что дает основание полагать о вовлеченности координированного лиганда в процесс через положительно заряженный атом серы, способный к взаимодействию с отрицательно заряженными (преимущественно атомами кислорода фосфоэфирных связей).

Проведенные исследования также показали, что лиганды оказывают разнонаправленное действия на активность матричной и рибосомальной РНК полимераз.

Например, под влиянием MetSCIH активности матричной РНК полимеразы снижается на 8% относительно контрольных значений. В то же время данный лиганд оказывается активирующее влияние на РНК полимеразу I ядер (~11%). Введение в инкубационную среду MetSOH, в отличие от MetSCIH, приводит к снижению активности обоих типов РНК полимераз: матричной -на 8%, и рибосомальной -11,3% (табл.1)

Наблюдаемые различия во влияниях обоих лигандов указывают, с учетом различий в природе их функциональных групп, а их непосредственном вовлечение в процессе влияющие на активность ферментов.

Наиболее существенным фактором определяющее особенности влияния MetSCIH на активность исследуемых РНК полимераз, как и в предыдущем случае, должно быть наличие в его составе положительно заряженного атома серы, способного, в отличие от MetSOH вступать во взаимодействие с отрицательно заряженными функциональными группами ферментов и субстратов. Очевидно, что в качестве групп способных реагировать с $S+(CH_3)_2$ группой MetSClH могут выступать отрицательно заряженные атомы кислорода фосфатной группы, как ферментов, так и субстратов.

Возможности вовлечения атома серы в образование связи с кислородом отрицательно заряженных функциональных групп, в том числе и фосфатной группы, подтверждается и литературными данными.

Интересно отметить, влияние природы центрального атома на активность ферментов в биокомплексах общего состав $M(MetSCl)_2\ nH_2O$. В частности, наличие в составе биокомплекса иона кобальта на ион никеля приводит к заметному усилению активности обоих типов ферментов. При этом под влиянием никелевого комплекса активность РНК полимеразы I возрастает на 28%, а РНК полимеразы II на 133% относительно контрольного уровня (табл. 1)

Учитывая одинаковую природу координированного лиганда можно полагать, что наблюдаемые особенности во влияниях этих комплексов определяются, в первую очередь, природой биометалла, и в частности различиями их влияния на реакционно-активные центры ферментов, либо на функциональные группы близко расположенных к активным центрам. В качестве наиболее вероятных центров с которыми могут взаимодействовать биокомплексы посредством как центрального атома, так и функциональных групп лигандов могут атомы азота и фосфатного кислорода входящих в состав биосистем.

Исследуемые биокомплексы, наряду с изложенным выше, также могут реагировать и с биосубстрами в исследуемых системх, в результате которого лабильность участия последних в биопроцессах может изменятся [2,3].

С целью выяснения возможности непосредственного вовлечения центрального атома на процессы влияющие на активность ферментов путем образования новых структурных единиц, являющиеся следствие их взаимодействия как с минорными компонентами (МК) нуклеионовых кислот, так и с сусбстрами, нами были получены и исследованы аддукты взаимодействия отдельных комплексов с ЦМФ, ГМФ и УМФ с привлечением метода электронной спектроскопия.

Полученные результаты показали, что особенности взаимодействия центральных атомов биокомплексов определяется природой их электронного строения. В частности, для аддуктов общего состава $Co(MetSCl)_2$*МК*nH_2O характерным является смещение энергий электронных переходов в поля с меньшими энергиями (за исключением Е1) относительно энергий электронных переходов обнаруживаемых в спектре исходного комплекса состава $Co(MetSCl)_2 \cdot H_2O$.

Наблюдаемое. По нашему мнению, является следствием изменения природы окружения центрального атома (табл. 3.14). В пользу справедливости такого предложения можно привести и то, что продукты взаимодействия кобальтового комплекса с МК характеризуются более высокими значениями ковалентности центрального поля. Также было установлено, что значения B и β аддуктов зависят и от природы МК. Например, исследуемые биокомплексы кобальта по показателям возрастания ковалентности центрального поля отвечают следующему взаиморасположению:

$$Co(MetSCl)_2 \cdot ГМФ \cdot nH_2O < Co(MetSCl)2 \cdot ЦМФ \cdot nH_2O < C \cdot (MetSCl)_2 \cdot УМФ \cdot nH_2O$$

Интересно отметить, что замещение кобальта на ион никеля в составе аддуктов, хотя и приводит к смешениям в энергиях электронных переходов, но не оказывает заметного влияния на ковалентность центрального поля. Значения параметра Рака и нефелоаксетического эффекта практически не отличается от значений наблюдаемых для исходного комплекса $Ni(MetSCL)_2 \cdot 3H_2O$.

Наблюдаемые различия, дают основание полагать, что в случае комплексов кобальта к центральному атому биокомплекса координируются преимущественно атомы азота входящие в состав МК с образованием новых продуктов хелатной структуры, тогда как в случае никелеевых комплексов координация МК, очевидно, осуществляется преимущественной координацией атомов кислорода от фосфатной группы, т.е процесс носит преимущественно ассоциативную природу и не сопровождается образованием новых хелатных структур [4,98]. Исходя из полученных результатов, также можно полагать, что наиболее важным фактором в особенностях влияние $Ni(MetSCl)2*3H_2O$ на РНК полимеразные активности является взаимодействия координированного лиганда с функциональными группами, либо субстратов, тогда как особенности взаимовлияния биометалла с таковыми группами имеет менее выраженный характер.

Возможность непосредственного вовлечения центрального атома во взаимодействие с функциональными группами НК, путем замещения аксиальных молекул воды, подтверждается и литературными данными. Например, согласно [2] ионы переходных металлов связываются с азотистыми основаниями с образованием хелатных структур.

В пользу непосредственного вовлечения центрального атома на процессы определяющие активности РНК полимераз ядер свидетельствуют и различия во влияниях биокомплексов метионинсульфоксида. В частности, соединения общего состава $M(MetSO)2*nH_2O$ по своему активирующему влиянию на рибосомальную РНК полимеразу отвечают следующему взаиморасположению:

$$Ni(MetSO)_2 * 2H_2O(d^8) < Cu(MetSO)_2 * 2H_2O(d^9) < Zn(metSO)_2 * H_2O(d^{10})$$

Коррелирующая с заселенность d-подуровня биометаллов.

Приведенная выше последовательность взаиморасположения биокомплексов по их вкладку на активность РНК полимеразы I ядер, в случае матричной РНК полимеразы перетерпивает изменения и отвечает следующему взаиморасположению (в скобках приведены эффекты влияния биокомплексов относительно наблюдаемого для исходного лиганда, показатели которого условно приняты равным 100%):

$$Ni(MetSO)_2*3H_2O(96\%)<Zn(MetSO)_2*H_2O(112\%)<Cu(MetSO)_2*2H_2O(174\%)$$

указывающее на то, что матричный и рибосомальный РНК полимеразы неоднозначно отвечают на действие как исходных лигандов. Так и их биокомплексов. В частности, в большинстве случаев активность РНК полимеразы 1 ядер отличается более выраженной чувствительностью к влиянию исследуемых объектов.

Выводы:

1. Установлено, что биолиганды повышают активность ДНК-полимеразы в ядрах в1,5-2,9 раза, и оказывают разнонаправленное действие неактивность РНК-полимеразы - I и - II.

2. Установлено, что биокомплексам характерна ингибирующее действие на активность ДНК-полимеразы, также и на РНК-полимеразы - I и - II зависимо от заселенности d-подуровня, ковалентных характеристик.

3. Выявлено, что особенность влияния лигандов и биокомплексов на активность ДНК-полимеразы, РНК-полимеразы - I и - II определяется рядом факторов: природой металла, заселенностью его d-подуровня, наличием заряженных ионов лиганда способного взаимодействовать с функциональными группами, как ферментов, так и субстратов, или усиливая их сродство, а также с компонентами нуклеиновых кислот, изменяя биосинтетические процессы в организме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акбаров А.Б., Харитонов Ю.Я. бионеорганическая химия металлов аминокислот и биокомплексов. Ташкент, Изд.ФАН, 1994, Монография.
2. Акбаров А.Б., и др. Изучение биосинтеза РНК в печени крыс при действии биокомплексов. //ДАН. РУз. 1999. №1 -с.45-47.
3. Акбаров А.Б. и др. Исследование влияния биокомплекса с никелем (II) на окисление липидов внутриклеточных структур печени крыс. //Узб.биол. Журнал №1 2014 3-5с

Поступила 15.12. 2018

УДК 613. 2. 614. 31:633

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ТРУДА НА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ЖИВОТНОВОДЧЕСКИХ КОМПЛЕКСАХ И ФЕРМАХ ПО ПРОИЗВОДСТВУ МОЛОКА

Х.О. Касимов, А.А. Жумаева, И.С. Манасова,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В животноводческих комплексах и фермах рабочие подвергаются воздействию неблагоприятного микроклимата, химическими и биологическими факторами в течение всего года. Особую роль приобретает наличие в воздухе аммиака, сероводорода, пыли и высокой бактериальной обсеменённости.

Все перечисленные диктует необходимость разработки оптимальных условий труда, охране здоровья работников животноводческих ферм и комплексов.

Ключевые слова: животноводства, аммиак, бактериальная обсеменённость, санитарной жизни населения, санитарно-защитная зона.

СУТ ИШЛАБ ЧИҚАРАДИГАН ЧОРВАЧИЛИК КОМПЛЕКСЛАРИ ВА ФЕРМАЛАРИДА МЕҲНАТНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ ГИГИЕНИК АСОСЛАРИ

Х.О. Қосимов, А.А. Жумаева, И.С. Манасова,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Сут ишлаб чиқарадиган чорвачилик комплекслари ва фермаларида ишловчилар йил давомида ноқулай микроиқлим, кимёвий ва биологик омиллар таъсирида бўладилар. Шахсан улар организмига ишчи ўринлари ҳавосида ҳосил бўладиган аммиак, водород сульфат, чанглар ва юқори даражада бактериал ифлосланиш салбий таъсир этади.

Юқорида келтирилган далиллар чорвачилик комплексларида ва фермаларида ишлайдиган ишчиларнинг соғлигини муҳофаза қилиш ва улар учун қулай меҳнат шароитини яратишни тақозо этади.

Калит сўзлар: чорвачилик, аммиак, бактериал ифлосланиш, аҳолининг санитар ҳаёти, санитария муҳофаза зонаси.

HYGIENIC ASPECTS OF LABOR PROTECTION IN LIVESTOCK PRODUCTION COMPLEXES AND MILK PRODUCTION FARMS

Kh.O. Kasimov, A.A. Zhumaeva, I.S. Manasova,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

In livestock complexes and farms workers are exposed to adverse microclimate, chemical and biological factors throughout the year.

A special role is given to the presence in the air of ammonia, hydrogen sulfide, dust and high bakorstanasda .

All of these dictates the need to develop optimal working conditions for the protection of health of workers of livestock farms and complexes.

Key words: livestock farming, ammonia, bakosurtanal, obschesanitarnyh of life of the population, sanitary-protective zone.

Актуальность

Молочное скотоводство — одна из наиболее трудоёмких отраслей животноводства. Технология промышленного типа на специализированных комплексах и фермах по производству молока предусматривает упрощение процесса получения продукции, максимальное исключение ручного труда и участия работающих в процессах обслуживания животных.

Вместе с тем повсеместное внедрение новой технологии получения молока, механизация основных процессов, большая концентрация животных существенно изменяют условия труда работающих в этой отрасли животноводства. Основными производственными процессами на молочных комплексах и фермах являются получение молока и обслуживание животных - их содержание, кормление, поение, уход и удаление навоза [2].

Доение коров - самый тяжёлый процесс в молочном скотоводстве. Он в наибольшей мере способствует заболеванию рук доярок, заболеванию пояснично-крестцовым радикулитом, невралгиями [1]. Современные доильные аппараты применяющиеся в преобладающем большинстве комплексах и фермах, по сравнению с ручным доением повышают производительность труда доярок в 2 - 4 раза, освобождая их от тяжёлого труда. Условия труда работников в молочно-товарном производстве определяются в основном состоянием воздушной среды рабочих помещений. Значительное место среды вредных производственных факторов занимает контакт с водой. В доильных залах и на участках первичной обработки молока отмечаются высокая влажность (более 90%), скорость движения воздуха - до 0,6м/сек. В целом метеорологические условия в помещениях коровников зимний период характеризуются низкими температурами, высо-

кой относительной влажностью и умеренной скоростью движения воздуха (зимой температура -3-8 градусов, летом +25-30 градусов, относительная влажность соответствует 80-95 и 50-70% [3]. Кроме микроклимата в молочно-товарных фермах и комплексах могут оказывать вредное влияние на организм работающих двуокиси углерода, аммиака и сероводорода, выделяемых животными и образующиеся при разложении навоза.

Всё перечисленное диктует необходимость разработки оптимальных условий труда и комплекс гигиенических мероприятий по охране здоровья работников животноводческих ферм и комплексов.

Цель исследования: разработка гигиенически обоснованных мероприятий по улучшению условий труда и охраны здоровья работников молочно-товарных ферм и комплексов.

Материал и методы

Объектом исследований явился животноводческий комплекс фермерского хозяйства "Файз" Гиждуванского района. Определение температуры и влажности производили с помощью аспирационного психрометра - Россия (СанПиН РУЗ 0324-16), скорость движения воздуха- с крылчатым анемометром (СанПиН РУз 0324-16). Определение двуокиси углерода, аммиака, сероводорода проводились согласно методическим указаниям по определению химических веществ в закрытых помещениях (МУ 012-3/0015-81), запылённость воздуха-с помощью газоанализатор-аспиратора (МУ-012-3/0014-81), освещённость-люксметром Аргус. Одновременно было определено бактериологическое загрязнение помещение по содержанию животных. Работа была выполнена совместно с Гиждуванским районным центром Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Результат и обсуждение

Исследования показали, что в летний период (июль - август) температура воздуха в доильном зале составило 28-36°С, относительная влажность - 40-60%, скорость движения воздуха - 0.3-0.4м/сек. В зимний период (декабрь) температура воздуха в доильном зале и на участках первичной обработки молока отмечалось высокая влажность - 90-98%, скорость движения воздуха - 0.6-0.8 м/сек, температура воздуха - +3°-2°С.

Высокая стойкая относительная влажность (90-98%) в доильном зале наблюдалось вследствие значительных выделений влаги животных и использования воды для подмывания вымени и мойки доильной аппаратуры. Наибольшая относительная влажность, превышающая 95% в зоне работы доярок, наблюдалось в коровниках, где применялся гидросплавный способ удаления навоза. Сочетание низкой температуры, высокой влажности и значительной скорости движения воздуха могут способствовать переохлаждению организма.

Загрязнение воздуха в коровниках также происходило за счёт накопления двуокиси углерода, аммиака и сероводорода, выделяемых животными и образующихся при разложении навоза. Концентрация углекислого газа днём (с 8 до 19 часов) проветриваемых помещениях - коровниках они в большинстве случаев (наблюдение проводилось в течение 5 дней) не превышали 0.3-0.4%. Наибольшее количество газа обнаружено в коровниках в утренние часы в декабре месяца (зимний период), когда закрыты все оконные и дверные проёмы (0.8-0.9 %). Концентрация аммиака в проветриваемой в доильном зале и коровниках составило от 3 до 22 мг/м^3, сероводород обнаруживался только в родильных отделениях и коровниках в концентрациях 0,4 - 16 мг/м^3, что не превышает требования СанПиН Руз №294-11. В утренние часы (4-7 часов) концентрация аммиака в коровниках составила 20-35 мг/м^3, что превышало допустимую норму.

Высокая температура воздуха в летней период способствовало усилению процессов гниения и брожения отходов животноводческого комплекса, в связи с чем в тёплый период года увеличивалась интенсивность неприятного запаха, что оказывало отрицательное влияние на условие жизни населения, проживающего вблизи животноводческого комплекса. Проведённые в Гиждуванском районе исследования показали, что в населённом пункте, расположенном с наветренной стороны в 1000 м от животноводческого комплекса все опрошенное населения (250 анкет) отмечает резкое увеличение неприятных запахов и количества мух в тёплый период года.

Определение бактериальной обсеменённости атмосферного воздуха и содержания в нём аммиака как одного из важнейших показателей загрязнения, указывает, что дальность распространения загрязнения составляет по содержанию аммиака 2000 м. бактериальное загрязнение атмосферного на расстоянии 3000 м составлял 320, что не представляет эпидемиологической опасности. Уровень распространения сероводорода от источника составлял 1500 м и на расстоянии 2000 м сероводород не обнаружен (таб. 1).

Таблица 1.

Содержание аммиака и бактериальная обсеменённость воздуха в районе расположения животноводческого комплекса

Показатели	Теплый период года				Холодный период года			
Расстояние от животноводческого комплекса, м	1000	1500	2000	3000	1000	1500	2000	3000
Аммиак, мг/м^3	3-4	0,1-1	0-0,1	0	2,5-3,5	1,2-1,3	0	0
Сероводород, мг/м^3	0,1-0,3	0,01-0,02	0	0	0,1-0,2	0,01-0	0	0
Бактериальная обсеменённость на 1м^3	2410	2120	1360	320	1820	1010	840	0

В процессе обслуживания животных в наибольшей степени в коровниках и кормоцехах работающие подвергались воздействию пыли. В исследуемом животноводческом комплексе повышенные концентрации пыли (от 20 до 25 мг/м^3 на рабочих местах наблюдались при раздаче сухих концентрированных кормов и уборке помещений (18-24 мг/м^3) и кормоцехе (20-26 мг/м^3) при обработке и погрузке в корморазда тчики грубых и сыпучих кормов.

При замере естественной и искусственной освещенности в родильном зале отклонений от санитарных норм не отмечено. В доильном зале коэффициент естественного освещения составило 0,7-0,8%, искусственного освещения - 160-180 лк, что соответствует установленным нормам.

В животноводческом комплексе на организм рабочих оказывают влияние условно патогенные микрофлоры.

Для профилактики от различных болезней в весенний период против клещей коровники обрабатывались формалином и пестицидами, которые также в определённой мере загрязняют воздух рабочей зоны в коровниках (в этом направлении исследования продолжается).

Выводы

В животноводческих комплексах и фермах рабочие подвергаются воздействию неблагоприятного микроклимата, химическими и биологическими факторами в течении всего года.

Основные мероприятия по борьбе с вредными факторами, имеющими место в животноводческих хозяйствах, должны проводиться в направлении их устранения или ограничения с учётом существующей технологии и оборудования.

Для предупреждения переохлаждения зимой в каждом коровнике целесообразно устройство комнаты для обогрева и сушки одежды рабочих. При выборе участка для строительства животноводческих комплексов большое значение имеет ветровой режим местности. При этом необходимо учитывать ее только среднегодовую характеристику розы ветров, но и ее посезонные особенности.

Можно считать, что климатические особенности Узбекистана представляют собой один из случаев неблагоприятных аэрологических условий, в связи, с чем желательно добиваться увеличения санитарно-защитной зоны для животноводческих комплексов крупного рогатого скота мощностью 5 тысяч и более голов до 3000 метров.

В целях уменьшения концентрации вредных газов и поддерживания требуемых параметров микроклимата в коровниках и доильных залах необходимо устройство вытяжной и приточной вентиляции. Влаги и газы скапливаются в верхней зоне помещения, поэтому целесообразно применение комбинированной вентиляции: местной приточной с подогревом воздуха, локализованной вытяжной для удаления воздуха из навозных каналов и обменной вытяжкой на крыше, удаляющей воздух из верхней зоны помещения.

В целях борьбы с запылённостью необходимо поддержание надлежащего санитарного состояния, бесперебойной работы вентиляционной системы, а также периодической влажной уборки пола на открытых площадках.

При обработке коровников аэрозолями формалина и пестицидов обслуживающий персонал должен работать в защитных очках и респираторах.

В животноводческих комплексах молочного и мясного назначений необходима организация лаборатории для контроля как за качеством ветеринарно-санитарных обработок оборудования, так и за состоянием воздушной среды помещений.

При ручном доении коров следует применять специальные лечебно-профилактические меры, предупреждающие заболевания рук-теплые ванночки с последующим самомассажем.

В целях профилактики заболеваний рабочих и своевременного контроля за состоянием их здоровья животноводческих хозяйств необходимо 1 раз в год согласно приказа МЗ РУ за № 2397 строгого медицинского осмотра с привлечением терапевта, дерматовенеролога и гинеколога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Николов С.Х., Камбулин Н.А., Корупаева М.В. Вопросы гигиены труда в современном животноводстве. - //Гигиена и санитария, 2003. №12. стр. 70-72.
2. Охременко А.П., Витте П.Н.- Охрана труда в сельском хозяйстве:. Справочник 2ое издание, переработанное и дополненное, -/М.; Колос 2010.стр. 85
3. Прокапьев Г.С., Курбатов И.Г., Хлуденев А.И. Основы научной организации и нормирование труда в сельском хозяйстве.-/М:, 2011г., стр. 273

Поступила 21.02. 2019

УДК 614.29:616.995.1-053.5.6 16-075-08

БОЛАЛАРНИНГ ГЕЛЬМИНТОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ВА УЛАРГА ҚАРШИ КУРАШИШДА ОММАВИЙ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИЯНИНГ ЎРНИ

Мухитдинов Ш.Т., Юлдашева Г.Г., Амонов Р.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Бирламчи тиббиёт муассасалари бўғинида 14 ёшгача бўлган болаларнинг гельминтозлар билан касалланиши даражаси ҳақиқий ҳолати ўрганилган. Мазкур касалланишнинг боланинг ёшига, жинсига, мактабгача таълим муассасасига қатнашишига боғлиқлиги чуқур таҳлил қилинган. Гельминтозлар билан касалланган болаларни бирламчи тиббиёт муассасалари бўғинида соғломлаштириш тактикаси ишлаб чиқилган. Гельминтозларга қарши курашда оммавий дегельминтизация усулининг аҳамияти кўрсатилган. Болаларнинг энтеробиоз ва гименолепидоз билан касалланишини кескин камайтиришда икки маротобали дегельминтизация усулининг қисқа вақти ичида самара бериши ҳаққоний исботланган. Гельминтозлар лаборатор диагностикаси билан шуғулланадиган тиббиёт ходимларининг билим даражаси ва компетентлигининг аҳамияти катта эканлиги кўрсатилган.

Калит сўзлар; гельминтоз, болалар, энтеробиоз, гименолипедоз, дегельминтизация

РОЛЬ МАССОВОЙ ДЕГЕЛЬМЕНТИЗАЦИИ В БОРЬБЕ С ГЕЛЬМЕНТОЗАМИ У ДЕТЕЙ

Мухитдинов Ш.Т., Юлдашева Г.Г., Амонов Р.А.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Изучена фактическая поражённость гельминтозами детей до 14 лет на уровне первичного звена здравоохранения. Проведен структурный анализ показателей пораженности детей гельминтозами. В частности по возрастам, по посещению детских учреждений, по полу. Разработана тактика оздоровления детей от гельминтозов в первичном звене здравоохранения. Показано значение массовой дегельминтизации в резком снижении гельминтозов. Установлено, что двукратной массовой дегельминтизацией за короткий срок достигается резкое снижение заболеваемости детей энтеробиозом и гименолипедозом. Показано важное значение уровня знания и компетентности специалистов, осуществляющих лабораторную диагностику гельминтозов.

Ключевые слова; гельминтозы, дети, энтеробиоз, гименолипедоз, дегельминтизация.

THE ROLE OF MASS DEWORMING IN THE FIGHT AGAINST WORMS IN CHILDREN

Mukhitdinov Sh.T., Yuldasheva G.G., Amonov R.A.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Actual disease helmyntosis children till 14 years at level of a primary link of public health services is studied. The structural analysis of indicators of disease of children helmyntosed is carried out. In particular on age, on visiting of child care centres, on a floor. Tactics of improvement of children from helmyntosis in a primary link of public health services is developed. Value mass dehelmyntesation in sharp decrease helmyntosis is shown. It is established that double mass дегельминтизацией for short term sharp decrease in disease of children enterobyosis and himenolipedosis is reached. The great value of level of knowledge and competence of the experts who are carrying out laboratory diagnostics helmyntosed is shown.

Keywords; helminthiasis, children, enterobiozomi, hymencolipose, deworming.

Долзарблиги

Одам организмида паразитар ҳаёт кечирадиган 250 турдан ортиқ гельминтлар қайд қилинган, айниқса гельминт-протозой инфекцияларининг тарқалиши юқори [7,9]. Кенг тарқалган ва эътиборга лойиқ бўлган гельминтозлар энтеробиоз, аскаридоз, трематодозлар, трихоцефалез ва гименолепидоз ҳисобланади, жумладан, уларнинг 89% ни энтеробиоз ва 6,8% ни аскаридоз ташкил этади. Паразитологик мониторинг маълумотларига кўра ҳар бир инсон ўз ҳаёти давомида, айниқса болалик даврида, паразитар касалликлари билан касалланади [3]. Энтеробиоз билан касалланган беморларнинг 90-95% ва аскаридознинг 65,1%, асосан, мактаб ва мактабгача ёшдаги болалар орасида учрайди [8].

Қатор изланишлар натижаларига кўра паразитозлар соматик касалликларнинг келиб чиқишига ва сурункали жараёнларнинг ўткирлашувига олиб келади, одам организмига кўп қиррали таъсир этиб, жумладан, иммун тизимининг нормал кечишига салбий таъсир қилади [2,4]. Астма ва паразитозларнинг ўзаро узвийлигини таъкидловчи илмий ишлар диққатга лойиқ. Жумладан, гельминтозлар билан касалланган болаларда аллергик касалликлар, астма ва атопиянинг тарқалганлик кўрсаткичи анча юқорилиги исботланган [10].

Эпидемиологик изланишлар натижаларига кўра Ўзбекистонда энтеробиоз ва гименолепидоз кенг тарқалган, аскаридоз ва тениаринхоз ўчоғлари ҳам мавжуд, эхинококкоз билан касалланган беморлар кўп учрайди. Болаларнинг энтеробиоз билан касаллани-

ши 20% ва ундан юқори кўрсаткичга эга [1,2,5]. Шу билан биргаликда гименолепидоз ҳам кенг тарқалган бўлиб, касалланиш даражаси шаҳар ва қишлоқ аҳолиси орасида тенг тақсимланган [6,7].

Тадқиқот мақсади

Бухоро вилояти мисолида 14 ёшгача бўлган болалар орасида гельминтозлар билан касалланиш кўрсаткичларини аниқлаш, болалар орасида тарқалган гельминтозларнинг структур таҳлилини, яъни гельминтозларнинг тури, болаларнинг ёши, жинси, турар жойи ва уюшганлигига боғлиқлигини аниқлаш, хавф гуруҳидаги болаларда замонавий оммавий дегельминтизация усулларини қўллаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш, болалар орасида гельминтозларга қарши кураш ва профилактикаси бўйича замонавий ташкилий усулларни ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар

Илмий изланишлар, Бухоро вилоятининг 4 та ҳудудида олиб борилди. Дастлаб, бирламчи бўғин тиббиёт ва лаборатория ходимларининг гельминтозлар ва уларни диагностикаси ҳақидаги билим ва амалий кўникмаларини оширишга мўлжалланган семинарлар ўтказилди. Кейинги босқичда, ўқитилган лаборантлар томонидан жами 13777 нафар 14 ёшгача бўлган болалар гельминт-ташувчиликка текширилди. Таҳлиллар Фюллеборна, Като ҳамда перианал бурмалардан қиринди олиш усуллари орқали амалга оширилди. Текширишлар натижаларига биноан, болалар орасида гельминтоз билан касалланиш кўрсаткичи юқори бўлган ҳудудларда мақсадли оммавий дегельминтизация (ОД) ўтказилди. ОД икки турда олиб борилди: 1 маротабали ва 2 маротабали.

Натижа ва таҳлиллар

Текширилган ҳудудларда 14 ёшгача бўлган болалар орасида гельминтозлар билан касалланиш 45,3%ни ташкил этади. Болалар орасида гельминтозлар нозологиялари 4 тури аниқланди: улар энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз ва тениаринхоз. Энтеробиоз касаллиги асосан уюшган болалар гуруҳида кенг тарқалган. Гельминтозларнинг болалар ёши бўйича тарқалиши қуйидагича: биринчи ўринда 4-6 ёшли болалар, иккинчи ўринда 6-10 ёшли ва учинчи ўринда 1-4 ёшли болалар. Гельминтозлар ўғил болалар орасида қизларга нисбатдан кўп учради. Гельминташувчилик кўрсаткичлари юқори бўлган ҳудудларда ўтказилган ОД натижалари альбендазол препаратини 1 маротабали оммавий қўллаш касалланишни 2 баробар ва уни 2 маротаба оммавий қўллаш эса 16 баробар камайишига олиб келди.

Болалар орасида кенг тарқалган ва эътиборга лойиқ бўлган гельминтозлар энтеробиоз, аскаридоз, трематодозлар, трихоцефалез ва гименолепидоз ҳисобланади, жумладан, уларнинг 89% ни энтеробиоз ва 6,8% ни аскаридоз ташкил этади. Паразитологик мониторинг маълумотларига кўра ҳар бир инсон ўз ҳаёти давомида, айниқса болалик даврида, паразитар касалликлари билан касалланади. Энтеробиоз билан касалланган беморларнинг 90-95% ва аскаридознинг 65,1%, асосан, мактаб ва мактабгача ёшдаги болалар орасида учрайди.

Бир қатор муаллифларнинг изланиш натижаларига кўра паразитозлар соматик касалликларнинг келиб чиқишига ва сурункали жараёнларнинг ўткирлашувига олиб келади, одам организмига кўп қиррали таъсир этиб, жумладан, иммун тизимининг нормал кечишига салбий таъсир қилади. Астма ва паразитозларнинг ўзаро узвийлигини таъкидловчи илмий ишлар диққатга лойиқ. Жумладан, гельминтозлар билан касалланган болаларда аллергик касалликлар, астма ва атопиянинг тарқалганлик кўрсаткичи анча юқорилиги исботланган.

Эпидемиологик изланишлар натижаларига кўра Ўзбекистонда энтеробиоз ва гименолепидоз кенг тарқалган, аскаридоз ва тениаринхоз ўчоғлари ҳам мавжуд, эхинококкоз билан касалланган беморлар кўп учрайди. Болаларнинг энтеробиоз билан касалланиши 20% ва ундан юқори кўрсаткичга эга. Шу билан биргаликда гименолепидоз ҳам кенг тарқалган бўлиб, касалланиш даражаси шаҳар ва қишлоқ аҳолиси орасида тенг тақсимланган.

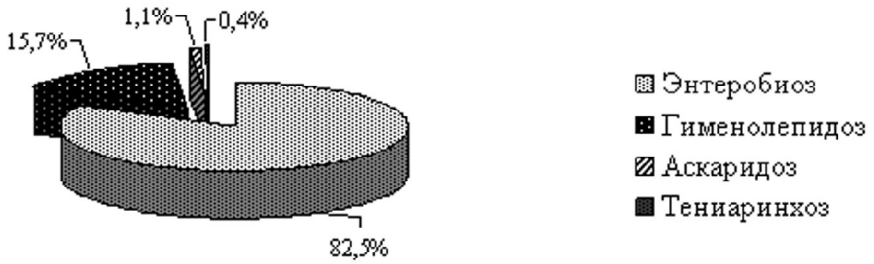
Хоразм вилоятида тениаринхоз касаллигининг кенг тарқалиши сабабларидан бири, маҳаллий аҳолининг миллий таоми бўлмиш "ижжан"ни истемол қилишидир. Бу таом хом гўшт қиймасидан тайёрланади. Мазкур таомни истемол қилиниши билан аҳолининг тениаринхоз билан касалланиши даражаси орасида корреляцион боғланиш мавжудлиги аниқланган. Бухоро вилоятида ҳомиладор аёлларнинг хом гўшт қиймасини иссиқ нонга суртиб истемол қилиш одати кенг тарқалган. Қассобларнинг гельминтозлар билан юқори касалланиши ҳам уларнинг "иссиқ" хом гўшт истемол қилиши билан боғлиқ.

Ўзбекистоннинг тоғли ва тоғ-тизмалари ҳудудларида аскарида тухумларининг ривожланиши учун табиий қулай шароитлар мавжуд. Уларнинг Фарғона, Наманган, Қашқадарьё ва Сурхондарьё вилоятларида қайд этилган ўчоғларида аскарида тухумларининг ерда 10 йил давомида яшаш қобилияти сақланиши мумкинлиги аниқланган.

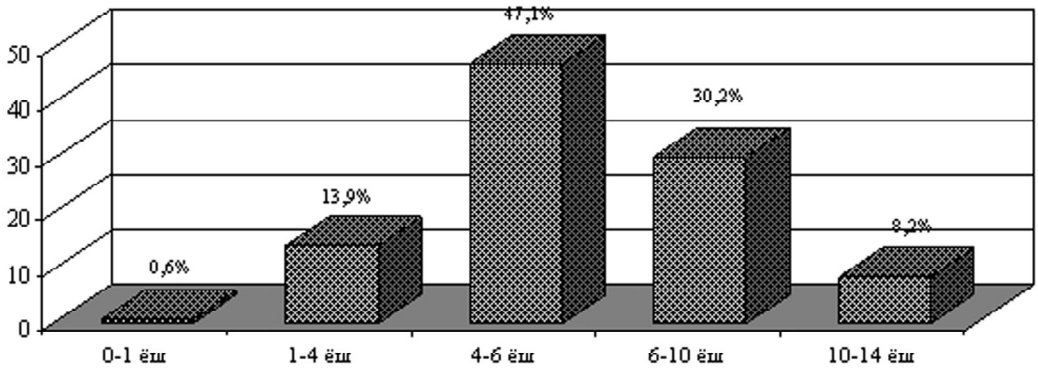
Болалар орасида гельминтозлар билан касалланиш даражасини аниқлаш мақсадида Бухоро вилоятининг 4 та ҳудудида (Бухоро шаҳри, Бухоро, Когон ва Жондор туманларида) 13777 нафар бола гельминт-ташувчиликка текширилди. Текширувлар натижасида 6235 нафар (45,3±0,4%) болаларда гельминтозлар аниқланди. Топилган касаллар орасида биринчи ўринда энтеробиоз (82,5%), иккинчи ўринда гименолепидоз (15,7%), учинчи ўринда аскаридоз (1,1%) ва тўртинчи ўринда тениаринхоз (0,4%) тарқалганлиги аниқланди (расм 1).

Текширилган болаларнинг 6996 нафари ўғил болалар ва 6781 нафари қиз болалар эди. Ўғил болалар орасида гельминтозлар билан касалланиш 47,2ё0,6%ни, қиз болалар орасида бу кўрсаткич 43,3ё0,6%ни ташкил этди. Касалланиш салмоғининг жинсий гуруҳлар орасидаги фарқи 3,9%ни ташкил этиб, бу фарқ ўғил болалар орасида юқорилиги кузатилди. Ўғил ва қизлар орасида топилган гельминтозларнинг нозологик структураси таҳлил қилинганда, эътиборга лойиқ бўлган фарқланишлар кузатилмади.

Текширилган болалар педиатрия амалиётида қўлланиладиган анъанавий таснифга асосан қуйидаги ёшларга тақсимланди: 1 ёшгача -гўдаклик даври, 1-4 ёш -боғча даври, 4-6 ёш - мактабгача давр, 6-10 ёш - илк мактаб даври ва 10-14 ёш -катта ёшли болалар. Гельминтозлар энг кўп учраган ёш қатлами 4-6 ёшли



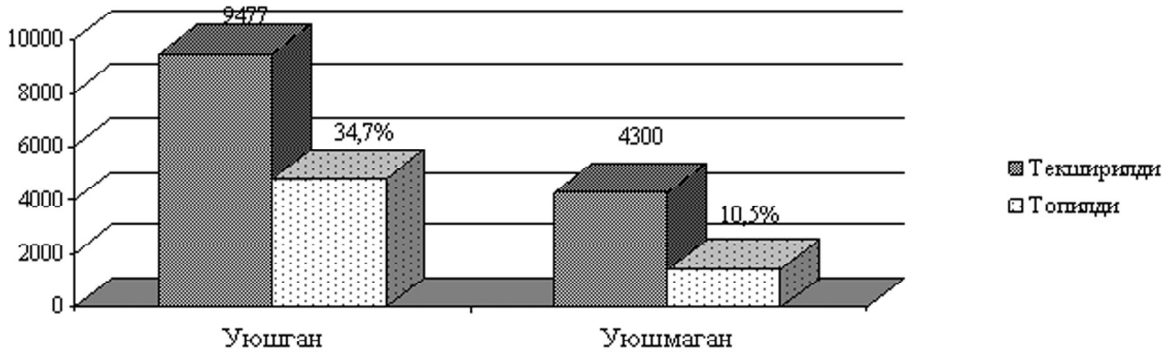
Расм 1. Болалар орасида гельминтозларнинг нозологик структураси.



Расм 2. Гельминтозлар билан касалланган болаларнинг ёши бўйича тақсимоти.

болалар бўлиб, улар 2939 нафарни ташкил этди (расм 2). Иккинчи ўринда 6-10 ёшли болалар ва учинчи ўринда 1-4 ёшли болалар қайд этилди.

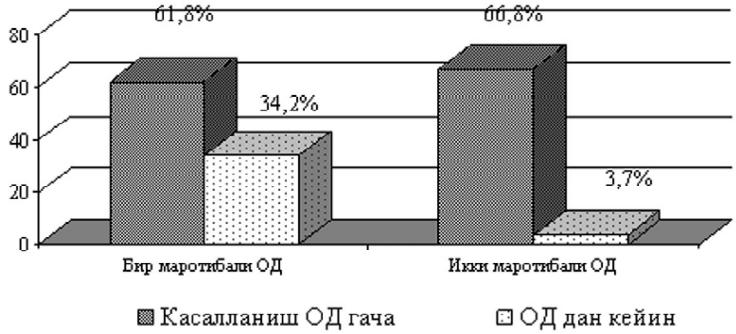
Текширишлар олиб борилган контингентда боғча ва мактабга қатнайдиган (ташкиллашган) ҳамда уйда тарбияланаётганлар (ташкиллашмаган) орасидаги гельминтоз кўрсаткичлари ўрганилганда, ташкиллашган болалар орасида гельминтозлар 34,7% ва ташкиллашмаган болалар орасида 10,5% тарқалганлиги кузатилди (расм 3).



Расм 3. Ташкиллашган ва ташкиллашмаган болалар орасида гельминтоз билан касалланиш.

Мақсадли ОД ўтказилган гуруҳларда 1 ойдан кейинги қайта ўтказилган лаборатория таҳлиллари натижаларига биноан альбендазол билан бир маротаба даволаш натижасида гельминтоз билан касалланиш 61,8% дан 34,2% гача камайди. Икки маротабали дегельминтизациядан кейинги лаборатория таҳлиллари натижасига кўра болаларнинг гельминтозлар билан касалланиши 96,3%га камайганлиги аниқланди (расм 4).

Текширишларимиз натижасида яна шу аниқландики, таҳлиллар ўтказилган контингент орасида гельминтозлар билан касалланиш 45,3%ни ташкил этди. Бу кўрсаткич, ушбу касаллик ҳақидаги расмий статистик маълумотлардан анча фарқ қилади. Болалар орасида гельминтозлар нозологиялари бўйича асосан 4 та тури аниқланиб, уларнинг структурасида биринчи ўринда энтеробиоз, иккинчи ўринда гименолепидоз, учинчи ўринда аскаридоз ва тўртинчи ўринда тениаринхоз туради. Энтеробиоз касаллигини аксарият ҳолатда учраши ва асосан ташкиллашган болалар гуруҳида кенг тарқалганлиги, унинг юқори даражадаги контагиозлиги билан белгиланади. Гельминтозлар билан касалланишнинг болалар ёши бўйича энг кўп учраган ёш қатлами 4-6 ёшли болалар, иккинчи ўринда 6-10 ёшли ва учинчи ўринда 1-4 ёшли болалар ташкил қилади. Бу ҳолат 4-6 ёшли болаларнинг жисмоний фаоллиги кучайган ҳамда ота оналар назоратидан четда қоладиган даври билан, 6-10 ёшли бола-



Расм 4. Оммавий дегельминтизация (ОД) эффективлиги.

ларда санитар-гигиеник қўникмалар маълум миқдорда шаклланган ва 1-4 ёшли болалар эса тўлиқ ота-оналари назоратида бўлганлиги билан изоҳланиши мумкин. Шу билан бирга гельминтозларнинг ўғил болалар орасида қизларга нисбатдан кўп учраши уларда қизларга нисбатдан санитар-гигиеник кўникмаларининг етарлича эмаслигидан далолат беради.

Болалар орасида олиб борилган оммавий дегельминтизация самарадорлиги кўрсаткичларига биноан гельминтозлар билан касалланиш юқори бўлган ҳудудларда альбендазол препаратини 1 маротабали оммавий қўллаш касалланишни 2 баробар ва уни 2 маротаба оммавий қўллаш эса 16 баробар камайишига олиб келди.

Хулосалар

1. Жойларда бирламчи тиббиёт муассасаларидаги мутахассислар билан болалар орасида гельминтоз касалликлари этиологияси, клиникаси ва даволаш принциплари мавзусида, лаборатория ходимлари билан эса гельминтозларнинг лаборатория диагностикаси бўйича режа ва дастур асосида ўқув машғулотлари олиб бориш лозим.

2. Болалар орасида гельминтозлар билан касалланиш 45,3% ни ташкил этди. Бу кўрсаткич, ушбу касаллик ҳақидаги расмий статистик маълумотлардан тубдан фарқ қилади.

3. Болалар орасида гельминтозлар асосан 4 нозологик шаклда учраб, асосий қисмини энтеробиоз, иккинчи ўринни гименолепидоз, учинчи ўринни аскаридоз ва тўртинчи ўринни тениаринхоз ташкил этади.

4. Гельминтозлар асосан, ташкиллашган болалар гуруҳида кенг тарқалган. Шу билан бирга ўғил болалар орасида қизларга нисбатдан (3,9% га) кўп учрайди.

5. Гельминтозлар аксарият учрайдиган болалар ёши 4-6 ёш, кейинги ўринларни 6-10 ва 1-4 ёшли болалар ташкил этади.

6. Болалар орасида гельминтозларни камайтиришнинг асосий усулларидан бири оммавий дегельминтизация бўлиб, унинг мақсадли турини 4-6 ёшли болалар орасида альбендазол препаратини икки ҳафта оралиқ муддат билан 2 маротаба қўллаш йўли орқали олиб бориш лозим

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдиев Ф.Т., Махмудова Л.Б. Коррекция иммунологических нарушений и дисбиотических процессов при гименолепидозе // IX Республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана, 21-22 мая. - Ташкент. - 2010. - С. 5.
2. Ахмедова М.Д., Умарова А.А. Современные особенности эпидемиологии, клиники, иммунологии микст паразитозов // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2006. - № 5. - С. 12-14.
3. Беэр С.А. Паразитологический мониторинг в России (основы концепции) // Мед. Паразитол. и паразитарные болезни. 2007. № 1. С. 38.
4. . Денисов М.Ю. Лечение атопического дерматита // Современные технологии реабилитации детей с аллергодерматозами: (Практич. рукво для врачей) / Под ред. проф. Л.Ф. Казначеевой. Новосибирск. 2003. 112с.
5. Информационное письмо Республиканского ЦГЭСН МЗ РУз "О состоянии мероприятий по профилактике паразитарных болезней в Республике Узбекистан в 2010 году и задачах на 2011 год" №24-8/724 от 14.03.2011 г.
6. Махмудова Л.Б., Саидахмедова Д.Б., Мухитдинов Ш.Т. Основные клинические проявления гименолепидоза у детей // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний. V Международная научно-практическая конференция. - Ташкент. - 2009. - С. 105-106.
7. Ниязматов Б.И., Атабеков Н.С., Абдиев Т.А., Шамгунова Г.Ш. Проблема гельминтозов в Узбекистане // Проблемы биологии и медицины. - 2004. - № 1. - С. 11-12
8. Сергиев В.П., Лебедева М.П., Фролова А. А. Паразитарные болезни человека, их профилактика и лечение // Эпидемиол. и инф. болезни. 2005. № 2. С. 8-12.
9. Токмалаев А.К. Гельминтозы человека // Рус. Мед. журнал. 2004. Том 9, №1617. С.690-693.
10. de Almeida MM. Arede C. Marta CS. Pinto PL. Daniel I. Peres I. Nogueira JA. Pinto JR. Atopy and enteroparasites // Allergie et Immunologie. 2008. Vol.30, №9. P.291-294.

Келиб тушган вақти 21.02. 2019

УДК 616.9: 616.34-002.1]-05

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

Саидов А.А., Шарипова Ш.У., Хайдарова Ф.А.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Тяжелое течение инфекционного процесса и глубокие патоморфологические изменения слизистой оболочки кишечника зависили от наличия преморбидных заболеваний, как недоношенность, гипотрофия, анемия, рахит и врожденные пороки развития. При этом морфологически в кишечнике обнаруживались десквамация покровного эпителия, некроз и изъязвление слизистой оболочки, диффузная воспалительная инфильтрация собственной оболочки в основном мононуклеарными и единичными полинуклеарными клетками.

Ключевые слова: острая кишечная инфекция у детей, лимфоидная ткань кишечника, патоморфологические изменения

BIR YOSHGACHA BO‘LGAN CHAQALOQLARDA O‘TKIR ICHAK INFEKTSIYASIDA IMMUNOLOGIK KO'RSATKICHLAR VA PATOMORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR

Saidov A.A., Sharipova Sh.U., Xaydarova F.A.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Ichak shilliq qavatidagi og'ir infektsiyalarni kechishi va chuqur patomorfologik o'zgarishlar gipotrofiya, anemiya, raxit va tug'ma ribojlanish nuqsonlari kabi xolatlar bilan bogliklig aniqlandi.

Shu bilan birga, epiteliy deskvamatsyasi, nekroz va shilliq qavatning yaralanishi, asosan mononuklyar va yagona polinuklyar hujayralar bilan membrananing diffuz yallig'lanish infiltratsiyasi aniqlandi.

Kalit so'zlar: bolalarda o'tkir ichak infektsiyasi, ichak limfa to'qimasi, patomorfologik o'zgarishlar

PATOMORFOLOGIC CHANGES AND IMMUNOLOGICAL INDICATORS AT SHARP INTESTINAL INFECTION AT NEWBORN CHILDREN TILL ONE YEAR

Saidov A.A., Sharipova Sh.U., Haydarova F.A.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The heavy course of infectious process and profound patomorfologic change of a mucous membrane of intestines were veiled from existence by the premorbid of diseases as prematurity, a hypotrophy, anemia, rickets and congenital malformations. Thus morphologically in intestines the deskvamation of an integumentary epithelium, a necrosis and an ulceration of a mucous membrane, a diffusion inflammatory infiltration of own cover generally mononuclear and single polynuclear cageswere found.

Keywords: sharp intestinal infection at children, lymphoid tissue of intestines, patomorfologic changes.

Актуальность

Широкая распространенность острых кишечных инфекций в детском возрасте и высокие показатели смертности, вывели их на особое место в ряду актуальных проблем [2]. У новорождённых и детей грудного возраста с неблагополучным преморбидным фоном, таких как недоношенность, гипотрофия, рахит, анемия и врождённые пороки развития, при активизации условно-патогенных микроорганизмов, имеется предрасположенность к развитию острых кишечных инфекций (ОКИ). Количественные и качественные изменения клеточных элементов лимфоидной ткани кишечника связаны с одной стороны, иммуногенностью, инвазивностью, токсичностью микроорганизмов, с другой стороны активностью иммунной системы организма [5,6,7].

Цель. Выявление морфологических критериев, морфометрических параметров слизистой оболочки и лимфоидной ткани кишечника детей до одного года, а также патоморфологических изменений развившихся в результате острых кишечных инфекций.

Материалы и методы

Объектом исследования явился кишечник 94 аутопсий детей, умерших в период до одного года от различных видов острых кишечных инфекций. Предметом исследования были морфологические и морфометрические особенности лимфоидной ткани кишечника при острых кишечных инфекциях у детей. В основу данного исследования легли данные аутопсий, проведённых в Бухарском областном патологоанатомическом бюро и Республиканском патологоанатомическом центре у детей до 1 года, умерших от различных видов острых кишечных инфекций, за пять лет - с 2003 по 2007 год. В наших материалах, отставание развития органов желудочно-кишечного тракта, при котором даже в период новорождённости ребёнок мог умереть, заболев любыми острыми кишечными инфекциями, встречалось в 84,6% случаев. Во всех наших случаях, аутопсия у детей проводилась через 0,5-1 час после смерти. Сначала забиралось 5,0-10,0 мл крови из сердца и сосудистой системы, из неё в центрифуге выделялась плазма, проводились иммуноло-

гические исследования с помощью радиальным иммунодиффузным методом Манчини и с использованием моноспецифической сыворотки (Московский НИИВС им И.И. Мечникова). Иммуноглобулин Е определен радиоиммунным методов. Количество Т- и В-лимфоцитов подсчитано по чувствительности к теофиллину. Для бактериологических исследований брались дистальная часть тонкого кишечника, а также часть толстого кишечника. При вскрытии трупов умерших детей в процессе исследования забирались полностью тонкий кишечник и точно по его длине одна часть толстого кишечника, забранные внутренности обёртывались тонкой бумагой, заматывались свёртком, закреплялись нитью и фиксировались на протяжении 3-х дней в 10-ти процентном растворе нейтрального формалина. Каждый свёрток, включающий оба отдела кишечника обезвоживался в спирте, в хлороформе и заливался в парафин. Затем получали гистологические срезы толщиной 5-8 мкм, окрашивались гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и ШИК-реакции. Гистологически и гистохимически окрашенные срезы изучались под микроскопом, информативные участки среза фотографировались.

Количественные показатели обрабатывались статистическими методами, вычислялись средние арифметические величины, квадратные ошибки средних и показатели достоверности.

Результаты и обсуждения

Результаты микроскопических исследований показали, у умерших детей от пневмопатий и черепно-мозговых травм слизистая оболочка кишечника имеет единую гистотопографическую структуру, но их толщина и длина различны. Выявлено, что в первой половине годовалой жизни новорожденных слизистая оболочка как тонкой, так и толстой кишки полностью недоформирована. При этом ворсинки слизистой короткие, разной формы и величины, количество бокаловидных клеток мало и они в состоянии вакуолизации. Особенно, гипоплазирована собственная соединительнотканная оболочка слизистой, в ней лимфоидные клетки не определяется, сосудов мало, соединительнотканные волокна расположены беспорядочно. Такие редкие лимфоидные скопления состоят из маленьких и средней величины лимфоцитов. В строме, находящейся в их основании, редко и беспорядочно разбросаны ретикулярные клетки. По краям лимфоидных клеточных скоплений, располагаются посткапиллярные венулы, в стенке которых наблюдается миграция лимфоцитов. У этих появляющихся лимфоидных фолликулов слизистая оболочка ровная без ворсинок. Лимфоидные фолликулы расположены в подслизистом слое. У новорожденных в возрасте 7-12 мес. в стенке подвздошной кишки морфофункциональные состояния слизистой оболочки и лимфоидной ткани приближается к норме. Ворсинки удлинены, некоторые разветвлены, в собственной оболочке увеличено количество лимфоидных клеток. Покровный цилиндрический эпителий ровный, почти одной формы и величины, среди которых выявляется достаточное количество бокаловидных клеток. Вместе с этим, в данном возрастном периоде лимфоидные фолликулы расположены одинарно и на расстоянии друг от друга. В некоторых из них в центре появляется герминативные центры и они превращаются на вторичные лимфоидные фолликулы. В данном возрасте в стенке тонкой кишки определяется лимфоидные фолликулы, которые расположены в близости мышечного слоя. Которые относительно меньшего размера, в основе их ретикулярные клетки расположены беспорядочно, лимфоциты находящиеся по периферии фолликула инфильтрируется в окружающие ткани. В стенке толстой кишки в данный срок исследования отметилось наличие достаточного количества первичных и вторичных лимфоидных фолликулов. Если первичные лимфоидные фолликулы расположены в собственной соединительнотканной оболочке, то вторичные имеют места в подслизистом слое стенки кишки. Основание вторичных фолликулов широкое, вершина усеченная и выступает на поверхности слизистой оболочки. В центре которых формировались центры размножения и они состоят из ретикулярных клеток и лимфобластов. Таким образом, у грудных детей, в период первых 6 месяцев, выявляются лимфоидные фолликулы разной величины и формы, расстояние между фолликулами широкое, герминативный центр определяется лишь в 65% случаев. В период следующих 6-ти месяцев почти все лимфоидные фолликулы имеют одинаковый клеточный состав и структуру.

Изучение иммунологических показателей детей умерших от ОКИ показало, что у новорожденных IgA в среднем составили 0,27±0,06 г/л, IgG - 5,4±0,8 г/л. В возрасте 1-3 мес. еще ниже, IgA - 0,11±0,02, IgG - 1,86±0,4 г/л. При этом в крови значительно увеличивается количество кортизола (5487,62±34,5 нмоль/л) и иммуноглобулина Е (143,65±12,34 ки/л). В старших возрастных группах отмечалось некоторое увеличение показателей иммуноглобулинов, что по видимому связано с становлением иммунной системы организма. При ОКИ вызванной патогенными микроорганизмами показатели IgM и IgG были высокими и иногда доходили до IgM - 5,6, IgG - 15,8 г/л. В 7-12 мес периоде, когда преобладало исскуственное вскармливание и ОКИ вызывались граммотрицательными микроорганизмами показатели иммуноглобулинов снижались. При этом IgG снижался до 2,81 г/л, IgM повышался до 1,94 г/л. Результаты патоморфологических исследований показали, что у детей ОКИ вызванные условно-патогенными микроорганизмами, проявились слизисто-десквамативным, слизисто-некротическим и некротически-язвенным воспалительным энтероколитом.

Изучение лимфоидной ткани кишечника показало, что в связи с инфекцией у умерших новорожденных лимфоидные фолликулы недоформированы, гиперплазированы атипически и неравномерно. При этом не выявляются основные морфофункциональные зоны лимфоидных фолликулов, активизированные лимфоциты расположены вокруг посткапиллярных венул. Границы их не определяются, лимфоциты инфильтрируют собственную оболочку и подслизистый слой диффузно, среди них выявляется большое количество макрофагов и деструктивных клеток. В более старших возрастных периодах младенцев отмечается, что если лимфоидные фолликулы кишечника исходно атрофичны и гипоплазированы, то под действием ОКИ в них происходит беспорядочная и неравномерная пролиферация клеток и развиваются вторичные изменения в виде кровоизлияния, некроза. При этом, в одних случаях отмечается диффузная

пролиферация всех клеточных элементов лимфоидных фолликулов, в других случаях определяется гиперплазия герминативного центра с ретикулезом, в третьих случаях не выявляются их основные морфофункциональные зоны.

Выводы

У новорожденных недоразвитие лимфоидной ткани кишечника сопровождалось атипической гиперплазией в ответ на инфекцию. Когда лимфоидные фолликулы находятся, исходно, в состоянии гипоплазии и атрофии, тогда в ответ на инфекцию происходит беспорядочная и неравномерная пролиферация клеток. При этом морфологически не выявляются основные морфофункциональные зоны лимфоидных фолликулов и в них выявляется вторичные изменения в виде некроза и кровоизлияния.

При ОКИ, в лимфоидных фолликулах стенки кишечника, морфометрически, с начальных месяцев жизни младенцев, отмечалось нарастание количество ретикулярных, макрофагальных, дегенеративных клеток и средних лимфоцитов, и к периоду 7-12 мес, увеличение количества их доходило в среднем до 10-15 раз. При этом динамика ретикулярных клеток оказалась нарастающая: 1-3 мес в 5 раз, 4-6 мес в 10 раз, 7-12 мес в 15 раз. Число макрофагов увеличилось в 7 раз, средних лимфоцитов в 5 раз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анохин В.А. Ацетонемический синдром при острых кишечных инфекциях у детей / В.А. Анохин, С.В. Халиуллина, И.А. Гутор //Детские инфекции. - 2012. - Т. 11. - №1. - С. 6-12.
2. Антоненко А.Н. Лактазная недостаточность у детей раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями, основные методы её коррекции: /автореф. дис. .канд. мед. Наук А.Н. Антоненко. - М., 2006. - 21 с.
3. Балаболкин И.И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе / И.И. Балаболкин //Педиатрия. Журнал им. Т.Н. Сперанского. - 2012. Т. 91. - №3.- С. 69-75.
4. Буланова И.А. Рота- и норовирусные инфекции у детей раннего возраста в Архангельской области / И.А. Буланова, Л.В. Титова, О.В. Самодова и др. // ЭпиНорт. 2009. - т. 10. - №1. - С. 18-24.
5. Насриддинов Н.К. Микробиологические и аллергические исследования при острых кишечных расстройствах у детей раннего возраста / Н.К. Насриддинов // Актуальные вопр. аллергологии. - Вып. 1. - Самарканд, 1972. - С. 93-95.
6. Подколзин А.Т. Сезонность и возрастная структура заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории РФ / А.Т. Подколзин, Е.Б. Фенске, Н.Ю. Абрамычева и др. // Терапевтический архив. - 2007. - №11. - С. 10-16.
7. Aim J.S. An anthroposophic lifestyle and intestinal microflora in infancy / J.S. Aim, J. Swartz, B. Bjorksten et al. // Pediatr. Allergy. Immunol. - 2002. - Vol. 13. - P. 402-411.
8. Akira S. Toll-like receptors: critical proteins linking innate and acquired immunity / S. Akira, K. Takeda, T. Kaisho // Nat. Immunol. 2001. - Vol. 2. - P. 675-680.

Поступила 02.02. 2019.

УДК:378.2

МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО: НОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ, НОВАЯ ЭПОХА

[1]Б.Э. Юлдашев, [2]Д.А. Каршиев,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В данной статье рассматривается использование информационных технологий в медицине и здравоохранении, в частности возникновения новых профессий с использованием информационно-коммуникационных технологий.

Ключевые слова: Медицина, информационные технологии, информатизация, IT медик, клинический биоинформатик, IT генетик, тканевый инженер.

КЕЛАЖАКДАГИ ТИББИЁТ: ЯНГИ ТЕНДЕНЦИЯ, ЯНГИ ДАВР

[1]Б.Э. Юлдашев, [2]Д.А. Каршиев

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу мақолада тиббиёт ва соғлиқни сақлаш тизимида информацион технологиялардан фойдаланиш, хусусан информацион-коммуникацион технологияларни қўллаш билан борадиган янги касбларнинг пайдо бўлиши кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: Тиббиёт, информацион технологиялар, информациялаш, ITшифокор, клиник биоинформатик, ITгенетик, тўқима инженери

MEDICINE OF THE FUTURE: NEW TENDENCY, NEW EPOCH

B.E.Yuldashev[1], D.A.Karshiyev[2]

Tashkent Pediatric Medical Institute (TashPMI), Republic of Uzbekistan.

✓ ***Resume,***

This article discusses the use of information technology in medicine and health care, in particular the emergence of new professions with the use of information and communication technologies.

Keywords. Medicine, information technology, informatization, IT physician, clinical bioinformatics, IT geneticist, tissue engineer.

Актуальность

За прошедшие годы в стране реализованы масштабные меры по созданию единой системы управления здравоохранением, развитию частного сектора медицины, повышению качества медицинского обслуживания населения и созданию благоприятных условий для формирования здорового поколения.

В целях коренного повышения эффективности проводимых реформ, создания условий для обеспечения всестороннего и ускоренного развития государства и общества, реализованы приоритетные направления по модернизации страны и либерализации всех сфер жизни, в частности:

– обеспечение обязательных социальных гарантий населению, усиление социальной защиты уязвимых слоев населения и государственной поддержки пожилым людям и лицам с ограниченными возможностями, улучшение социального обслуживания, развитие государственно-частного партнерства в предоставлении социальных услуг населению;

– дальнейшее реформирование сферы здравоохранения, прежде всего первичного звена, скорой и экстренной медицинской помощи, направленное на повышение доступности и качества медицинского и социально-медицинского обслуживания населению, формирование здорового образа жизни населения, укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;

– повышение социально-политической активности женщин, усиление их роли в управлении государством и обществом, обеспечение занятости женщин, выпускниц профессиональных колледжей, широкое привлечение их к предпринимательской деятельности, дальнейшее усиление основ семьи;

– дальнейшая реализация комплексных мер по укреплению здоровья семьи, охране материнства и детства, расширению доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению младенческой и детской смертности;

– дальнейшее развитие и совершенствование системы медико-социальной помощи пенсионерам, инвалидам, одиноким престарелым и другим уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности;

– дальнейшее развитие фармацевтической промышленности и улучшение обеспеченности населения и медицинских учреждений доступными, качественными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, реализация мер по недопущению необоснованного роста цен на них;

– обеспечение снижения показателей заболеваемости населения и повышения продолжительности жизни населения.

Современные информационно-коммуникационные технологии оказывают возрастающее влияние на

общий уровень развития медицины, качество медицинских услуг населению и эффективность системы здравоохранения.

В настоящее время здравоохранение невозможно представить без использования высокотехнологичного оборудования для диагностики и лечения заболеваний, а также использования современных информационно-коммуникационных технологий в процессах сбора, хранения и обработки информации, формируемой в ходе лечения пациента, а также являющейся основой для получения качественных и достоверных статистических данных в системе здравоохранения. Важную роль в этом процессе имеет безусловное и полное исполнение норм информационного законодательства, и в частности, Закона Республики Узбекистан "Об информатизации". Именно в этих целях Комитетом по вопросам информации и коммуникационных технологий Законодательной палаты ОлийМажлиса было проведено контрольно-аналитическое изучение состояния исполнения Закона Республики Узбекистан "Об информатизации" в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Несомненно, повышение качества лечебно-профилактической помощи является важнейшей целью информатизации здравоохранения на всех его уровнях, в том числе и на уровне конгломерата учреждений здравоохранения, и в рамках отдельного лечебного учреждения.

Соответственно, это является основной задачей любой медицинской автоматизированной информационной системы.

Во исполнение Постановления Президента Республики Узбекистан №ПП-1989 от 27.06.2013 года "О мерах по дальнейшему развитию Национальной информационно-коммуникационной системы Республики Узбекистан" на период 2013-2020 гг. перед Министерством здравоохранения поставлена задача создания системы "Электронное здравоохранение" Республики Узбекистан. Данная система позволит улучшить качество обслуживания населения путем перехода более чем 70% оказываемых Министерством здравоохранения услуг на интерактивные методы оказания государственных услуг через "Единое окно".

При реализации проекта к 2020 году будут достигнуты следующие целевые ориентиры: все учреждения системы здравоохранения, в том числе сельские врачебные пункты и поликлиники, будут введены в систему "Электронное здравоохранение" и обеспечен электронный мониторинг их деятельности (электронный паспорт учреждения) с отображением на картах. Также в систему будут введены и все учреждения частного сектора, с отражением их расположения и перечнем оказываемых ими услуг на картах. В целях обеспечения персонализированного учета в систему будут введены электронные карточки всех медицинских работников: врачей и среднего медицинского персонала. Будут созданы практические возможности обеспечения населения персональными "Электронными медицинскими карточками", что, в свою очередь, потребует подключения к системе "Электронная регистратура", а также Единой диспетчерской службе экстренной и скорой медицинской помощи всех республиканских и областных учреждений системы здравоохранения. Создание системы "Электронное здравоохранение" Республики Узбекистан позволит также реализации других необходимых задач. В результате население получит качественные высококвалифицированные медицинские услуги вне зависимости от места, времени и социального положения через единую информационную систему, в том числе "Электронная медицинская карта" и "Электронная регистратура". Также потребители услуг, каковыми являются юридические лица, получат такие качественные высококвалифицированные услуги, как лицензирование, сертификация, выдача справок и предоставление информации вне зависимости от места и времени.

При реализации поставленных перед министерством задач, Министерство здравоохранения получит сильный инструмент для управления, прогнозирования и планирования на основе достоверных и своевременных данных, быстрого реагирования на чрезвычайные ситуации, возможности проведения научных исследований. Также доступ к первичным данным о лечении пациентов может обеспечить качественный прорыв в разработке новых высокоэффективных лекарственных средств. Автоматизированный анализ симптомов и результатов клинических обследований является ключом к профилактике заболеваний и осложнений. Оперативный доступ к данным истории болезни независимо от места оказания медицинской услуги жизненно важен при оказании скорой медицинской помощи и необходим для повышения качества и доступности медицинских услуг в условиях растущей мобильности населения.

Медицина всегда была крайне важной сферой для человека, однако ее значение в будущем будет только расти: уже сегодня мы наблюдаем растущую продолжительность жизни, что означает и растущее внимание к здоровью человека от зачатия и на протяжении всей жизни, при этом акцент внимания медицины смещается в сторону лечения возрастных заболеваний и поддержания здоровья. Исследования ДНК открыли в медицине новую эру - от диагностики и лечения болезней отдельных органов и тканей врачи переходят к системной работе со здоровьем человека. Анализ генов уже сейчас становится доступной услугой, а в ближайшем будущем каждый пациент сможет предъявить врачу "природную амбулаторную карту" - свой собственный генетический код, расшифрованный специалистами. Это, во-первых, дает толчок к развитию превентивной медицины, задача которой - выявить возможные заболевания и предотвратить их на ранней стадии. А во-вторых, на смену методикам массового лечения приходит индивидуальная терапия - на уровне генома пациента. Кроме того, в медицине уже сейчас активно используются биотехнологии - они помогают в разработке лекарств и создании пересаживаемых тканей и органов. Робототехника тоже вносит свой вклад: автоматические устройства превосходят в точности обычных хирургов, а тщательно продуманные киберпротезы могут не просто скомпенсировать физические изъяны, но и открыть перед человеком новые возможности. Медицина будущего принесет с собой сверхточную диагностику состояния здоровья на протяжении всей жизни и возможность прогнозировать свои заболевания и заболевания потомков.

Поэтому перед медициной встанут новые задачи будущего, как:

- Сверхранняя диагностика;
- Разработка и управление высокотехнологичным

медицинским оборудованием (включая медицинских роботов);

– Разработка технологического дизайна для медицинского оборудования;

– Проектирование, создание и управление базами физиологических данных;

– Разработка мобильных диагностических устройств для самодиагностики и сверхранней диагностики;

– Компьютерное моделирование процессов течения болезни;

– Программирование генома под заданные параметры;

– Разработка персональных программ страхования с учетом генетических карт пациентов;

– Разработка и вживление искусственных функциональных устройств и органов;

– Обеспечение коммуникации между исследовательскими, лечебно-диагностическими и профилактическими учреждениями.

Решение этих задач потребует специализированных знаний в области информатики, биофизики. По данным Агентства стратегических инициатив и фондом Сколково в медицине до 2020 года появятся новые профессии, с надпрофессиональными навыками (см. таб. №1)

Таблица № 1.

Новые профессии и надпрофессиональные навыки в профессиях будущего

Название профессии будущего	**Аннотация профессии будущего**	**Надпрофессиональные навыки в профессиях будущего**			
		Системное мышление	**Программирование**	**Робототехника**	**Искусственный интеллект**
IT медик	Специалист с хорошим знанием ИТ-технологий. Создает базы физиологических данных и управляет ими, создает программное обеспечение для лечебного и диагностического оборудования.	+	+	+	+
Архитектор медоборудования	Специалист в области инженерной и компьютерной графики, материаловедения, сопромата, деталей машин, электротехники. Обладает пространственным мышлением, понимает анатомию и физиологию человека, разбирается в биосовместимости материалов и приборов, является экспертом в области медицинской и технической безопасности.	+	+	+	+
Генетический консультант	Проводит первичный и плановый генетический анализ в диагностических центрах, обрабатывает данные с диагностических устройств и дает заключение и рекомендации по дальнейшей схеме лечения. С помощью генетического анализа можно выявлять онко-маркеры, диагностировать наследственные заболевания, определять специфику обмена веществ пациента и исследовать болезни, вызванные вирусными и бактериальными инфекциями.	+	+	+	+
Клинический биоинформатик	В случае нестандартного течения болезни строит компьютерную модель биохимических процессов болезни, чтобы понять первопричины заболевания (выявляет нарушения на клеточном и субклеточном уровнях).	+	+	+	+
Оператор медроботов	Специалист по программированию диагностических, лечебных и хирургических роботов.	+	+	+	+
IT генетик	Специалист, который занимается программированием генома под заданные параметры.	+	+	+	+
Разработчик киберпротезов и имплантантов	Будет заниматься разработкой функциональных искусственных устройств (киберпротезов) и органов, совместимых с живыми тканями.	+	+	+	+
Тканевый инженер	Профессионал, разрабатывающий технологический процесс и подбирающий материалы и условия для формирования конкретной ткани или органа. Потребителем его труда является хирург-трансплантолог.	+	+	+	+

Эксперт персонифицированной медицины	Специалист, анализирующий генетическую карту пациента, разрабатывающий индивидуальные программы его сопровождения (диагностика, профилактика, лечение) и предлагающий соответствующие страховые медицинские продукты.	+	+	+	+
Сетевой врач	Высококлассный диагност, владеющий информационными и коммуникационными технологиями и способный ставить диагнозы в онлайн-режиме. Ориентирован на предварительную диагностику и профилактику болезней. Именно такие врачи могут быть включены в процесс массовой дистанционной диспансеризации или обслуживать центры обработки данных персональных диагностических устройств и порталов здоровья.	+	+	+	+

Данные профессии в первую очередь связаны с разработкой новых технологий и работой с техникой.

Итак, в заключении можно сказать, что создание новых информационных технологий на всех уровнях управления здравоохранением и новых медицинских информационных технологий повышает качество лечебно-профилактической помощи и способствует реализации основной функции охраны здоровья населения - увеличению продолжительности активной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Закон Республики Узбекистан "Об информатизации" 1992.
2. Указ Президента Республики Узбекистан о стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 г., № УП-4947.
3. Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-1989 от 27.06.2013 года "О мерах по дальнейшему развитию Национальной информационно-коммуникационной системы Республики Узбекистан" на период 2013-2020 гг.
4. Атлас новых профессий /Агентство стратегических инициатив, М, 2015, 288 с.

Поступила 04.03.2019

UDK 617 7. (075.32).

KO‘ZDAGI KAMALAK PARDA RANGIGA QARAB TALABALARGA FIZIOLOGIK XARAKTERISTIKA BERISH

[1]Komilova B.O., [2]Xadjaeva U.R.

[1]Buxoro Davlat tibbiyot Instituti,
[2]Buxoro shahar 3-maktab o'qituvchisi.

✓ ***Rezyume,***

Ko'z kamalak pardasning rangi stromadagi melanositlarning miqdorini aniqlaydigan naliy belgi bo'lib hisoblanadi. Kamalak parda rangining kul rangdagisi nasliy dominanta bo'lsa, kamalak pardasining rangi ko'k bo'lgani bo'ladi. Yangi tug'ilgan bolalarning aksariyatida ko'z kamalak pardasning rangi ko'k bo'ladi, pigmentlarning kamligida dalolat beradi. Bola 3-6 oylik bo'lganda меланоцумларning miqdori oshadi va kamalak pardada ranglar paydo bo'ladi. Ko'zning kamalak pardasi ko'zga na faqat joziba beradi, balki ichki organ-larning salomatlik holati haqida ma'lumot beradi.Ko'zning kamalak pardasida dog'larning paydo bo'lishi yoki ko'zning nursizlanishi organizm organlarida qan-daydir muammolar borligidan dalolat beradi. Ko'zning kamalak pardasida aks ettirilgan holat o'zgarishlari, turli organ tizimlar faoliyati haqida informastiya ola-digan retikulyar farmastiya va kamalak parda o'rtasida murakkab aloqa borligini ifodalaydi.

Kalit so'zlar: Stroma, kamalak parda, ekzogen, sekretsiya, pigment, gipoksiya, akkomodatsiya.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТАМИ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА.

[1]Комилова Б.О., [2]Хаджаева У.Р

[1]Бухарский государственный медицинский институт,
[2]Преподователь школа № 3. г.Бухара.

✓ ***Резюме,***

Цвет радужки определяется количеством меланоцитов в строме и является наследуемым признаком. Доминантно наследуется каричневая радужка, аголубой рецессивно. У большинство новорожденных малышей имеет светлую голубую радужку из-за слабой пигментации. К 3-6 месяцам число меланоцитов увеличивается и радужка темнеет. Радужная оболочка глаза способна не только сигнализовать о состоянии здоровья внутренних органов человека, но и придает красоту. Появление пятем на радужке или ее осветление, говорит о некоторых проблемах со здоровьем.Отражение изменением на состояние а радужной оболочки глаза, объясняется наличием ее сложных связей с ретикулярной формацией мозга, получающей информацию о работе всех органов и систем.

Ключевые слова: Строма, радужная оболочка, экзоген, секреция, пигмент, гипоксия, аккомодация

PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE IRIS STUDENTS.

[1]Komilova B.O., [2]Xadjaeva U. R.

[1]Bukhara State Medical Institute
[2]School teachers №3 Bukhara city.

✓ ***Resume,***

The color of the iris is determined by the number of melanocytes in the stroma and is an inherited sign. Dominant inherited brown iris and blue recessive. Most newborn babies have a light blue iris due to weak pigmentation. By 3-6 months the number of melanocytes increases and the iris darkens. The iris is able not only to signal the state of health of the internal organs, but also gives beauty. The appearance of the fifth on the iris or its lightening, indicates some health problems. The reflection of the change in the state a of the iris is explained by the presence of its complex connections with the reticular formation of the brain, which receives information about the work of all organs and systems.

Keywords: stroma, iris, exogenous, secretion, pigment, hypoxia, accommodation

Dolzarbligi

Ko‘z nafaat ko‘ngil oynasi, balki tananing oynasi hamdir. Bundan kelib chiqib aytish mumkinki, ko‘z nafaqat tashqi muhitni ko‘ra olishimizdek murakkab vazifani bajaradi, balki tanamizda kechayotgan jarayonlar haqida ham ma’lumot beradi[1,4]. Shu bilan birga ko‘zimizning kamalak pardasi organizmdagi turli organlarda boshlanayotgan yoki kechayotgan kasalliklarni ham o‘zida aks etirar ekan. Demak, kamalak pardada aks etgan rasmlarga qarab turli tuman kasalliklarni aniqlash mumkin.

Sog'lom odamlarda kamalak pardada aks etgan rasmlar inson hayoti davomida (agarda travma va jarrohlik amaliyoti

bajarilmagan bo‘lsa) o‘zgarmaydi. Hebe yo‘g'on ichak kasalliklarini kamalak pardaning holatiga qarab analiz qilgan. Masalan, ko‘ndalang chambar ichak osilib qolganda kamalak pardaning yuqori qismida o‘yiq hosil bo'lgan. Shambar ichakning pastga tushuvchi qismi torayganda esa kamalak pardani chap tomonida o‘yiq paydo bo'lganligini kuzatgan [2, 3].

Hebe va boshqa mualiflarning aytishicha, kamalak pardaning rangiga qarab yo‘g'on ichak raki bilan kasallangan 29 ta bemorda olib borilgan kuzatuvlar natijasi klinikada olingan taxlillar bir biriga mos kelgan. Rossiyada E.S.Vel'xover va F.N Ramashovlar kamalak pardani rangi va strukturasining o‘zgarishiga qarab bemorni mutaxasis shifokorga yuborishgan. Ayniqsa, ilk yoshlik va o‘n ikki yoshgacha bo‘lgan davrda organizmdagi zaif organlar tizimining belgi va xususiyatlari kamalak pardaga o‘z aksini topgan. Shu bilan birga rivojlanish davrining anamaliyalarini ham kamalak pardada ko‘rish mumkin ekan [2]. Bu esa muhim klinik ahamiyat kasb etadi. Demak, ilk yoshdan boshlab organizmda kuzatiladigan kasalliklarni oldini olish mumkin.

Ilmiy tadqiqot maqsadi:

Issiq iqlimli sharoitida kamalak parda rangining organizmdagi fiziologik funktsiyalar holatini qay darajada belgilashini tajribada o‘rganish.

Material va metodlar

Ko‘zining kamalak pardasi turli rangda (qora rang, jigar rang va ko‘k rang) bo‘lgan tabiiy fanlar fakul'tetining 20 - 22 yoshli, 24 ta talabasida 2015 - 2017 yillarda tajriba olib borildi. Tekshiriluvchilarning barchasida ko‘z kamalak pardasining rangi oddiy usulda aniqlandi. Ko‘zining kamalak parda rangiga qarab talabalar 3 ta (qora rang, jigar rang va ko‘k rang) guruhga bo‘lindi. Har bir guruhda 8 tadan talaba mavjud. Har bir guruhdagi talabalar soni 33,3% tashkil etadi. Ko‘zining kamalak pardasi qora rang, jigar rang va ko‘k rangda bo'lgan talabalarningqon guruhlari klinik laboratoriyada aniqlandi.Olingan natijalar statistik qayta ishlandi.

Natija va tahlil

Insonga inom etilgan buyuk tuxfa - ko‘rish qobiliyatini hech narsaga tenglashtirib bo‘lmaydi. Ko‘zimiz eng noyob va o‘ta nozik a’zo bo‘lib, uning yordamida o‘qiymiz, yozamiz, kompyuter qarshisida o‘tirib ishlaymiz, televizor ko‘ramiz, sayohat qilamiz. Odam uchun zaruriy shartlardan biri tashqi muhit holati va o‘zgarishlari haqida muntazam axborot qabul qilish, bu axborotni qayta ishlash va uning asosida bo‘lajak faoliyat rejasi va dasturlarini tuzishdir. Orga-nizmga tashqi va ichki muhit to‘g'risidagi axborotni kelib turishi hayotiy ko‘rsat-gichlardan biri bo‘lgan gomeostazni ta’minlab turish uchun muhim hisoblanadi.

Tashqi va ichki muhit to‘g'risidagi axborotlarni analizatorlar markaziy asab tizimiga yetkazib beradi. Analizatorlar axborotning miyaga kiritish va bu axborotning taxlil qiluvchi tizimdir. Har bir analizatorning ishi miya uchun tashqi bo'lgan fizik yoki kimyoviy energiyani resteptorlar tomonidan qabul qilinishidan boshlanadi. Bu energiya nerv signallariga aylantiriladi va qator bosqichlardan iborat neyronlar zanjiri orqali miyaga uzatiladi. Shundan keyin organizmda javob reakstiyasi tanlanadi yoki ishlanadi.Ko‘ruv sensor tizimi miyaga tashqi muhitdan olinadigan axborotlarning 90% ini etkazadi [1].

Ko‘z olmasini tashqaridan o‘rab olgan fibroz pardaning oldingi tiniq qismi shox parda bo‘lib u orqali natriy, kaliy va xlor ionlari yaxshi so‘riladi. Shox parda bu ionlarni ko‘z yoshi suyuqligi va ko‘zning oldingi kamerasi suyuliklarga chiqa-radi. Fibroz pardaning qolgan qismini oqsilli parda tashkil etadi va u himoya vazifasini bajaradi.Ko‘zning o‘rtanchi tomirli pardasi ko‘zni oziqlantirib turadi. U uch qism: tomirli pardaning xususiy qismi, kiprikli tana va kamalak pardadan iborat. Kiprikli muskul ko‘z akkomodatsiyasidaishtirok etadi.Kiprikli tana qon tomirlari bilan birgalikda ko‘z suyuqligini hosil qilib turadi. Kamalak pardada ko‘zning rangini aniqlab turuvchi pigmentli hujayralar mavjud. Kamalak pardadagi pigmentning fiziologik roli kam o‘rganilgan. Biroq kamalak parda turli endo va ekzogen omillarda ko‘zni himoya qilishi ma’lum.

Soch va teriga rang beruvchi melanin pigment tabiatan bir xil bo‘lib ko‘zga ham rang beradi. Melanin danachalari asosan kamalak pardaning orqa qismida ko‘proq to‘plangan bo‘ladi. Kamalak pardaning orqa to‘sig'idagi pigmentlar miqdorining o‘zgarishi nurlarning qaytarilishi va yutilish darajasining turlichaligi bilan ifodalanadi. Kamalak pardada pigmentli hujayralar yupqa bo‘lib joylashgan bo‘lsa, rang beruvchi modda kam bo‘ladi. Natijada ko‘zning rangi och ko‘k, ko‘kimtir, ko‘m-ko‘k, ba’zi hollarda yashil ham bo‘ladi. Jigar rangli ko‘zda rang beruvchi modda ko‘p, pigmentli hujayralar qalin bo‘ladi. Qora rangli ko‘zda pigmentli hujayralar zich joylashgan va haddan tashqari ko‘p bo‘ladi.Kamalak parda oldingi to‘siq qobiqining asosiy qismida retikulyar hujayralar sonini haddan tashqari ortiqcha yoki me’yoridan kam bo‘lishi, uning bir butunlik darajasini keskin o‘zgartiradi. Bunday o‘zgarishlar rang-larning xilma- xilligini kuchaytiradi, shu bilan birga kamalak pardadagi rasmlarni aniqlaydi.

Kamalak pardaning har bir sektorida muayyan or-ganning maydoni joylashgan bo‘lib, u ichki organlarning holati aks ettiradi. Kamalak parda rangining o‘zgari-shiorganlar faoliyatining buzilishiga olib keladi. Kamalak parda rangining o‘zgarishi qator omillarga (shox pardaga yot moddalarning tushishi, genetik o‘zgarish va melanin almashinuvining buzilishi) ga bog'liq. Bundan ko‘rinadiki, kamalak parda va undagi rasmlarga qarab turli (tug'ma kasalliklar, travma, ko‘z va boshqa) kasalliklarni aniqlash va ularni oldini olish mumkin.

Yangi tug'ilgan bolalarda ko‘zni kamalak pardasi och ko‘k rangda bo‘lib, bola o‘sgan sari kamalak parda muayyan bir rangga kiradi. Yoshi ulug' inson-larda va surunkali og'ir kasalliklarni boshidan kechirgan insonlarda esa kamalak parda nursizlana boshlaydi. Kamalak parda rangining nursiz bo‘lishi pigment qavatning holdan toyganligi va kamalak pardadagi biriktiruvchi tolali struktura-larning buzilishidan dalolat beradi.Kamalak pardadagi siyrak biriktiruvchi tolalar organizmning zaiflashganligi va turli noqulay sharoitlarga chidamlilik pasaygan-da kuzatiladi. Zich biriktiruvchi tolalar esa ichki organlar faoliyati va inson turmush tarzining yaxshiligini ifodalaydi. Agarda organizm toksin moddalar bilan to‘lgan bo‘lsa va moddalar almashinuvining buzilish belgilari bo‘lsa, u holda kamalak pardada yaltirroq dog'lar yoki nutalar, pushti yoki jigar rangli chiziqlar va xollar paydo bo‘lar ekan. Bosh aylanishi va umumiy charchoqlikda ko‘zda quyosh nuriga o‘xshab qora radial chiziqlar paydo bo‘lishi kuzatilgan. Organi-zmdan yuqoridagi holatlar bartaraf etilsa, bu nutalar va qora radial chizili nurlar yo‘qoladi.

Kamalak parda va undagi pigmentli hujayralarni faoliyati irsiyatga bog'liq. Organizmdagi har qanday irsiy belgi gen bilan aniqlanadi vahar bir gen ko‘p belgiga ta’sir etadi.

Kamalak pardani rangi va pigmentlarning shakllanishiga 3 ta (A,B,C) gen javobgar hisoblanadi. A gen kamalak pardaning oldingi to‘sig'ini tuzilishini aniqlasa, B gen kamalak pardani orqa to‘sig'idagi pigmentlarni aniqlaydi. C gen esa stromadagi pigmentlar bilan bevosita bog'langan. Demak A gen kamalak pardaning tuzilishini ta’minlasa, B va C genlar esa bevosita pigmentlar faoliyatini boshqaradi.

Organizmning normal holati haqidagi ma’lumotlarni kamalak pardaning ichki qirrasi va qorachiqdagi jiyaklardan ham bilsa bo‘ladi. Kamalak pardaning ichki qirrasi odatda donachalar shaklida bo'ladi, surunkali kasalliklarda orolsimon bo‘ladi. Ko‘z yoritilgan vaqtda, ya’ni qorachiq torayganda bu yaqqol ko‘rinar ekan. Shuningdek, kasallik belgilarini nafaqat kamalak pardaning rangiga, balki ko‘z qorachig'ining o‘lchamiga qarab ham osongina aniqlash mumkin. Insonning hissiy va energetik quvvati uning ko‘z qorachig'ida yozilgan bo‘lar ekan. Faol harakat vaqtida qorachiq kengayadi, charchash va uyqu vaqtida esa torayadi. Demak ko‘z qorachig'i keng bo‘lgan insonlar yuqori energetik quvvatga ega ekanlar. Ko‘z qorachig'ining maksimal keng bo‘lishi 10-19 yoshda, 25-40 yoshda biroz torayadi. Keksalarda ko‘z qorachig'ining yanada tor bo‘lishi, ularning organizmda moddalar almashinuvining pastligini bildiradi. Adabiyotlar sharhi-dan ma’lumki, ko‘zning rangini belgilaydi kamalak parda organizmdagi turli organlarda boshlanayotgan yoki kechayotgan kasalliklarni o‘zida aks ettiradi.

Issiq iqlimli sharoitida kamalak parda rangining organizmdagi fiziologik funktsiyalar holatini qay darajada belgilashini tajribalarda kuzatish.Tekshiriluv-chilarning barchasida ko‘z kamalak pardasining rangi oddiy usulda aniqlandi. Ko‘zining kamalak parda rangiga qarab talabalar 3 ta (qora rang, jigar rang va ko‘k rang) guruhga bo‘lindi. Har bir guruhda 8 tadan talaba mavjud. Har bir guruhdagi talabalar soni 33,3% tashkil etadi. Bizning bu ko'rsat-gichlarimiz A.E. Kapmanning Donestk shahrida kamalak pardaning rangiga qarab aholining taqsimlanishiga (yashil rang 34,9%, jigar rang 32,5% va havo rang 32,6%) mos keladi. Biroq farqi shundaki, Donestk shaxrida kamalak pardasi qora rangli insonlar bo'lmagan, biz tadqiqot olib borayotgan talabalarning orasida kamalak pardasi havo rangli talabalar bo'lmadi.

Ko‘zining kamalak pardasi qora rang, jigar rang va ko‘k rangda bo'lgan talabalarning qon guruhlari aniqlanganda, ko‘zining kamalak pardasi jigar rang bo‘lgan talabalarning qon guruhlari birinchi guruhga va ko‘zining kamalak pardasi ko‘k rang bo‘lgan talabalarning qon guruhlari esa ikkinchi guruhga mansub ekanligini ko‘rsatdi. Ko‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarning qon guruhlari aniqlanganda juda qiziqarli ma’lumotlar oldik. Ko‘zi-ning kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarda 3 ta qon guruhi (birinchi, ikkinchi va uchunchi guruhi)ning borligi aniqlandi(1-jadval).

1-jadval

Ko‘zdagi kamalak pardaning rangiga qarab qon guruhining taqsimlanishi

№	Qonning guruhlari / Ko‘zdagi kamalak pardaning rangi	Ko‘zdagi kamalak pardaning rangi		
		Ko‘k rang	Jigar rang	Qora rang
1	I-guruh	-	+	+
2	II-guruh	+	-	+
3	III-guruh	-	-	+

Olingan natijalardan ko‘rinib turibdiki,ko‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarning qon guruhlari domintlik qilyapti.

Xulosa

1. Ko‘z faqat tashqi muhitni ko‘ra olishimizdek murakkab vazifani bajarib qolmay, balki tanamizda kechayotgan jarayonlar haqida ham ma’lumot beradi.

2. Ko‘zimizning kamalak pardasi organizmdagi turli organlarda boshlanayotgan yoki kechayotgan kasalliklarni o‘zida aks etirishi muhim klinik ahamiyat ega bo'lib, ilk yoshdan boshlab organizmda kuzatiladigan kasalliklarni oldini olish imkonini beradi.

3. Kamalak parda va undagi pigmentli hujayralar faoliyatini ta’minlaydigan irsiy belgi genga bog'liq. Har bir gen ko‘p belgiga ta’sir etadi.

4. B va C gen kamalak pardani rangi, pigmentlarning shakllanishiga va u bilan bog'liq bo‘lgan fiziologik holatlarga javobgar hisoblanadi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Agadjanyan N.A, Vlasova i dr. Osnovi fiziologii cheloveka. /M. Medicina 2000.
2. X'yubel D. "Glaz, mozg, zrenie". /Izdatel'stvo "Mir", 2003 god, Moskva;
3. Borobeva A.I. Gematologiya. /Toshkent. Niadiamed 2002 g. T.1-280 s.
4. Tamar G.(Tamar H). Osnovi sensornoy fiziologii . /Per. s angl. M.Mir, 1976 g.

Kelib tusshgan vaqti 31.01. 2019

УДК: 616.34-008.337-021.3-053.2:611

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕФРАКТЕРНОЙ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

Абдужабарова З.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей.

✓ ***Резюме,***

Морфологического и морфометрического исследования биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки проведено у 56 больных целиакией в возрасте 6-14 лет. В результате морфометрических измерений толщины слизистой оболочки кишечника и глубины крипт при рефрактерной течении целиакии обнаружено значительное превышение общепринятых диагностических стандартов, свидетельствующее о высокой степени поражения СОДПК. Различались морфологические нарушения в нерефрактерной и рефрактерной течениях тем, что в нерефрактерной группе ещё оставались ворсинки, хотя и значительно укороченные, в то время как в рефрактерной группе ворсинки полностью отсутствовали. Эти нарушение позволили оценить гистологическую картину - как III и IV стадии по Marsh.

Ключевые слова: дети, целиакия, морфология, морфометрия, тонкий кишечник, диагностика.

БОЛАЛАРДА РЕФРАКТЕР ЦЕЛИАКИЯНИНГ МОРФОМЕТРИК АСПЕКТЛАРИ

З.М. Абдужабарова,

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти.

✓ ***Резюме,***

Целиакия билан оғриган 6-14 ёшдаги 56 нафар беморда ЎБИШҚ биоптатларини морфологик ва морфометрик тадқиқоти ўтказилди. Целиакиянинг рефрактер кечиши кузатилган 8 беморда биопсия материалини морфометрик текшириш натижалари ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватида ворсинкаларнинг батамом яссиланганлигини ва атрофияга учраганлигини кўрсатди. Рефрактер бўлмаган ва рефрактер кечишлардаги морфологик бузилишлар ўзаро шуниси билан фарқланадики, рефрактер бўлмаган гуруҳда ворсинкалар, анча қисқарган, сақланиб қолган бўлсада, рефрактер гуруҳида ворсинкалар умуман қолмаган. Ушбу ўзгаришлар гистологик манзарани Marsh бўйича III ва IV босқич сифатида баҳолаш имконини берди.

Калит сўзлар: болалар, целиакия, морфология, морфометрия, ингичка ичак, ташхислаш.

MORPHOMETRIC ASPECTS REFRACTORY CELIAC DISEASE IN CHILDREN

Abdujabbarova Z. M.

Tashkent Institute of Advanced Medical Education.

✓ ***Resume,***

Morphological and morphometric study of duodenal mucosal biopsy specimens was performed in 56 patients with celiac disease aged 6-14 years. As a result of morphometric measurements of the thickness of the intestinal mucosa and the depth of crypts in the refractory course of celiac disease, a significant excess of the generally accepted diagnostic standards was found, indicating a high degree of destruction of SODPC. Varied morphological violations in prefracture and refractory currents that in prefracture group remained the villi, although significantly shortened, while in the refractory group, the villi were completely absent. These violations made it possible to evaluate the histological picture - as III b stage IV at the Marsh.

Key words: children, celiac disease, morphology, morphometry, small intestine, diagnosis.

Актуальность

Целиакия — заболевание с наследственной предрасположенностью, и наибольший риск ее развития наблюдается при наличии HLA-DQ2 и HLA-DQ8 гетеродимеров, различных экзо- и эндогенных факторов [1]. Недостаточная изученность повышенной степени воздействия этих факторов, их роли в развитии целиакии, определяет актуальность проблемы. Поздняя диагностика заболевания является причиной различных осложнений, полигландулярной и белково-энергетической недостаточности, задержки роста, пожизненной инвалидности, летального исхода.

В диагностике большинства заболеваний тонкой кишки решающее значение имеет гистологическое исследование. При подозрении на целиакии обязательно следует провести эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки и желательно тощей кишки со взятием биоптата слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием [2,3].

Диагноз целиакия и стадия глютеновой энтеропатии устанавливаются в соответствии с классификацией M.Marsh (1995), который выделил 4 типа изменений слизистой оболочки тонкой кишки при этом заболевании [4,5]. Несмотря на то, что гиперрегенераторная атрофия различной степени выраженности, значительная инфильтрация стромы и многочисленные меж эпителиальные лимфоциты почти всегда свидетельствуют о наличии целиакии, после проведения светооптического исследования в патолого-анатомическом заключении все же правильнее говорить о "хроническом (атрофическом) дуодените (или еюните)" [6].

В настоящее время в мире выполняются следующие приоритетные научно-исследовательские работы по совершенствованию прогноза, профилактики и лечения целиакии: поиск оптимальных методов прогнозирования и совершенствование лечения различных форм целиакии; изучение особенностей форм и течения заболевания у детей по структурно-функциональным нарушениям кишечника, снижение инвалидности, прогнозирование рефрактерного течения заболевания, улучшение качества жизни больных.

Цель исследования

Изучение морфологических нарушений слизистой оболочки тонкого кишечника при рефрактерной формой целиакии.

Материал и методы

Обследовано 200 больных детей с целиакией в возрасте 1-14 лет: 113 (56,5%) мальчиков и 87 (43,5%) девочек. У 158 (79%) детей диагноз был установлен ранее, у 42 (21%) - первично. У 162 (81%) из них была типичная форма, у 38 (19 %) - атипичная.

Морфометрическое исследование биоптатов выполнено на кафедре патологической анатомии Ташкентской медицинской академии. Гистоструктуру тонкой кишки изучали по биоптатам 16 детей, умерших от тяжелой черепно-мозговой травмы (Исраилов Р.И., 2006).

Морфологического и морфометрического исследования биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки проведено у 56 больных целиакией в возрасте 6-14 лет: у 40 (71,4%) с типичной формой заболевания и у 16 (28,6%) - с атипичной. В зависимости от соблюдения аглютеновой диеты детей определили 3 группы: 1-я - дети, строго соблюдающие диету (30), 2-я - частично нарушающие (16), 3-ья - не соблюдающие диету (10).

Морфологические и морфометрические показатели далее рассматривали в зависимости от формы и течения заболевания, из них 40 (71,4%) детей было с типичной формой заболевания и 16 (28,6%) - с атипичной, в том числе у 8 (14,2%) детей отмечалось рефрактерное течение.

Результат и обсуждения

Результаты морфометрического исследования биопсийного материала у 8 больных с рефрактерным течением Ц определяли выраженное тотальное уплощение и атрофия ворсинок в СОДПК. Воспалительные изменения в слизистой оболочке сохранялся у 100% детей, которые более 2 лет находились под строгом соблюдении безглютеновой диеты. Морфологическое исследование выявило удлинение и извитость крипт в сочетании с тотальным отсутствием ворсинок. Во всех биоптатах отмечались изменения в покровном кишечном эпителии, который уплощался, приближаясь к кубическому, приобретал базофильную окраску, нарушалась полярность ядер, щёточная каёмка была истончена. Эпителиальный пласт был обильно инфильтрирован лимфоцитами, которые располагались на разных уровнях, причём межэпителиальные лимфоциты встречались и в криптах.

Морфометрическое исследование показало (табл.1), что общая толщина СОДПК уменьшилась почти вдвое от нормы, длина ворсин - в 3,8 раза, а их ширина - 1,1 раз увеличилась. Снижение длины ворсин менее 200 мкм, являются диагностическим критерием Ц, по данным протокола диагностики и лечения Ц у детей (2004), в нашем случае она укоротилась до 128,3 мкм ($P<0,001$). Форма ворсинок и крипт изменялась, поверхность большинства ворсинок покрывал низкопризматический эпителий. Наблюдалась выраженная лимфоцитарная инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки и стромы ворсинок. Крипты углублялись - в 2 раза от нормы ($P<0,001$); они были неодинаковой высоты, истончены, имели вид узких цилиндрических труб, просвет их сужался. Почти во всех отделах крипт железистые клетки были более гиперхромными и удлиненными. Коэффициент ДВ/ШВ снизился в 4,4 раз. Укорочение ворсин значительно уменьшило число энтероцитов и бокаловидных клеток в одном продольном срезе ворсин - в 3 раза меньше нормы ($P<0,001$). В одном продольном срезе крипт количество энтероцитов увеличилось в 1,8, а бокаловидных клеток - в 1,5 раза. Относительное содержание МЭЛ превышало норму- 4,5 раза ($P<0,001$). В базальной части покровного эпителия и в собственной соединительнотканной строме выявляется большое количество МЭЛ, что указывает активность патологического процесса.

Таблица 1

Морфометрические показатели слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у детей с рефрактерным течением целиакии, Мёm

Показатель	Контроль n= 16	Рефрактерная целиакия, n=8
Толщина СО, мкм	764,8±21,5	462,7±11,8**
Длина ворсинки, мкм	486,3±16,3	8,3±7,3**
Шир. ворсин., мкм	92,5±5,6	2,5±5,2
Глуб. крипт, мкм	146,2±8,5	285,6±9,4**
В/К	+3,3	-2,2
ДВ/ШВ	5,3	1,2
Кол-во энтер-в в продоль. срезе ворсин.	124,6±6,3	44,3±2,5**
Кол-во энтер-в в продоль. срезе крипт	62,5±4,8	118,6±6,2**
Кол-во бокал-х клеток в ворсинке	54,6±4,2	18,4±1,8**
Кол-во бокал-х клеток в крипте	28,7±2,6	43,6±3,5*
Кол-во межэпителиальных лимф., %	3,2±0,4	14,7±1,8**
Примечание:	*Достоверное отличие от контроля: * - P<0,01, ** - P<0,001*	

Таким образом, результате морфометрических измерений толщины слизистой оболочки кишечника и глубины крипт при рефрактерной течении Ц обнаружено значительное превышение общепринятых диагностических стандартов, свидетельствующее о высокой степени поражения СОДПК. В данной группе в 100% случаев была выявлена тотальная атрофия СОДПК, уплощение, базофилия и лимфоидная инфильтрация эпителия, неравномерное распределение бокаловидных клеток по эпителиальному пласту, инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки плазматическими клетками, лимфоцитами и макрофагами.

Различались морфологические нарушения в нерефрактерной и рефрактерной течениях тем, что в нерефрактерной группе ещё оставались ворсинки, хотя и значительно укороченные, в то время как в рефрактерной группе ворсинки полностью отсутствовали. Эти нарушение позволили оценить гистологическую картину - как III и IV стадии по Marsh.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вохмянина Н. В. Лабораторная диагностика целиакии: принципы и алгоритмы - Дис. ... докт. мед. наук. - СП., 2016. - 41 с.
2. Бельмер С. В., Гасилина Т. В. Целиакия: исходы и новые подходы к диагностике // Лечащий врач. -М., 2013.-№8.- С. 56-59.
3. Рабочий протокол диагностики и лечения целиакии у детей / / Вопр. детской диетологии, 2015.-N 6.-С.67-76.
4. Аруин Л.И. Апоптоз при патологических процессах в органах пищеварения. //Клиническая медицина.-2000.-№ 1.-С. 5-10.
5. Морфометрические показатели тонкой кишки у детей с целиакией в катамнезе / Н.А. Аверкина, Е.А. Рославцева, А.С. Потапов, Т.Э. Боровик, Ю.А. Лысиков//Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России "Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей". - Москва. - 2006. - С. 289 - 290.
6. Лысиков Ю.А., Малицына Т.А., Рославцева Е.А., Аверкина Н.А. Морфо-эндоскопические параллели при исследовании желудка и тонкой кишки у детей с целиакией // Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России "Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей". - Москва. - 2006. - С. 291 - 292.

Поступила 21. 02. 2019

УДК 616-005.8

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

М.М. Абдурахмонов, Т.Я. Мусоев, Ф.О. Яхёева, М.Ш, Носирова

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Одной из больших медико-социальных проблем является возрастающая частота смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых наиболее значимую долю составляет острый инфаркт миокарда (ИМ) с тенденцией повышения его частоты у больных молодого и среднего возраста.

Целью настоящего исследования явилась оценка наиболее значимой совокупности факторов риска инфаркта миокарда.

Исследовано 300 больных с первичным и повторным ИМ, среди них у 197 был осложненный инфаркт миокарда, в том числе у 142 больных - инфаркт миокарда с зубцом Q. Пациенты были разделены по возрасту на две группы: молодые (до 45 лет) - 70 человек и среднего возраста (от 46 до 60 лет) - 230 человек. Все больные находились на лечении с 2012 по 2016 г. в Бухарском филиале РНЦЭМП.

Результаты проведенных исследований выявили, что основными факторами риска ИБС являются (мужской, нарушения липидного обмена, АГ, гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела) встречаются у большинства больных ИМ в возрасте до 60 лет.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, сердечно-сосудистые заболевания, липидные обмены, курение

ЁШ ВА ЎРТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

М.М.Абдурахмонов, Т.Я.Мусоев, Ф.О.Яхёева , М.Ш.Носирова

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ҳозирги тиббиёт муаммолардан юрак -қон томир касалликларидан ўлим етакчи ўринда туради. Хусусан ёшлар орасидаги инфаркт миокарддан кейинги ўлим кундан-кунга ошиб бормоқда.

Изланишимиздан мақсад инфаркт миокардга олиб келувчи хавфли омилларни стратегияси.

Текширувда 300 та бирламчи ва қайта миокард инфаркти билан қайд қилинган беморлар ташкил қилади. Шулардан 197 таси асоратланган МИ, шу билан 142 та беморда Q тишчали МИ иборат. Беморлар ёшига қараб 2 груҳга ажратилди: ёшлар (45гача) -70 киши, ўрта ёшлилар(46ёшдан-60 ёшгача) -230 киши. Барча беморлар 2012 йилдан-2016 йилгача РШТЁИМ Бухоро флиали стационар даво қабул қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, ЮИК хавфли омиллар (еркак жинси, липид алмашинувининг бузилиши, артериал гипертония, гиподинамия, чекиш, сурункали инфексия ўчоғи, ортиқча тана вазни) кўпинча 60 ёшгача бўлган МИ ўтказган беморларда учрайди.

Калит сўзлар: миокард инфаркти, қон-томир касалликлари, липид алмашинув, чекиш

RISK FACTORS FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG AND MIDDLE-AGED PATIENTS

M.M. Abdurakhmonov, T.Ya. Musoev, F.O. Yakhyeeva, M. Sh. Nosirova

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

One of the major medical and social problems is the increasing incidence of death from cardiovascular diseases, among which the most significant fraction is acute myocardial infarction (MI) with a tendency to increase its frequency in young and middle-aged patients.

The whole of this study was an assessment of the most significant combination of risk factors for myocardial infarction. 300 patients with primary and secondary myocardial infarction were examined, among them 197 had a complicated myocardial infarction, including 142 myocardial myocardial infarctions with a Q wave. The patients were divided into two groups: young (under 45 years) -70 people and middle-aged (from 46 to 60 years) -230 people. All cases were on treatment from 2012 to 2016 inthe Bukhara branch of RSCEM. The results of the conducted studies revealed that-the main risk factors for IHD are (male sex, lipid metabolism disorders, hypertension, hypodynamia, smoking, chronic foci of infections, overweight) the majority of patients with MI in the age of 60 years.

Keywords: myocardial infarction, cardiovascular diseases, lipid metabolism, smoking

Актуальность

Одной из больших медико-социальных проблем является возрастающая частота смертности от сердечно-сосудистых заболеваний[3,5], среди которых наиболее значимую долю составляет острый инфаркт миокарда (ИМ) с тенденцией повышения его частоты у больных молодого и среднего возраста [1,7]. За последние 15 лет общая смертность молодых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) достигла 30 % даже при использовании современных методов лечения [2,4,6.]. Поэтому представляется актуальным изучение значимости современных факторов риска и их сочетаний у пациентов с ИБС и развившимся ИМ в

молодом среднем возрасте с целью поиска возможных направлений для первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда.

Целью настоящего исследования явилась оценка наиболее значимой совокупности факторов риска инфаркта миокарда.

Материал и методы

В исследование включено 300 больных с первичным и повторным ИМ, среди них у 197 был осложненный инфаркт миокарда, в том числе у 142 больных - инфаркт миокарда с зубцом Q. Пациенты были разделены по возрасту на две группы: молодые (до 45 лет) - 70 человек и среднего возраста (от 46 до 60 лет) - 230 человек. Средний возраст в первой группе больных составил 41,3±0,6 года, во второй - 53,1±0,3. Все больные находились на лечении с 2012 по 2016 г. в Бухарском филиале РНЦЭМП. Наряду с тщательным клинико-лабораторным обследованием при работе с больными анализировали множество вероятных факторов риска, которые могли бы быть предрасполагающими к развитию ИМ или провоцирующими его возникновение.

Результат и обсуждения

Оказалось, что в обеих возрастных группах больных с инфарктом миокарда среди факторов риска наиболее часто наблюдались различной степени нарушения липидного обмена (64 %), гиподинамия (85 %), курение (82 %), пристрастие к жирной пище (91 %), повышенное потребление поваренной соли (85 %), злоупотребление алкоголем (37 %). Не менее часто имели место очаги хронических инфекций (72 %), артериальная гипертензия (70 %), избыточная масса тела (52 %) и ожирение (43 %). Также с высокой частотой выявлялись не корригируемые факторы риска - мужской пол (95 %) и наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям (82 %). У 56 % больных в анамнезе отмечались гипертонические кризы, у 56 % - боли в сердце, у 30 % - признаки сердечной недостаточности, у 15 % - экстрасистолия и у 11 % - пароксизмы мерцательной аритмии. 43 % пациентов к моменту исследования уже перенесли инфаркт миокарда. Однако большинство больных (58 %) до развития ИМ не лечились или лечились эпизодически. Среди сопутствующей патологии нередко диагностированы хронический бронхит (23 %), мочекаменная (14 %) и желчнокаменная (9 %) болезни, заболевания щитовидной железы (3 %), подагра (2 %), бронхиальная астма (1 %). Сахарный диабет (22 %) и метаболический синдром (16 %) наблюдали с одинаковой частотой в обеих исследуемых группах.

У больных среднего возраста чаще, чем у молодых больных, встречались АГ, сердечная недостаточность и инфаркт миокарда в анамнезе, сезонность обострений, пароксизмы мерцательной аритмии ($p<0,05$). В свою очередь, у больных в возрасте до 45 лет преобладали курение, ожирение, злоупотребление алкоголем, профессиональные вредности ($p<0,05$).

При осложненном ИМ у больных среднего возраста чаще имели место пристрастие к жирной пище, гиподинамия, курение, очаги инфекций, нарушения липидного обмена, ожирение, злоупотребление алкоголем, перенесенный ранее инфаркт миокарда и нарушения сердечного ритма в анамнезе ($p<0,05$), реже - АГ, наследственная отягощенность по ИБС ($p<0,05$).

У молодых больных осложненным ИМ более значимыми оказались наследственная отягощенность по ИБС, курение, экстрасистолия в анамнезе и связь начала инфаркта миокарда с острой респираторной инфекцией ($p<0,05$). Кроме того, у этих пациентов чаще, чем в группе больных с осложненным инфарктом миокарда среднего возраста, отмечались курение, очаги инфекций, дислипидемии, избыточная масса тела, простудные заболевания ($p<0,05$).

Заболевание манифестировало ИМ у 56 % больных в возрасте до 45 лет и 41 % больных 46-60 лет, со стенокардии оно началось у 43 и 56 % пациентов, с нарушений ритма сердца - у 1 и 3 % больных соответственно. При этом большая часть как больных молодого возраста (82 %), так и пациентов средних лет (58 %) до начала ИМ не лечились или лечились неправильно. Боли в груди до развития заболевания, по поводу которых за помощью не обращались, отмечали 38 % больных молодого возраста и 50 % - среднего. При этом у 1 и 19 % больных соответственно эти симптомы отмечались многократно.

В настоящем исследовании наиболее частым провоцирующим фактором для развития ИМ(61 % - у больных молодого возраста и 54 % - среднего) признавался нервно-эмоциональный стресс. С физическими перегрузками начало заболевания связывали 16 и 11 % больных соответственно, с резкими колебаниями гелио- и метеофакторов - 10 и 7 %, с гипертоническим кризом - 13 и 16 %.

Для оценки значимости наиболее частых факторов риска проводилось изучение их влияния на особенности клинического течения заболевания у обследуемых пациентов.

При сравнительном изучении ИМ у больных с избыточной и нормальной массой тела установлено, что она достоверно чаще выявлялась у больных молодого возраста (табл. 1). При этом у основной части пациентов всех возрастных групп длительность этого состояния составила более пяти лет.

Таблица 1

Распределение больных ИМ по возрасту и степени ожирения, (абс. число (%))

Степень ожирения	До 45 лет	46-60 лет	Всего
Умеренная	21 (30)	59 (26)	80 (26,7)
Средняя	19 (27)	40 (17)	59 (19,7)
Выраженная	4 (6)	8 (3)	12 (4)
Всего	44 (63)	107 (46)	151 (50,3)

У больных с избыточным массы тела наблюдалось высшие концентрации глюкозы и общего холестерина в сыворотке крови, частота сердечных сокращений, показатели АД и степени АГ, у них чаще обнаруживались мочекаменная болезнь, сахарный диабет и подагра (табл. 2). С увеличением массы тела в структуре вариантов течения ИМ возрастала доля ангинозно-астматической формы заболевания, чаще выявлялись эмоциональные и психические нарушения. В остром периоде ИМ у больных с избыточной массы тела, выраженность проявлений сердечной недостаточности и тяжесть состояния, частота выявления мерцательной аритмии и пневмоний оказались значимо меньшими, чем у пациентов с нормальной массы тела. Однако к концу третьей недели заболевания у таких больных проявления сердечной недостаточности усиливались.

Можно отметить, что лишь 17 % из исследованных пациентов не курили, при этом по 76 % больных в каждой группе курили более 10 лет, а у 57 % больных молодого возраста и 62 % - среднего имели стаж курения более 20 лет.

Таблица 2

Факторы риска и сопутствующие заболевания у больных ИМ, абс. число (%), p - критерий достоверности

Фактор риска	Без избыточной массы тела, **n=129**	С избыточной массой тела, **n=171**
Повышенное потребление жирной пищи	112 (87,0)	163 (95,0)
	p<0,05	
Гиподинамия	98 (76,0)	158 (92,0)
	p<0,05	
Злоупотребление алкоголем	38 (29,0)	86 (56,0)
	p<0,05	
Артериальная гипертензия	77 (60,0)	117 (68,0)
Повышенное употребление соли	102 (79,0)	151 (88,0)
	p<0,05	
Сахарный диабет	17 (13,0)	47 (27,0)
	p<0,05	
Повышенное употребление сладкого	27 (21,0)	60 (35,0)
	p<0,05	
Желчекаменная болезнь	10 (8,0)	11 (6,0)
Мочекаменная болезнь	12 (9,0)	28 (16,0)
Подагра	1 (1,0)	4 (2,0)

Изучение ИМ у больных с АГ позволило выявить следующие особенности. АГ чаще встречалась у больных среднего возраста. У большей части пациентов с АГ ее длительность до развития ИМ составила от 7 до 15 лет. При длительности АГ меньше 15 лет чаще развивался неосложненный инфаркт миокарда, более 15 лет - осложненный (p<0,05). У пациентов с АГ особенности клинической картины заболевания были связаны с сосудистым поражением (чаще развитию ИМ предшествовала стенокардия, часть пациентов перенесли инсульт и инфаркт, у большего числа больных с АГ выявлялись признаки хронической недостаточности мозгового кровообращения, ангиопатия сетчатки, с большей частотой выявлялись сахарный диабет, моче- и желчнокаменная болезни, признаки сердечной недостаточности). Среди клинических вариантов ИМ у больных с АГ, в отличие от больных с нормальным уровнем АД, выявлялся цереброваскулярный тип течения заболевания. При ассоциации АГ с ИМ отмечена тенденция к увеличению числа осложнений и их комбинаций с возрастанием доли осложнений группы сократительной недостаточности [8]. Среди осложнений также у больных с АГ чаще, чем у больных с нормальным уровнем АД, встречались эмоциональные расстройства, реже перикардиты и эмболии. Кроме того, при регрессионном анализе выявлено достоверное значение параметров АГ в развитии нарушений ритма и кардиогенного шока как осложнений острого периода ИМ.

Результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что основные факторы риска ИБС (мужской пол, нарушения липидного обмена, АГ, гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела) встречаются у большинства больных ИМ в возрасте до 60 лет. Обращает на себя внимание, что длительность воздействия важнейших из них (курения, избыточной массы тела и АГ) у большинства пациентов составила более пяти лет. Это дает основания для проведения адекватных профилактических мероприятий [6, 7].

Наиболее важными для предупреждения заболевания и его осложнений в обеих группах пациентов оказались коррекция нарушения обмена липидов, борьба с курением, санация очагов инфекций, нормализация физической активности. Для больных среднего возраста в первую очередь необходимы лечение АГ, проявлений сердечной недостаточности; для молодых больных - борьба с вредными привычками, коррекция массы тела, нормализация условий труда.

Выводы

1. Обоснована целесообразность совершенствования диспансеризации, направленной на выделение групп риска и своевременную реализацию профилактических программ.

2. У людей группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям является обязательным выполнение электрокардиограммы и контроль артериального давления в более ранние сроки, а также регулярное исследование уровней липидов и глюкозы в сыворотке крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляви А.Л., Сабиржанова З.Т. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. //Рекомендации для терапевтов, кардиологов и врачей общей практики. Ташкент 2008; С. 42.
2. Валенкевич Л.М. Инфаркт миокарда в молодом возрасте /Л.М. Валенкевич, С.М. Лемкина // Клинич. медицина. - 1990. - Т. 68, № 2. - С. 12-18.
3. Гафарова А.В. Внезапная смерть: результаты исследования инфаркта миокарда на основе программ ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда", "Моника" /А.В. Гафарова, В.В. Гафаров //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - № 8(6), прил. 1 - С. 86.
4. Зяблов Ю.И. Острые коронарные катастрофы у лиц до 40 лет: результаты 10-летнего наблюдения в Томске (1988-1997) по программе ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда" / Ю.И. Зяблов, С.А. Округин, С.Д. Орлова // Кардиология. - 1999. - Т. 39, № 11. - С. 47-50.
5. Курбанов Р.Д., Елисеева М.Р., Хамидуллаева Г.А. Современные принципы диагностики и лечения артериальной гипертонии //Пособие для врачей.- Ташкент, 2007.- 40 с.
6. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России //Кардиоваск. терапия и профилактика. 2002. № 3. С. 4-8.
7. Сотников А.В. Клиническая характеристика и особенности течения инфаркта миокарда у лиц молодого и среднего возраста. - /Автореф. дис. канд. мед. наук А.В. Сотников. - СПб., 2007. - 33 с.

Поступила 31.01. 2019

УДК: 618_616.15_615_616.6

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Адизова С.Р., Ашурова Н.Г.

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме,***

В этой статье изложены результаты исследованийженщин старшего репродуктивного возраста. Цель исследования явилось охарактеризовать клиническую картину женщин старшего репродуктивного возраста путем изучения влияния внутриматочной контрацепции на клинико-лабораторных показателей. Объектом исследования явились 26 женщины старшего репродуктивного возраста, использующих ВМК.

Ключевые слова: Внутриматочная контрацепция, влагалищный мазок, менструальный цикл

БАЧАДОН ИЧИ КОНТРАЦЕПТИВ ВОСИТАСИНИ ҚЎЛЛАЁТГАН КАТТА РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАР КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Адизова С.Р., Ашурова Н.Г.

Абу Али ибн сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ишнинг мақсади репродуктив ёшдаги бачадон ичи контрацептив воситалари қўллаган аёллар клиник ва лаборатор характеристикасини ўрганиш. Текширув Бухоро Давлат тиббиёт институти Акушерлик ва гинекология кафедраси клиник базаларида ўтказилди. Бунда доимий жинсий ҳаёт кечирувчи катта репродуктив ёшдаги 26 нафар бачадон ичи воситаси қўллаган аёллар клиник лаборатор текширувдан утказилди.

Калит сўзлар: бачадон ичи контрацептиви, кин суртмаси, хайз цикли

CLINICAL CHARACTERISTICS OF OLDER REPRODUCTIVE AGE WOMENS USING INTRAUTERINE CONTRACEPTION

S.R.Adizova, N.G. Ashurova

Bukhara State Medical Institutenamed after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume***

The purpose of the study was a study to clinicalcharacteristics when using intrauterine contraception in older reproductive age womens. The study was conducted in clinical base of the pulpit obstetrics and gynecologies of Bukhara medical institute. It is organized clinical laboratory examinations among 26 women of olderreproductive age, regularly having sexual life.

Key words: intrauterine contraception, vaginal smears, menstrual function

Актуальность

Планирование семьи для рождения только желанных детей следует расматривать, как неотъемлемое право женщины на сохранение своего здоровья, здоровья настоящих и будущих детей [2].

Одним из основных звеньев Концепции Безопасного Материнства является планирование семьи. В настоящее время репродуктивному здоровью женщин, уделяется особое внимание. Женщины старшего репродуктивного возраста, прежде всего, относятся к группе риска по возникновению беременности. У дан-

ной категории женщин она редко бывает планируемой и в основном завершается абортом. Так, по данным статистики, частота искусственного аборта у женщин с высоким паритетом родов в анамнезе составляет около 60% т.е. 20% от общего количества абортов [1,2,9]. Именно у этой категории пациенток аборты в 2-3 раза чаще протекают с осложнениями, чем в общей популяции (на фоне предшествующих осложнённых родов, внутриматочных вмешательств и воспалительных заболеваний половых органов, внутриматочных синехий, эндометриоза, миомы матки, предменструального синдрома). У женщин данной группы отмечается рост соматической и гинекологической заболеваемости, которая, по данным отдельных авторов, составляет от 45% до 65%. Около 10-15% гинекологических больных в возрасте от 35 до 40 лет перенесли оперативные вмешательства. Потребность в эффективной контрацепции у женщин старшего репродуктивного возраста очевидна [10].

Регуляция рождаемости, сохранение здоровья женщины, снежение материнской и перинатальной смертности, гинекологической заболеваемости, профилактика осложнений, связанных с абортами, в значительной мере определяются эффективностью применения современных контрацептивных средств [4,5].

Внутриматочная контрацепция(ВМК) является наиболее популярным средством контрацепции. Почти 85 млн женщин во всем мире используют ВМК [6,7,8,11].

В нашей республике ВМКявляется самым широко используемым методом контрацепции, частота применения которого составляет до 67%среди всех методов [3]. Наряду с высокой эффективностью, этот метод контрацепции имеет некоторые недостатки, к которым относятся обострение воспалительных процессов, нарушение менструального цикла, наступление внематочной беременности и т.п.

Исходя из вышеизложенного целью настоящего исследования явилось охарактеризовать клиническую картину женщин старшего репродуктивного возраста путем изучения влияния внутриматочной контрацепции на клинико-лабораторных показателей.

Материал и методы

Исследование проводилось в клинической базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института. Объектом исследования явились 26 женщины старшего репродуктивного возраста, использующих ВМК. Длительность ношения составило от 3х месяцев до 8,6 лет, среди которых городское население составило 53,9% женщин, сельское население составило 46,1% женщин.

Среди носящих ВМС женщиныот 30 до 35 лет были 6, что составило 23%, в возрасте от 35до 40 лет были 15 женщин (57,7%) и старше 40 лет были 5 женщин, что составило 19,3% . В ходе исследования нами использованы следующие методы исследования: анкетно-опросный метод, лабораторный метод (общий и биохимические анализы крови), бактериоскопический анализ влагалищных мазков (определено степень чистоты).

У женщин старшего репродуктивного возраста среди экстрагенитальных патологий превалировала анемия различной степени(53,8%). Почти каждая вторая женщина указывала на заболевания щитовидной железы (42,3%), что указывает на распространенность данной патологии в эндемической зоне.

По частоте встречаемости соматической патологии у женщин старшего репродуктивного возраста варикозная болезнь заняло третье место, что составило 27%. Частыми ангинами в виде хронических тонзиллитов переболели 8 (30,7%) женщин. Синуситы встречались у 7,7%. Синуситы встречались в основном в виде гайморитов и фронтитов. Хроническими бронхитами страдали 3 женщин из ретроспективной группы, что составило 11,5%. Гипертоническая болезнь у обследованных женщин старшего репродуктивного возраста встречалось довольно часто, что составило 15,3% .

На вегетососудистую дистонию указывали 26,9% женщин. Заболеваниями желудочно-кишечного тракта в виде гастритов, колитов страдали 13,5%. Эндокринной патологией страдали 26,9 %.

Так же изучен гинекологический статус обследованных женщинанкетно-опросным методом.

По результатам анкетирования определено, что каждая третья женщина (34,6%) перенесла эпизоды воспалительных заболеваний органов малого таза(ВЗМОТ), в основном в виде хронических аднекситов, кольпитов и метроэндометритов. Миомы различных размеров и локализаций имели 5(19,2%). При осмотре шейки матки(ш.м.) в зеркалах эрозии шейки матки обнаружены у 6(23%) женщин. В анамнезе на нарушения менструального цикла указывают 38,4% женщин старшего репродуктивного возраста. Нарушения цикла проявились в основном виде опсоменореи, гиперполименореи и пройоменореи. Артифициальный аборт в анамнезе произведен у 12 женщин старшего репродуктивного возраста. У 23% женщин обследованных групп эта операция произведена неоднократно.

Изучение характера менструального цикла выявило, что у 50 % женщин носящих ВМК наблюдалась нормопонирующий тип цикла. Антепонириющий цикл (21-25 дней) имели 10 женщин, что составило 38,4%. Одна женщина из этой группы имела постпонирующий цикл, который продолжался более 31-35 дней. Следует отметить, что менструальная функция у этих женщин характеризовалась длительностью, обильностью и болезненностью. Так, по длительности менструальных дней 36,1% женщин менструировали более 7 дней. У 53,8% женщин наблюдалось длительность от 5до 7 дней. Всего 7,7% женщин имели короткую продолжительность(3-4дня) на фоне ношения ВМК. По объёму кровопотери 73% женщин из этой группы имели обильные менструации, объём кровопотери при котором составило более 80мл, что выявлено при опросе по количеству использованных прокладок за сутки. При этом регулярный цикл отмечено у 80,7% женщин из группы носящих ВМК. Только у одной женщины (3,8%) имело место опсоменорея (редкие менструации).Жалобы на болезненные менструации предъявили 69,2% женщин. На дисфункциональное маточное кровотечения в репродуктивном возрасте указывали четверо женщин, что составило 7,7%.

Повышение объема менструального кровотечения считается закономерной реакцией на введение ВМК. Количество теряемой крови или продолжительность менструального кровотечения увеличивается, его проходится классифицировать как меноррагию, что является наиболее частой причиной ЖДА.

Средние показатели красной картины крови женщин с ВМК в динамике ношения представлены в таблице № 1.

Исходно у женщин первой группы гематологические показатели были таковыми: содержание гемоглобина (98,2г\л), количество эритроцитов (3,59*10^12) и цветной показатель(ЦП)(0,82) были несколько ниже нормативных величин, на фоне некоторого увеличения содержания ретикулоцитов.

К концу 6-го месяца ношения ВМК у данной группы женщин гематологические показатели характеризовались заметным снижением. Содержание гемоглобина достоверно снизилось от исходного показателя. Количество эритроцитов имеют тенденцию к снижению до 3,25*10^12. При этом ЦП достоверное снижение гематологических показателей свидетельствует об усугубление ЖДА. Содержание ретикулоцитов имели тенденцию к увеличению, что связано с компенсаторной активизацией костномозгового кроветворения.

Гематологические показатели женщин, носящие ВМК

Показатель	Исходный показатель	Показатели ч/з 6 мес.	Показатели ч/з 12 мес.
Гемоглобин	98.2 г/л	91.8 г/л	84.5 г/л
Эритроцит	3.59*10^1	3.25*10^12	2.8*10^12
Цветной показатель	0.82	0.76	0.71
Ретикулоцит	3.8	4.6	6.5

Тенденция к снижениюгематологических показателей сохранялась и к концу 1-го года ношения ВМК. Содержание гемоглобина снизилось в 1,1 раза, цветного показателя (ЦП) 1,1, количество эритроцитов 1,3 раза, содержание ретикулоцитов возросло в 1,2 раза.

Количество тромбоцитов во всех исследованиях колебался на уровне нормальных значений.

Количество лейкоцитов в динамике имело тенденцию к увеличению, но уровень не превышаланормуи держался на уровне верхней границы нормы.

Определено так же содержание сывороточного железа в крови. Показатель сывороточного железа имело тенденцию к понижению в динамике ношения ВМК

Изучено степень чистоты мазковвлагалища, для определения которого взято мазки из трёх точек: уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища. Проведено бактериоскопическое исследование влагалищного секрета.

Вмомент включения в исследование характеристика влагалищных мазков выглядила такой: 27% женщины имели II степень чистоты, 50% имели IIIстепень а 23% имели IVстепень чистоты.

Через 6 месяцев ношения ВМК результат исследования влагалищных мазков показало, что у 42,3% женщин слабо щелочную реакцию и большое количество лейкоцитов, что соответствовало III степени чистоты. А IV степень чистоты имели 57,7% женщин, что показывает ухудшение микробиоценоза влагалища в 2 раза от исходного в динамике ношения ВМК. Женщины, которые имели II степень чистоты, несколько уменьшилось (7,7%), что возможно связано с наличием ВМК, которая способствовала активации условно патогенной флоры.

Как известно, лейкоциты основные маркёры наличия воспалительного процесса в целом и в частности микрофлоры влагалища.

Количество лейкоцитов у женщин с ВМК также увеличивалось в динамике, что отраженов таблице №2

Таблица №2

Характеристика влагалищного мазка при использавание ВМК (n=26)

Показатель		Исходный (n=26)		ч\з 6 мес. (n=26)		ч\з 12мес. (n=26)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
Степень чистоты	**IIст**	7	**27**	4	**15,4**	2	**7,7**
	IIIст	13	**50**	11	**42,3**	9	**34,6**
	IVст	6	**23**	10	**38,5**	15	**57,7**
Лейкоциты	**единыч**	6	**23**	5	**19,2**	4	**15,4**
	Умер	14	**54**	11	**42,3**	10	**38,4**
	Сплощ	6	**23**	10	**38,5**	12	**46,1**
Палочки Дедерлейна	**Много**	8	**30,8**	6	**23**	3	**11,5**
	Умер	12	**46**	10	**38,5**	10	**38,5**
	Единич	6	**23**	10	**38,5**	13	**50**
Флора	**Кокки**	12	**46**	15	**58**	16	**61,5**
	Спец флора	6	**23**	9	**34,6**	13	**50**

При первичном исследование влагалищных мазков единичные лейкоциты оказались у 6 женщин, что составило 23%, умеренное количество лейкоцитов выявлено у, 14 женщин (54%), большое количество лейкоцитов обнаружено у 5 женщин (23%), а через 6 месяцев в динамике исследования большое количество лейкоцитов во влагалищных мазков почти вдвое увеличивалось, то что совпало с увеличением третей

степени чистоты мазка. А женщины с единичными и умеренными количествами лейкоцитов в динамике имели тенденцию к снижение, что соответственно составили 19,2% и 46,1% . Через 12месяцев исследованияхарактеристика влагалищных мазков, показывает, что число женщин с умеренными и множественными лейкоцитами возросла, что составило соответственно 38,5% и 46,1%.

Количество палочки Додерлейна, характеризующий нормальную микрофлору влагалища уменьшились. Исследование выявило отрицательную пропорциональность число палочек Додерлейна с количеством лейкоцитов.

Изучая флору влагалищных мазков выявлено, что у 42% женщин имелись единичные и умеренные количество патогенных кокков и специфической флоры, (23%) к которым отнеслись дрожжевые грибки, трихомонады, диплококки и в несколько случаев сочетание этих патогенов в момент включения их в исследование. Эти женщины проконсультированы с дермато венерологом.

Через 6 и 12 месяцев у обследованных женщин, носящих ВМК, в картине влагалищной флоры, преобладало содержание патогенных и специфическихкокков соответственно 58%; 34,6% и 61,5%;50%,что указывает на отрицательное влияние ВМК на микробиоценоз влагалища.

Вывод

Наиболее важными характеристиками внутриматочной контрацепции является высокая эффективность, отсутствие системного влияния. Использования ВМК у женщин старшего репродуктивного возраста ограничено тем, что у них высокая частота развития воспалительных заболеваний органов малого таза.

Следовательно, ВМК повышает риск развития и усугубления гипохромной анемии. Выраженность ее возрастает по мере удлинения ношения ВМК.

Таким образом, динамический контроль за характером влагалищных мазков показало, что ВМК может приводить к нарушениям нормальной генитальной микрофлоры и способствует снижению колонизационной резистентности и соответственно понижению функциональной активности защитных барьеров организма по отношению к условно патогенным микроорганизмам. Анализ данных исследования показывает, что для снижения побочных эффектов внутриматочной контрацепции к минимуму, надо обеспечить тщательный подбор контингента для данного метода с учетом противопоказаний, квалифицированное консультирование и наблюдение как до, так и после введения контрацептива.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманов Ш.В. Значение антенатального наблюдения в снижении материнской и перинатальной смертности /Автореф.дис.канд. Душанбе 2004.
2. Володин Н.Н. Показатели смертности и рождаемости в Российской Федерации //Педиатрия. -2006. 24-27 стр.
3. Дикке Г.Б. Профилактика повторной нежелательной беременности, выбор метода контрацепции Акушерство и гинекология. - М., 2014. 37-41 стр.
4. Иноятова М.А. Введение беременности и родов у первородящих женщин позднего репродуктивного возраста /Авт.дисс.-канд. 2005.
5. Иванова Е. В. и др. Внутриматочная гормональная система: вопросы о приемлемости и безопасности //Акушерство и гинекология. - М., 2011. 45-51 стр.
6. Маматкулов Д.Ф. К вопросу о частоте железодефицитной анемии среди женщин фертильного возраста /Вестник врача Самарканд, 2009 г. №3. 37-42 стр.
7. Сивочалова О.В. Риск нарушений репродуктивного здоровья женщин при воздействии вредных факторов //Журнал акушерства и женских болезней. -2005. №1. 27-33 стр.
8. Садыкова М. Ш. Регулирование фертильности оральными контрацептивами у женщин позднего репродуктивного возраста с хроническим пиелонефритом в анамнезе : научное издание //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2008. №1 37-42 стр.
9. Хамдамова М.Т. Состояние здоровья женщин, применяющих внутриматочные спирали. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья ташкент 2010 №3. 37-32 стр.
10. Кузнецова С.В. Течение беременности и родов у женщин старше 40 лет. /автореф. Дис.канд.наук 2004
11. Bullough C., Meda N. Current strategies for the reduction of maternal mortality //Br. Obstet.Gynecol.- 1(34) 2005. 23-30.

Поступила 31.01. 2019

УДК: 616.24-002-078

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛЕН ГУБЫ И НЁБА

Алиев А.Л., Сидиков Ф.Ф., Хакимова У.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Обследовано 36 детей раннего возраста, с тяжелой пневмонией на фоне ВРВГН. Контрольную группу составили 20 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, страдавших острой пневмонией на фоне ВРВГН с традиционной терапией. У всех больных была изучена оценка иммунной системы.

Наблюдаемых детей разделили на 2 группы. В первую группу включают 36 детей, которым назначили высокочувствительного антибиотика после бактериального исследования мокроты больных. Из группы синтетического пенициллина - амикацин сульфат без сочетания с другими антибиотиками или химиотерапевтическими средствами. Во вторую группу вошли 30 детей, которым назначен амикацин сульфат в сочетании небулайзерной терапии.

Таким образом, применение небулайзерной терапии на фоне стандартной терапии является доступным и эффективным методом лечения детей раннего возраста с тяжелой пневмонией на фоне ВРВГН, позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: пневмония, врожденных расщелен губы и нёба, дизбактериоз, применение небулайзерной терапии.

ТУҒМА ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛИГИ МАВЖУД ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ОҒИР ПНЕВМОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Алиев А.Л., Сидиков Ф.Ф., Хакимова У.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

ТЛТКЭЁБ мавжуд 36 та чақалоқлар оғир пневмонияси даврида текшириш ўтказилган. ТЛТКЭЁБ мавжуд ўткир пневмония билан хасталанган 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган 20 бемор гуруҳ ананавий усулда даволанган болалар назорат гуруҳини ташкил қилди. Иккала гуруҳдаги барча бемор болалар иммун тизими динамик текширилиб назорат қилинди.

Кузатилган беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳдаги беморлар балғами бактериологик текширувдан ўтказилиб, энг юқори таъсирга эга антибиотик тавсия қилинди. Бу группага асосан пенициллин-амикацин сульфат бошқа антибиотиклар аралашмасиз тавсия қилинди.

Иккинчи гуруҳдаги 30 та бемор болаларга небулайзер даво билан амикацин сульфат тавсия қилиниб даволанди.

Шундай қилиб, туғма ТЛТКЭЁБ мавжуд бўлган болалар оғир пневмония билан оғриганда беморларга стандарт даво фонида нейбулазаер усулини қўллаш давонинг эффективлилигини ошириб ва таннархининг ошиши олдини олади.

Калит сўзлар: пневмония, танглай ва лаблар туғма йиртиғи, дизбактериоз, небулайзер терапияни қўллаш.

A MODERN VIEW ON THE TREATMENT OF HEAVY PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE AGAINST THE CONDITION OF SPREADING OF THE LIPS AND THE SKY

Aliyev A.L., Sidikov F.F., Khakimova U.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Surveyed 36 children of early age, with severe pneumonia against VRVGN. The control group consisted of 20 children aged from 6 months to 3 years who suffered from acute pneumonia against VRVGN with traditional therapy. The evaluation of the immune system was studied in all patients.

The observed children were divided into 2 groups. The first group includes 36 children who were prescribed a highly sensitive antibiotic after a bacterial examination of the sputum of patients. From the group of synthetic penicillin, amikacin sulfate without combination with other antibiotics or chemotherapeutic agents. The second group consisted of 30 children who were prescribed amikacin sulfate in combination with nebulizer therapy.

Thus, the use of nebulizer therapy against the background of standard therapy is an affordable and effective method of treating young children with severe pneumonia against VRVGN, reducing the length of stay of patients in the hospital.

Key words: pneumonia, congenital cleft lip and palate, dysbacteriosis, use of nebulizer therapy.

Актуальность

Диагностика и лечение тяжелой пневмонией у детей раннего возраста — являются одна из самых актуальных проблем современной педиатрии. Несмотря на большие достижения в борьбе этой патологией, заболеваемость воспалением легких детей первых трёх лет жизни остается распространенной, пневмонический процесс нередко протекает тяжело, иногда заканчивается летально [1]. Неблагоприятным фоном

для течения пневмонического процесса у детей раннего возраста является дисбактериоз кишечника. Он определяет во многом повторность пневмоний у ребенка, длительность их течения, склонность к обострениям, рецидивам и осложнениям.

Патогенез формирования патологического процесса в бронхолегочной системе сложен и включает в себя нарушение функционирования различных систем организма, среди которых ведущая роль принадлежит иммунопатологическим механизмам, как пневмоний, так и частых его обострений, тяжесть и сложного течения.

Лечение и ранняя реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и нёба. (ВРГК) останется одним из актуальных проблем стоматологии и педиатрии. Раннее нарушение естественного вскармливания, при этой аномалии и переход на искусственное приведет к снижению общей сопротивляемости организма, задержке его роста [7].

Если учесть определяющую роль грудного молока в формировании нормальной кишечной микрофлоры, имеющей важное значения для правильного развития ребенка, становление его иммунной системы, то можно предположить, что в основе патологических изменений в организме детей с ВРГК лежит дисбактериоз кишечника[8].

Дисбактериоз является причиной увеличения сроков лечении больных в специализированных клиниках, ухудшение состояния за счет развития осложнений, нередко ведущих и смерть больных.

В терапии больных пневмониями на фоне дисбактериоза кишечника многие врачи нередко сталкиваются с трудностями - традиционном средстве методы лечения оказывается недостаточно эффективными и приносят в основное кратковременное обеспечение. Пациентом для восстановления дыхательных функций легких в коррекции иммунологических нарушений необходимы новые методы, улучшающие патогенетические особенности заболевания [5].

Согласно международным данным в настоящее время отмечены определенные успехи в лечении больных пневмоний. Ряд авторов указывают на эффективность применения иммуномодуляторов в терапии этих больных. Продолжается поиск новых, патогенетически обоснованных подходов к ведению больных пневмонии.

В последние годы состояние микрофлоры желудочно- кишечного тракта привлекает внимание микробиологов, иммунологов, заключающийся изучением некоторых физиологических и патологических процессов в организме. Это объясняется динамической взаимосвязью микроорганизма и макроорганизма, влиянием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов на функционирование ранних систем и организма в целом [5]. В частности, микробная флора кишечника оказывает морфо и иммунногенное действие, определяет состояние обменных процессов макроорганизма, утилизирует непереваренные пищевые вещества, и активирует биологически активные соединения, выделяющиеся с пищеварительными соками, синтезирует витамины и ферменты [7].

Из всего арсенала антибиотических средств наиболее широкое применение в педиатрической практике получила группа цефалоспоринов в связи с высокой эффективностью, низкой токсичностью и хорошей переносимостью. Однако в последние годы у детей с ВРВГН, склонность организма ребенка давать дисбиотическое состояние кишечника, нарушение пищеварительно-всасывательной функции, обуславливают массивность воспалительных изменений в бронхоальвеолярной системе при раннем детском возрасте. В комплексную терапию пневмонии, протекающих на фоне ВРВГН, следует, осторожно применять антибиотики [2].

В настоящее время пульмонологии ингаляционный путь введения лекарственных форм играет ведущую роль, поскольку лекарства доставляются непосредственно по пораженному органу.

В последнее время в литературных источниках появились данные о возможности использования для местной санации воспалительных заболеваниях антисептика Декасан, действующим веществом которого является декомотоксин в концентрации 0, 02 %. Деметоксин является поверхностно-активным веществом. Уникальным его свойством является отсутствие взаимодействия с клеткой человека, благодаря чему он не всасывается в поверхности слизистых оболочек, в связи с чем, отсутствует риск системных побочных эффектов разрушения слизистых оболочек, а следовательно и местных побочных эффектов[6].

Согласно с литературными данными в настоящее время отмечены определенные успехи в лечении пациентов пневмонией. Ряд авторов указывают на эффективность применения аминогенкозидов III поколения как препарат выбора при лечении тяжелых инфекций [3,4].

Цель, оценка целесообразности применения обоснованного антибиотикотерапии в комплексном лечении, детей раннего возраста, с при тяжелом пневмонии фоне врожденной расщеплений губы и нёба в сочетании небулайзерной терапии.

Материал и методы

Обследовано 36 детей раннего возраста, с тяжелой пневмонией на фоне ВРВГН. Контрольную группу составили 20 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, страдавших острой пневмонией на фоне ВРВГН с традиционной терапией.

У всех больных была изучена оценка иммунной системы, с определением количества Т - лимфоцитов (СД 3+) , Т -хелперов (СД 4+), Т- супрессоров / СД 8+), естественных киллерных клеток (СД 16+), В -лимфацитов (СД 20 +).

Модифицированным методом Гриб Ф.Ю. (1995), а также концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А., М, G в периферической крови - по методу Manchini G. Et al (1965), фагоцитарная активность нейтрофилов изучена в применением частиц латекса (Петров Р.В., 1988).

Наблюдаемых детей разделили на 2 группы. В первую группу включают 36 детей, которым назначили высокочувствительного антибиотика после бактериального исследования мокроты больных. Из группы синтетического пенициллина - амикацин сульфат без сочетания с другими антибиотиками или химиотерапевтическими средствами. Во вторую группу вошли 30 детей, которым назначен амикацин сульфат в сочетании небулайзерной терапии.

Антибактериальные препараты были назначен из расчета 7,5 мг/ на кг каждые 12 часов. Продолжитель-

ность лечения была 5-7 дней. Вводили в/м, при тяжелых состояниях в/в струйно.

Больные в основной группы 30 детей наряду с базисной терапией получали небулайзерную терапию. Декасан при небулайзерной терапии 0, 02 % - раствор 2-4 мл 1-2 раза в течении 7-10 дней через назальную катетер или маску.

Определение показателей иммунного статуса у больных проводили в динамике, при поступлении в стационар и после проведенного лечения.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением прикладных программ для статистической обработки данных statistice R версии 6,0. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали по критериям Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результат и обсуждение

Бактериологическое исследование мокроты, мазок из зева выявило у 5 детей Staphylococcus aureus и у детей 5 Streptacoccus pneumonia, у 3 детей Strepeptococcus pyogenes, у 2 Haemophilus influenza, смешанную микрофлору: Staphylococcus epidermis, Esheriyha coli 2 которые были чувствительны к амикоцину сульфату. У остальных пациентов микрофлора не была обнаружена.

В семиотике поражения органов дыхания проявлялось прежде всего-одышке смешанного характера у всех пациентов, а также сопротивления дыхательных путей на выдохе у детей. При этом у 10 пациентов выдох был особенно затруднён и удлинен, то есть имел место выраженной обструктивный синдром.

Нарушение функции внешнего дыхания проявлялось в раздувание крыльев носа у 12, западение податливых мест грудной клетки 7 пациентов. Частота отдельных токсических, усугубляющих проявлений достоверно снижался у обследованных детей до 42,9 ± 0,4;

Со стороны гуморального иммунитета у больных отличалось повышение уровня Jg A, JgG ($P< 0,001$).

У детей контрольной группы получивших базисную терапию наблюдалось изменение Т- лимфоцитов (СД 3+) 46,0± 1,0 % против показателей до лечения 43, 2± 0,8% ($P<0,05$); В лимфацитов (СД 20+) 25,5± 1,1 %- 28,5 ± 1, 0 % ($P<0,05$); Т-хееперов (СД 4+) 24,5± 0,7 % -21,4± 1,0% ($P<0,05$) и Т - супрессоров (СД 8+) до 12,4± 0,9 % против 11,1± 0,8 % ($P<0,05$). Выявляется достоверные изменения со стороны показателей иммуноглобулинов (JgA, JgM, JgG $P<0,05$). Содержание ЕК/ (СД 16+) лимфоцитов у детей контрольной группы было повышенно, составляя 6,5± 0,6 по сравнению с показателями до лечения ($P<0,05$).

Фагоцитарная активность нейтрофилов составило 42,2± 1,00 % против показателя 42,2± 0,9 % ($P<0,05$) до лечения.

На фоне проявленных глубоких иммунных процессов клинически протекало следующими синдромами - обструктивный у 11, кордиореспираторный у - 2, дисциркуляторный у - 4, с ДВС синдром 2, эксикоза -2.

Как правило, диагностировались дистальные хрипы. Выдох осуществляется с участием вспомогательных мышц, у детей отмечалось беспокойства, местами бронхофония, перкуторно коробочный звук. Кишечный синдром проявлялся с начала заболевания или через 2-3 дня после поступления и был ведущим в течение всего острого периода.

Изучение состояния кишечного микробиоценоза у детей с ВРВГН в возрастном аспекте с условно нормой, выявлены значительные сдвиги, отклоненные от нормы (количественные, качественные) выявлены как в облигатной, так и факультативной группе микроорганизмов. В отличие от нормы значительно снижено количественные содержания бифидо - и лактобактерий ($P<0,001$). Соответственно этому также снижена частота их высеваемости.

Значительно увеличены процентное содержание и частота высеваемости кишечной палочки с гемолитической активностью, а также ее лактозанегативные формы ($P<0,001$).

Изменение биоценоза кишечника у детей с ВРВГН приводит к одновременному дефициту клеточного и напряжению гуморального иммунитета, которое, по-видимому, является главной причиной тяжелого течения пневмонии у этих детей.

При поступлении в клинику больных детей определили супрессори клеточного звена иммунитета, наблюдается достоверное ($P<0,001$) снижение относительного количества Т- лимфацитов (СД 3+) 40,6± 0,5 %, которое зависело от тяжести течения заболевания и было обусловлено снижением содержания относительного количества Т- хелперов (СД+) и Т-супрессоров (СД 8+) что составило 24,0± 0,9 %; 10,5± 0,3 % соответственно, по сравнению с показателями при поступлении. А также достоверное ($P<0,001$) увеличение числа В- лимфоцитов (СД 10+) до 27,4± 0,9 % (когда у здоровых 15,4± 0,5 % ($P<0,001$).

Относительное число СД 16 + лимфоцитов в изучаемой группе было достоверно снижено до 6,2± 0,4%.

Одной из наиболее важных функциональных характеристик нейрофилов является их фагоцитарная активность. Количество фагоцитарных нейтрофилов составляла у детей основной группы 55, 0% ± 1,7% против 45,0% ± 1,0 % ($P<0,001$) по сравнению с показателями контрольной группы.

Результаты наших исследований показали, что после проведения небулайзерной терапии, у детей сокращается длительность цианоза в 2,5 раза, отдышки в 3,5 раза, тахикардия 3 раза. Быстрее восстанавливается аппетит, уменьшаются проявления токсикоза, улучшается периферический кровоток, снижается температура тела. Пациенты становятся более активными, нормализуется сон. Длительность пребывания в стационаре сократились на 4-5 дней, продолжительность заболевания у ряда больных на 1 неделю.

Включение в схему комплексного лечения тяжелой острой пневмонии на фоне ВРВГН, у детей раннего возраста небулайзерной терапии способствует улучшению показателей иммунитета.

Таким образом, применение небулайзерной терапии на фоне стандартной терапии является доступным и эффективным методом лечения детей раннего возраста с тяжелой пневмонией на фоне ВРВГН, позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев А.Л., Ю.Ш.Тураева, Ш.М. Мирзамахмудова "Небулайзерная терапия в комплексном лечении при тяжелых пневмониях у детей раннего возраста на фоне эксудативного-ката-

рального диатеза". //Сб. статей по материалам VI международной научно-практической конференции Современная медицина: Новые подходы и актуальные исследования №6(5) Москва, 2017, с. 53-58.
2. Брискин Б.С. соавт. Современные аминогликозиды в хирургической практике, возможности и перспективы. Питер. //Симпозиум проблемы инфекции в интенсивной терапии. Использование современных аминогликозидов М. 2008.
3. Геппе Н.А. Колосова Н.Г, Антибиотикотерапия при острых респираторных заболеваниях у детей //Педиатрия, приложение 2, 2005, с. 4-8.
4. Ибрагимова Ф.М., А. В.Муратходжаева, М.Н. Каримова "Патогенетические аспекты взаимообусловленности дисбактериоза кишечника и железодефицитной анемии у детей" //VI съезд Педиатров Узбекистана сборник тезисов 2009г. С. 189-190 г. Ташкент.
5. Игнатова В.И., Г.Л.Гуменюк, Г.Б.Конитан "Эффективность антисептика декасана в комплексном лечении больных с обострением хронического полинозно-гнойного гайморoэтмоидита" //Украинский химиотерапевтический журнал №1-2. С. 54-56.
6. Муртазаев С.М., А.Ю. Юлдашев, М.А. Юлдашев "Патогенетические механизмы некоторых соматических заболеваний у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба". // Журнал Педиатрия №1, 2002 г. С. 102, Ташкент.
7. Муртазаев С.М. "Состояние кишечного пищеварения и всасывания у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба". //Сб. материалы конференции "Ibn Sino- Avicenna" № 1-2 2005 с. 37; Ташкент.
8. XXV Национальный Конгресс по болезням органов дыхания, 13-16 октября года, город Москва, //Сборник трудов Конгресс под редакцией ак. А.Г. Чучалина г. Москва, 2015, с. 10-15.

Поступила 11.01. 2019

УДК: 616.211:616.315-007.25

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 жарроҳлик муолажаларини ўтказиш вақтига қараб беморлар учта гурухга 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 аникланган.

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 выраженное 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 reconstructional 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 1,9 mm optics with buit-in vitreofibreos 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 rhinos copy was performed with rhinos cope. Mucose 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 vase-constrictive 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 dissymmetric ally, 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 speciallities - 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; is the 3-rd group mucous coat was rough, had a relief structure; irregular hypertrophy, witch 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 medical 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 reconstructional 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 roughtuberosity 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 corusides 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. Сутулов 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. Kuijpers 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.

Поступила 12.03. 2019

УДК: 616.98.579.841.93.612.017.1

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНО ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Атаходжаева Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Клинические и иммунологические показатели у 19 больных детей первично хроническим бруцеллёзом показала, что данная клиническая форма бруцеллёза характеризовалась своим разнообразием и более легким течением по сравнении с острым и подострым бруцеллёзом. Проведенные иммуноло-гические исследовании у детей показала нарушение в клеточном звене иммунитета, так как на фоне снижения Т-лимфоцитов и их субпопуляции (СД3+, СД4+, СД8+) по сравнение с контролем бқла повышена показатели лейкоцитов и лимфоциты. Так же наблюдалась дисбаланс в гуморальной звене В- лимфоцитов и в группе цитокинов.

Ключевые слова: бруцеллез, первичный хронической бруцеллёз, клеточный и гуморальный иммунитет, цитокины

БИРЛАМЧИ СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЁЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ҲОЛАТИ

Атаходжаева Д.Р.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

19 нафар беморларда олиб борилган клиник-иммунологик текширишлар шуни кўрсатдики, бруцеллезнинг бирламчи сурункали (БСБ) шакли билан оғриган болаларда касалликнинг клиникаси, ўзининг ҳилма-ҳиллиги билан характерланди ва бруцеллёзнинг ўткир ҳамда ярим ўткир шаклларига нисбатан бироз енгил ўтиши билан фарқланди. Беморларда ўтказилган иммунологик тадқиқотларни кўрсатишича иммунитетнинг хужайравий туркумида номутоносиблик юз берган, бу ҳолатда Т- лимфоцитлар субпопуляцияларининг(СД3+, СД4+, СД8+) назорат гуруҳига нисбатан кескин камайиб кетиши негизида, лейкоцитлар ва лимфоцитларнинг ошиб кетганлиги кузатилган. В-лимфоцитларда иммунитетнинг гуморал тизимида ҳамда иммунитетнинг цитокинлар гуруҳида ҳам номутаносибликлар кузатилган.

Калит сўзлар: бруцеллез, ҳужайравий ва гуморал иммунитет, цитокинлар.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL INDICATORS OF PRIMARY CHRONIC BRUCELLOSIS IN CHILDREN

Atahadjaeva D.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resum,***

Clinical and immunological findings in 19 patients showed that, children with primary chronic forms of brucellosis,it is characterized as its variousity and differentiated slightly less than the acute and semi-sharp forms of brucellosis. Immunological studies have shown that immunodeficiency disorders, in which case T-lymphocytes subpopulations (SD3 +, SD4 +, SD8 +) were significantly lower than control group, and leukocytes and lymphocytes were overgrown. There are also imbalances in V-lymphocytes, immune humoral system and cytokine immunity.

Key words: bruceliosis, , cellular and humoral immunity, cytokines.

Актуальность

Эруцеллез-широко распространенная зоонозная инфекция, которая причиняет значительный экономический и социальный ущерб во многих странах мира, где развита животноводства [2,7,8]. В Республике Узбекистан с развитым животноводством бруцеллез широко распространен не только среди сельскохозяйственных животных, но исреди людей [1,4]. Актуальность этой проблемы определяется также тем, что заболевание протекает в нескольких клинических формах (острый, подострый, первично и вторично хронический), при этом острая и особенно подострая формы зачастую (до 50%) переходят в хроническую форму бруцеллеза [6,8].

В течение многих лет применяются различные методы лечения бруцеллеза, однако ни один из них, даже при включении в комплекс лечения иммуномодуляторов, не обеспечивает полного выздоровления больных. Поэтому углубленное изучение иммунных механизмов развития бруцеллеза с применением современных достижений иммунологии и использованием методов иммунокоррекции в зависимости от выявленных в иммунной системе больных бруцеллезом нарушений является важным и перспективным направлением [5].

В настоящее время в патогенезе многих заболеваний, в том числе и инфекционных, важную роль играют цитокины, значение которых в патологическом процессе не вызывает сомнений. Однако характер изменений цитокинов в сочетании с другими иммунологическими показателями и их взаимосвязь с клиническими формами, тяжестью, стадией развития и исходом бруцеллеза до конца не изучены [3,6,8].

Цель исследования. Изучение клинико-иммунологического статуса больных первично хроническим бруцеллезом (ПХБ).

Материал и методы

Обследованы 29 больных, из которых у 19 проводили комплексное серологическое и иммунологического исследования. Контролем служили 20 здоровых лиц. Среди обследованныхбольных детей были в возрасте 7-10 лет 15% (3), 11-14 лет- 50% (10) и 15-17 лет - 35% (7). Установлено, что основным источником были мелкий рогатый скот (64,8%). Дети заражались в основном контактным и контактно-алиментарными путями. Диагноз установливался на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных (серологические реакции Хаддельсона, Райта, РПГА).

Наряду с общепринятыми лабораторными методами, подтверждающими диагноз бруцеллеза, 19 больным проводили исследование иммунной системы организма. Определялись относительной и абсолютное количество CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD23+, CD25+, CD95+ с использованием набора моноклональных антител;

Результат и обсуждения

При поступлении в стационар больные жаловались на высокую температуру тела (33,1%), озноб (57,9%), потливость (63,1%), общую слабость (57,9%), головную боль (47,4%), ломоту и боль в суставах конечностей (42,1%).

При объективном обследовании чаще отмечались анемия, приглушенность тонов сердца, электрокардиографические изменения (диффузные изменения в миокарде, гипотония, преобладание субфебрильного типа лихорадки, нарушения органов пищеварения (анорексия, боль в живота, обложенность языка), увеличение в размерах печени и перифериических лимфатических узлов, изменение в опорнодвигательной (артралгия крупных суставов нижних и верхних конечностей) и нервной (плохой сон, головные боли, проявления радикулитов, невритов и плекситов) системы. Наблюдалось также поражения половых органов (орхит, орхоэпидидимит, нарушения менструального цикла, преждевременные роды).

У больных с ПХБ в анализе крови выявлялось незначительное изменение количества лейкоцитов, тогда как в лейкоцитарной формуле -особых изменений не наблюдалось, за исключением умеренного моноцитоза (3-5%).

При изучении основных популяций и субпопуляции лимфоцитов обнаружено достоверное подавление общего числа Т-лимфоцитов (рис.1).

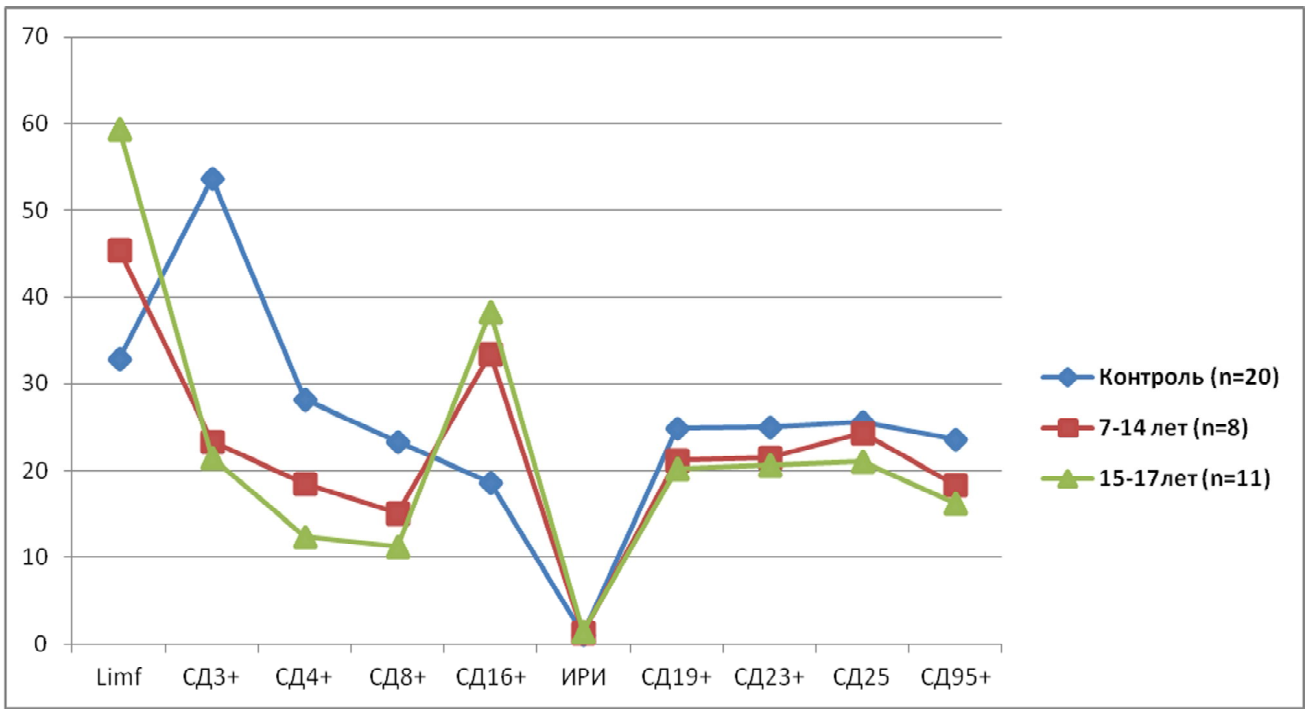


Рис.1. Показатели клеточного иммунитета у детей с первично хронической формой бруцеллеза

Как видно из рис.1, больных подострым бруцеллезом наблюдается достоверное снижение уровня CD4+ (Т-хелперов/индукторов) и CD3+(Т-лимфоцитов) соответственно в 1,3 и в 1,1 раза. CD4+ Т-клеточный ответ является важным механизмом защиты организма, потому что Т-хелперы/индукторы стимулируют продукцию антител В-лимфоцитами и активируют Т-цитотоксические лимфоциты. Выявлено достоверное снижение относительного числа CD8+ клеток, которое не достигла контрольные значения в 1,1 раза. Вследствие чего иммунорегуляторний индекс (ИРИ) у больных с БСБ достоверно снижался.

Известно, что CD8+ цитотоксические лимфоциты играют важную роль в патогенезе воспалительных инфекционных заболеваний. Функцией этих клеток является распознавание антигенов на клеточной по-

верхности в комплексе с молекулами МНС 1-го класса [5,6]. Существенное прогностическое значение при воспалительных процессах имеет иммунорегуляторный индекс, который в норме должен быть выше 1, тогда как у больных с БСБ он составил всего лишь 1,0±0,1($p<0,05$).

Среди поверхностных рецепторов NK следует отметить CD16. В наших исследованиях этот показатель превышал контроль в 1,2 раза. Видимо, повышение уровня натуральных киллеров обусловлено борьбой иммунной системы с инфекционным агентом и, возможно, указывает на функциональную неполноценность противоинфекционного иммунного ответа у больных с БСБ.

При некоторых состояниях, в том числе и при БСБ, после активации ИЛ-4 на В-клетках экспрессируются CD23+ (низкоаффинный Fc-рецептор IgE) с одновременной увеличением экспрессии рецептора CD25+ (ИЛ-2 -рецептор). Кроме того, с помощью ИЛ-4 происходит увеличение продукции IgE, обусловленное межклеточным взаимодействием Т- и В- лимфоцитов через Т-клеточный рецептор и молекулы главного комплекса гистосовместимости МНС класса II.

Наблюдается незначительное снижение показателей CD 95+, что также, вероятно, указывает на функциональную неполноценность противо-инфекционного иммунного ответа.

Таким образом, нами выявлен клеточный дисбаланс, который проявился подавлением основных клеточных субпопуляций иммунной системы на фоне повышения Т-цитотоксических лимфоцитов.

Важнейшими показателями гуморального ответа являются иммуноглобулины G, M и A. Изучение гуморального звена иммунитета позволило выявить у больных с первично хроническим бруцеллезом достоверную разницу содержания IgG с контролем (рис.2).

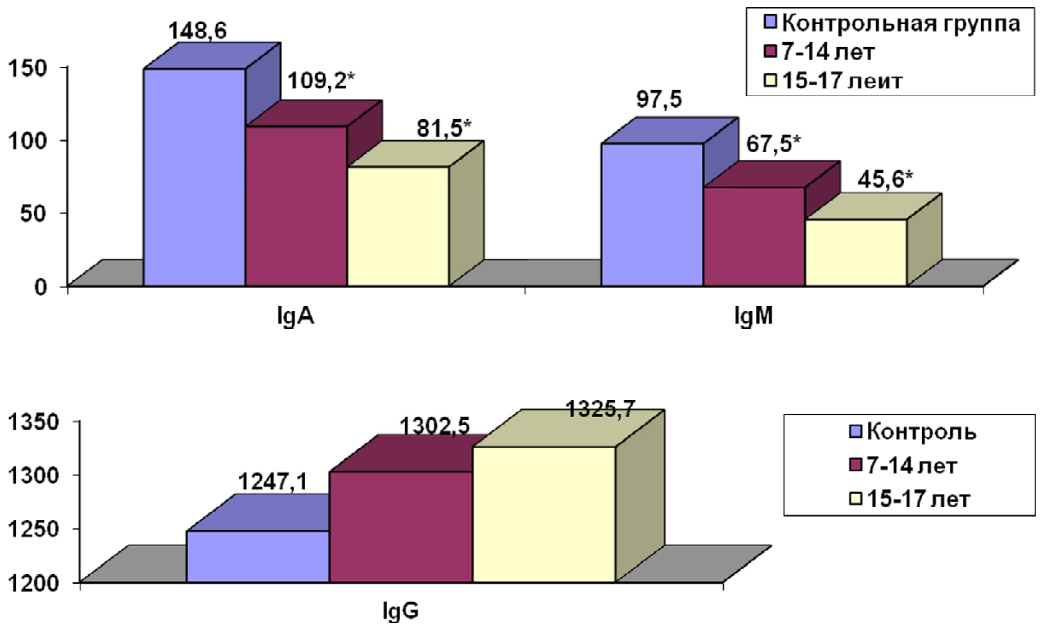


Рис.2. Показатели гуморального иммунитета у детей с первично хронической формой бруцеллеза

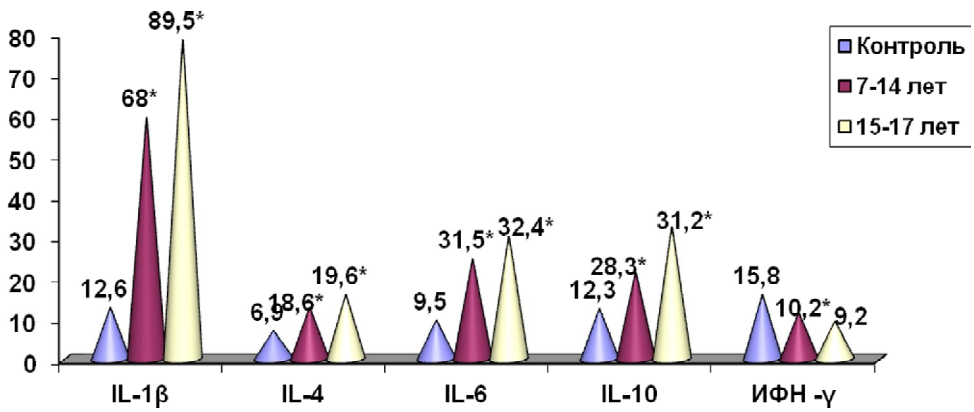


Рис.3. Показатели цитокинового ряда у детей с первично хронической формой бруцеллеза

Таким образом, изменения в содержании субпопуляций лимфоцитов периферической крови у больных в период антителогенеза и нарастания специфической сенсибилизации связаны с перераспределением этих клеток из периферической крови в ткани и их участием в процессе санации, а также в развитии очаговых воспалений.

Нами также были изучены некоторые цитокины иммунной системы. Известно, что ИЛ-1β и ИЛ-6 провоспалительные цитокины, которые продукцируются Th2 типа. ИФН-γ, ИЛ-4 и ИЛ-10 являются противовоспалительными цитокинами адаптивного иммунитета, продуцируемые Th1 клетками. Следовательно, мы получаем прекрасную возможность судить о работе иммунной системы и оценить наблюдаемый дисбаланс в спонтанной продукции цитокинов (рис.3).

Как видно из предоставленных данных, у больных с ПХБ имеет место повышение уровня как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов на фоне достоверного снижения продукции ИФН-γ.

Таким образом, изучение клинико-иммунологических показателей при первично хронической формой бруцеллеза показало, что в патогенезе заболевания значительную роль играют иммунологические механизмы.

Выводы

1. Ведущими в клинике первично хронической формы бруцеллеза были поражения костно-суставной системы.У больных с ПХБ в анализе крови выявлялось незначительное изменение количества лейкоцитов, тогда как в лейкоцитарной формуле особых изменений не наблюдалось, за исключением умеренного моноцитоза (3-5%).

2. Выявленный у больных с первично хронической формой бруцеллеза иммунный дисбаланс проявлялся подавлением основных клеточных субпопуляций иммунной системы на фоне повышения уровня Т- цитотоксических лимфоцитов и повышенной экспрессией CD16+ на лимфоцитах, а также экспрессией CD23+, увеличением показателей рецептора CD25+, что свидетелствует о функциональной неполноценности противоинфекционного иммунного ответа.

3. Персистенции возбудителя в организме больных с первично хронической формой бруцеллеза влияет на дисбаланс цитокинового звена иммунитета со стороны как провосполительных, так и противовоспалительных интерлейкинов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Валиев А.А., Азимов Ш.Р., Валиев А.Г. Особенности клинического течения бруцеллезной инфекции у детей //Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент,2010. - №3-4. - С. 12-17.
2. Гладилина Е. Г., Шульдяков Ф. Ф., Ляпина Е. П. Показатели цитокинового профиля у больных различными формами хронического бруцеллеза // Успехи современного естествознания. -Саратов. 2006. - № 1 - С. 54-54.
3. Джалалова Н. А., Атамухамедова Д. М., Бурибаева Б. И., Исмоилов А. М. Изменение продукции интерферонов при хронических формах бруцеллеза //Журнал теоретической и клинической медицины. -Ташкент, 2014.-№2. - С.312-313.
4. Джалалова Н. А., Касымов И. А., Бурибаева Б. И., Исмоилов А. М. Клинико-иммунологическая характеристика хронических форм бруцеллеза //Журнал теоретической и клинической медицины. -Ташкент, 2014.-Т1.-№3. - С.43-46.
5. Ерениев С. И., Тархов А. Е., Пономарева О. Г., Соколова Т. Ф. Показатели гуморального иммунитета у больных профессионально обусловленным бруцеллезом // Медицина труда и промышленная экология. - М., 2010. - №3. - С. 28-33.
6. Жанкин А. А., Каральник Б. В., Денисова Т. Г. Контроль эффективности лечения бруцеллеза иммунологическими методами // Новые диагностические и лечебные технологии в клинич. медицине: материалы //Международной научно-практич. конф. - Астана, 2006. - С. 220-222.
7. Игамбердиева С.Д., Ахмедова Х.Ю. Настоящие и возможные перспективы диагностики бруцеллеза (оброз) //Инфекция, иммунитет и фармакология.-2011. -№4-5. -С.95-98
8. Курманова Г.М., Дуйсенова А.К., Курманова К.Б., Спиричева Н.Х. Оценка иммунного статуса и дифференцированная иммунокоррекция при бруцеллезе: /Метод. Рекомендации. - Алматы, 2002. -30 с.
9. Отамуратова Н.Х. Некоторые аспекты эпидемического процесса при бруцеллёзе у детейпримере г. Ташкента и Ташкентской области): /Автореф. дис канд. мед. наук. - Ташкент,2011.- 21 с.
10. Огарева Б.И., Плиева Ж.Г., Гуриева З.С., Дагоев А.М. Иммунопатогенетические аспекты различных форм современного бруцеллеза //Материалы ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. - М., 2011. - Т. 9 (прил. №1)-С. 279.
11. Al Dahou K.S., TomasoH., NocklerK. et al. Laboratory-based diagnosis of brucellosis - a review of the literature. Part I: Techniguestor direction and indetification of Brucella // Clin. Lab. - 2003. - Vol. 49, №9-10. - P. 487-505.
12. Obaro S.K., Enwere G.C., Deloria M., Jaffar S. Safety and immunogenicity of pneumococcal conjugate vaccine in combination with diphtheria, teta- nus toxoid, pertussis and Haemophilusinfluenzae type b conjugate vaccine // Pediatr. Infect. Dis J. - 2002. - Vol. 21, №10. - P. 940-947.
13. Rasouli M., Kiany S. Association of interferon-gamma and interleukin-4 gene polymorphisms with susceptibility to brucellosis in Iranian patients // Cytokine. -2007.- Vol.38, N 1.- pp.49-53.
14. Rasouli M, Kiany S, Behbin M. Interleukin-10 gene polymorphisms and susceptibility to brucellosis in Iranian patients // Iran. J. Immunol.- 2008.- Vol.5, N 2.- pp.131-5.

Поступила 19.03. 2019

УДК 616.85-056.4

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Ахророва Ш.Б., Бабаджанова З.Х., Халимова Д.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

По нашим исследованиям, НЛН имеют гендерные отличия, что проявляется преимущественным правосторонним поражением лицевого нерва у лиц женского пола. Также, результаты показали что, динамика клинической семиологии дополнительных симптомов НЛН имеет определенные гендерные различия. Идиопатическая форма НЛН достоверно превалирует среди лиц молодого возраста, тогда как другие формы, в частности сосудистые НЛН, наблюдаются преимущественно в пожилом возрасте. Симптоматические формы НЛН, возникающие при заболеваниях ЛОР органов, а так же сосудистой и воспалительной этиологии, имеют более тяжелые двигательные проявления и их отличаются худшим восстановлением, по сравнению с идиопатической формой НЛН.

Ключевые слова: невропатии лицевого нерва, возраст, гендер, идиопатическая форма острой невропатии

ЮЗ НЕРВИ ЎТКИР НЕВРОПАТИЯСИНИ ЁШ ВА ГЕНДЕР ЖИҲАТДАН КЛИНИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахророва Ш.Б., Бабаджанова З.Х., Халимова Д.Ж.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, юз неври невропатияси гендер жиҳатдан фарқланади, кўпинча аёлларда ўнг томонлама юз нерви зарарланиши билан кечади. Юз нерви невропатиясида учрайдиган қўшимча белгиларни клиник кечиш семиологияси динамикаси кузатилганда ҳам гендер фарқлар аниқланди. Юз нерви невропатияси идиопатик шакли ёшларда кўпроқ учраб, кекса ёшдагиларда эса қисман қон-томир шакли учраши маълум бўлди. ЛОР касалликларида учрайдиган симптоматик шакли, ҳамда яллиғланиш ва қон томир зарарланиши билан боғлиқ этиологик омиллардан келиб чиқадиган юз нерви невропатиясида идиопатик шакли билан солиштирганда оғир ҳаракатланиш тизими зарарланиши билан кечади.

Калит сўзлар: юз нерви невропатияси, ёш, гендер, ўткир невропатияни идиопатик шакли

AGE AND GENDER CLINIC AND PATHOGENETIC OF FEATURE OF ACUTE NEUROPATHY OF THE FACIAL NERVE

Akhrorova Sh.B., Babadjanova Z.Kh., Halimova D.J.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

According to our research, NFN has gender differences that are manifested by the preferential right-sided lesion of the facial nerve in females. Also, the results showed that, the dynamics of clinical symptomatology additional symptoms of facial palsy has certain gender differences. Idiopathic form of facial palsy significantly prevalent among young adults, while other forms, particularly vascular facial palsy, occur mainly in the elderly. Symptomatic forms of facial palsy that occurs in ENT diseases, as well as vascular and inflammatory etiologies have a severe motor manifestation, and they have the worst recovery compared to the idiopathic form of facial palsy.

Keywords: neuropathies of facial nerve, age, gender, idiopathic form acute neuropathy

Актуальность

Невропатия лицевого нерва (НЛН), является одним из распространенных видов поражения периферических нервов, занимающее третье место по заболеваемости, после вертеброгенных и миофасциальных болезней. Несмотря на большое количество исследований, не все вопросы патогенеза и лечения невропатий лицевого нерва, в разрезе с возрастом и патогенетическими формами НЛН, остаются неразработанными. Существуют унифицированные рекомендации и стандартные подходы в лечении идиопатических форм НЛН, в которых не учитываются возрастные, гендерные и некоторые патогенетические аспекты заболевания.

Цель исследования: изучить клинические и патогенетические особенности НЛН в зависимости от полового деморфизма и возраста пациентов.

Материал и методы

Исследование проводилось на материале многопрофильного медицинского центра г. Бухары, где, за период 2011-2015гг были обследованы и получили лечение 75 пациента острой НЛН. Из вышеуказанного количества пациентов, в 33 (44%) случаях это были больные мужского пола, а в 42 (56%) женского, которые по половому признаку были разделены в две группы. Пациенты, включенные в исследование, были набраны по принципу случайного отбора, которым, кро-

ме изучения жалоб и клиники заболевания, произведены ретроспективный анализ преморбидного состояние, перспективное наблюдение за динамикой неврологических симптомов. Согласно классификации и определения возраста человека, принятой ВОЗ, пациенты включенные в исследование были разделены на следующие возрастные группы: 25-44 лет молодой возраст, 45-59лет средний возраст, 60-74 лет пожилой возраст. Средний возраст больных составил у мужчин 37.5±5,6 лет, а у женщин 34,3±9,3 лет. Острая НЛН в 43 случаях имела правостороннюю, а в 32 случаях - левостороннюю латерализацию. Посредством тщательного общего клинического и неврологического осмотра, методами нейровизуализации (МРТ и МСКТ), электронейромиографическим (ЭНМГ) и лабораторными исследованиями, из группы исследования были исключены пациенты с демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями головного мозга и периферических нервов, с травматическими поражениями лицевого нерва (ЛН). Для уточнения патогенетической формы НЛН, всем пациентам были произведены исследования крови на липидный спектр, на инфекционные факторы (ВИЧ, спец.инфекции), ультразвуковое исследование сосудов шеи и головы и ЭНМГ. При неврологическом осмотре больных, кроме исследования расстройства двигательных функций ЛН, учитывались дополнительные симптомы, такие как, ксерофтальмия, гиперакузия, ксеростомия, гипогевзия. Для оценки тяжести двигательного дефицита нами была использована 6 бальная шкала Баллобана Я.М.

Таким образом, в зависимости от этиологической и патогенетической позиции острого поражения ЛН, нами выделены и изучены следующие варианты: идиопатическая (МКГ-10. G51.0) и симптоматическая формы НЛН (МКБ.10 G51.8). В последнюю из них были включены пациенты с синдромом Рамсея-Ханта, с дисметаболическим и вазогенным поражением ЛН и с поражением ЛН при среднем отрите.

Результаты и обсуждения

Таблица 1

Распределение эиопатогенетических форм НЛН, в разрезе с полом пациентов и латерализацией поражения

Этиологические формы НЛН	Число больных (n = 75)	Мужчины (n = 33)		Женщины (n = 42)	
		Правая	Левая	Правая	Левая
Идеопатическая форма	51 (68%)	13 (39%)	10 (30%)	19 (45%)	9 (21%)
Сосудистая форма НЛН	12 (16%)	3 (9%)	4 (12%)	3 (7%)	2 (4.7%)
Синдром Рамсея-Ханта	3 (4%)	0	1 (3%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)
Отогенные поражения ЛН	7 (9,4%)	1(3%)	1(3%)	2 (4.7%)	3 (7%)
Прочие	2 (2,6%)	0	0	1 (2.3%)	1(2.3%)
Всего	75	17(51.5%)	16(48.4%)	26(62%)	16(38%)

Как видно из таблицы, в структуре острых поражений ЛН значительно преобладает идиопатическая форма НЛН. При этой форме НЛН чаще страдает правый ЛН, что особенно заметно в группе пациентов женского пола. Анамнестические данные, собранные у этой группы пациентов показали, что у абсолютного количества пациентов 43(85%), провоцирующим фактором заболевания, выступал фактор переохлаждения. И как следствие, этой форме было свойственно развитие болезни в прохладные сезоны года.

Сосудистые формы поражения лицевого нерва, с небольшим перевесом по частоте, наблюдались у лиц мужского пола, по сравнению с женским. При этой форме НЛН мы не наблюдали явного признака преобладающей латерализации. В данном случае о роли сосудистого фактора поражения ЛН свидетельствовали следующие: наличие в анамнезе гипертонического криза, наличие распространенного атеросклероза сосудов головного мозга и диабетической микро-, макроангиопатии. Пациенты были среднего и пожилого возраста, страдающие гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом П типа. Трое пациентов с острой НЛН, страдающие сахарным диабетом, не получали инсулин заместительную терапию.

Случаи отогенного поражения ЛН не имели признака преобладающей латерализации и строго совпадали со стороной воспаления. По нашим наблюдениям, вторичные отогенные НЛН чаще всего наблюдались у лиц женского пола, чем у мужского (5 и 2 случаев соответственно). Пациенты в 2 случаях страдали гнойным, и в 4 случаях острым серозным (экссудативным) средним отитом, в одном случае гнойным мастоидитом. В 2х случаях гнойного среднего отита и в одном случае гнойного мастоидита были произведены оперативные вмешательства. Развитие острой НЛН не имело связи с операцией, но по времени развития совпадали с обострением воспалительного процесса в среднем ухе и в сосцевидном отростке. Особенностью неврологической картины отогенной НЛН, является развитие признаков поражения ЛН в его барабанном и сосцевидном отделах. Барабанный отдел ЛН продолжается от коленчатого узла до пирамидального возвышения, а сосцевидный отрезок - от пирамидального возвышения до шилососцевидного отверстия. В барабанно отрезке ЛН прикрыт шейкой молоточка, телом наковальни, ампулярной ножкой и выступом наружного полукружного канала. На этом отрезке фаллопиев канала чаще всего располагаются дегистенции со средним ухом, через которых происходит распространение воспаления из полости среднего ухо и сосцевидного отростка.

Три случая синдрома Рамсея-Ханта, включенных в группу исследования, составили лица с наиболее тяжелым проявлением НЛН. В неврологической картине у пациентов этой группы, кроме герпетического высыпания по передней стенке наружного слухового прохода, болевого синдрома и прозоплегии, в одном случае имело место герпетические высыпания на гомолатеральной половине языка. Кроме этого, в про-

цессе лечения пациентов, мы наблюдали стойкую и выраженную болевую симптоматику, грубый неврологический дефект и незначительное восстановление двигательной функции ЛН.

В двух случаях причиной НЛН послужили нейролейкоз и не эпидемический паротит и пациенты были направлены для специализированного лечения.

Таким образом, при идиопатических формах НЛН явно превалирует правосторонняя латерализация процесса, что особенно заметно у лиц женского пола. Такая тенденция не наблюдается при других НЛН. Синдром Рамсея-Ханта проявляется наиболее тяжелым неврологическим дефектом, выраженным болевым синдромом и отличается неблагоприятным прогнозом в восстановительных периодах НЛН. Отогенные острые НЛН так же чаще наблюдаются у лиц женского пола, что указывает на необходимость профилактических мер при лечении пациентов с патологией ЛОР органов.

Таблица 2

Особенности возрастного распределения различных патогенетических форм НЛН

Форма НЛН	Число больных (n = 75)	Возрастная группа			
		18-24лет	25-44 лет	46-59 лет	60 лет и старше
Идеопатическая форма	51	15 (29.4%)	21 (41.1%)	12 (23.5%)	3 (5,8%)
Сосудистая форма НЛН	12	-	1 (8,3%)	3 (25%)	8 (66,6%)
Синдром Рамсея-Ханта	3	-	1 (33,3%)	2 (66,6%)	-
Заболевания ЛОР органов	7	2 (28,6%)	1 (14,2%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Прочие	2	-	-	1 (50%)	1 (50%)

Особый интерес представляет результаты анализа этиопатогенетических форм НЛН в разрезе с возрастом пациентов (Таб.2). Как видно из таблицы, максимальное число пациентов с идиопатической формой НЛН приходится на молодой возрастной группе, тогда как в среднем, и особенно в пожилом возрасте, частота этой формы наблюдаются меньше всего. Так, в молодом возрасте, основное значение в развитии НЛН имеет простудный фактор и воздействие холода, т.к. этому возрасту соответствует более активный образ жизни, и чаще сталкиваясь с этим фактором (пребывание в холоде, воздействие кондиционера, купание в холодной воде и т.д.).

С возрастом в развитии НЛН нарастает влияние сосудистого фактора, обусловленного гипертонической болезнью, атеросклерозом, макро и микроангиопатиями. Так, по нашим наблюдениям, в 8 случаях наблюдений (66,6%) пациенты сосудистыми формами НЛН имели пожилой возраст, и всего в трех случаях (25%) - средний возраст. В 6 случаях острая НЛН развилась на фоне гипертонического криза, в двух случаях -на фоне сочетания атеросклероза и артериальной гипертензии. У 4 пациентов имело место прогрессирующая диабетическая микро- и макроангиопатия, подтвержденная клинической картиной и инструментальными исследованиями.

Таким образом, значение сосудистого фактора НЛН начинает превалировать с возрастом и с увеличением системных сосудистых патологий.

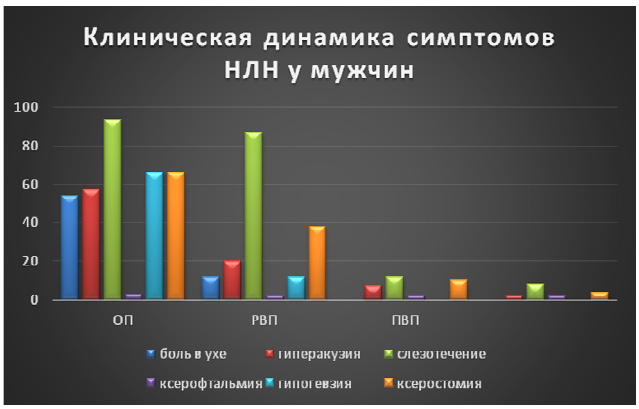
Синдром Рамсея-Ханта, нами были выявлены всего в 3 случаях, в двух случаях это были лица женского пола, а в одном - мужского. Во всех случаях имело место грубая прозоплегия, выраженный болевой синдром височно-заушной локализации, герпетические высыпания на передней стенке наружного слухового прохода, а в одном случае имелись высыпания на половине языка. Двое пациентов были соеднего возраста и один - пожилого.

Заболевания ЛОР органов, в частности средний гнойный отит, мастоидит, как причины вторичных НЛН, почти равномерно наблюдались во всех возрастных группах, но чаще женского пола. Надо отметить и то, что даже после радикальных операций, явления НЛН носили грубый и стойкий характер. По тяжести проявления двигательных расстройств, в 6 случаях из 7, имел место глубокий прозопарез, а в одном случае поражения ЛН в - прозоплегия, с субтотальным выпадением функций нерва (выпадение вкусовой рецепции на одноименно половине языка, гипестезией в зоне Ханта).

По существующим прикладным понятиям, в силу анатомической особенности отхождения от ЛН его составляющих ветвей в предела фаллопиев канала, туннельное поражение ЛН на различных уровнях различной симптоматикой. Таким образом теоретически можно определить уровень поражения ЛН по его длиннику в пределах костного канала. Конечно, такой подход может иметь значение только при тотальном, поперечном поражении ЛН строго ограниченной локализации в различных участках. Если учесть, что патогенез идиопатической НЛН обусловлен демиелинизацией и его глубиной распространения в поперечнике нервного ствола, то сопутствующих (дополнительных) симптомов НЛН, было бы правильно расценивать как степень вовлечения различных волокон (парасимпатическая и чувствительная порции) ЛН в процесс демиелинизации. К примеру, можно привести случаи, когда наблюдаются только двигательные расстройства при НЛН, которое в топическом плане будет соответствовать поражению ЛН дистальнее от места отхождения барабанной струны, т.е. до щилососцевидного отверстия. На самом же деле, этот отрезок не является наиболее узким местом фаллопиева канала, кроме этого здесь кровоснабжение ЛН осуществляется как экстракраниального, так и интракраниального бассейнов, а дренажная функция канала имеет максимальную облегченность. Этот факт доказывает то, что основной синдром НЛН - прозопарез не является следствием поражения ЛН в только дистальном отрезке фаллопиев канала, а скорее является следствием преимущественного вовлечения моторных волокон в различных отрезках в процесс демиелинизации. А дополнительные симптомы НЛН, такие как ксерофтальмия, гипогевзия, гиперакузия, ксеро-

стомия, обусловлены различной степенью вовлечения в процесс демиелинизации и компрессии.

Так, по результатам наших наблюдений, динамика клинической семиологии дополнительных симптомов НЛН имеет определенные гендерные различия. Ксеростомия, гипогевзия, болевой синдром, гиперакузия, слезотечение ксерофтальмия, если в остром периоде заболевания по частоте проявления имеют схожую картину среди лиц мужского и женского пола, то в последующих периодах заболевания наблюдаются достоверные различия по многим симптомам. Например, болевой синдром и ксеростомия в ранний период восстановления НЛН у лиц мужского пола имели достоверно лучший регресс, в сравнении с женским полом. Такая картина не наблюдаются при сравнительном анализе слезотечения и гиперакузии, хотя в течении обеих симптомов наблюдается хорошая тенденция. Максимально быстрое восстановление слезотечения наблюдается после раннего восстановительного периода, т.е. в период позднего восстановления. Наиболее стойким и тяжелым симптомом НЛН является ксерофтальмия, которой свойственно более стойкое проявление у мужчин, но она в два раза чаще наблюдается у пациентов женского пола. (рис 1)





Заключение:

НЛН имеют гендерные отличия, что проявляется преимущественным правосторонним поражением лицевого нерва у лиц женского пола.

Идиопатическая форма НЛН достоверно превалирует среди лиц молодого возраста, тогда как другие формы, в частности сосудистые НЛН, наблюдаются преимущественно в пожилом возрасте.

Симптоматические формы НЛН, возникающие при заболеваниях ЛОР органов, а так же сосудистой и воспалительной этиологии, имеют более тяжелые двигательные проявление и их отличаются худшим восстановлением, по сравнению с идиопатической формой НЛН.

Динамика клинической семиологии дополнительных симптомов НЛН имеет определенные гендерные различия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. М.: "Гиппократ", 2000. - 663 с.
2. Бабияк В. И. Нейрооториноларингология: руководство для врачей / В. И. Бабияк, В. Р. Гофман, Я. А. Накатис. - СПб.: Гиппократ, 2002. - 728 с.].
3. Вейн, А. М. Болевые синдромы в неврологической практике / А. М. Вейн. - М. : МЕДпресс, 1999. - С. 171-216.;
4. Гринштейн А. Б. Неврит лицевого нерва / А. Б. Гринштейн. - Новосибирск: Наука, 1980. - 144 с.].
5. Гофман В. Р. Отогенный неврит лицевого нерва / В. Р. Гофман, В. Е. Корюкин, А. В. Гайворонский [и др.] - СПб.: Контур М, 1994. - 156 с. ;
6. Деконенко Е.П. и др. // Ж. неврологии и психиатрии.- 2000.- № 6.- С. 58-59.
7. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей / А.А.Скоромец, Т.А.Скоромец. СПб.: "Политехника", 2002. - 399 с.
8. Скрипченко Н.В., Голяков, Д.А. Невропатии лицевого нерва у детей: клинико-терапевтические аспекты: Сб. материалов первого Балтийского Конгресса по детской неврологии. Санкт-Петербург, 2007. - С. 144-145.
9. Степанченко М.А., Жулев С.Н., Бабанова О.В Невропатии лицевого нерва: диагностика и лечение: Сборник статей IX Всероссийского съезда неврологов. Ярославль, 2006. - С. 289.
10. Орлова О.Р., Мозолевский Ю.В., Саксонова Е.В. Невропатия лицевого нерва (паралич Бэлла) // Лечение заболеваний нервной системы. - 2011. - № 2 (7).
11. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Клиническая неврология: руководство для врачей. М.: Медицина, 2009.
12. Стратиева О. В. Клиническая анатомия уха / О. В. Стратиева. - СПб.: СпецЛит, 2004. - 272 с.
13. Калина В. О. Периферические параличи лицевого нерва / В. О. Калина, М. А. Шустер. - М.: Медицина, 1970. - 208 с.
14. Мосолов М. М. Кровоснабжение внечерепного отдела лицевого нерва: Автореф. дис□. канд. мед. наук. / М. М. Мосолов. М., 1963. - 21 с.
15. Калина В. О. Периферические параличи лицевого нерва / В. О. Калина, М. А. Шустер. - М.: Медицина, 1970. - 208с.
16. Морозова, О.Г. Опыт лечения невропатии лицевого нерва с применением препарата актовегин драже / О.Г. Морозова, В.И. Здыбский, А.А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. - 2008. - 2(18). - Режим доступа: http://www.mif-ua.com/archive/article/5270;
17. Карлов В. А. Неврология лица / В. А. Карлов. - М.: Медицина, 1991. - 288 с., Невропатии: Руководство для врачей / Под ред. Н. М. Жулева. - СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2005. - 416 с.].
18. Jackson C.G., Von Doersten P.G. The facial nerve. Current trends indiagnosis, treatment, and rehabilitation // Medical Clinics of North America. 2011. Vol. 83 (1). P.179-195.
19. Linder TE, Abdelkafy W, Cavero-Vanek S. The management of peripheral facial nerve palsy: "paresis" versus "paralysis" and" sources of- ambiguity in study designs, otol Neurotol: 2010 Feb;31(2): P. 319-27.
20. Tveitnes p., Ovmar к., Nat&s o. Acute facial nerve palsy in children: how often is it lyme borreliosis? // ScandJ infect Pis. 2007. - V. 5. - P.425-431.
21. Kandil, M.R. A community-based epidemiological study of peripheral neuropathies in Assiut, Egypt / M.R. Kandil, E.S. Darwish, E.M. Khedr, M.M. Sabry, M.A. Abdulah // Neurol. Res. - 2012. - Dec;34(10). - p. 960-966.
22. Ngow H.A., Wan Khairina W.M., Hamidon B.B. Recurrent Bell's palsy in a young woman. Singapore Med. J. 2008; 49: 278-280.; Stewart J.D. Focal peripheral neuropathies. New York: Raven, 1993.

Поступила 06.03. 2019

УДК: 616.611-002

БОЛАЛАРДАГИ ТУРЛИ ХИЛ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШГА ЁНДАШИШ

М.Ш. Ганиева, Н.Н. Хамдамов, С.Ф. Убайдуллаева, М.М. Болтабоева, М.А. Тухтасинова, Н.М. Маджидова

Андижон Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Гломерулонефритнинг кечиши ва оқибати унинг морфологик асоси, клиник белгиларининг яққолиги билан белгиланади. ВБКТТМ нинг нефрология бўлимининг кўрсаткичларига асосан сўнгги йилларда болалар орасида нефротик синдром, касалликнинг гематурик шакллари ортгани такидланган. Ҳар бир аниқ ҳолларда базис даво схемаси индивидуал танланиши лозим - кортикостероид ва цитостатиклар.

Гломерулонефритлар масаласи гепатитга боғлиқ нефритлар аниқлангани билан мураккаблашади. Гломерулонефритни гематурик вариантлари касалликнинг сабабларини чуқурроқ ўрганишни талаб қилади, чунки аҳоли орасида сил инфекцияси ортиб бормоқда.

Калит сўзлар: гломерулонефрит, нефротик синдром, кортикостероидлар, цитостатиклар.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

М.Ш. Ганиева, Н.Н. Хамдамов, С.Ф. Убайдуллаева, М.М. Болтабоева, М.А. Тухтасинова, Н.М. Маджидова

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Течение и исход гломерулонефрита определяются его морфологической основой, выраженностью клинических симптомов. По данным нефрологического отделения ОДММЦ за последние годы отмечен рост больных детей с нефротическим синдромом, гематурическими вариантами болезни. Необходимо в каждом конкретном случае индивидуально выбирать схему базисной терапии - кортикостероиды и цитостатики. Проблема нефрита усугубляется выявлением так называемых гепатит- ассоциированных нефритов. Гематурическое варианты гломерулонефрита требуют более глубокого изучения причин болезни с учетом возрастания туберкулезной инфекции среди населения.

Ключевые слова: гломерулонефрит, нефротический синдром, кортикостероиды, цитостатики.

COURSE AND MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF VARIOUS FORMS OF GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

M.Sh. Ganieva, N.N. Hamdamov, S.F. Ubaydullaeva, M.M. Boltaboeva, M.A. Tuhtasinova, N.M. Madjidova

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The steam and the issue of the glomerulonefritis are determined by its morphologic base, by expressing its clinical symptoms. The growth of the sick children with nephritic syndrome, hematuric versions of the illness has been noted lately from the facts of the nefrologic section of the Regional Medical Center Children's multi. Observations showed the necessarily of individual approach to the appointment of the basis therapy - corticosteroids and citostatics.The problem of the glomerulonefritis is Deeping by the revealing such called carries of the HbsAg, that is hepatitis-associated nephritis, requiring corresponding approach to their therapy. Hematuric version of glomerulonefritis require deeper learn of the illness pea sons with the calculation the wide spreading of the tuberculosis infections lately.

Key words: glomerulonefritis, nephritic syndrome, corticosteroids and citostatics.

Долзарблиги

Гломерулонефритларнинг (ГН) кечиши асосан унинг морфологик манбаси билан белгиланади. Шу туфайли даволашга ёндашиш иммунморфологик текширув маълумотлари, касаллик клиникаси ва авалги даво чораларининг натижалари асосида тузилади. Маълум бўлишича, ГН оқибатини клиник белгиларни намоёнлиги, чунонан шиш, гематурия ва гипертензия даражалари белгилайди.

Сўнгги йиллар ичида, адабиётдаги маълумотлар ва болалар аҳолисининг касалланиш таҳлилига кўра (Андижон, Фарғона, Наманган вилоятлари бўйича) гломерулонефритни нефротик тури ва туғма нефротик синдромли (НС) беморлар сони ортиб бораётгани такидланмоқда. Нефротик синдром рецидив ва ремиссияларни алмашиниши ва кортикостероидларга юқори сезувчанлиги билан ажралиб туради. Адабиётларда тасоддифий ремиссияларни деярли тарқалиши тўғрисида маълумотлар бўлсада (50% ҳолларда), бизнинг амалиётимизда бу кўрсаткич сезиларли паст. НСни классификацияга кўра гормонга сезувчан, норецидивли, сурункали рецидивли, тез-тез рецидивли, стероид турғун вариантлари таффовутланади [1,2,3].

Иш мақсади. Фарғона водийси болалари орасида учрайдиган гломерулонефрит касаллигини турларини клиник турларининг таҳлили ва даволаш бўйича замонавий ёндашувларни асослаш.

Материал ва усуллар

Текшириш ва кузатувлар Андижон шаҳар вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг нефрология бўлимида ўтказилган. Текширувдаги бемор бо-

лалар сони 120 тани ташкил этди. Дастлаб ташхисланган нефротик синдромли боланинг стандарт даво тартиби ўз ичига кортикостероидларни олганлиги туфайли, бу болаларга базис даво воситаси сифатида преднизолон 1,5-2 мг/кг дозада 3-4 ҳафта мобайинида тавсия этилган. Бунда 90% беморларда ремиссияга эришилган ва кейинчалик преднизолонни дозасини қувватловчи дозагача камайтирилган - 0,3-0,5 мг/кг 1 суткада. Бу дозани алмашловчи методика бўйича - 3 кун ичилади, 4 кун танаффус билан буюрилади. Аммо лекин бу усулда 75% беморларда рецидивлар кўп кузатилган ва ремиссияга эришгандан сўнг ҳам преднизолонни 6 ой мобайинида кун ора буюриш самаралироқ бўлди. Преднизолонни эртароқ тўхтатиш рецидивлар сонини ортиш хавфини оширди. Бунинг сабаби стероидлар таъсирида гипофиз-буйрак усти бези тизимининг босилиши ва нисбатан буйрак усти бези етишмовчилигидир. Адабиётдаги маълумотларга ва шахсий кузатувларга биноан глюкокортикоидли давога жавоб бўлмаслиги қисман унинг фармакокинетикасини бузилиши билан боғлик. 8 ҳафталик преднизолонотерапия курсидан сўнг ҳам касаллик динамикасини йўқлиги бу беморларни стероид турғун деб ҳисоблашга асос бўлади ва минимал ўзгаришлар билан кечувчи нефротик синдром билан морфологик жиҳатдан фарқланади. Шу билан бир қаторда 50 % ҳолатларда преднизолонга нисбатан кечки жавоб ҳам кузатилган, 30% да эса жавоб иммуносупрессантлар фонида пайдо бўлган.

1 йиллик кузатувлар натижасига кўра 35% беморларда 2 марта, 25 % да 1 марта рецидивлар кузатилиб, 19% да рецидивлар умуман бўлмаган. Тез-тез рецидивлар кузатилган беморлар орасида дастлабки рецидив 6 ой ичида кузатилган. Уларга преднизолон ўзгарувчан схема бўйича тавсия қилинган бўлиб, 6 ойгача 1 кунда 0,3-0,5 мг/кг, кейинчалик уни пасайтириш ва 2-3 ой ичида умуман тўхтатиш билан. Преднизолонга жавоб олинмаган ҳолларда 5 та беморда биз "пульс-терапия қўлладик, яъни 3 кун давомида преднизолон инъекцияда 5 мг/кг. Лекин бунда 2 та беморда гипертензия каби асорат кузатилди. Беморлардаги гормонга нисбатан резистентлик даво комплексига цитостатикларни - циклофосфамид ёки хлорамбуцил (хлорбутин) ва б. қўшишга асос бўлди. Қўлланилган цитостатиклардан азатиоприн қўнгил айниши, қайт қилиш, бош айланиши каби асоратларни чақирган, 6-меркаптопуринни беморлар яхши қабул қилган. Уни преднизолон билан ҳамкорликда қўллаш эса ремиссияга олиб келган (стероидрезистент вариантларни стероидга сезгир вариантга трансформация бўлиш натижаси сифатида), ёки ремиссия узайган. 6-Меркаптопуринни дастлабки дозаси - 1 суткада 2-4 мг/кг 8 ҳафта давомида буюрилган, кейинчалик дастлабки дозани ярмига қадар туширилиб, 8 ҳафтага тавсия этилган. Ремиссия давомийлиги 1-5 йил бўлган. Шунингдек биз Т-лимфоцитларни носпецифик стимулятори сифатида кун ора 2,5 мг/кг дозада Левамизол хам қўллаганмиз. Бу препаратни қўллаш лейкопенияга (нейтропения) олиб келиши мумкин бўлгани боис, ҳар ҳафта уларнинг қон таҳлилини қилиб турдик. Кузатувларимизнинг таҳлили 28% ҳолларда рецидивлар сонини камайганлигини кўрсатди.

Кузатув остидаги 25% беморларда кортикостероидли давонинг асоратларидан иккиламчи Иценко-Қўшинга синдроми, гирсутизм, гипертония, инфекциялар ва б. учради. C.Ponticelli ва P.Passerini маълумотларига кўра метилпреднизолон билан ўтказилган пульс-терапия катталардаги минимал ўзгаришли нефротик синдромда 100% ҳолатларда самарали бўлсада, 30% болаларда жавоб манфий бўлди. Шунингдек 20% беморларда пульс-терапия асосида ремиссияга эришилгандан сўнг давони тўхтатиб преднизолонни қувватловчи дозада берилмаса рецидивлар кузатилди. 2% нефротик синдромли беморларда кортикостероидларга нисбатан 3-4 ҳафта ичида жавоб бўлмаган ва уларда "капалак" симптоми, гепатомегалия, кардиомегалия, кардит кузатилди. Маълумки, бу белгилар СКЮ ёки бошқа коллагенозларга хос. Бу беморлар кейинги текширувларни ва давони кардиоревматология бўлимида давом эттирдилар. Аммо лекин бу беморларни бирортасида ҳам LE - ҳужайралар топилмади.

Бизнинг клиникамизни маълумотларига асосан 30% нефротик синдромли беморларда 7-8 йил мобайинида рецидивлар кузатилди, 12% да эса 10 йил, лекин вақт ўтган сари улар камайиб борди. 10% беморларда кортикостероидларга нисбатан орттирилган резистентлик ривожланди (тез-тез рецидивлар фонида). Адабиётдаги маълумотларга асосан бу ҳолат фокал сегментар гломерулосклероз ривожлангани билан боғликдир. Шу билан бирга 13% беморлар аксинча, стероидларнинг стандарт дозасидан қуйироғига жавоб берган.

Кортикостероидлар билан узоқ муддат даволаш, айнан тез-тез рецидивларда кўплаб ножуя тасирлар туфайли қийинлашади: 35% беморларда - остеопороз, гипокальциемик ва гипокалиемик синдром, 2 беморларда - психозлар, 8 тасида - ўсишдан орқада қолиш, 40% да - артериал гипертензия, 90 % да - Кушин синдроми ва х.к.. Ножўя таъсирларнинг даражаси кучайгани саъри, кортикостероидлар давом эттириш ёки тўхтатиш масаласи жиддийлашди: спонтан ремиссияга умид қилган ҳолда фақатгина симптоматик давони буюриш (диуретиклар, натрийни чеклаш ва х.к.), ёки албатта цитостатик воситаларни тавсия қилиш: азатиоприн, 6-Меркаптопурин, хлорбутин ва ҳ.к.. 56% ҳолатларда юқоридагилар фойидасига масала ҳал қилинади.

Нефротик синдромли беморларни даволашда маълум қийинчиликлар ва рецидивли кечишига мойиллик мавжуд бўлсада, умуман аксарият ҳолатларда оқибати яхши сифатли. J.Cameron ва ҳаммуаллифларни маълумотларига кўра беморларни ҳаёт давомийлиги 10 йилгача чўзилади. 95 % ҳолатларда ўлим сабаблари бўлиб инфекциялар, юрак-қон томир ва ўпка касалликлари, сурункали буйрак етишмовчилиги ҳисобланади. СБЕ ни биз 28% беморларда кузатдик.

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббий марказнинг нефрология бўлимидаги касалланишни таҳлили шуни кўрсатдики, сўнги 5 йил мобайинида гломерулонефритнинг энг кўп тарқалган тури сифатида гематурия ва гипертония билан биргаликда кечадиган нефротик синдром бўлди. Унинг патогенезини асосида иммунн-комплексли механизм ётиб, у -гемолитик стрептококкнинг нефритоген штаммларига жавобан ривожланади. Касаллик ташхиси қонда стрептококкнинг стрептолизин-О (О- антистрептолизинлар), никотинамидадениннуклеатидаза (анти-НАД- азалар) и дезоксирибонуклеаза-В (анти- Дназа) ларга қарши антителолар титрини аниқлаш ёрдамида тасдиқланади. Касалликнинг клиникасида ренал белгилардан олигурия, гематурия, бел, қорин соҳасида оғриқлар, азотемия; экстраренал белгилардан - эрталабда қовоқ ва юзла-

ридаги шишлар, бош оғриғи, артериал босимни ортиши, рангпарлик устувор бўлади. Бу тоифадаги беморларни даволаш маълум қийинчиликларни туғдиради.

Биз куйидаги антибактериал даво схемасини қўлладик - пенициллин ва яримсинтетик пенициллинлар 2-3 та қисқа 7-10 кунлик курслар, кейинчалик бициллинга ўтиш билан. Патогенетик даво сифатида антигистамин воситалар қўлланилди - (димедрол, супрастин и т.д.) - 2-3 та 10- кунлик курслар, буйракдаги қон айланишини яхшиловчилар (эуфиллин, РР витамини, папаверин, гепарин, курантил, трентал). Симптоматик даво: яққол шишлар ва гипертензияда диуретиклар, (фуросемид, урегит, амилорид, триампур и т.д.), турғун ва яққол гипертонияда гипотензив воситалар (папаверин, дибазол, резерпин, капотен, каптоприл).

30 % гепатосленомегалияли беморлардан 10% да ИФА да HвSAg аниқланди. Адабиётлардаги гепатит-биргаликдаги нефритлар ҳақидаги маълумотларга таянган ҳолда бу беморларнинг даволаш мажмуасига интерферронлар, иммуномодулин 0,5-1 мл м/о, дюфалак 5-10 мл per os, кобавит, липоевая кислотаси, эссенциале-форте, калия оротат киритилди. Касаллик оқибати соғайиш - 85 %, сурункаланиш - 15% ҳолатларда, 1,8% - летал натижа.

Гематурияли ўткир гломерулонефрит билан касалланган 3 та беморда сил касалли беморлар билан мулоқотда бўлганлиги аниқланди, шунингдек уларда Манту синамаси мусбат ва бронхаденитни рентген белгилари топилди. Барча беморларда сийдикни БК га текшириш манфий натижа берди. Фтизиопедиатр билан келишилган ҳолда бу беморларга махсус силга қарши воситалар билан даво курси белгиланди. Касаллик оқибати - 90% ҳолатларда соғайиш кузатилди.

Хулосалар

Юкоридаги текширишлар натижаларига асосланган ҳолда биз қуйидаги хулосаларга эга бўлдик:

1. Сўнги йилларда гломерулонефритни нефротик турини беморлар орасида ортганлиги;

2. Ҳар бир муқум нефротик синдром ҳолатида базис даво схемасини индивидуал танлаш лозим - кортикостероидлар ва цитостатиклар;

3. Гепатит-билан биргаликдаги нефритларни ажратиб олиш ва махсус давони тавсия этиш лозим;

4. Гломерулонефритларни гематурик вариантлари касаллик сабабларини чуқурроқ ўрганишни талаб қилади, чунки сўнги йилларда сил инфекцияси аҳоли орасида тарқалиб бормоқда.

5. Турғун протеинурия ёки гематурия ҳолатлари гломерулонефритни наслий вариантларини инкор қилишни талаб этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Сергеева Т.В. Влияние комплексной терапии на течение и исход хронического гломерулонефрита у детей: /Дис. □ д-ра мед.наук. - М., 1988.
2. Barnett H.L., Schoeneman M., Bernstein J. et al. // Pediatric Kidney Disease // Ed. C.M. Edelmann. - Boston, 2009. - P.675.
3. Bergstein J.M., Andreoli S.P. // Pediatr. Nephrol. - 1995. - Vol. 9. P. 268-271.
4. Cameron J.S., Turner D.R., Heaton J. et al. // Amer. J.Med. - 2010. - Vol.74. - P.175-180/
5. Miliner D.S. Morgenstern B.Z. // Pediatr. Nephrol. - 2011. - Vol. 5. P. 587-590.

Келиб тушган вақти 12.03. 2019

УДК: 616.441-008.61+616-089.873,4

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Гафаров Ш.С., Комилов С.О., Азимов С.И.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Обследовано 42 мужчин в возрасте 35-55 лет с атеросклерозом бифуркации аорты, приведшим к окклюзирующим поражениям. Вторым класси-ческим симптомом окклюзирующего поражения брюшной аорты является импотенция, обусловленная непроходимостью ветвей внутренней подвздошной артерии. В стадии I и II А лечение эректильной дисфункции возможно консервативными методами. Положительный эффект отмечен в 87,5% случаев.

Ключевые слова: хронические окклюзионные заболевания брюшной аорты, синдром Лериша, консервативное лечение эректильной дисфункции.

ҚОРИН АОРТАСИ СУРУНКАЛИ ОККЛЮЗИЯЛАРИДА ЭРЕКТИЛ ДИСФУНКЦИЯ

Гафаров Ш.С., Комилов С.О., Азимов С.И.

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Қорин аортаси ва унинг тармоқларининг облитерацияловчи атеросклероз билан зарарланиши касалланган 35-55 ёшдаги 42 та эркак беморлар текширилди. Бу беморларда клиник белгилардан импотенция иккинчи симптом эканлиги аниқланди. Касалликнинг I ва II А босқичларида эректил дисфункцияни консерватив даволаш 87,5% ҳолларда самарадорлиги аниқланди.

Калит сўзлар: Қорин аортаси сурункали окклюзияси, Лериш синдроми, импотенция, эректил дисфункция, консерватив даволаш.

EREXTILE DYSFUNCTION IN CHRONIC OCCLUSION DISEASES OF THE ABDOMINAL AORTA

Gafarov Sh.S., Komilov S.O., Azimov S.I.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

42 men aged 35-55 years with atherosclerosis of the aortic bifurcation, leading to occlusive lesions, were examined. The second classic symptom of occlusive lesion of the abdominal aorta is impotence due to obstruction of the branches of the internal iliac artery. In stage I and II A, treatment of erectile dysfunction is possible by conservative methods. A positive effect was observed in 87.5% of cases.

Key words: chronic occlusive diseases of the abdominal aorta, Leriche syndrome, conservative treatment of erectile dysfunction.

Актуальность

Окклюзия брюшной аорты и подвздошных артерий занимает второе место после поражения коронарных сосудов [1]. Средний возраст больных с данной локализацией поражения колеблется между 50 и 52 годами. Заболевание в 90% случаев встречается у мужчин.

По данным литературы, от 88 до 94% окклюзирующих поражений бифуркации аорты обусловлены атеросклерозом [4]. Отмечена, что двусторонние поражения подвздошных артерий наблюдается чаще - почти у 70% больных [4]. Вторым классическим симптомом окклюзирующего поражения брюшной аорты является импотенция, обусленная непроходимостью ветвей внутренней подвздошной артерии [6]. При окклюзии аорты этот симптом выявлен у 53,7% больных [5]. Однако окклюзия внутренных подвздошных артерий наблюдается редко, поэтому в генезе импотенции, наряду с ишемией органов таза, важную роль играет артериальная недостаточность спинного мозга. По данным авторов [7], импотенция встречается лишь у 20% больных с окклюзией внутренних подвздошных артерий.

А.В.Покровский выделяет 3 локализации окклюзии брюшной аорты: 1) низкая окклюзия (окклюзия бифуркации брюшной аорты дистальнее нижней брыжеечной артерии); 2) средняя окклюзия, при которой окклюзирована аорта и закрыта нижняя брыжеечная артерия; 3) высокая окклюзия (на уровне почечных артерий или ниже их в пределах 2 см).

Синдром импотенции связан с ишемией органов малого таза и хронической недостаточностью кровообращения нижних отделов спинного мозга. Сочетание всех вышеперечисленных клинических проявлений носит название синдрома Лериша - это комплекс клинических проявлений, вызванных сужением или окклюзией брюшной аорты в месте её раздвоения, что приводит к кислородному голоданию и поражает органы мочеполовой и репродуктивной систем. У 20-50% больных мужчин выявляется эректильная дисфункция, которая считается вторым класси-

ческим симптомом этого синдрома. Её появление обусловлено тремя причинами: недостаточностью притока крови, что исключает полноценное наполнение кавернозных тел во время эрекции, хронической артериальной спинальной недостаточностью, отражающейся на функции спинальных половых центров, снижением гормональной активности в связи с ишемией яичек и предстательной железы.

Условной возрастной группой риска считается промежуток от 40 до 60 лет. По данным исследователей [2] число больных с синдромом Лериша увеличивается с возрастом. Существующие методы консервативного лечения I и IIA стадий данного заболевания оставляет желать лучшего, в связи с чем целью нашего исследования являлось нахождение путей оптимальной терапии этой патологии и связанной с ней эректильной дисфункцией.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 42 больных мужчин с синдромом Лериша I и IIA стадий в возрасте 35-55 лет. Давность заболевания составляла от 2-х до 8-ми лет. Больные обследованы клинически: внешний осмотр, пальпация, аускультация брюшной аорты и бедренной артерии. Произведены анализы мочи, крови, коагулограмма, липидограмма, ультразвуковая допплерография, рентгеноконтрастная ангиография, транслюмбальная пункционная аортография. Определялась пульсация на брюшной аорте, бедренных артериях и половом члене, градиент давления между верхними и нижними конечностями, лодыжечный индекс давления (ЛИД): отношение АД на лодыжках к АД на плече (в норме 1,0, а при синдроме Лериша I и IIA стадий он составляет 0,8). Аускультация позволяла обнаружить самый важный диагностический признак поражения брюшной аорты - систолический шум, который чаще всего выслушивался над бедренными артериями. Почти у трети больных систолический шум определялся над самой брюшной аортой. Этот шум чаще всего выслушивался над стенозированным сосудом.

Результат и обсуждения

Вопрос о тактике ведения больных с синдромом Лериша решался комплексно на основе стадий ишемии, лока-лизации процесса и общего состояния пациентов. Больным давали следую-щие рекомендации:

1. Снизить влияние факторов риска: полный отказ от курения, контроль уровня глюкозы в крови, поддержание нормального АД не выше 140/90, снижение уровня LDL холестерина до 2,59 ммоль/л.

2. Каждодневные прогулки на свежем воздухе не менее 1 часа.

Учитывая применение препаратов одной из групп пациентов, непосредственно патогенетически влияющих на эректильную дисфункцию, больные были разделены на 2 группы:

1 группа: 26 больных, получавших сосудорасширяющие препараты (но-шпа, папаверин), ганглиоблокаторы (мидокалм, васкулат), холинолитики (андекам, депо-падутин). Для снижения вязкости крови использовали кардиомагнил в дозировке 75 мг ежедневно. Для улучшения реологии крови назначали реополиглюкин, аторвастин [3].

2 группа: 16 больных, получавших назначения 1 группы, с добавлением ингибитора ФДЭ-5-силденафила С-3. Назначался также альпростадил - сосудорасширяющий и антиагрегантный препарат, улучшающий микро-циркуляцию, периферическое кровообращение и оказывающий вазопротек-торное действие.

Консервативное лечение проводилось курсами по 1-2 мес. амбулаторно и стационарно в зависимости от стадии ишемии 2-3 раза в год. Для оценки результатов проведенного лечения нами была использована шкала международного индекса эректильной функции - МИЭФ-5. В этой анкете имеется 5 вопросов по 5 ответов, по который пациент набирает баллы. От количества набранных баллов зависит сексуальная способность больного: 5 баллов - тяжелая степень нарушения эректильной функции, 25 баллов - нарушения нет или почти нет. В результате проведенного лечения у 16 (62%) больных 1-ой группы отмечалось значительное уменьшение признаков ишемии нижних конечностей, наблюдалось улучшение спонтанных и адекватных эрекций. Здесь больные набирали до 15-16 баллов при исходных 5-7. Во 2-ой группе улучшение отмечено у 14 больных, что составило 87,5%. В этой группе больные набирали до 18-21 балла при исходных 5-7 баллов. Через год в обеих группах при соблюдении рекомендаций врача результаты лечения были стойкими.

Заключение

При синдроме Лериша консервативному лечению подлежат больные только в I и IIA стадиях. При обращении больных с эректильной дисфункцией к урологу или андрологу необходимо тщательное обследование для выявления симптомов, характерных для синдрома Лериша. Диагноз поражения брюшной аорты можно легко поставить, если у больного жалобами на боли в нижних конечностях отсутствует пульсация хотя бы одной бедренной артерии и если над брюшной аорты, подвздошными или бедренными артериями выслушивается систолический шум. Дифференциальный диагноз следует проводить с остеохондрозом позвоночника, ишеорадикулитом, сдавлением сосудов опухолями.

При патогенетически правильном подборе комплекса лечения эффективность терапии доходит до 87,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г.- Кардиология. /Национальное руководство. Краткое издание. 2012 г.
2. Бокерия Л.А.- Кардиологическая и хирургическая помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях в Российской Федерации. 2002 г;
3. 9. Очиент Л.Дш. - Влияние терапии аторвастатином на реологические свойства крови и ближайщий прогноз у больных, оперированных по поводу синдрома Лериша. Москва - 2007 г;
4. Покровский А.В.; Дрюк Н.Ф.; Шалимов А.А. - Хирургия аорты и магистральных артерий. Москва - 1979 г;
5. Покровский А.В - Клиническая ангиология. 2004 г.367 с.
6. John W., Hallett. - Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery. 2012 2012;
7. Wollmar, - Kardiology, 1971.

Поступила 18.02. 2019

УДК 616. 314.17-053.5-07 (575.16)

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ШКОЛЬНИКОВ Г. БУХАРА

Гаффоров С.А.[1], Олимов С.Ш.[1], Бадриддинов Б.Б.[2]

[1]Ташкентский институт усовершенствование врачей,
[2]Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

С целью определение распространенности заболеваний пародонта у школьников г. Бухары, проведено эпидемиологическое обследование в общеобразовательных школах были осмотрены школьники основных ключевых возрастов по ВОЗ: 6,12,15 лет согласно критериям, предложенным экспертами ВОЗ с заполнением специальных карт.

В результате проведенных исследований выявлено повышение уровня заболеваний пародонта от 64% до 82% у детей и у всех детей школьного возраста почти с одинаковой частотой встречался заболевания пародонта. Так, у детей всех возрастных группах преобладали девочки.

Авторами проведенный анализ показал, что широкое внедрение профилактических мер является важнейшим условием решения существующих стоматологических проблем и первым реальным шагом должно стать внедрение регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для детского населения.

Ключевые слова: распространенности заболеваний пародонта у школьников, внедрение профилактических мер.

CONDITION OF PERIODONTAL TISSUES IN SCHOOLCHILDREN OF THE CITY OF BUKHARA

Gafforov S.A.[1], Olimov.S.Sh[1], Badriddinov.B.B[2].

[1]Tashkent institute of advanced training of the doctors,
[2]Bukhara state medical institute.

✓ ***Resume***

An epidemiological survey in secondary schools was carried out in order to determine prevalence of periodontal diseases among schoolchildren in Bukhara. Schoolchildren of key ages were examined according to criteria proposed by WHO experts' recommendations: 6, 12 and 15 years with filling out special questionnaires.

It was revealed as a study result increases of the level of periodontal diseases from 64 to 82% at children and at all school age children almost with identical frequency. So, at children all age groups girls were prevailed.

Data analysis was showed that widespread implementation of preventive measures is the most important condition for solving existing stomatology problems and the first real step should be implemented of regionally oriented program to prevent dental pathology diseases for children's population.

Ключевые слова: распространенности заболеваний пародонта у школьников, внедрение профилактических мер.

БUXORO SHAHRIDAGI MAKTAB O'QUVCHILARI PARADONTTO'QIMASINING HOLATI

Gafforov S.A.[1], Olimov.S.Sh[1], Badriddinov.B.B[2].

[1]Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti,
[2]Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Резюме***

Бухоро шахридаги мактаб болалари орасида парадонт касалликларини тарқалганлик даражасини аниқлаш мақсадида, БЖССТ томонидан таклиф этилган махсус карталар орқали: умумтаълим мактабларида БЖССТ нинг асосий белгиланган ёшлари, яни 6,12,15 ёшдаги болаларга қўйилган талаблар асосида мактаб болалари орасида эпидемиологик текширув ўтказилган.Олиб борилган изланишлар натижаси, парадонт касалланиши даражасининг 64% дан 82% гача ошганлиги ва барча мактаб ёшдаги болалар орасида парадонт касаллиги бир хил частотада учраши кузатилган. Ва барча ёшдаги гурухларда болалар орсида қизларда кўпроқ учраган.Муаллифлар томонидан ўтқазилган таҳлиллар шуни кўрсатадики, мавжуд стоматологик муаммоларни ечишда профилактика чораларини кенг қўллаш жуда катта ахамиятга эга бўлиб, биринчи қўйиладиган аниқ қадам аҳолининг айнан болалар қатламининг стоматологик касалликларини профиактикасига қаратилган ҳудудий йўналтирилган дастуридан иборат бўлиши зарур.

Ключевые слова: распространенности заболеваний пародонта у школьников, внедрение профилактических мер.

Актуальность.

Заболевания пародонта у детей широко распространены. По данным ВОЗ, 80% детей имеют те или иные заболевания пародонта. Они могут быть воспалительного, дистрофического и опухолевого характера. Самой большой группой заболеваний пародонта являются воспалительного характера (гингивиты, пародонтита). На их долю приходится 94-96% всех заболеваний пародонта (1, 2).

Эпидемиологические исследования заболеваний тканей пародонта свидетельствуют о том, что в последнее время наблюдается тенденция к возрастанию случаев поражения среди лиц молодого возраста и

даже у детей. Исследования показали, что признаки воспаления пародонта наблюдаются уже у школьников первых классов.

С возрастом неуклонно увеличивается тяжесть патологических изменений в тканях пародонта: прогрессивно уменьшается частота поверхностных поражений и резко нарастают деструктивные явления - от 6% в возрастной группе 18-24 года до 80% среди лиц старше 45 (3,4,5).

Эпидемиологические исследования частоты и интенсивности заболеваний пародонта у детей и взрослых, проводимые отечественными и зарубежными авторами, неоднородны и плохо сопоставимы. Это связано с тем, что в различные возрастные периоды для диагностики заболеваний пародонта используются различные индексы.

Учитывая высокую распространенность заболеваний пародонта у детей школьного возраста, с помощью эпидемиологического обследования можно оценить состояние заболеваемости в районах, оценить роль местных и общих факторов, определить силы и средства необходимые для профилактической работы и выявить потребность в лечебных мероприятиях.

Мы не встретили в доступной литературе данных о распространенности заболеваний пародонта у школьников г.Бухары, о степени влияния различных факторов на состояние тканей пародонта, о своевременности обнаружения патологии и ее комплексной диагностике в различные возрастные периоды, о нуждаемости в пародонтологической помощи этому контингенту больных. Эти проблемы и определили цель нашего исследования.

Целью настоящего исследования явилось определение распространенности заболеваний пародонта у школьников г. Бухары.

Материал и методы

Нами было проведено эпидемиологическое обследование в школах №2, 13, 32 и 35 города Бухары в период с 2016-2018 гг. Были осмотрены школьники основных ключевых возрастов по ВОЗ: 6, 12, 15 лет согласно критериям, предложенным экспертами ВОЗ с заполнением специальных карт. Диагностика заболеваний пародонта проводилась с использованием индекса CPI- модифицированного индекса CPITN, при помощи которого определяли наличие кровоточивости, зубного камня и, у подростков 15 лет, наличие пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм. Всего было обследовано 3125 школьников в возрасте от 6 до 15 лет. Распределение обследованных школьников представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение обследованных детей по полу

	Количество школьников			Обследованные школьники		
	Всего	Мальчики	девочки	Всего	мальчики	девочки
Школа №2	980	521	459	833	430	403
Школа №13	824	465	359	745	400	345
Школа №32	795	405	390	750	425	325
Школа №35	1500	878	613	1200	684	516

Результат и обсуждения

Исследования показали повышение уровня заболеваний пародонта от 64% до 82%. Как показали результаты исследования, что у всех детей школьного возраста почти с одинаковой частотой встречался заболевания пародонта. Так, у детей всех возрастных группах преобладали девочки (таблица 2).

В течение нашего обследования было определено, что заболевания пародонта имеют 18,0% 12-летних мальчиков и 18,2% 12-летних девочек, 15% 15-летних мальчиков и 17,5% 15-летних девочек. Наиболее часто встречалась кровоточивость десен, она наблюдалась у 55% 12-летних девочек, 60% 12-летних мальчиков, 70,2% 14-летних девочек и у 61,5% 14-летних мальчиков. Интенсивность поражения составляла 3,3-4,2 и 3,6-3,7 секстантов соответственно.

У 64,5% обследованных обнаружен зубной камень (0,975-1,4 и 0,7-0,8 сегментов соответственно), а у 13% - зубодесневой карман глубиной 4-5 мм (0,1-0,8 и 0-0,3 сегмента соответственно).

Таблица 2.

Распространенность заболеваний пародонта по возрасту и полу (%-ах)

Возраст	Пол	Школа №2 (n=833)		Школа №13 (n=745)		Школа №32 (n=750)		Школа №35 (n=1200)		ВСЕГО (n=3528)	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
6 лет	М	116	13,9	118	15,8	102	13,6	205	17,1	541	15,3
	Д	123	14,8	138	18,6	129	17,2	175	14,6	565	16,0
	всего	239	28,7	256	34,4	231	30,8	380	31,7	1106	31,3
12 лет	М	162	19,4	135	18,1	129	17,2	208	17,3	634	18,0
	Д	144	17,3	166	22,3	135	18,0	197	16,4	642	18,2
	всего	306	36,7	301	40,4	264	35,2	405	33,8	1276	36,2
15 лет	М	140	16,8	77	10,3	112	14,9	200	16,7	529	15,0
	Д	148	17,8	111	14,9	143	19,1	215	17,9	617	17,5
	всего	288	34,6	188	25,2	255	34,0	415	34,6	1146	32,5

Наиболее часто во всех возрастных группах встречалась кровоточивость, она наблюдалась у школьников 6 лет примерно в 61,57% случаев, увеличиваясь в возрастных группах 12 и 15 лет до 90%. Уже в этом возрасте появлялся зубной камень с интенсивностью от 0,08 до 0,9 сегментов, а в возрастных группах 12 и 15 лет нами был зарегистрирован пародонтальный карман до 4-5 мм глубиной с интенсивностью 0,01-0,08.

Согласно полученным данным, в профессиональной гигиене полости рта нуждались почти 48% осмотренных детей, т.е. у большинства 12- и 15- летних школьников был обнаружен зубной камень, который невозможно было удалить обычными средствами гигиены; а в обучении гигиене полости рта нуждались 88% обследованных.

Выводы:

Проведенный анализ показал, что широкое внедрение профилактических мер является важнейшим условием решения существующих стоматологических проблем и первым реальным шагом должно стать внедрение регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для детского населения г. Бухары.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барер Г.М., Лакшин А.М., Фетисова С.Г., Антипенко Э. С. О системе лечебно-диагностических и организационных мероприятий при заболеваниях пародонта //Стоматология. -1995. - Т.74. -№1. -С.73.
2. ВОЗ: Стоматологические обследования. Основные методы. 4-е издание. -Женева, ВОЗ, 1997. - 76 с.
3. Двинянинова Е.Е. Программа профилактики основных стоматологических заболеваний для детей Удмуртии //Автореф.-дисс□канд. мед. наук. - М., МГМСУ, 2000. - 21 с.
4. Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта //СПб, 2001. - 48 с.
5. Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта //Стоматолог. - 2006. -№ 6. - С. 37-48.

Поступила 12.03.2019

УДК. 613. 2. 614. 31: 633.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ В ХЛОПКОВОДСТВЕ

З.Ж. Жумаева, Х.О. Касимов, И. С. Манасова

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Авторами анализированы основные этапы возделывания хлопчатника. Приведены данные о влияния основные факторы сельскохозяйственного производства на состояние здоровья хлопкоробов. Разработано гигиенические мероприятия основанные на охране здоровья рабочих, занятых в хлопководстве.

Ключевые слова: хлопководство, микроклимат, пестициды, запыленность, охрана труда.

ПАХТАЧИЛИК БИЛАН ШУҒУЛЛАНАДИГАН ИШЧИЛАРНИНГ СОҒЛИГИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ ГИГИЕНИК АСОСЛАРИ

Х.О. Қосимов, З.Ж.Жумаева, И С Манасова

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Муаллифлар томонидан пахта етиштиришнинг барча асосий боскичлари чуқур тахлил қилинган. Шунингдек, қишлок хўжалигида пахта етиштиришда асосий ишлаб чиқариш омилларнинг ишчилар соғлигига таъсири ва шунинг асосида уларнинг соғлигини муҳофаза қилиш гигиеник нуқтаи назаридан асосланган.

Калит сўзлар: пахтачилик, микроиқлим, пестицидлар, чанглик, меҳнатни муҳофаза қилиш.

HYGIENIC BASIS FOR THE HEALTH OF WORKERS IN COTTON PRODUCTION

Kh.O. Kasimov, Z.Zh. Zhumaeva, I.S. Manasova

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The authors of the analysis of the main stages of the effects of cotton provided data on the impact of the main factors of agricultural production on the health status of cotton growers. Hygienic measures were developed to protect the health of workers engaged in cotton growing.

Key words: cotton growing, microclimate, pesticides, dustiness, labor protection.

Актуальность

Среди сельскохозяйственных культур важное место занимает хлопок — ценное сырьё для текстильной, масложировой и других видов промышленности.

Технологический процесс возделывания хлопчатника отличается от технологий выращивания злаковых и других технических культур. Он состоит из нескольких этапов: подготовка почвы, протравления и посев семян, прореживание всходов, культивация, полив растений, чеканка, борьба с сорняками, вредителями и болезнями, подготовка к уборке, машинная и ручная уборка урожая. Возделывание хлопчатника начинается с подготовкой почвы под посев: макро- и микропланирования хлопковых карт при помощи грейдеров, планировщиков и других механизмов и пахоти. Сев хлопчатника осуществляется квадратно-гнездовым способом специальными машинами - сеялками, которые навешиваются на тракторе марки МТЗ-80 «Магнум» «ОРИЕН». Посеву предшествуют протравления семян. После появления всходов посевы прореживаются. В период вегетации (май-июль) 5-6 раз обрабатывают между рядами (рыхление почвы). Больший объем работы составляет полив растений. Он проводится в течении всего периода вегетации и заканчивается за 2-3 недели до сбора урожая [1].

Значительный объем работы при выращивании хлопчатника приходится на борьбу с сорняками, вредителями и болезнями. Для этой цели широко применяется химический метод. В мае-августе применяются гербициды, инсектициды, акарициды, а в сентябре - дефолианты и десиканты. Гигиенические особенности, характеризующие применение пестицидов в хлопководстве, в основном следующие: применения значительного ассортимента химических веществ, одновременно применения на больших площадях, сочетанное влияние химического и метеорологического факторов (высокой температуры, солнечной радиации). Единственным наиболее трудоёмким процессам в хлопководстве является сбор хлопка-сырца.

На всех этапах производственного процесса в сельском хозяйстве на организм работающих оказывает действие физические (температура, влажность, солнечное радиация), химические (пестициды, минеральных удобрений), биологические факторы. Кроме этого сельскохозяйственный труд характеризуется с большим физическим перенапряжением.

Все перечисленные настоятельно требует разработки гигиенические регламенты, гарантирующие охраны труда и здоровья рабочих, занятых в хлопководстве.

Данный вопрос особенно приобретал актуальность с выходом Указа Президента РУз от 28 ноября 2017 года за № УП -3608 «О мерах по коренному совершенствованию отрасли хлопководства» [2].

Цель исследования: дать гигиеническую оценку условиям труда рабочих хлопководческих хозяйств и разработка гигиенические регламенты по охраны их здоровья.

Материал и методы

Объектами исследования явились фермерские хозяйства "Карвон" махаллиннского комитета" "Бухтарой", "Файз" махаллинского комитета "Гулистонобод", Шукур-Тухта махалинского комитета "Сармижан" Гиждуванского района.

Работа выполнена совместно с Гиждуванским районным центром Государственного санитарного надзора. Изучение физической нагрузки проводилось методом санитарного наблюдения. Температура и влажность воздуха измерялось с помощью аспирационного психрометра (СанПиН РУЗ 0324-16), скорость движения воздуха - крылчатым анемометром) (0324-16), шум и вибрация - шумомером марки ВШВ-003 (СанПин РУЗ0325-16), запылённость воздуха - весовым методом (методические указания по определению вредных веществ в воздуха), содержания углекислого газа - газоанализатором АНТ-3 (МУ012-3/0015), определение остаточных количеств пестицидов в воздухе и почве - методом тонкослойной хроматографии (Киев -1985).

Результат и обсуждения

Ведущими профессиями в хлопководстве является механизаторы, поливальщики, рабочие по уходу за посевами, сборщики хлопка.

Микроклимат на рабочих местах в значительной мере определялись климатическими условиями района, так как, почти все виды работ выполнялись на открытом воздухе. Для него характерны продолжительное лето и довольно холодная зима, большие колебания температуры воздуха как в течение года, так и в течение суток, значительное количество атмосферных осадков, выпадающих в основном в зимне-весенний период.

Первый этап подготовки к посеву хлопчатника явилось протравка семян хлопчатника. Для этой цели на специально построенной бетонированной площадки осуществлялось протравка семян с помощью препарата фитовак и П-4. Все рабочие, участвующие в протравке семян проходили медицинский осмотр и обеспечивались с индивидуальными средствами защиты.

При подготовке почвы к посеву работающие подвергались воздействию низких и субнормальных температур (март-апрель). Температура воздуха в течение дня колебалась от +4 +6С, относительная влажность 70-95% и скорость движения воздуха - 4-6м/сек. В этих условиях теплозащитные свойства одежды и терморегуляционные возможности оказались недостаточными (по опросу 8 рабочих с каждой фермерской хозяйстве).

В период прореживание хлопчатника (в конце апреля, начало мая) температура воздуха в поле колебалась 21-34 С0, а в кабине трактора МТЗ-80, ХТЗ-80-от 28-36С0. Наивысшая температура воздуха наблюдалась в период культивации и летние поливы хлопчатника (май - июнь), в 12:00 и 16:00 она в среднем оказалась равна 36,4-38,6С и периодически достигала+ 41+45С0.

Действия высокой температуры воздуха при работе в летний период года усугублялись наличием положительной тепловой радиации от нагретых металлических частей тракторов. Температура в кабине тракторов в этот период достигала 58-59С0. Относительная влажность на рабочих местах при проведении этих работ составлял 50-60%, а скорость движение воздуха - 2,5-5м/сек.

Все процессы, связанные с подготовкой почвы, культивацией и корчевание стеблей сопровождалось образованием довольно значительного количество пыли. При подготовке почвы к посеву при бороновании и вспашки земель в зоне дыхания трактористов концентрация пыли составляла от 16 до 21 мг/м3, что превышало допустимой нормы. В период культивации (трактора МТЗ-80. ХТЗ-80) концентрация пыли в рабочем месте составляла 14-17мг/м3.

При зяблевой вспашке с помощью трактора Марки "Магнум" и 4х корпусного плуга запыленность воздуха в кабине трактора составлял 6-9мг/м3, МТЗ-80, Т-4, в среднем составлял 26мг/м3, при боронировании -38 мг/м3.

При ручном сборе хлопка сырца концентрация пыли в воздухе рабочей зоны в зависимости от удаленности от дороги и агротехнического состояния карт в средним составлял 3,2-13,4 мг/м3 что соответствует данным Ф.Т Джумаева (1987г). При зяблевой вспашке почвы тракторами различных марок (МТЗ-80, ХТЗ-80, Т-4) в зоне дыхания трактористов концентрация окиси углерода в период нахождения с подветренной стороны была в пределах 8,4-42 мг/м3, при боронирование 8,2 -36,1 мг/м3 . Развития отравлений окисью углерода у работающих на современных сельскохозяйственных машинах не наблюдается, однако, ряд авторов установили, что длительное воздействие относительно не высоких концентрации окиси углерода не безвредно. Так, по данным Ф.Т. Джумаева (1987), уровень карбоксигемоглобина в крови хлопкоробов механизаторов до контакта с окисью углерода в среднем составлял 2,5 %, а в концу работы у большинства обследованных в среднем повышался до 7,7%.

Трактора, используемые при выращивании хлопка рабочие подвергались воздействию шума и общей вибраций. Так, в кабине трактора МТЗ-80, ХТЗ-80 интенсивность шума достигала 109-120 Дб.

Более ответственные и трудоемким работой является труд поливальщиков. Поливальщики подвергались воздействию всего комплекса климатических факторов: низкой или повышенной температуры, солнечной радиации, ветров, осадков, низкой или повыщенной влажности. При поливе в осенне-зимний период поливальшики подвергались выраженными охлаждающему воздействию (ноябрь - январь). Температура воздуха в этот периоды года составляла от +7 до - 9 С0 . Весенний период (март месяц) охлаждающие воздействия былы менее выражены, однако в это время температура воды еще не превышала -3-6 С0, а температура воздуха колебались 4-6С0 утром и 18-20С0 дневные часы. Часто отмечалась значительной силы ветра (до16-21м/сек). В летний период поливальщики работали также при неблагоприятных метеорологических условиях, в июне-августе температура воздуха даже в ранние утренние часы достигали 30+35 С0, 12-16 часов - 42+48С0, а в 19-20 часов - 38+39 С. Высокая температура воздуха сочетаетсяс пониженной влажностью и малой скорости движения воздуха. Полив хлопчатника работающие часто осушествляли, находясь в воде относитльно невысокой температуры (она колебалась от 12-до 16 С0, в июне и 18-20 С0 в

июле месяц). В тоже время голова и тело поливальщиков подвергались воздействию высокой температуры и инсоляции. Таким образом, у поливальщиков отмечается физиологические реакции, отражаюшие воздействие разнонаправленных влияний: голова и тело работаюших подвергаются интенсивному солнечному облучению, действие повышенной и пониженной температуры. Поливальшики часто жаловались на боли в суставах, чувство жжения, парестезии в конечностях, особенно по ночам (опрошено 21 рабочих). Значительнқй объём работы при выращивании хлопчатника приходился на борьбу с сорняками, вредителями и болезнями. Для этой цели начиная с мая до августа месяцев на полях во всех трёх изученных фермерских хозяйств былы использованы препараты "Алтин" "Далате" и "Киллер". Препараты использовались наземной техникой. Трактористы и 2 рабочие подвергались воздействию этих химических препаратов. Спустя 2 часа после обработки остаточные количества препаратов в воздухе не обнаружено. Препараты оказались неустойчивыми во внешней среде.

Сделая заключение о том, что рабочие связанные с возделиванием хлопчатника подвергаются воздействию физические (температура, влажность, скорость движения воздуха, шум, вибрация, солнечная радиация), химические (окиси углерода, пестициды, минеральных удобрений).

Выводы

Условия труда в хлопководстве зависит от уровня механизации выращиваемой культуры, технологии её возделивания, а также от организации труда. Для улучшения условий труда, охраны здоровья трактористов необходимо внедрение во всех хлопководческих фермерских хозяйствах современная сельскохозяйственная техника, с большей частью которых соответствует требованиям гигиены труда и эргономики. Для снижения шума предусмотрение герметизация кабин тракторов, назначенных для культивации хлопчатника. Снижение уровня вибрации требуется отрегулирование сиденья в соответствие с массой тела механизатора. Для уменьшения загрязнения окружающей среды и вреднего воздействия пестицидов на организм работаюших целесообразно приготовления рабочих растворов, смесей пестицидов и удобрений на стационарных специально оборудованных пунктах. Целесообразно обеспечение рабочих спецодеждой и индивидуальных средств защиты кожи и органов зрения. Более эффективным мероприятием по охране окружающей среды от химических средств защиты растений является переход на биологический и агротехнический метод борбы с вредителями и болезнями хлопчатника.

Важное значение для оздоровления условий труда поливальщиков имеет широкое использование средств механизации полива. В холодный период года спецодежда должна быть водо- и ветронепроницаемой, утепленной. В летней период необходимо зашищать поливальшика от инсоляции и высокой температуры (шляпа с полями, хлопчатобумажное бельё и одежда светлых тонов), обязательно применение специальной обуви из водонепроницаемого материала. В полевых станах для рабочих необходима организация питания богатых белками и витаминами. Объязательным условием для рабочих хлопкоробов является соблюдение водно-солевого режима и организация горячего чая. Дальнейшие улучшение условий труда в хлопководстве необходимо организации комплексной механизации возделывания хлопка, а также автоматизацией технологических процессов (контроль высева, контроль точности движения агрегата, капельного и дождевального полива).

С целью профилактики и своевременного выявления заболеваний у лиц, занятых возделыванием хлопка целесообразно проводить сезонные и периодические медицинские осмотры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джумаев Ф.Т. - В кн. Гигиена села в Республике Таджикистан. Душанбе, 1988.
2. Указ Президента Республики Узбекистан от 28 ноября 2017 года за № УП 3408 "О мерах по коренному совершенствованию хлопководства".

Поступила 12.03. 2019

UDK: 614. 29

INTEGRATED ASSESSMENT OF HEALTH STATUS, LIFESTYLE AND HEALTH CARE OF CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE

E.S. Isayev, Sh.T. Iskandarova,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The purpose of this publication, which is to develop recommendations for improving medical and preventive care for children of the first year of life on the basis of a comprehensive study of health and lifestyle, presents the results of socio-hygienic research to identify risk factors for morbidity and mortality of children of the first year of life. Identified the combination of risk factors, the most adverse from the point of view of development of incidence and the emergence of "a death" children of the first year of life. And also presents the factors that favorably affect the child's body, able to counteract the risk factor.

Keywords: integrated assessment, lifestyle, health status of children of the first year, primary link

БИР ЁШАР БОЛАЛАР ҲАЁТ ТАРЗИ, ТИББИЙ ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ВА СОҒЛИГИНИНГ КОМПЛЕКС ИНТЕГРАТИВ БАҲОЛАНИШИ

И.С. Исаев, Ш.Т. Искандарова,

Ташкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу комплекс интегратив таҳлилий такшириш усули асосида бир яшар болаларнинг ҳаёт тарзи, тиббий таъминланганлиги ва соғлигини интегратив баҳоланиш натижалари ёритилган. Ушбу таҳлилий мақола мақсади, болалар ҳаётининг биринчи йилидан уларга кўрсатиладиган тиббий, социал ёрдам асоси, улар ҳаёт тарзи, соғлигини интегратив баҳолаш натижалари илмий таҳлилий кўрсатилган. Ушбу ёшдаги болалар ўртасида учрайдиган ўлим сабаблари таҳлил қилиниб, уларнинг аоссий омиллари кўрсатилган.

Калит сўзлар: Болаларнинг биринчи йилида ҳаёт тарзи ва соғлиги, уларга таъсир қилувчи салбий ва ижобий интегратив омиллар.

КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

И.С. Исаев, Ш.Т. Искандарова,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В данной публикации целью, которой является разработка рекомендаций по улучшению лечебно-профилактической помощи детям первого года жизни на основе комплексного изучения состояния здоровья и образа их жизни, представлены результаты социально-гигиенического исследования по выявлению факторов риска заболеваемости и смертности детей первого года жизни. Было выявлено сочетание факторов риска, наиболее неблагоприятные с точки зрения развития заболеваемостей и возникновения "случай смерти" детей первого года жизни. А также представлены факторы, благоприятно-воздействующие на организм ребенка, способные противодействовать фактором риска.

Ключевые слова: интегрированная оценка, образ жизни, состояние здоровья детей первого года, первичное звено.

Introduction

Ensuring the health of the child is an essential part of the task of ensuring the health of the nation, reduced to the creation of a set of necessary conditions and the overall improvement of the quality of life, politically and legally constituting one of the foundations of national security [8].

In the narrow sense, we are talking about a set of special measures to protect the health of the child, its full development, starting from birth. Children are the main value of society, contributing to its development and prosperity, but at the same time it is the most vulnerable part of it, in need of protection from diseases, physical and mental injuries.

Recent decades have determined the need to move to more modern, cost-effective and effective preventive technologies to preserve and optimize the health of children, especially children from birth to 1 year.

Among all age groups, special attention should be paid to young children, since it is during this period that risk factors can be implemented, the formation of various chronic pathologies [7].

The health of the child of the first year of life is influenced by a variety of factors, the knowledge of which helps to reduce the risk of pathological conditions.

In recent years, the literature published many works reflecting this set of issues. Perinatal lesion of the Central nervous system (CNS) is the most frequently detected pathology in children of the first year of life [4].

There are data on the relationship of CNS PP and somatic pathology, as well as the negative impact of CNS PP on neuropsychiatric development and mental health of children [2].

Rickets are the most common background disease in young children [6], however, for a number of reasons, the diagnosis of rickets is not always established by district pediatricians.

I. O. Erenkov et al. offers the use of ultrasonic densitometry with the aim of increasing the efficiency of diagnosis of rickets in children of early age [5].

Another frequent background disease is iron deficiency anemia (IDA) [2].

N. In. Ivanova et al. the connection of iron deficiency anemia in children of the first year of life with a slowdown in psychomotor development was revealed. It is proved that anemia with its untimely and inadequate treatment can irreversibly affect cognitive functions [3].

Electrocardiographic study is widely implemented in diagnostic algorithms for assessing the health of young children.

In the study of the state of the cardiovascular system in children of the first year of life N. In. Kharlamova et al. it was found that posthypoxiccardiopathy was detected in 76.4% of children, but half of them stopped its appearance by the month of life. [1].

Often already in the period of newborn diagnosed congenital heart disease [3].

Echocardiographic examination of 1012 children in the first half of life indicates a high incidence of small abnormalities of the heart, in particular, additional trabeculae in the left ventricular cavity.

The study of O. K. Kuleshova (2014) with co-authors showed a high frequency of functional disorders of the digestive tract, especially in children of the first half of life.

The health of children in the first year of life depends largely on the type of feeding. A. V. Kashin, et al.(2005) analyzing the physical development of children in the first year of life depending on the type of feeding, showed that children who were on early artificial feeding, by the end of the first year of life had higher weight-speed indicators. However, in the group of infants who received long-term breastfeeding, mesosomatic type of physique (85.3%) with harmonious development (84.1%) was more often noted.

Similar data are presented by other authors [Puzankova N. In. et al., 2015;, Savchenko E. A. et al., 2015].

Atyasova T. G. (2005) showed that infants receiving artificial feeding, 1.8 times more often diagnosed with dystrophy, 2 times more often - deficiency anemia, 1.7 times more purulent-septic diseases in comparison with children who were breastfed.

T. I. Legonkova et al. (2011) a multicenter, open-label, comparative, prospective study was conducted to examine the health status of children on different types of feeding. As a result of long-term follow-up, it was shown that children who received breast milk had higher rates of physical and neuropsychiatric development, a lower incidence of acute respiratory diseases and atopic dermatitis .

N. Yu. Zarnitsina et al. (2007) a comparative assessment of the health status of children in the first year of life living in urban and rural areas was carried out. It is shown that urban children are longer on breastfeeding, and therefore they have less background diseases, they are less likely to suffer from acute respiratory diseases. However, urban children are more likely to be in group 3 as a result of congenital malformations, intrauterine infections and chronic diseases .

The emphasis on managed health organizational factors is extremely important. One of these factors is the systematic follow-up of children in the first year of life.

Clinical examination is a dynamic control over the level of development and health (children) for the purpose of early diagnosis of initial deviations, timely health and corrective measures, as well as providing the conditions necessary for optimal health and development [1].

The main methodological principles of dispensary supervision in the first year of life are as follows: 1) continuous coverage of children living in the area of service clinics, the unity of preventive and therapeutic work of the district doctor; 2) differentiated monitoring of children and preventive, health, therapeutic measures, depending on the individual characteristics of the child; 3) the leading role of the district children's clinic (or district CRH) in dispensary supervision with the broad involvement of Advisory centers; the continuity between the institutions of various disciplines in the examination and management of children; 4) predictive approach when assessing the potential short and long term health and development of the child; 5) the introduction of new non-traumatic methods for preclinical diagnosis and monitoring of the computer (complex auto-matirovanie system) medical examinations and dynamics of indicators of children's health.

Thus, the only way to improve the health of young children, reduce their morbidity and disability is the full strengthening of the state pediatric service and its Central link responsible for medical examination - children's district clinics - with the broadest participation in the medical examinations of the child population specialists of research institutes and departments of Pediatrics, pediatric centers.

Analysis of scientific and medical publications on the topic of research indicates that children of the first year of life, their health status, taking into account the importance of social and hygienic factors, are quite a frequent object of scientific research.

However, to date, a comprehensive study of the health status of children in the first year of life, taking into account the indicators of physical development of morbidity and mortality has not been carried out, the levels of health of children with complex factors have not been developed and the assessment tables of physical development have not been developed, the health of children with the leading factors of lifestyle and quality of health care have not been established. Not developed therapeutic and prophylactic and organizational0metodic measures to improve the health and differentiated medical care of children of the first year of life, taking into account a set of factors affecting their health.

As a result of the study, for the first time since independence the Republic of Uzbekistan will be given a comprehensive assessment of the state of health of the lifestyle and medical examination of children of the first year of life. Physical development will be studied, the estimated table of physical development of children of the first year of life taking into account their sexual and age features will be made.

Based on the study of morbidity and causes of death will be identified characteristic features of their structure and frequency, identified the leading causes of morbidity and mortality of children in the first year of life.

The first will be a comprehensive assessment of the state of health, studied the conditions, lifestyle and health

care of children, their impact on the health of children in the first year of life. An integrated risk assessment will be carried out, and groups of children with different levels of health and risk factors will be identified.

The purpose of this socio-hygienic study is to develop recommendations for improving medical and preventive care for children of the first year of life on the basis of a comprehensive study of health and lifestyle.

To achieve this goal, it is necessary to identify risk factors for morbidity and mortality of children in the first year of life. It is necessary to identify a combination of risk factors, the most unfavorable in terms of the development of morbidity and the occurrence of "death" of children in the first year of life. It is advisable, in addition, to study the factors that favorably affect the child's body, able to counteract the risk factor.

The literature mentions a significant number of risk factors for children's health, the identification of which is carried out mainly by comparing the frequency of the studied signs in the group of patients and healthy children [1,4]. This raises the question of the specificity of individual factors, which to date cannot be considered solved [2,3]. As for the interaction of risk factors with each other, as well as with factors favorably affecting the child's body, these issues have been studied very poorly. The increase in morbidity, the increase in the proportion of children often ill in the structure of morbidity in many countries, the majority of authors associated with changes in the conditions and lifestyles of families. The study of the interaction of health and lifestyle using multivariate analysis can make a significant contribution to the development and improvement of the system of primary and secondary prevention of children. Approaches to the choice of the object of study to study the lifestyle of children in the first year of life can be different, and each approach in our opinion, has a number of advantages and disadvantages. These shortcomings may contribute to the combination of the individual approaches, each of which involves the solution of separate tasks. An integrated approach to the choice of the object of study in our opinion, makes it possible to obtain more informative data. In this article we will consider some approaches to the choice of the object of social and hygienic research, the impact of lifestyle development of diseases and the occurrence of "death" of children in the first year of life. First of all, it is necessary to decide which group of children should be examined to identify risk factors for children's health. Risk factors for disease, death affect the body until the moment when an accurate diagnosis is already made or the causes of death are determined.

Material and methods

From our point of view, their detection can be approached in two ways: by conducting a retrospective study using the analytical method and by a prospective study of risk groups selected taking into account known factors. The first of these approaches is used more often and is technically simple. In this case, the examined group of children (patients - often ill) is formed with a confirmed, clarified and final diagnosis or cause of death. The control group can be-health of children (never sick during the year) of the same age and sex.

Thus, three groups of children are formed:

1 group-sick children (often ill children); 2 group - children who died (with a specified cause) and 3 group - almost healthy (never sick during the year).

Surveyed a group of sick children (sickly) and deaths (children who die from a certain canard the cause of death) to conduct a retrospective study of risk factors for the development of health can be selected with the use of the epidemiological method, as well as according medical institutions put the appropriate diagnosis and establish the cause of death of children. The choice of the research base should provide sufficient reliability of the research results and representativeness of the sample. From our point of view, it is essential to characterize the choice of the research base. Determination of volume (n) and sampling method (cluster, stratified, random-mechanical, rondomized). The second approach to the choice of the object of study is based on known risk factors for morbidity and causes of death in children of the first year of life. Since the number of these factors is very significant, it is necessary to consider which of them it is advisable to rely on in the selection of the study group of children to study the impact of lifestyle diagnosis on the incidence or causes of death of children. For example: rest and nutrition of pregnant women, birth weight, the nature of feeding, themselves may be a consequence of a lifestyle and, therefore, are not suitable for the selection of the study group.

Result and discussion

In our opinion, for selection of the surveyed group for the purpose of perspective studying of influence of a way of life on health of children, it is possible to use such factors as age of mother (till 20 years), weight of a body of the child at birth (till 1500 gr.), sex of the child, the order of birth.

The control groups are selected according to which factor is taken as the basis for the selection of the target group. Thus, the control group may include healthy children born to mothers whose age was 21-24 years old, born from 2-3 pregnancies, with a birth weight of 3000-3499 Gy. At the same time, the control group should correspond to the surveyed - by age, sex, place of residence, examination of children in family clinics.

In the study, the risk group selected for factors such as age of matter, sex, order of birth, weight of the child at birth should be compared to the lifestyle of children who are often sick and who have never been sick during the study period, and monitoring should be carried out from their birth and during the first year of life.

The study should take into account that often ill male children born from mothers to 20 years, from the first birth, with low birth weight, who were on artificial feeding. However, in this case, it is impossible to exclude the influence of lifestyle, so it is advisable to conduct a comparative study of the influence of several complex lifestyle factors in often ill and not ill children, to eliminate the influence of previously known risk factors for morbidity and mortality of children. Comparison of risk factors of morbidity and mortality of children and their interaction as a cause and consequence with different approaches to the choice of the object the study will allow to determine with sufficient certainty the most significant factors and their adverse combinations, and to develop on this basis recommendations for primary prevention of morbidity in children, and secondary prevention of causes of death in children. Prevention is carried out by the family in which the child lives and primary health care institutions (JV, SVP, CRH, CGB, etc.), each of which contributes to

this great cause in accordance with its capabilities. In order to develop specific recommendations for the family and medical institutions for the formation and upbringing of a healthy child, it is necessary not only to identify the risk factors for the health of children, but also to carefully study the contingent of sick children and the peculiarities of the work of outpatient and inpatient institutions, the relationship and continuity in their primary and secondary prevention of morbidity of children.

Summary. 1. To select the object of study of the impact of lifestyle on the incidence and cause of death of children in the first year of life, it is advisable to use a prospective and random observation method (cluster, stratified).

2. As effective signs to identify risk factors for the development of the disease and causes of death of children, it is necessary to form an experienced (often ill and dead) and control (healthy - never ill children during the year) group of children.

3. Integrated approach and use of the principles of evidence-based medicine to the study of the health of children of the first year of life in conjunction with lifestyle factors will provide the most reliable data on the state of health and risk factors, to develop evidence-based recommendations for primary and secondary prevention of diseases, causes of death of children of the first year of life.

REFERENCES:

1. Atyasova T. G. the health status of children in the first year of life, depending on the type of feeding / T. G. Atlasova, V. Krupnova, L. I., Zurich, V. A. Gorbatov, T. I. Razdolina // Mat. 10 Congress of pediatricians of Russia.- Moscow.- 2005 - p. 21.
2. BezlerZh. a. the Leading risk factors for iron deficiency anemia in children the first year of life / J. A. Butler, T. M. Halytsia // Mat. 17 Congress of pediatricians of Russiawith international.participation "Actual problems of Pediatrics". - Moscow.- 2014.- P. 23.
3. Budanova M. V. structure of congenital heart defects of newborns of the Voronezh region / M. V. Budanova, T. V. Stepanova, E. A. Belova, O. E. elchaninova, I. V. Demina // Mat. Congress of pediatricians of Russia with international. Participation "Actual problems of Pediatrics".- Moscow.- 2014.- P. 42 .
4. Rehabilitation of children of the first year of life with early organic lesions of the nervous system / O. S. Yevtushenko, N. In. Yanovskaya, S. K. Yevtushenko, L. F. Yevtushenko, E. V. Lisovsky / / Mat. Ross. Conf. international.participation, dedication. 85th anniversary of Perm pediatric school "Actual problems of Pediatrics and pediatric neurology".- Perm.- 2007.- P. 106-109.
5. Erenkov acting possibilities of application of densitometry in rickets in children of early age / acting Erenkov, E. S. Terzieva, L. A. Paschina, B. M. Blokhin // Mat. 18 Congress of pediatricians of Russia with international.participation "Actual problems of Pediatrics".- Moscow.- 2015.- P. 65.
6. Zarnitsina N. Yu. Comparative assessment of the health status of children of the first year of life living in the city and village / N. Yu.Zarnitsina, L. F. Politova, T. A. Starkova / / Mat. Ross. Conf. international.participation, dedication. 85th anniversary of Perm pediatric school "Actual problems of Pediatrics of neurology".- Perm.- 2007.- P. 121-124.
7. Of Motala, A. G., Analysis of the health status of young children in the Republic of Bashkortostan / A. G. Motala, S. V. Shagarova, Nagaev R. Ya // Math. inter-region. scientific practice. Conf. "ActualproblemsofPediatrics".- Ufa.- 2007.- P. 191-194.
8. Resolution of the President of the Republic of Uzbekistan of April 13, 2009 №PP-1096 " on additional measures to protect the health of mother and child, the formation of a healthy generation".

Поступила 12.03. 2019

УДК: 61:340.6: 614.89: 616-053.2-071-08

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДИАТРОВ

Исламов Ш.Э., Бахриев И.И., Ибадлаев Ф.Т., Ражопов Д.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт,
Ташкентская медицинская академия.

✓ ***Резюме,***

Статья посвящена ненадлежащему оказанию медицинской помощи среди педиатров. Выявлено, что в деятельности педиатров по характеру отмечается преобладание дефектов диагностики и лечения. Среди дефектов диагностики преобладают не распознавание основного заболевания и его осложнений. Дефекты лечения выявлены в виде ошибок при назначении и проведении медицинских процедур, а также дефектов медикаментозного лечения. Дефекты организации в виде нарушения правил транспортировки, недостатков диспансерного наблюдения, недостатков ведения медицинской документации.

Ключевые слова: дефект оказания медицинской помощи, характер, педиатр.

ПЕДИАТРЛАР ФАОЛИЯТИДА ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАЛАБ ДАРАЖАСИДА КЎРСАТМАСЛИК

Исламов Ш.Э., Бахриев И.И., Ибадлаев Ф.Т., Ражопов Д.Р.

Самарқанд давлат тиббиёт институти,
Тошкент тиббиёт академияси.

✓ ***Резюме,***

Мақола педиатрлар орасида тиббий ёрдамни талаб даражасида кўрсатмаслигига бағишланган. Педиатрлар фаолиятида кузатилган нуқсонлар моҳиятига кўра диагностика ва даволаш камчиликлари тадқиқот натижасига кўра кўп учрашини кўрсатади. Диагностика хатоликлари орасида асосий касаллик ва унинг патологик жараён механизмини таҳлил қилмаслик кўп учрашини кўрсатди. Даволаш нуқсонлари асосини тиббий муолажаларни патогенетик асослаб дори воситаларини тайинлаш кўринишида кўринди. Ташкилий нуқсонлар - транспортировка қоидаларнинг бузилиши, диспансер назоратидаги камчиликлар ва тиббий ҳужжатларни юритишдаги камчиликлар аниқланди.

Калит сўзлар: тиббий ёрдам кўрсатиш нуқсонлари, моҳияти, педиатр.

IMPROPER MEDICAL ASSISTANCE IN ACTIVITIES PEDIATRICIANS

Islamov Sh.E., Bakhriev I.I., Ibadlaev F.T., Rajopov D.R.

Samarkand State Medical Institute,
Tashkent Medical Academy.

✓ ***Resume,***

The article is devoted to inadequate medical care among pediatricians. It was revealed that in the activity of pediatricians, the nature of the prevalence of defects in diagnosis and treatment. Among the defects of diagnosis prevail non-recognition of the underlying disease and its complications. Defects of treatment were identified in the form of errors in the appointment and conduct of medical procedures, as well as defects in drug treatment. Defects of the organization in the form of a violation of the rules of transportation, shortcomings of dispensary observation, deficiencies of the medical records

Key words: the defects in rendering medical aid, the character, pediatrician.

Актуальность

Практически любая идея, особенно касающаяся здравоохранения, в своем развитии и становлении, к сожалению, может быть обречена на трудности, для устранения которых необходимы значительные усилия и время. Опыт развития и становления систем качества медицинской помощи (МП) в мире показывает, что оценка качества МП - это относительно новая технология, позволяющая не только исследовать процесс оказания медицинской помощи, оценить организационно-техническую структуру ресурса здравоохранения, включая обеспеченность квалифицированными кадрами, оснащением и т.д., но и определить фактическое качество результата, отражающего степень приближения к максимально возможному результату лечения.

В настоящее время выявление ошибок при оказании медицинской помощи не потеряло своей актуальности. Ненадлежащее оказание МП является одним из причин увеличение количества случаев обращения населения в судебные инстанции. Такая ситуация может быть связана с активностью судебно-следственных органов, с ростом самосознания населения, с принятием ряда нормативных актов в этой сфере, а также формированием негативного отношения к качеству оказания медицинской помощи путем выступлений в средствах массовой информации [6, 7, 8].

Специальные исследования в госпиталях США показывают, что неблагоприятные реакции случаются у 10% пациентов (12). В США с 1991 по 1994 г. количество судебных исков пациентов по поводу врачебных ошибок возросло вдвое и составило 800 тыс. при этом ежегодное количество жалоб, поступающих на врачей, составляло 0,2 на каждых 100 врачей в 1985 г., 6,4 - в 1988 г., 14,4 - в 1994 г., т.е. за три года

исходный показатель увеличился более чем в 30 раз, а к 1994 году - более чем в 120 раз [13].

Допускаемые дефекты диагностики и лечения нередко выявляются как в процессе ведомственного расследования органами управления здравоохранения, так и при судебно-медицинской экспертизе (СМЭ) в ходе следствия [1, 10].

Под дефектами оказания медицинской помощи (ДМП) следует понимать ошибочные (с нарушением действующих правил, инструкций, положений, приказов и т.д.) и иные неправильные действия (или бездействие) медицинского работника в связи с выполнением им профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий при отсутствии прямого умысла причинения вреда здоровью больного, независимо от того, привели они реально или нет к развитию неблагоприятных последствий [2].

Основу ДМП составляют их сущность и причины. По В.В.Томилину и Ю.И. Соседко сущность ДМП включает в себе дефекты организации медицинской помощи, дефекты диагностики, дефекты лечения [11].

Основными видами ДМП в деятельности акушер-гинекологов являлись недостатки диспансерного наблюдения, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур (ДМП при производстве аборта, ДМП при внутриматочной контрацепции), в том числе при родоразрешении (тактические дефекты ведения родов), дефекты хирургического лечения (ДМП при эндоскопических операциях), а также нарушение правил ведения медицинской документации [3, 4].

Показатель дефектов в работе работников скорой медицинской помощи складывается из дефектов в лечебной работе (неадекватное медицинское лечение, неполный объем МП и т.д.) [5].

Цель исследования — определение характера дефектов медицинской помощи в деятельности педиатров.

Материал и методы

Материалами для исследования послужили заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу профессиональных правонарушений педиатров, проведенных во всех судебно-медицинских учреждениях Республики Узбекистан в период с 1999 по 2010 гг.

При всестороннем многофакторном анализе полученных данных использовались логический, диалектический, сравнительный методы, а также сбор и изучение единичных фактов, монографического описания и статистические методы (графический метод построения таблицы, секторных и столбиковых диаграмм).

Для полноценного изучения дефектов в оказании медицинской помощи (ДМП), с учетом особенностей медицинской деятельности, нами была модифицирована классификация ДМП, предложенной Ю.И.Соседко [9]. В ней отражены специальность, сущность дефектов, причины их возникновения, место их допущения, а также влияние на исход.

По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры, исследованы заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях персоналом своих профессиональных обязанностей.

Статистическая обработка полученного цифрового материала произведена нами с помощью пакета анализа данных электронных таблиц Excel 2003 Microsoft Office, был применен z-критерий с вычислением средних ошибок для средних арифметических (M+м). Степень достоверности различия вычислен на основании определения критерия Стьюдента (t), затем была определена вероятность (P) возможной ошибки. Достоверным считались различия, когда $0{,}01 \leq P \leq 0{,}05$.

Результат и обсуждения

При судебно-медицинском исследовании качества и своевременности оказания медицинской помощи важным является выявление характера допущенного дефекта, что осуществляется с помощью включенного в состав экспертной комиссии специалиста соответствующего клинического профиля.

В целом, в рассмотренных 1363 случаях были отмечены 1834 ДМП, так как в ряде экспертиз таковых было установлено 2 и более.

В разрезе специальностей чаще ДМП выявлялись в деятельности акушер-гинекологов (25,1%), хирургов (15,4%), травматологов (8,8%), педиатров (7,4%), реаниматологов (6,8%), терапевтов (6,3%), что составило почти 70% ($P<0{,}05$) от общего числа всех выявленных ДМП.

В разрезе по годам отмечается увеличение числа допущенных ДМП у педиатров до 14,8% в 2004 г. с постепенным снижением до 1,5% в 2009 г.

В деятельности педиатров ДМП чаще отмечались в г. Ташкенте (20,7%), Ташкентской (14,8%), Самаркандской (14,1%) и Андижанской (11,1%) областях.

По характеру ДМП были выделены 3 группы дефектов: диагностики, лечения, прочие. Большинство составили дефекты диагностики и лечения. Чаще всего выделенные дефекты выражались в следующем.

Выявленная сущность ДМП с учетом особенностей медицинских специальностей (хирургии, терапии, акушерства-гинекологии, педиатрии и др.) учитывала характерные черты определенной группы специальностей.

Педиатрические специальности:

1. Не распознавание основной патологии, и её осложнений.

2. Не распознавание сопутствующих заболеваний, и их осложнений.

3. Нерациональное проведение профилактических мероприятий (вакцинации).

4. Немотивированный отказ госпитализировать больного.

Дефекты диагностики среди педиатров:

1) не распознавание пороков развития;

2) не распознавание пневмоний;

3) не распознавание пороков сердца;

а также их частых осложнений:

а) сердечная недостаточность;

б) сосудистая;

в) дыхательная;

г) мозговая.

Среди дефектов диагностики различали следующие:

1) не распознавание основного заболевания (травмы).

2) не распознавание осложнения основного заболевания (травмы).

3) не распознавание важного сопутствующего заболевания.

4) не распознавание осложнения важного сопутствующего заболевания.

5) поздняя диагностика.

В разрезе специальностей не распознавание основного заболевания встречался в деятельности педиатров в 16 (11,9%) случаях (P<0,05), в виде не распознавания различных форм пневмоний, закрытых повреждений внутренних органов, длинных трубчатых костей.

Пример 1. Подросток Н.Ш., 15 лет, после автоаварии был госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом: "Ушибленно-рванная рана правого плеча", была проведена хирургическая обработка раны. Состояние ребенка стало ухудшаться. Лишь через сутки был диагностирован открытый перелом верхней трети правой плечевой кости. Несмотря на проводимое лечение, интоксикация организма стала нарастать, и на 4 - сутки наблюдался летальный исход. Причина смерти - токсико-септический шок, из-за попадания в рану инфекции и развития гангрены.

Вторую группу дефектов диагностики составили не распознавание осложнения основного заболевания (травмы), которые чаще наблюдались в деятельности педиатров - 19 (14,1%)(P<0,05), в виде не распознавания сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

В третьей группе дефектов диагностики, т.е. не распознавание важного сопутствующего заболевания у педиатров составило 7 (5,2%) случаев (P<0,05), что выражалось в не распознавание ревматизма, врожденных и приобретенных пороков сердца, анемии, острой кишечной инфекции.

Четвертым видом исследуемой группы ДМП диагностики явилось - не распознавание осложнения важного сопутствующего заболевания, что в деятельности педиатров составило - 2 (1,5%) случая (P<0,05), в виде - не распознавания ревматоидных пороков сердца, сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной недостаточности.

Пятый вид исследуемой группы дефектов диагностики - поздняя диагностика наблюдалось в деятельности педиатров в 4 (3,0%) случаях (P<0,05), что проявлялось в поздней диагностике пневмоний, врожденных пороков сердца, черепно-мозговой травмы.

Среди дефектов лечения различают следующие виды: 1) поздняя госпитализация; 2) ошибки при назначении и проведении медицинских процедур; 3) дефекты медикаментозного лечения; 4) другие дефекты лечения.

Поздняя госпитализация наиболее часто отмечалась в деятельности педиатров в 8 (5,9%) случаях (P<0,05), что выражалось в необоснованной задержке больных в приемном покое лечебного учреждения.

Одним из определяющих важных признаков дефектов лечения являются ошибки при назначении и проведении медицинских процедур, а также возникших в результате нерационального ведения родов, что наблюдалось в 10 (7,4%) случаях (P<0,05).

Пример 2. Ребенок Х.С., 9 мес., был госпитализирован в отделение ЭМП ЦРБ, где был поставлен диагноз "Острое воспаление верхних дыхательных путей. Афтозный стоматит. Катаральная ангина. Двухсторонний средний отит". Врачом был установлен подключичный катетер для переливаний, а дата удаления в истории болезни не указана. Стоматолог, обследовав, поставил диагноз "Разлитая флегмона правой щеки, подчелюстной, жевательной и височной области", произвел разрез, установил резиновый выпускник, а по санитарной авиации вызванный хирург вскрыл флегмону. Пациент был переведен в отделение реанимации с диагнозом "Сепсис", потом в хирургическое отделение и после лечения выписан домой. Через 6 месяцев с диагнозом "Острый диффузный гломерулонефрит, смешанная форма" госпитализирован в отделение ЭМП ЦРБ, где при проведении лечебных мероприятий лишь через 2 недели подключичную вену был поставлен катетер, а еще через неделю медсестра, удаляя катетер, сломала часть его в подключичной вене. Отмечалось ухудшение состояния ребенка, который лишь через 3 недели был переведен в детскую ОБ, где 18 дней лечился и был выписан домой. А еще через 2 месяца вновь госпитализирован в клинику НИИ онкологии, где после обследования установили диагноз "Хронический тромбоз верхней полой вены, синдром ВПВ, сердечная недостаточность 11 степени. Сепсис". В отделении кардиохирургии ТашПМИ через 1,5 месяца была проведена операция и удален катетер, длиной 7,0 см. Несмотря на проведенное лечение, через 15 дней после операции наступила смерть ребенка от полиорганной недостаточности.

Высокие показатели недостатков медикаментозного лечения отмечались особенно часто в деятельности педиатров - 10 (7,4%) случаях (P<0,05). Из дефектов медикаментозного лечения более трети составили случаи развития анафилактического шока на введение различных лекарств. А также в виде не возмещения или недостаточного возмещения кровопотери, недостаточного переливания крови, его компонентов, кровезаменителей, переливания иногруппной крови с развитием серьезных осложнений вплоть до летального исхода пациента.

Пример 3. Дети С.С. - 1 год 6 мес., А.Ш. - 1 год 4 мес., Т.М. - 1 год 5 мес., Т.Х. - 9 мес., в ФАП получили противокоревую вакцину. Затем у них наблюдалось резкое ухудшение состояния с развитием шокового состояния. Были госпитализированы в ЦРБ, где на следующий день, несмотря на проведенные лечебные мероприятия, трое из них скончались. Установлен диагноз: "Нейротоксический шок. Поствакцинальное состояние". При служебном расследовании выявлено, что педиатром не была проведена подготовка к вакцинации - обследование, лечение сопутствующих патологий. Отмечалось отсутствие контроля врача. Фельдшер использовала негодную противокоревую вакцину (ампула была вскрыта 7 дней назад).

Другие дефекты лечения прослеживались в деятельности педиатров - в 10 (7,4%) случаях (P<0,05). У педиатров - немотивированный отказ госпитализировать больного, неиспользование консультативной помощи и др.

Дефекты организационного характера проявлялись в дефектах информационно-деонтологического характера 8 (5,9%), нарушение правил транспортировки 12 (8,9%), недостатки диспансерного наблюдения 17 (12,6%), недостатки ведения медицинской документации 11 (8,1%), а также другие 1 (0,7%).

Выводы

Таким образом, в деятельности педиатров по характеру ДМП отмечается преобладание дефектов лечения и диагностики. Среди дефектов диагностики преобладают не распознавание основного заболевания (травмы) и его осложнений. Дефекты лечения выявлены в виде ошибок при назначении и проведении медицинских процедур, дефектов медикаментозного лечения. Дефекты организации в виде нарушения правил транспортировки, недостатков диспансерного наблюдения, недостатков ведения медицинской документации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баринов Е.Х., Жаров В.В., Черкалина Е.Н. Случай несвоевременной диагностики заболевания в хирургической практике. //Судебно-медицинская экспертиза, 2014, №4, С. 51-52.
2. Буромской И.В. Кильдюшов Е.М. Предложение по стандартизации терминологии, используемой при оценке качества оказания медицинской помощи. //Судебно-медицинская экспертиза, 2007, № 3, С. 17-20.
3. Гиясов З.А., Махмудов М.А., Ким Л.А., Холматов З.Б. Анализ дефектов акушерско-гинекологической помощи по материалам судебно-медицинской экспертизы. //Клиническая медицина, 2001, № 5-6, С. 35-37.
4. Дмитриева О.А., Федченко Т.М., Гончаренко Д.В., Юртаева Е.А., Пичугин А.П. Судебно-медицинские акушерско-гинекологические экспертизы по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников // Судебно-медицинская экспертиза, 2007, №4, С. 24-27.
5. Исакова И.В. Опыт индивидуальной комплексной оценки профессиональной и общественной деятельности работников скорой медицинской помощи. //Здравоохранение Российской Федерации, 1990, №12, С. 36-38.
6. Косухина О.И., Сухарева М.А., Баринов Е.Х. Выявление особенностей дефектов оказания медицинской помощи в терапевтической практике в ряде пульмонологических и кардиологических специальностей. //Судебная медицина. Наука. Практика. Образование. 2015; 1(1): 26-28.
7. Максимов А.В. Анализ дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой. //Судебная медицина. Наука. Практика. Образование. 2015; 1(1): 19-20.
8. Пиголкин Ю.И., Дубровина И.А., Мирзоев Х.М. Методические основы экспертной оценки неблагоприятных исходов лечения. //Судебно-медицинская экспертиза. 2011, №2, С. 27-29.
9. Соседко Ю.Н. Работа судебно-медицинского эксперта по выявлению и профилактике дефектов медицинской помощи. //Военно-медицинский журнал, 1991, №3, С. 33-37.
10. Тимерзянов М.И., Оладошкина О.Ю., Селиванова Д.Р. Правовые аспекты экспертизы дефектов оказания медицинской помощи. //Судебная медицина. Наука. Практика. Образование. 2015; 1(4): 47-49.
11. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи. //Судебно-медицинская экспертиза, 2000, №6, С. 4-8.
12. Brennan T.A., Leapr L.L., Laird N.M. et al. Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors. //New Engl. J. Med., 1991, V. 324, P. 370-376.
13. Davis B., Appledy Was it medical ... J. //USA Today. - 1999. - Nov. 30.

Поступила 26.01. 2019.

УДК:618.5. 618.56-007.281

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ РОДОВ С ПОСЛЕРОДОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С УЧЕТОМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР

Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Азимов Ф.Р., Рустамов М.У., Орипова Ф.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Целью нашего исследования явилось ретроспективно изучить истории родов и качество оказания первичной помощи при кровотечениях и оценить назначенные реабилитационные меры у женщин, перенесших послеродовое кровотечение и массивное кровотечение. Материалы и методы исследования явились 242 истории родов с послеродовым кровотечением за последний 6 лет (2013-2018) в городском родильном доме г. Бухары. Средний возраст пациенток составлял 26,7±1,2 лет. Акушерская патология, приводящая кровотечению основную часть составляет гипотония матки - 143 (59,1) и крупный плод - 68 (28,1), а преэклампсия и ДИОВ составляют равные количество - 33 (13,64). Только около 20 % женщинам перенесших послеродовое кровотечение проведена ранняя реабилитация в виде назначения контрацептивных средств.

Ключевые слова: кровотечения, послеродовое кровотечение, беременность, массивное кровотечение

ТУҒРУҚДАН СЎНГ ҚОН КЕТГАН АЁЛЛАРНИНГ ТУҒРУҚ ТАРИХЛАРИНИ РЕАБИЛИТАЦИОН УСУЛЛАР МАВЖУДЛИГИ БЎЙИЧА КЛИНИК ТАҲЛИЛ ЎТКАЗИШ

Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Азимов Ф.Р., Рустамов М.У., Орипова Ф.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Бизнинг мақсадимиз ретроспектив равишда туғруқ тарихи ва минтақада туғилишдан кейинги қон кетишининг сабабларини аниқлаш, қон кетиш учун дастлабки ёрдам сифатини аниқлаш ва туғруқдан кейинги қон кетиш билан касалланган аёлларга мўлжалланган реабилитация тадбирларини баҳолашдир. Тадқиқот материллари бўлиб 2013-2018 йилларда Бухоро шахар туғруқхонасида туғруқдан кейинги қон кетиши билан асоратланган 242 та аёлнинг туғруқ тарихи бўлиб ҳисобланади. Текширилувчи аёлларнинг ўртача ёши 26,7±1,2 ёшни ташкил этади. Қон кетишга олиб келадиган асосий акушерлик патологияси бу бачадон гипотонияси - 143 (59,1%) ва йирик ҳомила - 68 (28,1%) ташкил килди, преэклампсия ва муддатидан олдин қоғонок сувларининг кетиши бир хил да учраган - 33(13,64%). Факат 20 % га яқин туғруқдан сўнг қон кетган аёлларга контрацептив воситалар бериш кўринишида эрта реабилитация берилган.

Калит сўзлар: қон кетиш, туғруқдан кейин қон кетиш, ҳомиладорлик, массив қон қон кетиш.

CLINICAL ANALYSIS OF CHILDBIRTH HISTORIES WITH POSTPARTUM HEMORRHAGE WITH REGARD TO REHABILITATION MEASURES

Karimova N.N., Akhmedov F.K., Azimov F.R., Rustamov M.U., Oripova F.Sh.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The aim of our study was to retrospectively examine the history of childbirth and the quality of primary care for bleeding and evaluate the prescribed rehabilitation measures for women who have suffered postpartum hemorrhage and massive bleeding. The materials and methods of the study were 242 birth histories with postpartum hemorrhage for the last 6 years (2013-2018) in the city maternity hospital of Bukhara. The average age of the patients was 26.7 ± 1.2 years. Obstetric pathology leading to bleeding mainly consists of uterine hypotonia - 143 (59.1) and large fruit - 68 (28.1), and preeclampsia and DIOV are equal amounts - 33 (13.64). Only about 20% of women who had postpartum hemorrhage underwent early rehabilitation in the form of prescribing contraceptives.

Key words: bleeding, postpartum bleeding, pregnancy, massive bleeding

Актуальность

Среди различных акушерских осложнений одно из ведущих мест занимают акушерские кровотечения, которые были и остаются самыми драматическими среди ургентных осложнений в акушерстве. Это связано с их интенсивностью, быстрым нарастанием объема кровопотери вплоть до критического, стремительным истощением компенсаторных механизмов организма и неизбежным финалом общего патофизиологического процесса — с развитием ДВС-синдрома [4,5]. В настоящее время акушерские кровотечения продолжают привлекать к себе внимание акушеров-гинекологов во всех странах мира. Справедливо отмечают австралийские акушеры, что акушерское кровотечение как ведущая причина материнской смертности, становится интернациональной проблемой [8]. Однако, это положение заключает в себе определенный контраст при оценке реальной ситуации. Так, в наиболее отсталых регионах мира в результате беременности и родов в течение всего репродуктивного периода жизни до сих пор умирает, в среднем, каждая шестая женщина, а в странах Северной Европы, только каждая 30000-я [9]. Авторы отмечают, что различия в показателях материнской смертности от акушерского кровотечения существуют не только по региональным, но и по ряду других факторов, что представляет собой как общемедицинскую, так и социальную проблему.

Е.К. Айламазян и соавт [3] отмечают, что наиболее часто кровотечения наблюдаются в последовом и раннем послеродовом периодах - 15,3 на 1000 родов, при предлежании плаценты -1,7 на 1000 родов, при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты - 9,1 на 1000 родов.

Некоторые считают, что послеродовое кровотечение может быстро приводить к развитию ДВС-синдрома и остаётся важной причиной материнской смертности [6,7]. Анализ массивных акушерских кровотечений, у женщин ("едва не умерших", "nearmiss") показал, что гипо- и атония матки наблюдалась в 76,6%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 19,1%, плотное прикрепление плаценты - в 3,2% и в 1,1% - предлежание плаценты [7].

Е.К.Айламазян и соавт. указывают, что в настоящее время именно кровотечения в послеродовом периоде лидируют по частоте среди других акушерских кровотечений и считают, что среди всех кровотечений, приводящих к материнской смертности 50% вызваны гипо- или атонией матки в послеродовом периоде [1,2].

Таким образом, в целом, исходя из вышеизложенного, послеродовые кровотечения являются весьма серьезной акушерской проблемой, которая требует дальнейшего более детального изучения.

Целью исследования: ретроспективно изучить истории родов и качество оказания первичной помощи при кровотечениях и оценить назначенные реабилитационные меры у женщин, перенесших послеродовое кровотечение и массивное кровотечение.

Материал и методы

Изучено 242 истории болезни родов с послеродовым кровотечением за последний 6 лет (2013-2018) в городском родильном доме г. Бухары.

Таблица. 1

Возрастная характеристика пациенток

Возраст	До 18	18-20	21-25	26-35	36-40	всего
Количество	5	18	134	75	10	242
%	2.06	7.44	55.37	30.99	4.13	100%

Как видно из приведенных данных обследуемые женщины относились к оптимальному репродуктивному возрасту - 21-25 лет (55,4). Средний возраст пациенток в основной подгруппе составлял 26,7±1,2 лет.

Таблица. 2

Количество беременностей у обследуемых женщин

Паритет	I	II	III	IV	V	всего
Количество	127	57	42	9	7	242
%	52.48	23.55	17.35	3.72	2.89	100%

Как видно из таблицы послеродовое кровотечение часто встречалось среди первородящ, так как они составляют большую часть нашей обследуемой группы. Это не утверждает что частота кровотечения выше у первородящ, так как многорожавших в общей популяции меньшинство, но у них больше встречается послеродовое кровотечение, чем у других группах.

Результат и обсуждения

Детально анализируя причины акушерскую патологию приводящую кровотечению можно сказать, что основную часть составляет гипотония матки - 143 (59,1) и крупный плод - 68 (28,1), а преэклампсия и ДИОВ составляют равные количество - 33 (13,64). Это можно объяснять тем, что беременность на фоне крупного плода и преэклампсии часто осложняется послеродовым кровотечением.

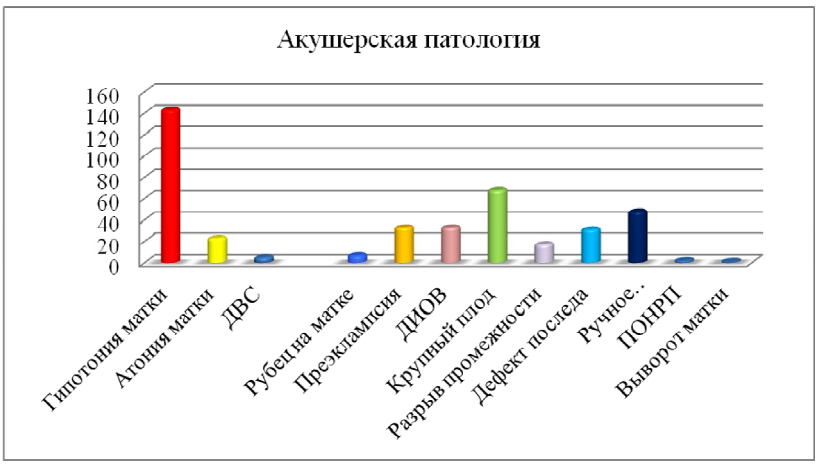


Рис.№1. Основные причины кровотечения.

Показаниями к оперативным родам были рубец на матке - 7(15,5%), хорионамнионит - 6(13,3%), при безуспешной консервативной терапии остановки кровотечения произведена лапаратомия по поводу атонии матки у 23 (51,1%) больных. В современном акушерстве методы борьбы с гипотоническим и атоническим кровотечением можно разделить на: медикаментозные, механические и оперативные

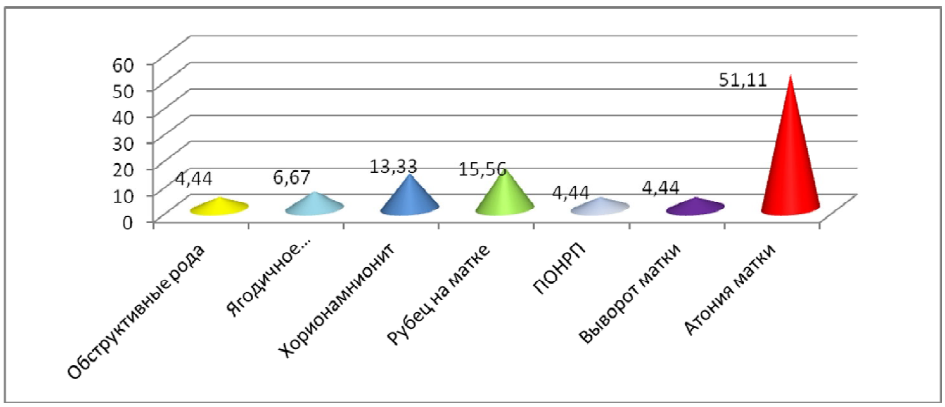


Рис.2 Осложнения беременности и родов.

При кровотечениях после родов через естественные родовые пути использованы медикаментозный метод (утеротонические средства), окситоцин 5 ед. внутривенно по стандарту. Ручное обследование стенок послеродовой матки, с бимануальной компрессией произведено у - 48 - 19,8 %, введение мизопростола 800-1000 мкг per rectum проведена всем больным по стандарту.

Удаление матки при без эффективности консервативной терапии произведено у 23 (51,11%) женщин, от числа оперативных родов.

Во время остановки кровотечения оперативным путем были наложены лигатуры на яичниковые артерии и восходящий ветвь маточной артерии для ишемизации матки и использованы гомеостатические компрессионные швы на матке, которыми оказался эффективным у 30% женщин.

Таблица. 5

Расход каллоид-кристаллоидов и компонентов крови женщина послеродовым кровотечение

Инфузионная-трансфузионная терапия	Коллоид-кристаллоиды 1000-2000мл	Коллоид-кристаллоиды 2000 мл и больше	Плазма	Эр масса
160	65	65	16	14
100%	40.62	40.62	10	8.75

При родоразрешении через естественные родовые пути кровопотеря, превышающая 1000 мл имело место у 20 (30,7% от числа кровотечений) женщин, при плановом кесаревом сечении - у 22 (33,8%), при экстренном - у 23 (35,3%). Инфузионная - трансфузионная терапия проводилась всем женщинам после кровотечения, на жидкости превышающую больше 1000 мл составляет 65 больных, больше 2000 мл составляет 65 больных у 30 больным проведена гемотрансфузия, что составляет 46,15% от числа кровотечений.

При изучении общего и гемодинамического состояния женщин, перенесших кровотечение в поздние сроки - до выписке показало, что у 50 (20) истории отсутствуют повторные общего анализа крови. Как видно из таблицы только около 20 % женщинам перенесших послеродовое кровотечение проведена ранняя реабилитация в виде назначения контрацептивных средств. Остальные группы женщин не получали раннюю реабилитацию и рекомендации на позднюю реабилитацию. В некоторых историях родов имеются случаи вставления ВМС, которым категорически противопоказана в тяжелых стадиях анемии после перенесённого кровотечения. Перед выпиской из стационара пациентки "едва выжившим" не дается рекомендации антианемической терапии, консультация гематолога или же при отсутствии репродуктивного органа заместительная гормональная терапия.

Около 20 % женщинам перенесших послеродовое кровотечение проведена ранняя реабилитация в виде назначения контрацептивных средств. Остальные группы женщин не получали раннюю реабилитацию и рекомендации на позднюю реабилитацию. В некоторых историях родов имеются случаи вставления ВМС, которым категорически противопоказана в тяжелых стадиях анемии после перенесённого кровотечения. Перед выпиской из стационара пациентки "едва выжившим" не дается рекомендации антианемической терапии, консультация гематолога или же при отсутствии репродуктивного органа заместительная гормональная терапия. По ходу исследования провели частота встречаемости кровотечений среди групп и резусом крови показал, что случай кровотечения встречается среди женщин II - 63 (26 %), I - 60 (24,7%), III - 59 (24,4%) группы с положительным резусом крови. Остальные группы крови особенно с отрицательным резусом встречались очень редко, соответственно литературой.

Заключение

Исходя из ретроспективных анализов истории родов женщин, перенесших раннее послеродовое кровотечение можно сделать выводы:

1. Ранее послеродовое кровотечение часто встречалась в активном репродуктивном в возрасте 26,7ё1,2 лет.

2. Акушерской патологий приводящей к кровотечению явилось среди исследованных случаев гипотония матки на фоне крупного плода и преэклампсии легкой и тяжелой степени.

3. Кровотечение требует много затратов инфузионно-трансфузионной терапии, дальнейшие осложнения связаны с переливанием компонентов крови встречаются очень часто со стороны инфекционистов.

4. При изучении истории родов женщин перенесших послеродовое кровотечение отсутствуют меры ранней реабилитации и рекомендации для поздней реабилитации.

5. Требуется разработка ранних и поздних реабилитационных мер и определения качества жизни женщин перенесших акушерское кровотечение.

Анализируя истории родов женщин, перенесших раннее послеродовое кровотечение можно сказать, что на этапе родовспоможения, чтобы сохранить, жизнь пациентки и репродуктивный орган проведена кропотливая работа со стороны акушер - гинекологов и реаниматологов. Но это ясно не отражена в истории родов, не полноценные лабораторные анализы, не достаточные повторные обследования больных до выписки и отсутствие реабилитационных мер побудила нас проводить обследования по пятам этих больных в дальнейшие наши научные исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманова Р.К. Прогнозирование акушерских кровотечений при беременности крупным плодом /Р.К.Абдурахманова //Тр. V съезда акушеров- гинекологв Казахстана: Тез.докл. - Алматы. - 1996. - С.6-7.
2. Айламазян Э.К. Акушерские кровотечения (профилактика и лече- ние) /Э.К.Айламазян, М.А.Репина, Т.У.Кузьминых // Акуш. и гин. - 2009. - №3. - С.17-20.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К.Айламазян. - СПб.: Н. - Л. - 2002. - 432с.
4. Иванова Д.А. Эффективность и безопасность транексамовой кислоты при хирургическом лечении больных туберкулезом органов дыхания / Д.А.Иванова, С.Е.Борисов, Н.Л.Селезнева и др. //Туберкулез и болезни легких. - 2012. - №4. - С.41-45.
5. Игошина М.Н. Гемостатические нарушения при гестозе, принципы профилактики и лечения: /Автореф. Дис...канд.мед.наук М.Н.Игошина; ГОУ ВПО "Саратовский гос.университет ФА по здравоохр. И соц.развитию" - Волгоград, 2009. - 32с.
6. Ищенко А.А. Современные органосохраняющие операции на матке при гипотонических кровотечениях в акушерстве / А.А.Ищенко, А.Д.Липман, А.И.Ищенко //Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. - М.: 2008. - С.102.
7. Курцер М.А. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде / М.А.Курцер, И.Ю.Бреслав, Ю.Ю.Кутакова и др. //Акуш. и гин. - 2012. - №7. - С.36-41.
8. Mersier F.J. Major obstetric hemorrhage /F.J.Mersier, M.Vande Velde //Anesthesiol.Clin. - 2008. - Mar. - Vol.26. - N1.- P.53-66.
9. Miesbach W. Treatment of patients with dysfibrinogenemia and a history of abortions during pregnancy /W.Miesbach, D.Galanakis, I.Scharrer //Blood. Co- agul. Fibrinolysis. - 2009. - Jul. - Vol.20. - N5. - P.366-370.

Поступила 12.03. 2019

УДК: 616.98:578.828.6-053.2-036.22

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Ким О.В., Абдужабарова З.М., Шамсиев Ф.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей.

✓ ***Резюме,***

Проведено проспективное когортное исследование и исследование по принципу "случай-контроль" (продольное) в отделении детей с иммунодефицитными состояниями. Все ВИЧ-инфицированные дети были рандомизированы по возрасту, пути инфицирования, стадии заболевания, тяжести иммуносупрессии и репликативной активности вируса.

Обнаружены высокие титры к вирусам (virus herpes simplex-1, cytomegalovirus) и бактериям (Chlamidia trachomatis, Mycoplasma pneumonia, Ureaplasma urealyticum).

Спектр ОИ у детей с ВИЧ/СПИД характеризуется "айсберговым" типом носительства и определяется возрастом и неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, особенно в отношении социально значимых заболеваний (ТБ), а также доказывает целесообразность выработки стратегий, направленных на максимально раннее их выявление и профилактику, в том числе вакцинацию против заболеваний, вероятность заражения которыми повышена у иммунокомпрометированных пациентов.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дети, распространенность, оппортунистическая инфекция.

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ОППОРТУНИСТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Ким О.В., Абдужабарова З.М., Шамсиев Ф.С.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти.

✓ ***Резюме***

Болаларда иммунодефицит холатлар бўлимида проспектив когорт ва (кўндаланг) "случай-контроль" принципига асосан текширув ўтказилди. Барча ВИЧ-инфицирланган болалар ёшига, юқиш йўлига, касаллик босқичига, иммуносупрессия оғирлик даражаси ва вируслар репликатив фаолиятига кўра ажратилди.

Юқори титрда вирус (virus herpes simplex-1, cytomegalovirus) ва бактериялар (Chlamidia trachomatis, Mycoplasma pneumonia, Ureaplasma urealyticum) аниқланди.

Ножўя эпидемиологик холат, асосан ижтимоий мухим касалликларга (ТБ) нисбатан ВИЧ-инфицирланган болаларда ОИ "айсберг" шаклида ташувчанлик характерланади. Бу эса ккасаллик юқиш хавфи юқори бўлган болаларда касалликни эрта аниқлаш, олдини олиш, касалликларга қарши вакцинация стратегиясин ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқлигини исботлайди.

Калит сўзлар: ОИВ инфекцияси, болалар, такрқалиши, оппортунистик инфекция.

THE PREVALENCE OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS AMONG HIV-INFECTED CHILDREN

Kim O. V., Abdujabarov Z. M., Shamsiev F. S.

Tashkent Institute of advanced medical education.

✓ ***Resume***

A prospective cohort study and a case-control (longitudinal) study were conducted in the Department of children with immunodeficiency States. All HIV-infected children were randomized by age, pathway of infection, stage of disease, severity of immunosuppression and virus replication activity.

High titers to viruses (virus herpes simplex-1, cytomegalovirus) and bacteria (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma pneumonia, Ureaplasma urealyticum) were detected.

The spectrum of OI in children with HIV / AIDS is characterized by an "iceberg" type of carrier and is determined by age and the unfavorable epidemiological situation, especially in relation to socially significant diseases (TB), and also proves the feasibility of developing strategies aimed at their earliest detection and prevention, including vaccination against diseases, the probability of infection which is increased in immunocompromised patients.

Key words: HIV infection, children, prevalence, opportunistic infection.

Актуальность

Изучение ВИЧ-инфекции определяется её повсеместной встречаемостью, высокими темпами распространения, невероятной изменчивостью вируса, длительной активностью источника инфекции, существенным влиянием на эпидемиологическое развитие других социально значимых заболеваний, дорогостоящим лечением, отсутствием до настоящего времени средств специфической профилактики, крайне высокой летальностью и тяжелейшими социально-экономическими последствиями [1, 3, 4, 7].

Зарубежными и отечественными авторами внесен значительный вклад в изучение молекулярной биологии ВИЧ, эпидемиологических особенностей распространения ВИЧ-инфекции в мире, особенностей диагностики заболевания, выработаны основные принципы инициирования АРВТ, изучены эффективность различных схем и спектр нежелательных реакций, возникающих после приема антиретровирусных препаратов, многочисленные лекарственные взаимодействия при лечении ОИ [2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11].

Однако многие аспекты патогенеза и клинического течения ВИЧ-инфекции у детей в зависимости от различных факторов нуждаются в дальнейшем углубленном изучении. Неясна роль различных оппортунистических инфекций (ОИ) в степени угнетения иммунной системы и развития неблагоприятных исходов.

Исходя из актуальности, была поставлена цель - изучить спектр наиболее часто встречающихся ОИ у ВИЧ-инфицированных детей.

Материал и методы

Проведено проспективное когортное исследование и исследование по принципу "случай-контроль" (продольное) в отделении детей с иммунодефицитными состояниями Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Объектом исследования были ВИЧ-инфицированные дети.

Все ВИЧ-инфицированные дети были рандомизированы по возрасту, пути инфицирования, стадии заболевания, тяжести иммуносупрессии и репликативной активности вируса. С целью выявления прогностических факторов, определяющих конкретный исход заболевания, оценивался прогноз естественного течения заболевания (natural course) в отсутствие медицинского вмешательства.

Общеклинические методы исследования: изучение анамнеза жизни и заболевания, объективный осмотр, общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, серологические и инструментальные методы.

Специфические методы исследования. Абсолютное количество субпопуляции Т-лимфоцитов - Т-хелперов CD4+ определялось с помощью моноклональных антител методом проточной цитометрии с использованием диагностических наборов "Partec IVD"; выявление провирусной ДНК ВИЧ-1 в плазме проводилось методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме "реального времени" с использованием наборов реагентов "АмплиСенсЎ ДНК-ВИЧ-FRT"; количественное определение РНК ВИЧ-1 в плазме ("вирусная нагрузка") проводилось методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме "реального времени" с использованием наборов реагентов "АмплиСенсЎ ВИЧ-Монитор-FRT" при помощи прибора "Rotor-Gene" 6000 ("Corbett Research", Австралия) на базе клинической лаборатории Республиканского центра по борьбе со СПИД.

Иммунологические исследования проводились в лаборатории НДЦ "Immunogen test" при Институте иммунологии АН РУз.

Диагностика туберкулеза включала в себя оценку клинических симптомов, рентгенологическую, туберкулино- и лабораторную диагностику. Все дети были проконсультированы к.м.н., главным фтизиопедиатром МЗ РУз, зав. детским отделением РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии Абсадиковой Ф.Т., после чего выставлялся окончательный диагноз.

Статистическая обработка полученных результатов проведена на персональном компьютере с помощью программы Excel пакета MS OFFICE и программы STATISTICA 6. Достоверность различий количественных данных рассчитывали методом Вилкоксона для несвязанных диапазонов и критерий рандомизации компонент Фишера для независимых выборок, для качественных значений применялся точный критерий Фишера-Ирвина. Статистически значимыми считали различия при $P<0,05$.

Поскольку ОИ являются маркерами иммунологического неблагополучия иммунокомпрометированных лиц, а их развитие и течение в немалой степени определяются эпидемиологической обстановкой, чрезвычайно важно изучение их характерного спектра для оптимального использования ресурсов и реалистичного подхода кразработке медико-социальных программ в этой области.

Т.к. главной особенностью ОИ является возможность существования их в активной и "спящей" (латентной) форме, для изучения их спектра, помимо изучения клинических проявлений, использовалось определение антител к их возбудителям.

Результат и обсуждение

Обнаружены высокие титры к вирусам (virusherpessimplex-1, cytomegalovirus) ибактериям (Chlamidiatrachomatis, Mycoplasmapneumonia, Ureaplasmaurealyticum)(рис.1, 2, 3, 4), что еще раз доказывает факт персистирования в организме ребенка большого числа возбудителей ОИ и высокого риска их реактивации на фоне выраженной иммуносупрессии, что также является фактором высокого риска неблагоприятного исхода. При этом токсоплазмоза, как антител к возбудителю, так и клинически выраженных форм, обнаружено не было, что объясняется редким содержанием в семьях кошек, которые являются окончательным хозяином токсоплазмы и главным резервуаром инфекции для человека.

Следует обратить внимание, что у детей в возрасте <12 месяцев не отмечалось клинически выраженных форм герпетических инфекций, в то время как уровни антител Ig класса G к ВПГ-1 и ЦМВ были предельно высокими. Однако с возрастом частота клинических проявлений вышеуказанных инфекций значительно нарастала. Так, например, частота клинических проявлений инфекции, вызванной ВПГ-1, составляла у детей 12-35 месяцев - 3,74%, 36-59 месяцев - 5,22%, ≥60 месяцев - 13,98%.

Инфекции, вызванные Ureaplasma urealyticum и Mycoplasma pneumonia, часто протекали в острой или хронической форме и проявлялись поражением органов дыхательной системы - бронхитами, очаговыми пневмониями, и подтверждались наличием антител к возбудителям.

Особую актуальность в детской популяции приобретает инфицированность детей с ВИЧ Mycobacterium tuberculosis, которая вносит значительный вклад в структуру заболеваемости и летальности ВИЧ-инфицированных детей. В когорте ВИЧ-инфицированных детей заболеваемость ТБ достигала 69,54% и нарастала с возрастом. Так, ТБ внутригрудных лимфатических узлов у детей <12 месяцев регистрировался в 5,26% случаев, 12-35 месяцев - 4,67%, 36-59 месяцев - 11,3%, а у детей ≥60 месяцев - в 23,66% случаев, что свидетельствует о необходимости поиска актуальных стратегий по раннему выявлению, лечению и профилактике ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Наиболее часто встречающейся нозологической единицей, вызванной грибковой инфекцией у детей

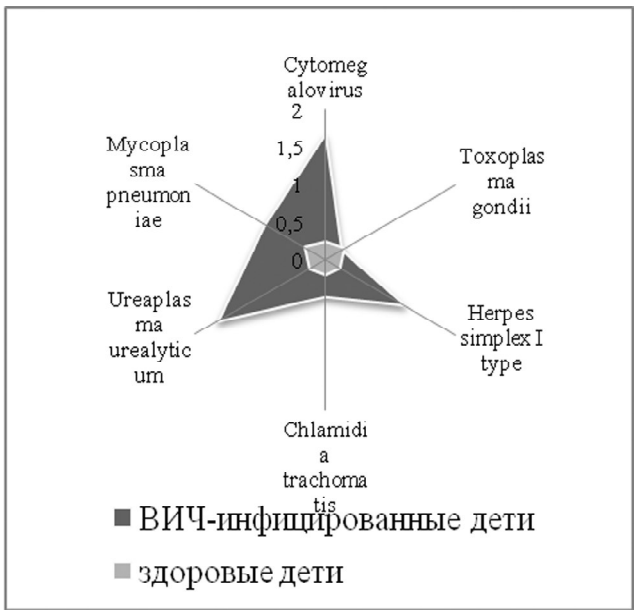


Рис. 1. Титры антител класса G к различным возбудителям у детей до 12 месяцев

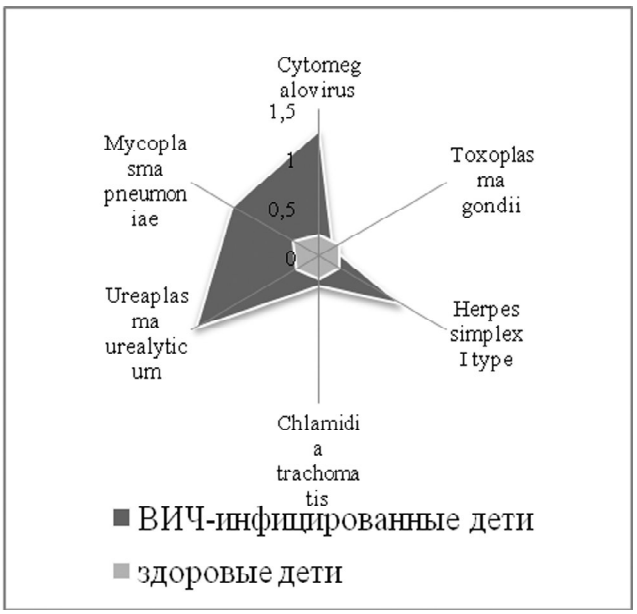


Рис. 2. Титры антител класса G к различным возбудителям у детей 12-35 месяцев

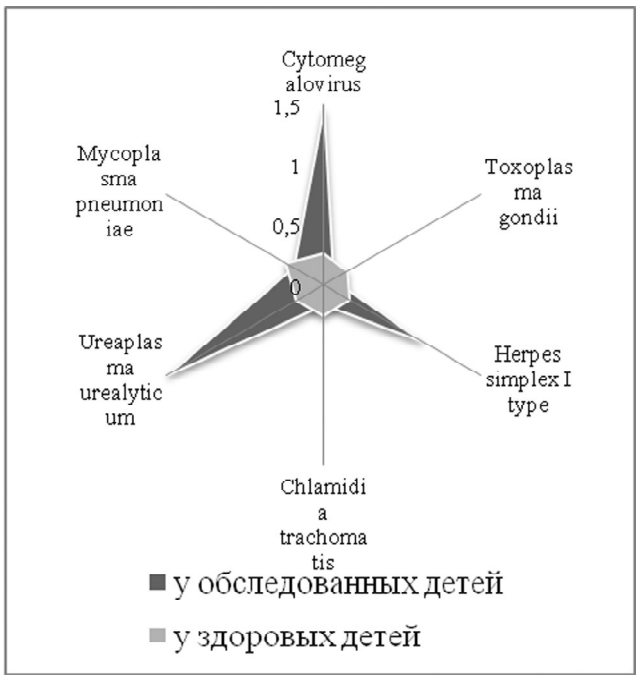


Рис.3. Титры антител класса Gк различным возбудителям у детей 36-59 месяцев

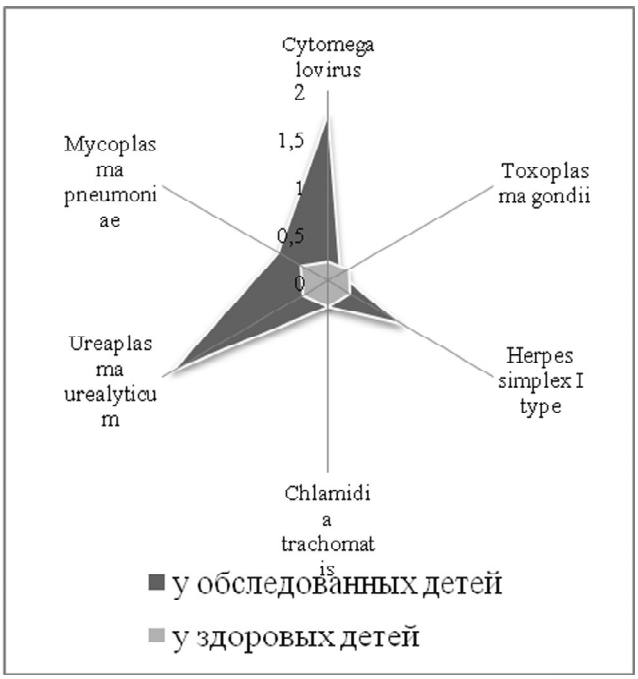


Рис.4. Титры антител класса Gк различным возбудителям у детей ≥60 месяцев

всех возрастных групп, был персистирующий оральный кандидоз.

Частота встречаемости парентеральных вирусных гепатитов была стабильно высокой во всех возрастных группах и составляла 15,79%, 16,82%, 20,87%, 23,66% по гепатиту С; 5,26%, 5,61%, 5,22%, 2,15% по гепатиту В у детей <12 месяцев, 12-35, 36-59, ≥60 месяцев соответственно. Учитывая общность путей передачи вирусных гепатитов и ВИЧ, неудивительна высокая их частота в изученной популяции ВИЧ-инфицированных детей.

Таким образом, спектр ОИ у детей с ВИЧ/СПИД характеризуется "айсберговым" типом носительства и определяется возрастом и неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, особенно в отношении социально значимых заболеваний (ТБ) (рис. 5), а также доказывает целесообразность выработки стратегий, направленных на максимально раннее их выявление и профилактику, в том числе вакцинацию против заболеваний, вероятность заражения которыми повышена у иммунокомпрометированных пациентов.

Выводы

На исходы, характеризующиеся бимодальной зависимостью от возраста и сроков инфицирования, и тяжесть течения ВИЧ-инфекции у детей, независимо от пути инфицирования, оказывают выраженное влияние оппортунистические и ко-инфекции, спектр которых имеет региональные особенности.

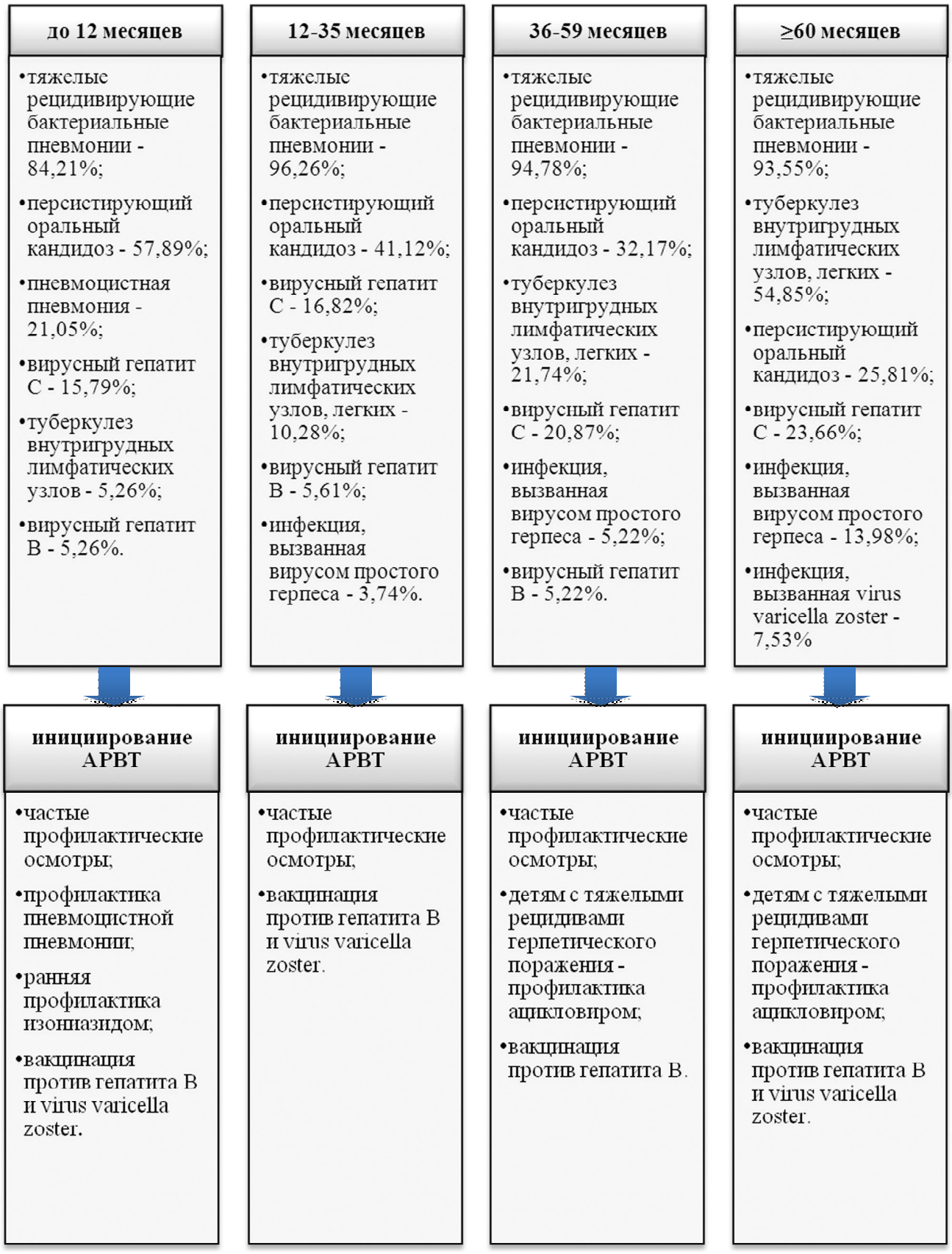


Рис. 5. Спектр наиболее часто встречающихся ОИ у детей различных возрастных групп

Отличительной особенностью спектра оппортунистических и ко-инфекций у ВИЧ-инфицированных детей является высокая частота тяжелых рецидивирующих бактериальных пневмоний (у детей до 12 месяцев - 84,21%, 12-35 месяцев - 96,26%, 36-59 месяцев - 94,78%, ≥60 месяцев - 93,55%), убывающая с возрастом частота персистирующего орального кандидоза (у детей до 12 месяцев - 57,89%, 12-35 месяцев -

41,12%, 36-59 месяцев - 32,17%, ≥60 месяцев - 25,81%), и, напротив, нарастающая - частота туберкулеза (у детей до 12 месяцев - 5,26%, 12-35 месяцев - 10,28%, 36-59 месяцев - 21,74%, ≥60 месяцев - 54,85%) и вирусного гепатита С (у детей до 12 месяцев - 15,79%, 12-35 месяцев - 16,82%, 36-59 месяцев - 20,87%, ≥60 месяцев - 23,66%). У детей до 12 месяцев большой вклад в прогрессирование заболевания вносит ПЦП (21,05%), а у детей ≥60 месяцев - инфекция, вызванная ВПГ-1 (13,98%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Атабеков Н.С. Ситуация по ВИЧ-инфекции в Узбекистане // Сборник материалов научно-практической конференции "Современные подходы в диагностике, профилактике и лечении ВИЧ-инфекции". - Ташкент, 1-2 декабря 2010. - С.12-13.
2. Бартлетт Д., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. - М.: Р. Валент., 2010. - 490 с.
3. Вартанян Ф.Е., Шаховский К.П. Туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - № 4. - С.42-44.
4. Залялиева М.В. Генетические и иммунологические особенности ВИЧ-1 инфекции в Узбекистане / М.В. Залялиева, Р.М. Рузыбакиев. - Т.: O'zbekiston milliy ensiklopediyasi, 2010. - 112 с.
5. Камилов А.И., Субханова Н.Р., Агзамходжаева Н.С. Факторы риска и особенности течения ВИЧ-инфекции у детей. Педиатрия, Ташкент. 2006. № 1. С.64-68.
6. Петрова А.Г., Смирнова С.В., Шугаева С.Н.. Москалева Е.В. Клинико-иммунологические особенности туберкулеза у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией//Сибирский медицинский журнал. - 2008. - Том 23. - № 3. -С. 26-30.
7. Покровский В.В. Организация фтизиатрической помощи / В. В. Покровский, О. П. Фролова, А. В. Кравченко. - М., 2002. - 39 с
8. Berenguer J et al. Characteristics and outcomes of AIDS-related Hodgkin lymphoma before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. Apr. 1, 2008; 47: 422 - 428.
9. Coovadia A. et al. Reuse of Nevirapine in Exposed HIV-Infected Children After Protease Inhibitor Based Viral Suppression: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2010; 304(10):1082-1090.
10. Puls R. et al. Efavirenz versus Boosted Atazanavir or Zidovudine and Abacavir in Antiretroviral Treatment-Naive, HIV-Infected Subjects: Week 48 Data from the Altair Study. Clin Infect Dis. 2010 Oct 1;51(7):855-64.
11. Buchacz K. et al. AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994-2007: A cohort study. AIDS 2010 Jun 19; 24:1549.

Поступила 21.02. 2019

УДК:616.352-055

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ КАСАЛЛИГИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Кобилов Э.Э.

Самарқанд Давлат Университети.

✓ ***Резюме,***

Ўткир чандиқли ичак тутилиши (УЧИТ) - абдоминал болалар жарроҳлигининг актуал муаммосидир, бу диагностиканинг қийинчилиги, профилактика чораларининг қийнлиги ва даволашни қониқарсиз натижалари билан боғлиқ.

Ушбу илмий таҳлил асосида 3 ойдан 14 ёшгача бўлган, УЧИТ билан касалланган 505 болалар комплекс кўригидан ўтган ва даволанганлар ташкил қилган. УЧИТнинг анъанавий таснифига (эрта ва кечки, ҳар бири ўз навбатида ўткир ва ўткирости турларига бўлинган) касалликнинг кечки босқичида яна "янада ўткир" тури қўшилган. Консерватив усулларни қўллаш 45,8% касалларда УЧИТнинг олдини олишда ёрдам берди. Лапароскопиянинг диагностика жараёнида УЧИТ 129та касалда топилди. Ушбу беморлар лапароскопик адгеолиз 108 та (83,7%) болада эндоскопик усулда ичак обструкцияси тўлиқ йўқотилди.

Калит сўзлар: болаларда ўткир чандиқли ичак тутилиши, касаллигини келтириб чиқарувчи омиллар, замонавий даволаш усуллари.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ

Э.Э. Кобилов,

Самаркандский государственный Университет.

✓ ***Резюме,***

Проведено комплексное обследование и лечение 505 детей с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. К общепринятой классификации острой спаечной кишечной непроходимости (ранняя и поздняя с разграничением обеих на острую и подострую формы). При поздней стадии заболевания выделена ещё новая, "сверх острая" форма непроходимости. Применение комплекса консервативных мероприятий позволило купировать спаечную кишечную непроходимость у 45,8% больных. На диагностическом этапе лапароскопии ОСКН была подтверждена у 129 больных. Лапароскопический адгезиолизис был успешным, и кишечная обструкция полностью купированы у 108 детей, что составило 83,7%.

Ключевые слова: основные причины возникновения острой спаечной кишечной непроходимости у детей, современные методы лечение.

THE BASIC REASONS OF OCCURRENCE SHARP OF IMPASSABILITY AT CHILDREN AND METHOD TREATMENT

E.E. Kobilov,

The Samarkand State Universitet.

✓ ***Resume,***

A complex examination and treatment of 505 children aged from 3 months to 14 years with acute adhesive intestinal obstruction (AAIO) were carried out. To traditional classification of AAIO (early and late with division of both into acute and subacute forms) of the late stage of the disease "extra acute" form of obstruction is added. The use of complex conservative procedures made it possible to control AAIO in 45 % of patients. AAIO was confirmed in 129 patients by means of diagnostic laparoscopy. Laparoscopic adheosiolysis was successful and the phenomenon of intestinal obstruction was completely controlled in 108 children which made 83,7%.

Keywords: the basic reasons of occurrence sharp of impassability at children and method treatment.

Долзарблиги

Болаларда ўткир чандиқли ичак тутилиши (УЧИТ) диагностикаси ва профилактика чора-тадбирларининг камлиги, даволашни қониқарсиз натижалари учун болалар абдоминал жарроҳлигининг актуал муаммоси ҳисобланади. Касалликнинг муаммосининг кўп йиллик тарихига қарамай, бу муаммога қизиқиш камайгани йўқ. Чандиқларни ҳосил бўлишининг кўплаб сабаблари мавжуд (ичак микрофлорасига организмнинг сенсибилизация назарияси; ишемия назарияси; яллиғланишнинг патологик ўчоғини ажратишда бузилган ҳимоя реакцияси, чандиқ ҳосил қилишга индивидуал мойиллик назарияси ва ҳокоза) ва бу жараённинг ягона ривожланиш механизмини тасаввур қилиш қийин. Кўпгина олимлар абдоминал чандиқларнинг келиб чиқиш сабабларини одатий "очиқ" лапаротомияда қорин бўшлиги деворининг қаватлари бутунлиги бузилиш натижасида катта жароҳат етказишида, қорин бўшлиғида инфекция мавжудлиги ва жарроҳлик натижасида келиб чиққан узоқ вактли ичак парези деб ҳисоблайдилар.

Илмий таҳлилий ишимиз мақсади: УЧИТни ривожланиш вақтини, келиб чиқиш сабабларини ўрганиш, ташхис қўйиш ва даволаш усулларини ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар

Илмий ишимиз асосини асосан 3 ойдан 14 ёшгача бўлган УЧИТ билан касалланган 505 болани комплекс кўрик ва даволаниш жараёни таҳлили ташкил қилди. Биз кўрик жараёнимиздаги беморларнинг 8-14 ёшгача бўлган болаларда касаллик кўпроқ учраши аниқланди. Умумий беморларнинг 52,3% ўғил болалар, 47,7% қиз боллар ташкил қилди.

УЧИТни анъанавий таснифига (эрта ва кечки, ва ҳар бири ўз навбатда ўткир ва ўткирости турига бўлинган) касалликнинг кечки босқичига яна "янада ўткир" турини қўшишни лозим деб топдик.

Бизлар бошқа муаллифлар фикрига қўшилган ҳолда қорин бўшлиғидаги аъзоларда бирламчи операциядан кейин ривожланган эрта ва кечги УЧИТ орасидаги вақтни 4-5 ҳафта деб ҳисоблаймиз. УЧИТнинг эрта тури 182 (36,8%)та, кечки тури 323 (64%)та бемор болада кузатилди. УЧИТнинг эрта босқичида, кўпчилик касаллар ўткирости тури билан мавжуд бўлган - 129(70,9%)та бола, кечки босқичида эса ўткир тури билан 234(72,4%) та бола. УЧИТ 243 (48,2% асоратли турларидан кейин) беморда ўткир аппендицит билан боғлиқ бўлган операциядан кейин, ичак инвагинациясидан кейин - 101 (20,1%), ичакнинг нотўғри ривожланишидан - 85 (16,8%) та касалда пайдо бўлган. Камроқ ҳолда у қорин бўшлиғи аъзоларининг механик жароҳати ва ўсмалар билан боғлиқ лапаротомиядан сўнг кузатилди.

УЧИТ ташхиси билан келган касалларга клиникада тўлиқ диагностика ва даволаш услублари ўтказилди.

Бизнинг клиникада УЧИТни ўткир ва ўткирости турларида куйидаги илмий инновацион консерватив усулларини қўлладик яъни, ошқозонни бўшатиш ва уни вақти вақти билан ювиш, ганглионар блокада, ичакларни вена ичига дори востиларини юбориш билан стимуляция бериш, сифонли ҳуқна. Шу вақтнинг ўзида барий сульфат эритмасининг ичакларда ўтиши жараёнини рентгенологик усул билан кўздан кечирилди.

Касалликнинг ҳозирги замон иннвацион диагностика ва даволаш усулларидан энг самарали ва қулай усули, бу лапароскопик жарроҳлик ҳисобланади. Бизнинг клиникамиз илмий асосланган ва замонавий иннвацион усулларни қўллаб ишлаб чиқилган хавфсиз текшириш усули чандиқли асоратларнинг келиб чиқиш эҳтимолини пасайтиради.

Натижа ва таҳлилилар

Консерватив усулларини қўллаш 45,8% касалларда УЧИТнинг олдини олишга ёрдам берди. Энг яхши натижалар касалликнинг эрта даврида (63,8% касалларда) олинди. Бу шу билан тасдиқландики, УЧИТнинг эрта босқичида чандиқлар мулойим ва осон туғирланади. Кечки босқичда эса улар дағаллашган, яхши ривожланган ва уларнинг адгезияси жараёнида ичаклар деворини қаттиқ деформацияга олиб келади.

Илмий текшириш жараёнидаги беморларнинг 129 тасида УЧИТ аломатлари диагностик лапароскопия жараёнида аниқланиб ташхис қўйилди. Олинган лапароскопик текшириш натижалари ва эндоскопик клиник кўринишлардан келиб чиқиб, ичак обструкциясининг пайдо бўлиш механизмларини ишлаб чиқдик, ва барча чандиқли ичак тутилиши турлари: "двустволка" турдаги УЧИТ (20,9%), кўп чандикли деформация (19,4%), чарви билан қисилиш (14,7%), тешикда қисилиш (10,1%), яллиғланиш инфильтрати (9,3%), ичакнинг чандиқ билан буралиши (8,5%) ташкил қилди.

13 та УЧИТ бемор болада аниқланган чандиқни лапароскопик усули билан ажратилмади. Бу жараённи бажармасликка қуйидаги қарши кўрсатмалар сабаб бўлди: қисилган ичак некрози 5 та беморда, абсцессли инфильтрат 4 та беморда ва 4 та беморда кенг тарқалган чандиқли жароҳат. Замонавий лапароскопик адгеолизис 108 (83,7%) та болада ўтказилиб ичак обструкцияси тўлиқ йўқотилди.

Ичак тутилишнинг асосий сабаби "штранг" (фиброзли чандиқ) билан қисилишда ва кўп чандиқли деформациясида деб топилди. Қаттиқ ва яхши ривожланган чандиқларни ўткир йўл билан ажратилди ва микрогематолар олдини олиш мақсадида электрокоагуляциядан фойдалинилди.

8 (6,3%)та бемор болада эндолапароскопик операция жарёнида мураккаб жараёнларга учрадик, яъни қорин бўшлиғидаги кўп чандиқлар ичак қовузғоқларининг ўзаро фиксация қилинганлиги, ингичка ичакнинг буралиши лапароскопик йўл билан ажратиш муаммоси туғилди.

Баъзи бир касалларда чандиқларни умуман эндоскопик усул билан ажратиб бўлмади, чунки уларда чандиқли жараён ва ичак парези кенг тарқалганлиги асосий сабаб эди.

Муҳокама

Бизнинг илмий клиник кузатишларимиз ретроспектив таҳлил УЧИТ ўткир кечиши ва даволаш натижаси ҳақида хулоса сифатида шунга тўхталмоқчимизки, эндолапроскопик операция топилмаларни солиштирув таҳлилини ўтказиб биз ўзимизнинг иш таснифини ишлаб чиқдик ва у нафақат ташхис қўйишда, балки УЧИТни даволаш тактикасини ишлаб чиқишга, зарур консерватив усулларни қўллаш 45,8% касалларда УЧИТни тулиқ бартараф қилиш имконияти берди. Энг яхши натижалар УЧИТни қорин бўшлиғида бажарилган операциялардан кейинги эрта босқичида олинди (63,8%). Эрта босқичда аниқланган бу чандиқлар мулойимлиги ва осон ажралиш билан ажралиб туради. Қорин бўшлиғида бажарилган операциялардан кейинги Кечки боскичда эндоскопик лапроскопияларида ҳосил бўлган чандиқлар тўлиқ ҳосил бўлган ва ичакларда қаттиқ деформациялар мавжудлиги аниқланди. Бир хил ҳолларда УЧИТни консерватив даволаш ўзига хос операциядан олдинги тайёргарлик бўлади. Корин бўшлигида чандиқли жараённи визуал баҳолашда ноёб имконият - бу лапароскопия. Замонавий оптик системаларни қўллаш қорин бўшлиғини табиий ҳолда ва аъзоларни катталаштирилган ҳолда кўришга имконият беради. Юмшоқ атравматик қисқичларни ва биз ишлаб чиққан қорин бўшлиги аъзоларини кўриш усулларни ишлатиш, ичаклар обструкциясини исботлаш ёки инкор этишда ёрдам беради. УЧИТни ҳар хил турларини лапароскопик семиотикасини биз ҳар томонлама ўрганиб чиқдик. УЧИТ гумон қилинган ҳолларда лапароскопияни қўллаш бошқа касалликларни аниқлашга ёрдам берди. Шундай қилиб бу эрта даврда аниқ ташхис қўйишга, операцияга оптимал йўлни танлашга ва баъзи бир ҳолларда операциянинг олдини олишга хизмат қилади. Демак,

лапароскопияни ишлатиш УЧИТ ташхисини исботлаш ёки инкор этишда ёрдам беради. Бизлар олган натижаларга кўра лапароскопиянинг диагностик аниқлиги 97,3%, касалликнинг жойлашган жойини аниқ топик ташхис қўйиш эса 98,7% ташкил этади. Бундан ташқари, лапароскопия ичак тутулиш турини, чандиқли жараённи қорин бўшлиғида тарқалганлигини ва даволашни рационал усулини танлашда ёрдам беради.

Хулоса

1) Шундай қилиб кечки УЧИТ эрта УЧИТга нисбатдан кўпрок учрайди .

2) УЧИТни ривожланишининг асосий сабабларига ўткир аппендицит билан боғлиқ жароҳат, қорин бўшлиғини ичак микрофлораси билан ифлосланиши ва кўп вақт сақланиб турувчи яллиғланиш жараёни киради.

3) Видеолапаротомиянинг замонавий имкониятлари керакли асбобларнинг мавжудлиги, кўпчилик ҳолларда УЧИТ ташхисини тўғри қўйишда ёрдам беради, ҳатто ичак тутилишига олиб келган чандиқларни ажратиш, кенгайтирилган висцеролиз бажариш имкониятини беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Балаценко Д.Н. О влиянии операционной травмы на образование внутрибрюшных спаек и сращений. //Журнал Вопросы клинической хирургии и клинико-лабораторных исследований, Санкт-Петербург, 1996, с.73-85.
2. Байбеков И.М., Мадартов К., Хорошаев В.А. Спайки брюшины и возможные механизмы их образования. //Бюл. эксперим. биологии и медицины. 1996, №11, с.589-593.
3. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей. //Хирургия, 2001, №2, с.37-42.
4. Нажмудинов З.З. Современные подходы к лечению больных со спаечной кишечной непроходимостью. //Труды 14 съезда хирургов Дагестана, Махачкала, 1998, с.281-282.
5. Рубцов О.Ю., Румянцев И.Г., Степанов Ю.П. Механизмы спайкообразования брюшной полости при перитоните. //Клинико-экспериментальные аспекты современной медицины, материалы научной конференции, Саранск, 1999.

Поступила 07.01. 2019 г.

УДК 616.83-02:616.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Кучкаров У.И., Курбанова М.Д.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

С целью изучения клиники неврозоподобных расстройств и качества жизни больных героиновой наркомании у ВИЧ-инфицированных в условиях стационара в течение месяца обследовано 54 больных героиновой наркоманией (согласно критериям МКБ-10 - F.11.3) в возрасте от 25 до 40 лет, из них 32 с ВИЧ-инфекцией-основная группа и 22 больные героиновая наркомания без ВИЧ-инфекции-контрольная группа. У 54 больных героиновой наркоманией неврозоподобные расстройства в основном наблюдались явлением стойкой астении. У таких больных тяжело проходят неврозоподобные расстройства в постабстинентном периоде. У обследованных больных качество жизни достоверно снижено по всем показателям, включая удовлетворенность ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, шкала боли, шкала общего состояния здоровья, шкала жизненной активности, шкала ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и шкала психического здоровья.

Ключевые слова: героиновая наркомания, постабстинентный синдром, ВИЧ-инфицированные

HEROIN GIYOHVANDLIK KASALLIGI BILAN OIV-INFEKTSIYASIGA CHALINGAN BEMORLARNING HAYOT SIFATI

Kuchkarov U.I., Qurbonova M.D.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Kasalxona sharoyitida geroin giyohvandlikka chalingan OIV infisirlangan bemorlarda nevrozga o'xshash kasalliklar klinikasi va hayot sifatini o'rganish maqsadida bir oy davomida 25 dan 40 yoshgacha bo'lgan bemorlar tekshirilib, ulardan geroin giyohvandligi bilan og'rigan 54 nafar bemor (OIV-10 mezonlari bo'yicha - F.11.3), OITV bilan kasallangan 32 nafar, OITV yuqtirmagan holda geroin bilan og'rigan 22 nafar bemor nazorat guruhini tashkil qildi. 54 nafar geroinli giyohvand bemorlarda nevrozga o'xshash kasalliklar asosan turg'un asteniya bilan qayd etildi. Bunday bemorlarda neyrozga o'xshash kasalliklar'postabstinent davrda og'ir o'tadi. Tadqiq qilingan bemorlarda hayot sifati barcha ko'rsatkichlarda sezilarli darajada kamaydi, jumladan, jismoniy holat, og'riq o'lchovlari, umumiy sog'liqni saqlash miqdori, hayot faoliyati ko'lami, emotsional holat va ruhiy salomatlik miqyosidagi rolning ishlash darajasi.

Kalit so'zlar: geroin giyohvandlik, giyohvandlikdan keyingi sindrom, OIV-infektsiyasi

CLINIC AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEROIN ADDICTION IN HIV-INFECTED

Kuchkarov U.I., Kurbanova M.D.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Studying of the clinic of neurosis-like disorders and the quality of life of patients with heroin addiction in HIV-infected during the month, 54 patients with heroin addiction (according to the criteria of ICD-10 - F.11.3) were examined at the age of 25 to 40 years old, 32 of them with HIV infection - the main group and 22 patients with heroin addiction without HIV infection- control group. In 54 patients with heroin addiction, neurosis-like disorders were mainly observed in the phenomenon of persistent asthenia. In such patients, neurosis-like disorders in the post-abstinence period are difficult to undergo. In the patients examined, the quality of life was reliably reduced in all indicators, including satisfaction with the role function due to physical condition, the pain scale, the general health scale, the scale of vital activity, the scale of role functioning due to emotional state and the scale of mental health. Neurosis-like disorders in the post-abstinence period of heroin addiction in HIV-infected patients are more difficult. Patients undergo unsuccessful treatment with psychotropic medications, complex methods of pharmacotherapy with wide involvement of methods of psychotherapy and immune correction. In patients with heroin addiction with HIV infection, early disruptions and relapses in the post-abstinence condition are noted due to difficultly corrected neurosis-like disorders and psychological conflict.

Key words: heroin addiction, post-infection syndrome, HIV-infected

Актуальность

В настоящее время понимание лечащими врачами наркологами адаптивных возможностей и реабилитационных потребностей пациента не удовлетворяет эффективному решению современных задач наркологии. В связи с этим поднимается проблема адекватных критериев объективной и полной оценки состояния здоровья наркологических больных с коморбидными осложнениями. Свыше 40 млн. человек на сегодняшний день во всем мире инфицированы ВИЧ [1]. Распространения числа ВИЧ связан с проблемами наркотрафика, опасными тенденциями наркопотребления и сексуального поведения. По данным дозорного эпиднадзора две трети опрошенных инъекционных потребителей наркотиков практикует опас-

ное поведение и только 1/3 из них используют средства защиты [2]. С появлением средств, позволяющих продлить жизнь ВИЧ-инфицированных больных, психическая адаптация стала актуальной проблемой [5]. В среднем 32% ВИЧ-инфицированных больных имеют различные психические расстройства [3,4], и в том числе неврозоподобные расстройства. Очень важно, что именно психическая дезадаптация у ВИЧ-инфицированных больных снижает мотивацию пациента к лечению и соответственно эффективность реабилитации в постабстинентном периоде (ПАС) героиновой наркомании. Изучение и поиск новых подходов к лечению и реабилитации героиновой наркомании у ВИЧ-инфицированных больных определяется проблемой выработки тактики изучения клиники постабстинентного периода данной категории больных с целью улучшения качества жизни больных.

Цель исследования. Изучение клиники неврозоподобных расстройств и качества жизни больных героиновой наркомании у ВИЧ-инфицированных.

Материал и методы

В условиях стационара в течение месяца обследовано 54 больных героиновой наркоманией (согласно критериям МКБ-10 - F.11.3) в возрасте от 25 до 40 лет, из них 32 с ВИЧ-инфекцией-основная группа и 22 больные героиновая наркомания без ВИЧ-инфекции-контрольная группа. Исследование проводилось с применением клинико-психопатологического метода и экспериментально-психологических методик: шкала тревожности по Тейлору и методика SF-36 (качество жизни). Все больные были однородными по возрасту, полу и социальной обеспеченности.

Результат и обсуждение

Носительство вируса иммунодефицита не означает, что человек болен СПИДом. До перехода заболевания в активную стадию проходит около пяти-восьми лет. Современная медицинская наука может максимально удлинить период носительства вируса и на долгие годы устранить риск перехода носительства в болезнь, улучшая их качество жизни. Самое главное, что необходимо понять - это то, что при продолжении приема психоактивных веществ лечение ВИЧ-инфекции дело бессмысленное. Сроки перехода носительства (ВИЧ-инфекция) в болезнь (СПИД) в случае продолжения их употребления сокращаются в два-три раза. Улучшающая иммунитет терапия несовместима с приемом наркотиков и алкоголя. Необходимо отметить, что существенной причиной нарушения функций нервной системы, особенно на ранних стадиях болезни, является реакция личности на заражения и заболевания. Эти изменения появляются у больных в виде неврозоподобных расстройств. В связи с этим неврозоподобные расстройства на разных этапах течения болезни наблюдались практически у всех обследованными нами больных среди ВИЧ-инфицированных.

Неврозоподобные расстройства при героиновой наркомании с ВИЧ-инфекцией в основном наблюдались явлением стойкой астении с постоянным чувством усталости, повышенная потливость, нарушения сна, снижение аппетита. Слабо выраженная астения основной группе в 3 раз меньше, а сильно выраженная астения в 2 раз больше чем контрольной группе. У многих больных подавленность, тоска, депрессия возникла до того, как установлен диагноз. Изменения личности проявлялись нарастанием раздражительности, вспыльчивости, капризности или расторможенности влечений. Слабо выраженная раздражительность в основной группе в 2,2 раз меньше, а сильно выраженная раздражительность в 1,8 раз больше чем в контрольной группе. Слабо выраженная фобия в основной группе в 4,3 раз меньше, а сильно выраженная фобия в 2 раз больше чем в контрольной группе. Органические психические расстройства практически постоянно сопровождались психологически понятными переживаниями больных. Результаты исследования подтвердили что слабо выраженная субдепрессия в основной группе 2 раз меньше, а сильно выраженная субдепрессия 1,6 раз больше чем в контрольной группе (табл.1).

Таблица 1

Выраженность неврозоподобных расстройств у больных героиновой наркомании в постабстинентном периоде

Симптомы	Основная-ВИЧ-инфекция+ГН(32)						Контрольная группа - ГН (22)					
	1-балл слабо выражен		2-балл-выражен		3-балл сильно выражен		1-балл слабо выражен		2-балл-выражен		3-балл сильно выражен	
	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Астения	3	9,4	7	21,8	22	68,8	6	27,3	9	40,8	7	31,9
Апатия	4	12,5	9	28,1	19	59,4	8	36,4	6	27,2	8	36,4
Раздражительность	4	12,5	12	37,5	16	50,0	6	27,3	10	45,4	6	27,3
Тревога	5	15,6	7	21,8	20	62,5	8	36,4	7	31,8	7	31,9
Фобия	3	9,4	6	18,8	23	71,8	9	40,8	5	22,8	8	36,4
Субдепрессия	6	18,8	12	37,5	14	43,7	8	36,4	8	36,4	6	27,3
Дисфория	9	28,1	4	12,5	19	59,4	7	31,8	12	54,5	3	13,7
Замкнутость	5	15,6	10	31,3	17	53,1	15	68,2	3	13,7	4	18,1
Расстройства сна	4	12,5	16	50,0	12	37,5	10	45,5	9	40,8	3	13,7
Обсессивно-компульсивные	10	31,3	4	12,5	18	56,2	8	36,4	6	27,3	8	36,3
Вегетативные расстройства	4	12,5	13	40,6	15	46,9	10	45,6	9	40,8	3	13,6

Примечание: степень выраженности симптомов оценивалась в баллах 0 до 3.0-симптом отсутствует, 1-слабо выражен, 2- выражен, 3- сильно выражен).

Личностно-психологические особенности обследованных больных характеризовались выраженным тревожным радикалом. Слабо выраженная тревога в основной группе 2,3 раз меньше, а сильно выраженная тревога 2 раз больше чем в контрольной группе. Высокие показатели личностной тревожности отмечены более чем 62% случаев, а в 38% выявлена умеренная выраженность показателя. В среднем значение тревожности у ВИЧ-инфицированных больных 2 раз выше, чем контрольной группы. Сильно выраженная дисфория 4,3 раз больше чем в контрольной группе. Слабо выраженные расстройства сна в основной группе 3,6 раз меньше, а сильно выраженные расстройства сна в 2,7 раз больше чем у контрольной группы. Обсессивно-компульсивные расстройства в основной группе 1,5 раз больше чем в контрольной группе. Слабо выраженные вегетативные расстройства у основной группы 3,6 раз меньше, а сильно выраженные вегетативные расстройства 3,4 раз больше чем у контрольной группы. Несмотря на ВИЧ-инфекцию, сопряженную с депрессией и наличие предпосылки к развитию психической дезадаптации в виде тревожности психическое состояние больных относительно благополучно, вероятно, в связи с употребление наркотиков. Но это временно, день за днём компенсаторные механизмы организма истощаются, усугубляются невротические расстройства. Таким образом, у ВИЧ-инфицированных больных тяжело проходят неврозоподобные расстройства в постабстинентном периоде. У обследованных больных качество жизни достоверно снижено по всем показателям, включая удовлетворенность ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, шкала боли, шкала общего состояния здоровья, шкала жизненной активности, шкала ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и шкала психического здоровья. В меньшей степени снижены значения показатели функционирования, связанные с эмоциональным состоянием шкалы социального и физического функционирования. Следует отметить, что восприятие жизни как "наполненной смыслом" у ВИЧ-инфицированных наркоманов ниже, контрольной группы (табл. 2).

Таблица 2

Качества жизни больных героиновой наркомании у ВИЧ-инфицированных (основной) и контрольной группы

Критерии качества жизни	ГН (конт. гр.)	ГН+ВИЧ
Общее состояние здоровья	46,7±2,3	28,6±1,3
Физическая активность	70,9±3,9	62,1±3,4
Функционирование, связанное с физическим состоянием	48,9±2,7	41,4±2,1
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	44,3±2,4	47,4±2,8
Социальное функционирование	58,1±3,2	50,7±2,5
Интенсивность боли	36,7±3,1	28,8±1,3
Жизненная активность	36,6±2,9	29,0±1,3
Психическое здоровье	39,5±2,8	27,5±1,2

Примечание: достоверно по сравнению с контрольной группы **-P<0,01; ***-P<0,001

Больные, демонстрируют положительную динамику восприятия времени по большинству показателей от прошлого к настоящему с оптимистической оценкой перспектив, планами на будущее, мотивацией жизнедеятельности, эмоциональной насыщенностью жизни.

У ВИЧ инфицированных пациентов все чаще отмечается измененную чувствительность и толерантность к медикаментам, присоединяется соматическая патология, снижается иммунитет, обнаруживается нетипичная картина абстинентного синдрома, более тяжелый выход из состояния абстиненция и частые, по сравнению с другими пациентами, срывы (Табл.3).

Таблица 3

Сравнительные сроки срывов у больных

Рецидивы	ГН + ВИЧ-инфекция (n=32)		ГН (контрольная группа) (n=22)	
	абс.	%	абс.	%
После 10 дней	5	15,6	1	4,5
После 1 мес.	8	25,0	2	9,1
После 2 мес.	5	15,6	3	13,6
После 3 мес.	10	31,3	5	22,7

Обследованные инфицированные пациенты принимали любые неприятные ощущения в теле за признаки манифестации болезни и тяжело реагировали на обследование, считая это доказательством ее возникновения. В этих случаях возможно усугубление депрессивных, тревожных переживаний. Очень важно, что именно психическая дезадаптация у ВИЧ-инфицированных больных снижает мотивацию пациента к лечению и соответственно эффективность реабилитации. Эффективного метода лечения СПИДа нет, однако врачебная помощь может способствовать продлению жизни пациентов, а также улучшить качество жизни на период заболевания. Для этого необходимо коррекция медикаментозного лечения с иммуностимулирующей терапией.

Выводы:

1. Неврозоподобные расстройства в постабстинентном периоде героиновой наркоманией у ВИЧ-инфицированных проходят тяжелее.

2. Пациенты неблагополучно переносят лечение психотропными препаратами, необходимо комплексные методы фармакотерапии с широким привлечением методов психотерапии и иммунной коррекцией.

3. У больных героиновой наркомании с ВИЧ-инфекцией отмечаются ранние срывы и рецидивы в постабстинентном состоянии за счет трудно корригируемых неврозоподобных расстройств и психологического конфликта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Покровский В.В. Развитие эпидемии ВИЧ инфекции в России// Эпидемиол. и инфекц. Болезни. 2001. №1
2. Результаты ДЭН за ВИЧ инфекцией среди ПИН в плотных регионах Узбекистана за 2005 год. РЦ СПИД. ГФСТМ,СДС. 2006.
3. Тиммерман Л.Б. Психиатрия и СПИД //Социальная и клиническая психиатрия 2001.Т.11.
4. Улюкин И.М., Воронин Е.Е. ВИЧ-инфекция: психологические показатели на разных стадиях болезни // Журн. микроб. эпидемиол. и иммунобиол. 1999.№1
5. Donahy A., Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV-infection. AIDSLINE 2001.

Поступила 04.02. 2019

УДК: 616.5-071.7

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ДЕРМАТОГЛИФИК ТАДҚИҚОТЛАРНИ ЎТКАЗИШДА "КУЗИЕВ" ДАСТУРИЙ ТИЗИМИНИНГ АҲАМИЯТИ

О.Ж. Қўзиев, Б.Д. Эшонқулова, Ш.Ф. Ибрахимов, Н.С. Абдинабиева

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Илмий тадқиқот мақсади суд-тиббиёти амалиётида дермаглифика усулида шахс идентификациясини аниқлаш амаллиётини такомиллаштириш. Ушбу илмий тадқиқот асосини "Кузиев" дастури асосида 260 та ўз хохиши билан тадқиоқотга рози бўлган ўзбеклардир.

Бармоқ изларини таекшириш усули сифатида бармоқ тери релефини бўямасдан сканерлаш усули қўланилган. Ишлаб чиқилган усул бармоқлар дермаглификасиниг релеф ва турларини тўлиқ информациясини олиш имкониятини беради.

Калит сўзлар: суд тиббиёти амалиётида дерматоглифик тадқиқотларни ўтказишда "Кузиев" дастури, бармоқ излари, бармоқ тери релефини бўямасдан сканерлаш.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАМНО ПРОДУКЦИИ "КУЗИЕВ" ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО - МЕДИЦИНСКОЙ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

О.Ж. Кузиев, Б.Д. Эшонкулова, Ш.Ф. Ибрахимов, Н.С. Абдинабиева,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Целью научной работы было изложено создание практичной модификации для дерматоглифического анализа при идентификации личности в судебно-медицинской практике. Материалами исследования были собраны 260 добровольцев относящихся к Узбекской популяции и проанализированы отпечатки пальцев с помощью программы "Кузиев". Для сбора отпечатков было использовано бескрасочный метод сканирования. Разработанная дает полную информацию о видах и рельефах узоров пальцев.

Ключевые слова: анализотпечатки пальцев с помощью программы "Кузиев" в судебно-медицинской практике, отпечатки пальцев, метод сканирования.

SIGNIFICANCE OF PROGRAM PRODUCTION "KUZIYEV" IN CONSTUCTION FORENSIC DERMATOGLYFIC RESEARCH

O.Zh. Kuziev, B.D. Eshonkulova, Sh.F. Ibrahimov, N.S. Abdinabieva,

Tashkent Pediatric medical institute.

✓ ***Resume,***

The aim of research was set out to create a practical modification for dermatoglyphic analysis for identification in forensic practice. Research materials were collected by 260 volunteers belonging to the Uzbek population and analyzed fingerprints using the "Kuziev" . For the collection of prints were used a blind scan method. Developed program provides complete information about the kinds of patterns and reliefs fingers.

Key words: fingerprint analysis using the Kuziev program in forensic practice, fingerprints, scanning method.

Долзарблиги

Индивидуализация, индивидуаллаштиришга бирор воситага асосланган ҳолда, яъни вафот этган одамни муайян қариндошлик гуруҳига киритиш орқали эришиш мумкин. Экспертиза амалиёти тажрибасида бундай ёндашувдан қон гуруҳини текширишда ҳамда ўзакнинг (ядро) ирсий ва митохондриал ДНК сининг локусларини, шунингдек, қатор ташқи кўриниш аломатлари - кўзлар ранги, сочлар ранги ва шакли, қаттиқ танглай рельефи, тиш-жағ тизими белгиларини тадқиқ қилишда фойдаланилади [2].

Шунингдек, дерматоглифик (derma — тери, glypho — расм) аломатлар наслий детерминация қилинишини ҳам аниқлаб таъкидлади[3,4,5]. Булар ташқи аломатлар ичида тадқиқ қилиш учун янада қулай ҳисобланади, сабаби уларни кузатиш осон, классификация қилишда ҳам қийинчилик туғдирмайди ва бутун ҳаёти давомида бир хиллигича тураверади. Бироқ нақш аломатларини текшириш бошқа тадқиқотлардан фарқли равишда, масалан, қон гуруҳига ўхшаб, Мендель қонунларига қатъий мувофиқ олиб борилмайди, эмбриогенезнинг маҳаллий шарт-шароитлари шаклланаётган нақшга муҳим таъсир кўрсатади, улардан бир қисми эса тасодифийликни касб этади [1,4]. Бунинг натижаси ўлароқ, папилляр нақшларнинг фенотип ранг-баранглигининг фавқулодда юқорилиги кишини ҳайратда қолдиради.Тажрибалар, мурдаларни текшириш чоғи ҳамиша ҳам тожсимон қиррали териларнинг ҳар қандай жойидан из олиб бўлавермаслигини ҳамда бу қадар кўп сонли аломатларни текширишнинг имконияти йўқлигини кўрсатади [2,4,6]. Йўққа чиқарилган, аммо ташхис учун муҳим ҳисобланган параметрларни прогнозлаштиришга эҳтиёж юзага келади. Агар излар олинган тана қисмлари бўлакларга бўлиниб ташланган бўлса (портлашда жароҳатланиш, криминал бўлакланиш ва ш. к.), у ҳолда уларнинг жойлашишини ва бир инсонга

тегишли эканлигини аниқлаш масаласини қайта ишлаб чиқиш керак бўлади.

Дерматоглифик тадқиқотларни ўтказиш учун бармоқ андозаларини мурдалардан(мушак қотиши ривожланган) аниқ олиш усулининг қийинчилик туғдириши ва уларни таҳлил жараёнидаги техник саноқларни аниқ ўтказиш борасидаги қийинчиликлар ҳануз муаммолигича қолиб келмоқда[7].

Тадқиқот мақсади: Суд тиббиёти амалиётида бармоқларни дерматоглифик таҳлил қилишга мослаштирилган "Кузиев" дастурини имкониятларини ўрганиш.

Текширув объекти ва тадқиқот усуллари

Текширув обекти бўлиб Тошкент Педиатрия тиббиёт институти 4-курсида таҳсил олаётган ўзбек миллатига мансуб460 нафаркўнгиллиталабалар бармоқ андозалари таҳлил қилинди. Бармоқ андозалари солиштириш мақсадида бўёқсиз усуллардан фойдаланилди.

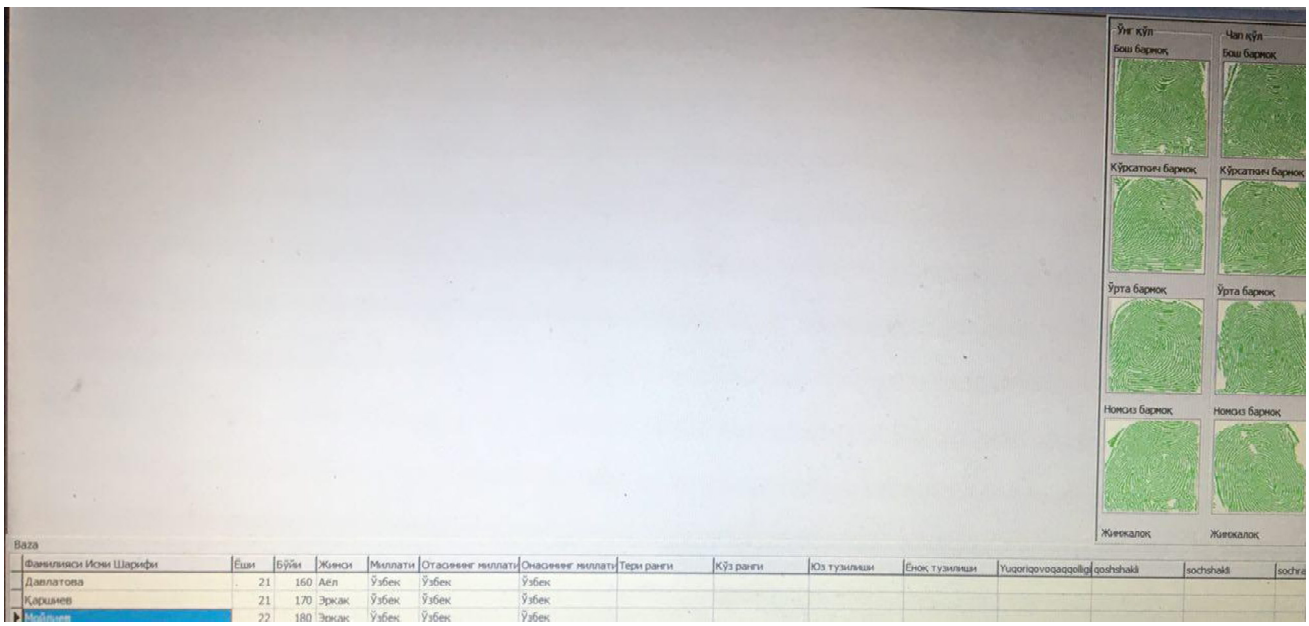
Тадқиқот натижалари

Бўёқсиз усулда олинган бармоқ андозалри "Қўзиев" дастурий тизимга жойланди.

Дастурий таъминот биринчи босқичда маълумотлар базасини шакиллантиради.Бунда текширилувчининг - фамиляси,исми,шарифи, маълум бўлган ҳолларда манзили, жинси, миллати каби барча маълумотлар киритилиши билан биргаликда ўнг ва чап қўл бармоқлари тегишли токчаларга жойлаштирилади[8](2-расм).

2-расм

Датурнинг кириш ойнаси кўриниши




```
 unitbaseunit;
interface
uses
SysUtils, Classes, DB, ADODB;

type
Tbase = class(TDataModule)
Inson: TADOQuery;
ulanish: TADOConnection;
InsonS: TDataSource;
Insonkod: TAutoIncField;
InsonFIO: TWideStringField;
InsonYoshi: TIntegerField;
InsonBuyi: TIntegerField;
InsonJinsi: TWideStringField;
InsonMillati: TwideStringField{ Private declarations }
public
{ Public declarations }
end;

var
base: Tbase;

implementation

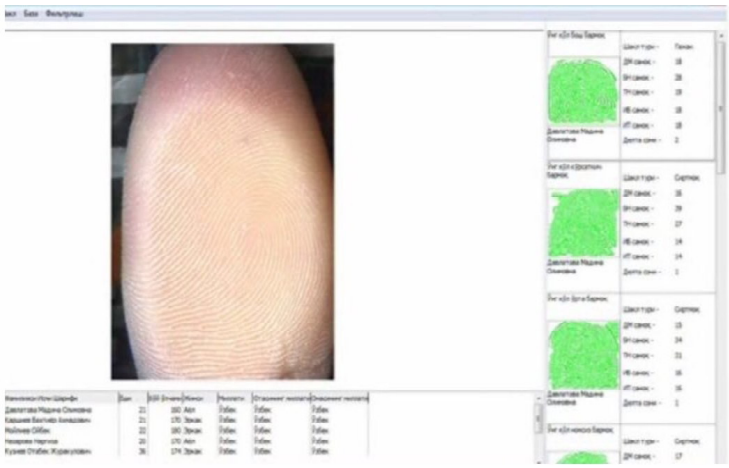
{$R *.dfm}

end.
```

Дастурнинг кейинги вазифаси олинган ранглиjpg тасвирни дастур ўқиши мумкин бўлган икки рангли тасвирга ўгиришдан иборат бўлади(3-расм).

3-расм

Рангли jpg форматдаги тасвирни кўриниши.



unitKuziev;

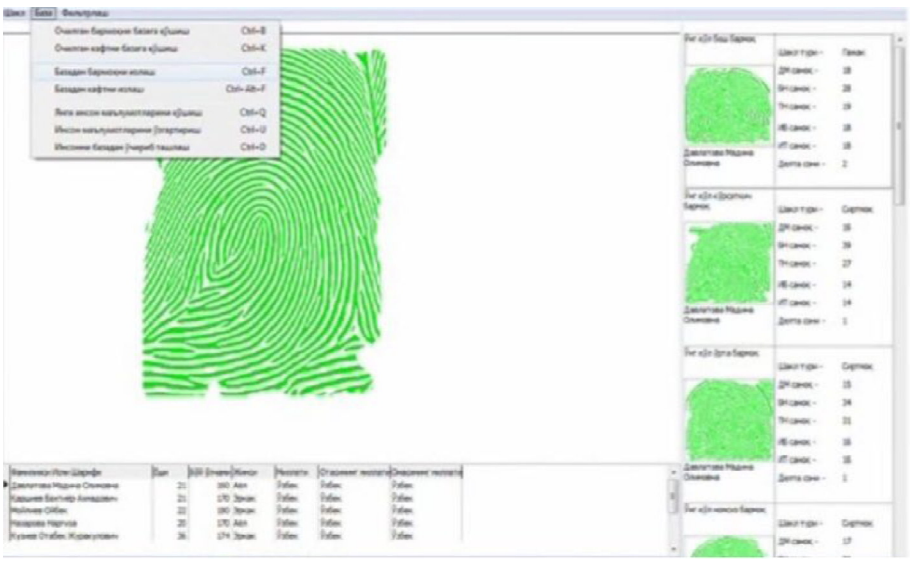
interface

uses
Windows, Messages, SysUtils, Variants, Classes, Graphics, Controls, Forms,
Dialogs, ExtCtrls, ActnList, Menus, ExtDlgs, StdCtrls, DBCtrls, Grids, DBGrids;

type
Tbkform = class(TForm)
Panel1: TPanel;
Panel2: TPanel;
ScrollBox1: TScrollBox;
Image1: TImage;
Image2: TImage;
OpenPictureDialog1: TOpenPictureDialog;
SavePictureDialog1: TSavePictureDialog;
MainMenu1: TMainMenu;
ActionList1: TActionList;
OchishAction: TAction;
SaqlashAction: TAction;
Surat1: TMenuItem;
Ochish1: TMenuItem;
Saqlash1: TMenuItem;
ScrollBox2: TScrollBox;
GroupBox1: TGroupBox;
DBGrid1: TDBGrid;
GroupBox2: TGroupBox;

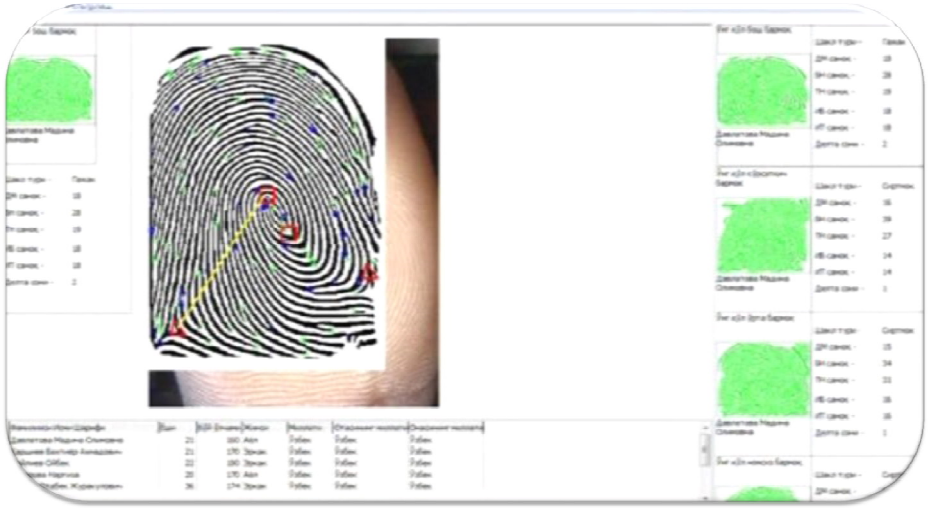
Қайта ишланган тасвир кўриниши 4-расмда ўз аксини топган.

4-расм



Дастурнинг асосий вазифаси таҳлил қилишдан иборат бўлиб бунда убармоқларлар нақшларидаги дельта ва марказларни автоматлашган ҳолда топиш(5-расм) ифодаланган:

5-расм



unitKuziev;

interface

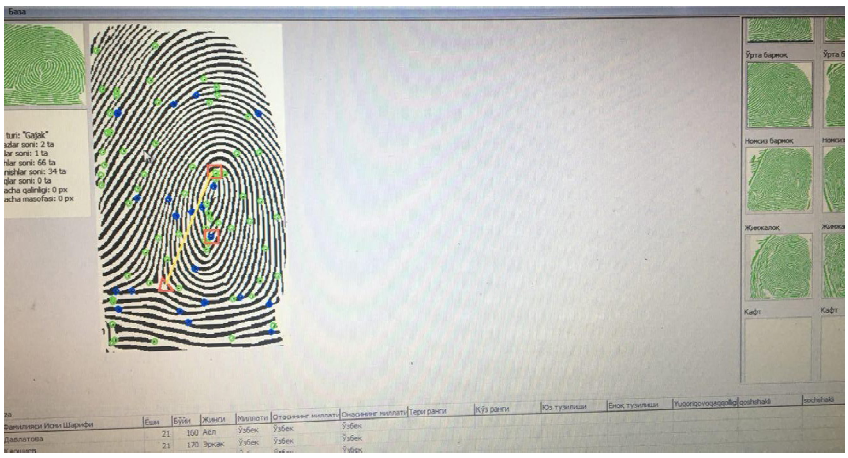
uses
Windows, Messages, SysUtils, Variants, Classes, Graphics, Controls, Forms,
Dialogs, ExtCtrls, ActnList, Menus, ExtDlgs, StdCtrls, DBCtrls, Grids, DBGrids;

type
Tbkform = class(TForm)
Panel1: TPanel;
Panel2: TPanel;
ScrollBox1: TScrollBox;
Image1: TImage;
Image2: TImage;
OpenPictureDialog1: TOpenPictureDialog;
SavePictureDialog1: TSavePictureDialog;
MainMenu1: TMainMenu;
ActionList1: TActionList;
OchishAction: TAction;
SaqlashAction: TAction;
Surat1: TMenuItem;
Ochish1: TMenuItem;
Saqlash1: TMenuItem;
ScrollBox2: TScrollBox;
GroupBox1: TGroupBox;
DBGrid1: TDBGrid;

Марказдан дельтагача бўлган чизиқларни санаш, бармоқлар нақшларидаги чизиқлар узилиши, иккиланиши, уланишлар сонини ҳисоблаш(7-расм).

7-расм

Папилляр чизиқлар саноғи.



N1: TMenuItem;
N2: TMenuItem;
uzgaraction: TAction;
N3: TMenuItem;
analizaction: TAction;
N4: TMenuItem;

```
 N5: TMenuItem;
uchirishaction: TAction;
 N6: TMenuItem;
procedureOchishActionExecute(Sender: TObject);
procedureSaqlashActionExecute(Sender: TObject);
procedureanaliz;
procedureremarkazdelta;
procedureshablonolish(x,y,sht:Integer);
procedureshumolish(x,y:Integer);

{ Private declarations }
public
{ Public declarations }

end;

var
bkform: Tbkform;
BMP:array[0..15000,1..15000,1..2] of integer;
markaz:array[1..5,1..2] of integer;
delta:array[1..4,1..2] of integer;
turi:integer;
urami:integer;
sh:integer;
chiziqsoni,qalinligi,orasi,uzilish,ikkilanish:integer;
implementation

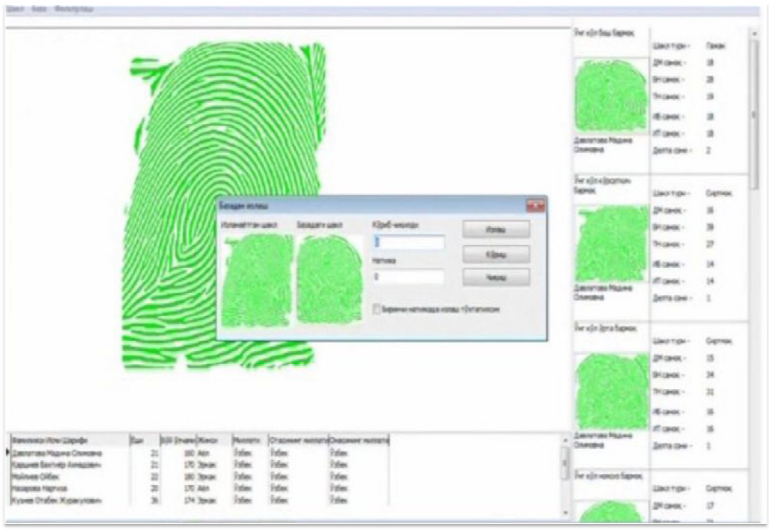
usesbaseunit, qushishunit;

{$R *.dfm}

procedureTbkform.analiz;
varx,y:integer;
begin
for x := 1 to 4 do
for y := 1 to 2 do begin
markaz[x,y]:=0;
delta[x,y]:=0;
end;
```

Муаян бармоқлар андозасини маълумотлар омборидаги мавжуд андозалар билан солиштириш ва ўхшашлик жиҳатларини таққослаш, маълумотлар омборидаги маълумотларни қулай ва тез излаб топиш ва уларни гуруҳий тақсимотини амалга ошириш, чизиқлар сони бўйича умумлаштирувчи ҳисоботлар яратиш(8-расм).

8-расм



Бармоқ андозаларини таққослаш.

```
markazdelta;

for x := 0 to Image1.Picture.Bitmap.Width do
for y := 0 to Image1.Picture.Bitmap.Height do begin
 Image2.Canvas.Pixels[x,y]:=BMP[x,y,1];
end;

analiznuqta;

for x := 1 to 4 do begin
ifmarkaz[x,1]>0 then begin
 Image2.Canvas.Brush.Style:=bsClear;
 Image2.Canvas.Pen.Color:=clRed;
 Image2.Canvas.Pen.Width:=3;
if x=1 then
 Image2.Canvas.Rectangle(markaz[x,1]-5,markaz[x,2]-
10,markaz[x,1]+15,markaz[x,2]+10) else
    Image2.Canvas.Rectangle(markaz[x,1],markaz[x,2]-
20,markaz[x,1]+20,markaz[x,2]);

    end;
    if delta[x,1]>0 then begin
     Image2.Canvas.Brush.Style:=bsClear;
     Image2.Canvas.Pen.Color:=clRed;
     Image2.Canvas.Pen.Width:=3;
    Image2.Canvas.MoveTo(delta[x,1]-5,delta[x,2]-10);
    Image2.Canvas.LineTo(delta[x,1]+10,delta[x,2]+10);
    Image2.Canvas.MoveTo(delta[x,1]-5,delta[x,2]-10);
    Image2.Canvas.LineTo(delta[x,1]-10,delta[x,2]+10);
    Image2.Canvas.MoveTo(delta[x,1]-10,delta[x,2]+10);
    Image2.Canvas.LineTo(delta[x,1]+10,delta[x,2]+10);
    end;

    end;
```

```
chiziqlar;
 Memo1.Clear;
Memo1.Lines.Add('Ochilganshaklbo‘yichatahlil');
Memo1.Lines.Add('');
ifmarkaz[2,1]>0 then begin
Memo1.Lines.Add('Shaklturi: "Gajak"');
Memo1.Lines.Add('Markazlarsoni: 2 ta');
if delta[2,1]>0 then
    Memo1.Lines.Add('Deltalarsoni: 2 ta') else
    if delta[1,1]>0 then
    Memo1.Lines.Add('Deltalarsoni: 1 ta') else
    Memo1.Lines.Add('O‘rtachamasofasi:
'+Inttostr(orasi)+' px');

    end;
```

Дастур олинган натижалар асосида бурдаланган мурдалар бармоқлар андозасини таҳлилига асосланган ҳолда уларнинг жинси, бўй узунлиги ва вазнини прогнозлашни имконини беради(1-жадвал).

1-жадвал

Бармоқ нақшларни ўнг ва чап қўллардаги жинсга боғлиқ кўрсаткичларини ўртача қиймати.

Нақш тури	Ўнг қўл		Чап қўл	
	Аёллар (n=120)	Эркаклар (n=340)	Аёллар (n=120)	Эркаклар (n=340)
A	8,5±0,4	-	9,4±0,6	-
A1	-	-	11,0±0,1	-
A2	8,5±0,4	-	4,8±0,4	-
A3	4,9±0,2	-	-	-
A4	7,6±0,3	-	6,4±0,2	-
L3	-	17,5±0,01	-	10,0±0,05
LR	5,9±0,5	7,4±0,3	-	14,7±0,2
LR1	7,0±0,5	10,4±0,1	5,1±0,5	12,5±0,01
LU	-	7,6±0,01	-	17,2±0,01
LU2	-	15,7±0,3	-	-
WR3	11,8±0,6	16,0±0,1	-	-
WU4	-	-	9,8±0,3	22,9±0,01
W1	15,7±0,4	12,8±0,01	15,0±0,5	17,1±0,1
W2	7,8±0,3	16,0±0,2	-	-
W5	-	9,2±0,01	-	17,3±0,01
W6	15,6±0,6	-	12,2±0,4	-

Тадқиқотларимиз натижасида қуйидаги хулосага келдик: "Кузиев" дастури суд тиббий амалиётида учрайдиган шахси номаълум мурдаларни ҳамда бурдаланган мурдаларни бармоқ андозасини таҳлилига асосланган ҳолда уларнинг жинси, бўй узунлиги ва вазнини прогнозлашни имконини беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Алпатов И.М., Звягин В.Н., Золотенкова Г.В. //Суд.-мед. эксперт. -2002. - №4.- С. 35-38.
2. Богданов И.Н. Изучение механизмов возникновения и развития нарушений эпилептического круга. //Журнал невропат, и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1999. - № 10. - С. 37-47.19.
3. Божченко А.П. Установление личности на основе генетического анализа дерматоглифических признаков пальцев рук: Автореф. дисс. □ кан. мед. наук. - М.,2000. - С. 24.39.
4. Звягин В.Н., Карина Н.В., Иванов Н.В., Компьютерное исследование черепно-лицевых размеров с помощью методики "количественного словесного портрета //Суд.-мед. эксперт. - 2000. - №1. - С. 19-23.
5. Звягин В.Ы., Шпак Л.Ю. Медико-антропологические аспекты дерматоглифики фаланг кисти //Судебно-медицинская экспертиза. - М., 2000. - Т. 43. - № 4. - С. 16-20.
6. Кузиев О.Ж., Хамдамов А.М. Дерматоглифика в судебной медицине. //Вестник врача. - Самарканд, 2011. - № 2. - С. 101-104
7. Патент № FAR 00802 на полезную модель "Устройство, для получения отпечатка опорной части конечности". Патентообладатель Кузиев О.Ж. Авторы: Искандаров А.И., Кузиев О.Ж., Хамдамов А.М., Рузиев Ш.И., Шаробитдинов З.Г., Абдазов Б.Б. Дата приоритета: 25.03.2012 /Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан - Ташкент, 2013.
8. № FAR 00802Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин "Программа "Кузиев" для анализа отпечатков пальцев". Патентообладатель Кузиев О.Ж. Дата приоритета: 12.03.2018 /Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан - Ташкент, 2018.

Поступила 20.02. 2019

УДК: 614-31:633.613.2

СОСТОЯНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

Манасова Г.М., Манасова И.С.

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме,***

Основной причиной эндемического зоба, или патологии щитовидной железы, является развитие дефицитных состояний, связанных с ограниченным поступлением йода с водой. Рост распространённости этих заболеваний привел к увеличению числа инвалидности населения. Поэтому важной задачей медицины является проведение профилактических мероприятий, организация проведения своевременного обследования с целью раннего выявление больных с эндемическим зобом и лечение до развития осложнений.

Ключевые слова: эндемический зоб, экология, урбанизация, анкета, регион.

ЭНДЕМИК БЎҚОҚ КАСАЛЛИК ҲОЛАТИ

Манасова Г.М., Манасова И.С.

Абу Али ибн сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Инсон саломатлиги учун сув ва хаводек зарур микроэлементлардан бири бу- йод моддаси бўлиб,қалқонсимон без фаолиятида мухим ўрин эгаллаб, организмда унинг етишмаслиги оқибатида ахоли ўртасида бўқоқ касалликлари кўпайишига олиб келади. Бу касаллик ва унинг асоратлари тиббиёт ходимларини ташвишга солаётган долзарб муаммолардан бири бўлиб профилактик чора тадбирларни ўтқазиш вазифасидир.

Калит сўзлар: эндемик бўқоқ, экология, урбанизация, анкета, регион.

CONDITION OF ENDEMIC GOITER

Manasova G.M., Manasova I.S.

Bukhara State Medical Institutenamed after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume,***

One of the essential ingredients for human health and water is the essential ingredient of thyroid gland, which, due to its deficiency in the body, leads to increased liver disease. This disease and its complications are one of the most urgent problems facing healthcare workers - the task of preventive measures.

Key words: endemic goiter, ecology, urbanization, questionnaire, region

Актуальность

Эндемический зоб у взрослых и детей является одной из актуальных проблем современного здравоохранения[1]. Практически во всех регионах мира число больных неуклонно растёт, удваиваясь каждые три десятилетия[3]. В последние годы проблема эндемического зоба приняла угрожающий характер[2]. Урбанизация и изменение экологии и условия труда многократно увеличили заболеваемость[4]. В последние десятилетия отмечается заметное оживление интереса врачей различных специальностей к проблеме эндемического зоба[7]. Это связано, в первую очередь, с увеличением частоты эндемического зоба, как среди взрослого, так и среди детского контингента[5]. Кроме того, его осложнения характеризуются изменениями практически всех органов и систем, что ухудшает качество жизни и уменьшает продолжительность жизни[6,9]. Согласно современным представлениям, эндемический зоб - это хроническое, многофакторное заболевание, проявляющееся гормональными изменениями ткани, которое припрогрессирующимтечении осложняется нарушением функции различных органов и систем[8].

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучения распространения и факторов риска эндемического зоба, разработка научно-обоснованных профилактические меры по снижению заболеваемости.

Материал и методы

Исследование проводилось в поликлинике города. Объектом исследования были дети с 7 до 16 лет и взрослые в возрасте 18-40 лет, 40-60 лети старше 60 лет пострадавшие эндемическим зобом. Основу клинического материала составили результаты, проходящего медицинский осмотр населения, проживающего на территории поликлиники, а также медицинские карты 200 пациентов с диагнозом эндемический зоб. Также нами было изучено анкеты - вопросникпо оценке медико-социального состояния пациентов с диагнозом эндемический зоб состоящих на диспансерном учете в поликлиниках города.

Методами исследования служили:

1. Клинико-лабораторные и гормональные исследования.
2. Социологические методы исследования.

На основании специально разработанной анкеты - вопросника по оценке медико-социального состояния пациентов с сахарным диабетом. Анкета состоит из 4 пунктов, где имеются общие сведения, оценка условий и образа жизни, оценка факторов риска, приводящие к развитиюэндемического зоба, режим и характер питания.

3. Эпидемиологические:

- на основании корреляционного анализа показателей факторов риска, способствующих развитию сахарного диабета населения города Бухары.

4. Статистические:

- на основании статистической обработки полученных данных и корреляционного анализа.

5. Общеклиническая диагностика.

Результат и обсуждений

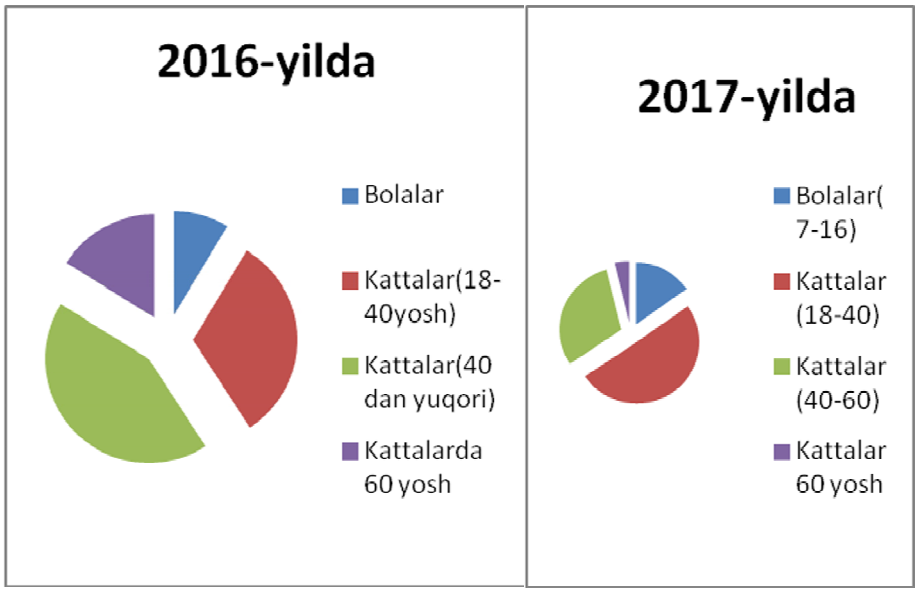
Результаты медицинского осмотра и клинико-лабораторных данных показали, в 2016 году выявлены 1670 больные с диагнозом эндемический зоб, из них 8 % детский контингент, взрослые 18-40 лет составляли 52 %, 40-60 лет 20% остальные более 60 лет. В 2017 году заболеваемость эндемическим зобом достигло до 2120 больных. Анализ распределения обследованных по возрасту показала, что заболеваемость эндемическим зобом в возрасте от 7-16 лет 9,5%, 18-40 лет составляла 56%, 40- 60 лет и старше 29-30%.

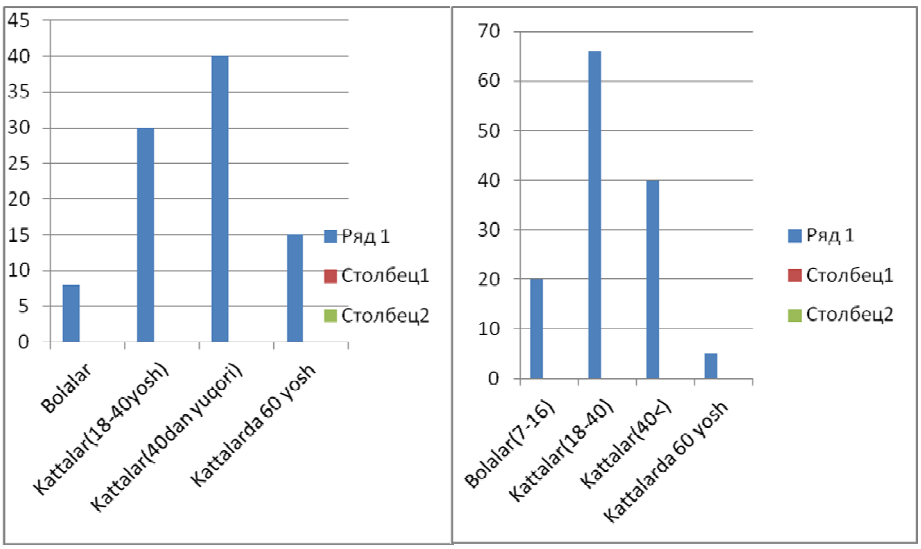
С целью выяснения причины роста больных с диагнозом эндемического зоба, проживающих на территории поликлиники нами было проведено анкетирование 100 взрослых больных, взятых на учет в поликлиниках города. Распределение материала по полу показало, что 25% больных были мужского пола, 75% женского пола.

Общее распределение больных по социальному происхождению показало, что малообеспеченная семья в неблагополучных условиях жизни - 16, средне обеспеченная семья нормальных условиях- 31, обеспеченная семья благополучных условиях жизни составляло 53 больных.

Изучение состояния питания больных выявило что, 27 (27%) больных соблюдали режим питания, 32 (32%) соблюдали режим питания иногда, и 41 (41%) больных не соблюдали режим питания.

Изучение характера питания больных эндемическим зобом 28 (28%) в избыточном количестве употребляли мучные продукты, 32 (32%) - чрезмерно употребляли пряности и сладости, 16 (16%) - часто употребляли жареные блюда, 11 (11%) недостаточно питались фруктами, 13 (13%) недостаточном количестве употребляли овощи. Согласно опросу 1 (1%) больные регулярно употребляли кофе и имели однообразный характер питания, 23 (23%) разнообразное, 55 (55%) диетическое, 16 (16%) не имели возможность употреблять морских продуктов, 5 (5%) больные с диагнозом эндемический зоб употребляли печенное и жирное питание.





Из всех обследованных только 10% больных не имели гигиенических знаний. Анкетирование больных с эндемическим зобом, у 60% больных родственники состояли на "Д" учете.

Вывод

Таким образом, распространенность и рост заболеваемости эндемическим зобом, из анализа выше указанных данных выяснилось, что основной причиной заболевания являются социально-бытовые факторы (мало обеспеченность, низкие санитарно-бытовые условия) и нерациональное питание. Диабет, как самостоятельное заболевание, так и как фактор риска многих неинфекционных заболеваний, на протяжении последних десятилетий является важной социально-экономической проблемой для многих стран, в том числе и для Узбекистана. С целью улучшения условия жизни населениярекомендуем: научно-обоснованные профилактические меры по снижению заболеваемости:

-общеоздоровительные мероприятия, улучшение условий проживания и труда населения. Немаловажное значение имеет качество питьевой воды, улучшение источников водоснабжения.

- употреблениеследующих продуктов:

о морской рыбы (сельдь, треска, камбала, палтус, тунец, морской окунь, лосось);

о животные жиры (молоко, яичные желтки, масло, говядина в отварном или рубленом виде);

о морская капуста;

о овощи (морковь, картофель, чеснок, свекла, редис, лук, помидоры);

о фрукты и ягоды (бананы, виноград, дыня, ананасы, клубника, хурма, яблоки, лесная земляника, цитрусовые);

о отварные каши и макаронные изделия;

о отвар шиповника, овощным и фруктовые соки, дрожжевой напиток, отвар пшеничных отрубей;

о варенье, мед; растительное масло.

Йодированная соль получается путем добавления в обычную йодистого калия, для хранения нужно использовать посуду, которая плотно закрывается (в противном случае йод может выветриться, а с ним и вся польза). Особенно важно проводить профилактику зоба в детском возрасте, так до 12 лет наблюдается физиологическая гиперплазия щитовидки, что может стать началом заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Майкл Т. Секреты эндокринологии - Майкл Т. МакДермотт - Учебное пособие, 2003.
2. Исаев Г.А. и др. Особенности морфологических изменений тимуса при сепсисе у новорожденных //Журнал "Новый день в медицине" 4 (12) 2015 стр15-16.
3. Онищенко Г. Г. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации: извлечение из государственных докладов за 2000-2007 гг. С 120-132.
4. Штенберг А. И., Окорокова Ю. И. Значение фактора питания в развитии эндемического зоба. М. : Медицина, 1998. С 65-68.
5. Штенберг А. И., Еремин Ю. Н. Роль питания в профилактике эндемического зоба. М. : Медицина, 2000. С 90-92.
6. А.М.Чередниченко, Т.Л. Савинова, Малямова Роль семьи в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с хеликобактериозом. Общая врачебная практика. -2004. -№2.С.18-22.
7. Кибер Ленинка: https://cyberleninka.ru/article/n/pitanie-i-endemicheskiy-zob-itogi-sobstvennyh-issledovaniy
8. Guthikonda S, Sinkey C, Barenz T, etal. Xanthine oxidase inhibition reverses endothelial dysfunction in heavy smokers. Cirkularion.2003; 107; 416-21.
9. Поликлинические отчетные данные.

Поступила 12.03. 2019

УДК 616.831-002-022

СЛОЖНОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА

Мартынов В.А., Агеева К.А., Карасева Е.А., Жданович Л.Г., Гусейнова Н.Р., Панин И.В.

ФГБОУ ВО "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Минздрава России, г. Рязань, Россия.

✓ ***Резюме,***

Представлен клинический случай тяжелого течения энцефалита неясной этиологии у пациента, вернувшегося из Таиланда. Представлена динамика развития заболевания и лабораторных показателей, а также показана МРТ картина выявленных изменений в головном мозге.

Ключевые слова: энцефалит, японский энцефалит, энцефалопатия.

ЭНЦИФОЛИТНИ ЭТИОЛОГИК ТАСҲИСЛАШ МУРАККАБЛИГИ

Мартынов В.А., Агеева К.А., Карасева Е.А., Жданович Л.Г., Гусейнова Н.Р., Панин И.В.

Академик И.П. Павлов номидаги Рязан давлат тиббиёт академияси Россия, Рязан шаҳри.

✓ ***Резюме,***

Тайланддан қайтиб келган оғир энцефолит билан касалланган бемор касаллик клиник кечиш жараёни ёритилган. Бош миядаги МТР ўзгаришлари касаллик ривожланиш жараёни ва лабаратор таҳлиллари динамикасида кўрсатилган.

Калит сўзлар: энцефалит, япон энцефалити, энцефалопатия.

DIFFICULTIES OF ETIOLOGICAL DIAGNOSTICS OF ENCEPHALITIS

Martynov V.A., Ageeva K.A., Karaseva E.A., Zhdanovich L.G., Guseinova N.R., Panin I.V.

Ryazan state medical university, Ryazan, Russia.

✓ ***Resume,***

A clinical case of severe encephalitis of unknown etiology in a patient returning from Thailand is presented. The dynamics of the development of the disease and laboratory parameters are presented, as well as an MRI picture of the detected changes in the brain is shown.

Key words: encephalitis, Japanese encephalitis, encephalopathy.

Актуальность

В настоящее время проблема энцефалита в практике врача сохраняет огромное значение. По данным ВОЗ заболеваемость энцефалитами составляет 7-9 случаев на 100 000 населения, из них в этиологической структуре на долю вирусов приходится до 80-89%, остальные 10-11% составляют другие инфекционные агенты [4, 6].

Даже опытные врачи часто не уверены в причине заболевания, соответствующей терапии и прогнозе пациента с клиникой энцефалита. Несмотря на наличие современных методов обследования, этиология 30-62% энцефалитов остается неуточненной [2, 5].

Проблемы диагностики и верификации возбудителя на раннем этапе представляют определенные трудности ведения пациентов с подозрением на энцефалит. В связи с чем, демонстрируем вам клиническое наблюдение больного с энцефалитом неясной этиологии.

Цель: демонстрация клинического наблюдении больного с энцефалитом неясной этиологии в динамике клинико-лабараторного и инструментального диагностики и лечения.

Результат и обсуждения

Пациент Т., 62 лет, поступил в инфекционное отделение (АРО) в тяжелом состоянии на 3ий день болезни, с нарушением ориентировки во времени и пространстве, в связи с чем четких жалоб выявить не удалось. Со слов родственников больной заболел 3 дня назад в Таиланде, перед отлетом домой, 15.12.17 когда возникли слабость, мышечные боли. Принял тилорон парацетамол. По возвращению домой 16.12.17 отмечал озноб, Т 38,5 С, присоединилась многократная рвота, жидкий стул. Вечером принял озельтамивир 75 мг, парацетамол - без эффекта. Была заподозрена острая кишечная инфекция: 17.12.17 амбулаторно в/в капельно солевые растворы около 800 мл, ципрофлоксацин 500 мг однократно внутрь, жаропонижающие. К вечеру присоединились спутанность сознания, тремор конечностей, дезориентация, дизартрия. В связи с отсутствием положительной динамики был доставлен в инфекционное отделение городской больницы.

Известно, что в Таиланде больной употреблял в пищу термически обработанные грибы местного производства, в день отъезда ел лобстеры. Аллергологический анамнез без особенностей. Семейный анамнез не отягощен. Ведет активный образ жизни. Вредные привычки отрицает.

Объективно: при поступлении температура 37,10С. Состояние тяжелое, сознание спутано. Ригидность мышц затылка - 2 поперечных пальца. Симптом Кернига положительный. Отмечается тремор верхних конечностей, гипертонус. Кожные покровы смуглые (загар). Сыпи нет. Периферические ЛУ не увеличены. В

легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-20 в мин. SpO2-97%. Тоны сердца приглушены. АД 130/80 мм рт ст, ЧСС 88 уд в мин. Язык обложен налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез по катетеру достаточный. Был поставлен диагноз: Острая кишечная инфекция, тяжелая форма, гастроэнтероколитический вариант, неуточненной этиологии, тяжелое течение, осложненная энцефалопатией смешанного генеза (дисциркуляторная + инфекционно-токсическая) Менингоэнцефалит? Пищевое отравление?

При лабораторном обследовании в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови - значительное повышение трансаминаз (АЛТ -2879 ЕД/л, АСТ - 3022 ЕД/л) при норме до 32 ЕД/л, повышение креатинина и мочевины - 112 мкмоль/л и 10,6 ммоль/л, соответственно, при нормах до 97 мкмоль/л и 7,2 ммоль. Учитывая повышение печеночных ферментов, был заподозрен вирусный гепатит. Однако, 18.12.17 ИФА сыворотки крови на антитела к гепатитам A,B,C,E отрицательный.

Проведена люмбальная пункция: в ликворе цитоз 3 кл/мкл, 100% лимфоциты, пленка не выпала, глюкоза 3 ммоль/л, хлориды - 1.22 г/л. При осмотре неврологом и офтальмологом, данных за острое нарушение мозгового кровообращения не получено, застойные явления на глазном дне отсутствуют.

Проведено исследование крови на малярию - малярийный плазмодий не выявлен. Больному была назначена активная антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, регидратационная, гепатопротекторная, противоотечная терапия, витаминотерапия, антипротеолитическая терапия. На фоне лечения состояние стабильно тяжелое, выражены общемозговые явления при нормализации лабораторных показателей. На МРТ от 19.12.17 МР картина мультифокального поражения вещества головного мозга с вовлечением в процесс таламусов, мозжечка, ствола головного мозга и белого вещества правой теменной доли (изменения необходимо дифференцировать между нейродегенеративным заболеванием, прионными заболеваниями и нейроинфекцией). Немногочисленные очаговые изменения головного мозга дистрофического характера [Рисунок 1]. Ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии, учитывая данные МРТ, заподозрены геморрагическая лихорадка неясной этиологии с поражением вещества головного мозга и японский энцефалит?.

Методом ПЦР были получены отрицательные результаты на вирус лихорадки Данге, Западного Нила, Зика, Крымской геморрагической лихорадки. ПЦР сыворотки крови на вирус японского энцефалита, ввиду отсутствия возможностей лабораторной диагностики, не проводилась, в связи с чем японский энцефалит не исключен.

20.12.17 проведена повторная люмбальная пункция: в СМЖ цитоз 40 кл/мкл, 100% лимфоциты, белок 0,914 г/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

На ЭЭГ от 20.12.17 - очаг аномальной активности из стволовых структур с элементами эпиподобного характера с акцентом в лобных отделах. Знаки эпиактивности из стволовых структур. Дисфункция диэнцефальных структур. Фоточувствительность. Выраженные

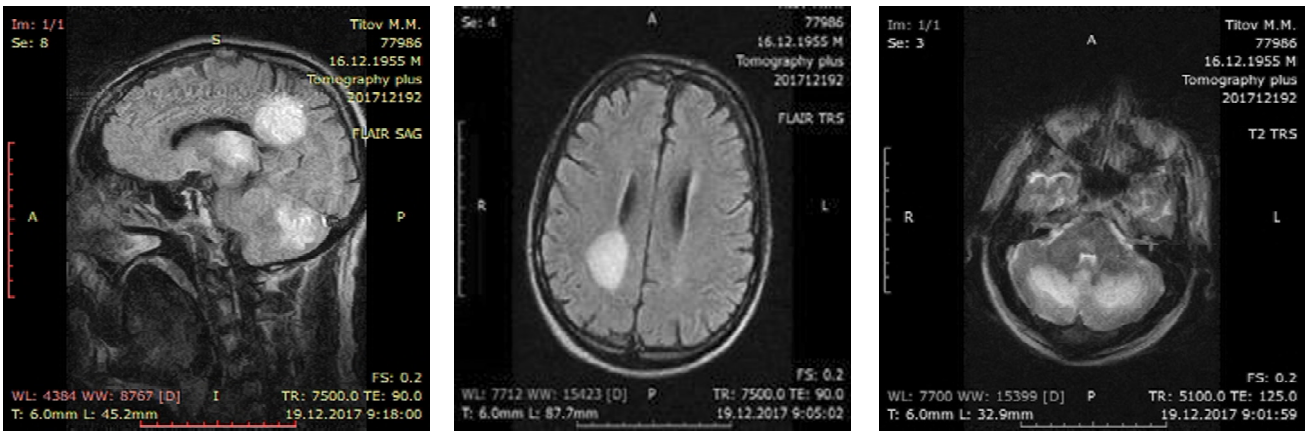


Рисунок 1 МР картина мультифокального поражения вещества головного мозга с вовлечением в процесс таламусов, мозжечка, ствола головного мозга и белого вещества правой теменной доли

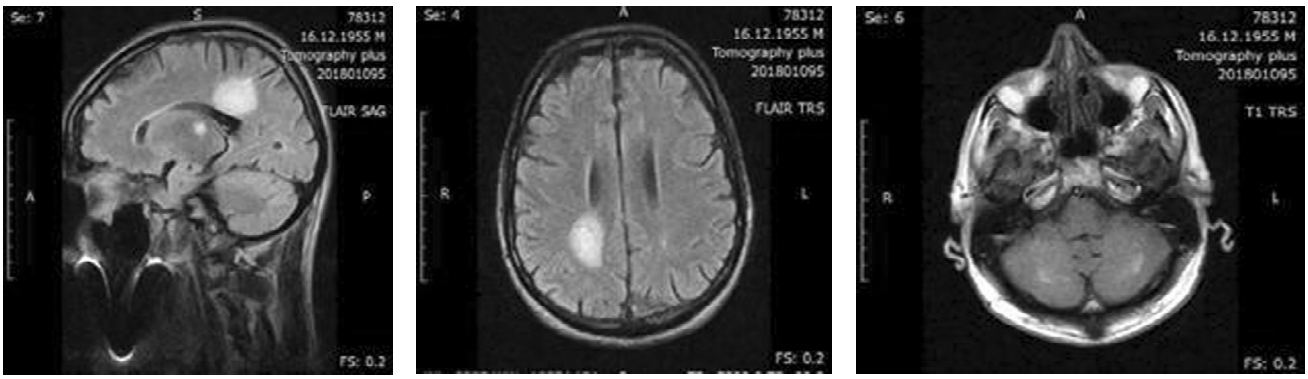


Рисунок 2 МР картина уменьшения размеров поражения вещества головного мозга

изменения биоэлектрической активности головного мозга.

24.12.17 были получены отрицательные результаты ИФА сыворотки крови на возбудителя клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза. Мазки на вирусы респираторной группы, в том числе на H1N1sw09, от 24.12.17 отрицательные.

Были получены отрицательные результаты бак посева кала, РНГА с сальмонеллезным, дизентерийным диагностикумом в динамике, что исключало наличие острой кишечной инфекции. Поставлен диагноз: Острая энцефалопатия смешанного генеза неуточненной этиологии, тяжелое течение. На 20 день на фоне сохраняющейся патогенетической и симптоматической терапии отмечается положительная динамика, уменьшение общемозговой симптоматики. Больной ориентирован в своей личности полностью, в пространстве и времени частично. Гемодинамика стабильна, нормализовались биохимические показатели.

На МРТ от 09.01.17 отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров выявленных очагов в правой теменной доли, таламусах, мозжечке и стволе с признаками нейротоксических и геморрагических изменений в них [рисунок 2].

10.01.2018 больной был переведен на восстановительное лечение в терапевтическое отделение, был выписан на амбулаторное долечивание к неврологу по месту жительства с положительной динамикой с рекомендацией продолжить активную нейропротекторную терапию и витаминотерапию. При диспансерном наблюдении выяснено, что через 8 недель активного периода реабилитации все неврологические синдромы регрессировали, и пациент полностью восстановил работоспособность.

Данное клиническое наблюдение показывает сложность диагностики энцефалита и мы не исключаем у пациента Японский энцефалит, который распространен в странах Восточной и Юго-Восточной Азии (Япония, Корея, Китай, Тайвань, Филиппины, Таиланд и др.), а также Южной Азии [1]. Подобный случай описан Петровой И.С. и др. в 2014 году с лабораторным подтверждением ЯЭ [3].

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует актуальность проблемы дифференциальной диагностики энцефалитов, которые определяются схожей симптоматикой, тяжестью течения и развитием осложнений заболевания. В настоящее время, в связи с развитием туризма, встречается все больше случаев привозного вирусного энцефалита, что требует более тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, знания дифференциальной диагностики с группой инфекционных и неврологических заболеваний и возможностей лабораторной диагностики, ведь энцефалит имеет множество причин, которые у большинства пациентов остаются неизвестными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т./ Н.Д.Ющук, Ю.А.Венгеров.- 4-е изд., перераб. И доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа,2016.- Т.2. - 592-350с
2. Львов Д.К., Дерябин П.Г. Японский энцефалит. В кн.: Львов Д.К., ред. Руководство по вирусологии "Вирусы и вирусные инфекции человека и животных". М.: Медицинское информационное агенство; 2013: 719-21.
3. Петрова И.С., Муравьев О.Б., Кузьменко Т.Н., Сайфуллин М.А., Бойцов П.В., Ларичев В.Ф., Акиншина Ю.А., Бутенко А.М. Завозной случай японского энцефалита у российского туриста (2014). Эпидемиология и инфекционные болезни, Т. 19, № 4, 2014. С.60-62.
4. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению вирусных энцефалитов у детей.- 2013
5. Halstead S.B. Japanese encephalitis. In: Artenstein A.W., ed. Vaccines: a Biography. New York: Springer; 2010: 317-34.
6. Tunkel A.R., Glaser C.A., Bloch K.C., et al. The management of encephalitis: Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2008; 47:303-27.

Поступила 04.03. 2019

УДК: 616.348-072.1:681.31

ВОЗМОЖНОСТИ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Н.Н. Назаров, Э.А. Якубов, Ф.А.Отамурадов, А.Я.Маркаев, Н.Ш. Абидов

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В статье представлены возможности виртуальной колоноскопии (ВКС) в диагностике воспалительных изменений и аномалий развития толстой кишки у детей и сравнение полученных результатов с оптической колоноскопией и ирригографией. Отражены технические требования, вопросы подготовки, методика проведения ВКС у детей. Представлена семиотика выявленной патологии толстой кишки по данным ВКС.

Ключевые слова: виртуальная колоноскопия, дети, толстая кишка

БОЛАЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК ПАТОЛОГИЯЛАРИ ТАШХИСОТИДА ВИРТУАЛ КОЛОНОСКОПИЯ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Н.Н. Назаров, Э.А. Якубов, Ф.А.Отамурадов, А.Я.Маркаев, Н.Ш. Абидов

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу мақолада йўғон ичак туғма ва ортирилган касалликлари диагностикасида виртуал колоноскопия (ВКС) афзалликлари ва унинг бошқа текширув усуллари (фиброколоноскопия ва контраст ирригография) билан қиёсий диагностикаси келтирилган. Болаларда ВКС текширувни техник ўтқазиш қоидалари хақида маълумот берилган. Аниқланган касалликлар таснифи тўлиқ келтирилган.

Калит сўзлар: виртуальная колоноскопия, болалар, йўғон ичак.

OPPORTUNITIES OF VIRTUAL COLONOSCOPY IN DIAGNOSIS IN PATIENTS OF THICK INTESTINES IN CHILDREN

N.N. Nazarov, E.A. Yakubov, F.A. Otamuradov, A.Ya. Markaev, N.Sh. Abidov

Tashkent pediatric medical institute.

✓ ***Resume,***

Application of virtual colonoscopy (VC) to diagnostics of malformation and inflammatory changes in the colon is discussed. The results are compared with those of optical colonoscopy and irrigography. Technical details of the method and preparation of children for VC examination are described. Semiotics of colonic pathology diagnosed by VC is discussed.

Key words: virtual colonoscopy, children, colon.

Актуальность

В последнее время отмечается увеличение частоты встречаемости врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, в частности толстой кишки. К таким порокам относятся мегадолихосигма, долихоколон, болезнь Гиршпрунга, синдром Пайра, наследственный полипоз, дивертикулез, различные виды атрезий аноректальной области толстой кишки и др. [2,9]. Воспалительные заболевания кишечника также достаточно часто встречаются у детей и представляют собой одну из самых сложных проблем детской гастроэнтерологии с точки зрения диагностики и лечения [5]. Трудности своевременной диагностики и лечения колитов обусловлены смещением дебюта в более ранний возраст, появлением тяжелых форм, учащением внекишечных проявлений, а также ранней инвалидизацией пациентов [3,6]. Для диагностики патологии толстой кишки из инструментальных методов используются фиброколоноскопия и ирригоскопия, которые не всегда отвечают на поставленные клиницистами вопросы [7,10]. Фиброколоноскопия у детей раннего возраста требует выполнения анестезии и может вызвать осложнения и обусловить тяжелую психологическую травму у ребенка [8]. Ирригография имеет сравнительно высокую лучевую нагрузку [1], не позволяет провести эндоскопический осмотр слизистой, оценить состояние стенки толстой кишки.

В последнее десятилетие появился новый метод исследования толстой кишки - виртуальная колоноскопия (ВКС). Метод ВКС основан на обработке аксиальных срезов с помощью специализированного программного обеспечения мультиспирального компьютерного томографа путем визуализации просвета толстой кишки среди окружающих мягких тканей. ВКС позволяет получать трехмерные и плоскостные изображения толстой кишки с возможностью осмотра поверхности слизистой кишки в различных вариантах [4]. За рубежом ВКС достаточно широко используется даже для проведения скрининга патологии толстой кишки у взрослого населения [6]. Однако публикации о применении ВКС в диагностике патологии толстой кишки у детей в мировой практике единичны [11, 12].

Цель работы: определение диагностических возможностей метода виртуальной колоноскопии (ВКС) при патологии толстой кишки у детей.

Материал и методы

В исследование были включены 88 пациентов в возрасте от 2 до 14 лет с различной патологией толстой кишки. Среди них было 48 (55,8%) мальчиков и 40 (44,2%) девочек. Подготовку пациентов к исследованию проводили с полным очищением толстой кишки путем постановки клизм ("до чистой воды"). Накануне перед исследованием, обеденный прием пищи осуществлялся не позже 13 ч, вечером накануне и утром в день исследования рекомендовалось исключить прием пищи. Для очищения кишки использовали очистительную клизму или прием слабительных. В первом случае после приема касторового масла выполняли 2-3 очистительных клизмы (в 20 ч) водой комнатной температуры в объеме из расчета 100 мл воды на 1 год жизни (детям до 15 лет). Касторовое масло применялось в следующей дозировке: 1 столовая ложка для пациентов в возрасте до 8 лет и 2-3 столовые ложки для детей старше 8 лет в зависимости от массы тела и склонности к запорам. Утром, не позднее чем за 3 ч до исследования, выполняли еще 2-3 клизмы [10].

При подготовке к ВКС с помощью слабительных детям в возрасте до 15 лет давали дюфалак по возрастной дозировке. Для пациентов старше 15 лет в качестве слабительного назначали Фортранс - изоосмотический раствор полиэтиленгликоля и электролитов. Препарат Фортранс применяли из расчета 1 пакетик препарата (74 г порошка) на 20 кг массы тела пациента. Вне зависимости от вида использованного слабительного средства утром в день исследования (не позже чем за 3 ч до процедуры) осуществлялась постановка 1-2 клизм. С помощью клизм было подготовлено 37 (74%) детей, с помощью слабительных препаратов - 13 (36%) детей.

ВКС предполагает предварительное раздувание толстой кишки смесью газов (воздух и углекислый газ), которые подаются аппаратом Боброва через прямую кишку под давлением 20-40 мм рт. ст. в объеме до 1-1,5 л. Исследование проводили в отделении компьютерной томографии клинической больницы №1 МСО РУз на компьютерном томографе Brilliance 64фирмы Philips при следующих параметрах: экспозиция - 50-250 мАс, напряжение на трубке - 90-120 кВ, толщина среза -1,5 мм. Исследование выполняли в положении больного на спине или животе. Лучевая нагрузка на одного пациента, в среднем, составляла 1,2 мЗв. Пост процессорную обработку полученных аксиальных срезов дополняли программой виртуальной колоноскопии: двухмерными многоплоскостными реконструкциями, трехмерными реконструкциями слепка толстой кишки, трехмерными внутриполостными реконструкциями с построением эндоскопического окна; программой измерения плотностных характеристик внутриполостных образований.

Результат и обсуждение

Все исследования толстой кишки методом ВКС прошли без осложнений. Интерпретация полученных данных при ВКС начиналась с оценки паренхиматозных органов брюшной полости в условиях нативного исследования на основании аксиальных срезов и мультиплоскостных реформаций. В протоколе исследования отмечалось наличие изменений со стороны печени, желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы, селезенки, надпочечников, почек, указывались состояние забрюшинных лимфатических узлов, наличие свободной жидкости в плевральных и брюшной полостях, изменения костной системы. Затем оценивали состояние толстой кишки. Начинали с трехмерного слепка. Угол обзора при оценке слепка толстой кишки может составлять от 0 до 360˚. При этом определяли форму кишки, ее расположение, контур, гаустрацию, ширину просвета на всем протяжении, наличие деформаций контура, стенозов, дивертикулов, качество подготовки к исследованию. От качества очищения толстой кишки зависит результативность ВКС. Резидуальное содержимое может симулировать полиповидные образования, затруднять раздувание кишки. Трехмерный слепок просвета толстой кишки позволял выявить цекоиле- альный рефлюкс, дивертикулы, признаки хронического воспаления, аномалии развития (долихосигма, долихоколон, синдром Пайра, болезнь Гиршпрунга). Далее проводили виртуальный эндоскопический осмотр просвета толстой кишки по ходу центральной линии. При эндоскопическом осмотре оценивали внутреннюю поверхность толстой кишки: характер складок, сужений просвета, наличие объемных образований, ножек дивертикулов, изменение рельефа слизистой в виде "булыжной мостовой", сглаженность рельефа. Характеристики программного обеспечения рабочей станции позволяли установить размеры образований внутри просвета толстой кишки в 3 плоскостях, оценить КТ-плотность, структуру, наличие инвазии в стенку, что в конечном итоге обеспечивало возможность отдифференцировать резидуальное содержимое от новообразований, выявить признаки злокачественного роста. На аксиальных срезах и мультиплоскостных реформациях проводили измерение и оценку толщины стенки кишки, состояния околокишечных тканей и лимфатических узлов.

Результаты ВКС сопоставляли с данными ирригографии и фиброколоноскопии, проведенными ранее.

У 4 (4,5%) пациентов из 88 обследованных патологических изменений не было выявлено. ВКС данные соответствовали возрастным показателям. Распределение патологических изменений у остальных 84 (95,5%) пациентов было следующим. Мегаколон был выявлен у 26 (31%) пациентов из 84. Удлинение толстой кишки (долихоколон) выявлено у 52 (62%) пациентов. Чаще наблюдалось изолированное удлинение сигмовидной кишки с формированием дополнительных петель (долихосигма) - выявлено у 4 (4,7%) пациентов. Субтотальный мегадолихоколон выявлен у 2 (2,3%) пациентов.

У 8 (9,5%) пациентов выявлено нарушение фиксации толстой кишки в виде общего колоноптоза - у 12 (14,3%) и синдрома Пайра - у 7 (8,3%) пациентов. У 2 (5%) пациентов выявлено удвоение толстой кишки в виде кистозного и субтотального тубулярного удвоения. У 4 (4,7%) пациентов из 84 обследованных исследование выполняли по поводу воспалительного процесса толстой кишки. Язвенный колит при ВКС был диагностирован у 3 (7,5%) пациентов. Болезнь Крона был диагностирован у одного (2,5%) из 88 обследованных.

ВКС является методом выбора в диагностике полиповидных образований толстой кишки. Полип тол-

стой кишки при ВКС представляет собой локальное выбухание различных размеров кишечной стенки в просвет кишки. В детской практике значение имеют ювенильные полипы - гамартомные образования (были выявлены у 3 пациентов - 3,5%), которые при ВКС визуализируются как полиповидное образование на ножке, при колоноскопии (КС) имеют пятнистую или ярко-вишневую окраску. Наследственный аденоматоз был диагностирован у одного (1,2%) обследованного из 88. При ВКС в сигмовидной и нисходящей ободочной кишке определялись множественные полипы размером от 3 до 8 мм в диаметре.

Стенозы толстой кишки были выявлены у 2 (5%) пациентов. У одного пациента стеноз носил врожденный характер, у второго стеноз толстой кишки развился после язвенно-некротического энтероколита.

По сравнению с фиброколоноскопией и ирригографией только ВКС позволяет оценить толщину стенки толстой кишки, состояние периколитических тканей, забрюшинных лимфатических узлов, органов брюшной полости.

Преимуществами ВКС по сравнению с фиброколоноскопией является возможность осмотра недоступных для оптической колоноскопии участков толстой кишки, определение топографо-анатомического расположения толстой кишки, вариантов формы толстой кишки, а также малоинвазивность процедуры.

По сравнению с ирригографией ВКС дает возможность эндоскопического осмотра просвета толстой кишки, позволяет получить трехмерное изображение слепка толстой кишки высокого разрешения с визуализацией сфинктерного аппарата толстой кишки в различных плоскостях.

Преимуществами ВКС является высокое пространственное разрешение, возможность оценки взаимоотношения аномальной толстой кишки с другими органами брюшной полости, изучения стенки кишки и периколитических тканей, объемного представления патологически измененной толстой кишки, что важно для планирования оперативного вмешательства.

Заключение

Виртуальная колоноскопия отличается наибольшей комфортностью исследования для пациентов детского возраста по сравнению с ВКС и ирригографии (ИГ), достаточно высокой пропускной способностью и низкой (по сравнению с ИГ) лучевой нагрузкой.

Исследование показало 100% чувствительность ВКС в выявлении аномалий развития толстой кишки. Преимуществами ВКС следует признать большое пространственное разрешение, возможность оценки взаимоотношения аномальной толстой кишки с другими органами брюшной полости, возможность изучения стенки кишки и перикишечных изменений, объемного представления патологически измененной толстой кишки, что важно для планирования оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Блинов И. И., Линденбратен Л. Д., Чикирдин Э. Г. Современные проблемы переоснащения рентгенодиагностической службы Российской федерации // Радиол, практика. - 2001. - № 4. - С. 52-54.
2. Матиас Прокоп, Михаэль Галански. Спиральная и многослойная компьютерная томография: Учебное пособие / Пер. с англ.; под ред. А. В. Зубарева, Ш. Ш. Шотемора. - /М, Медицина" 2006-2007. - С. 7-20.
3. Федулова Э. Н., Потехин П. П., Тутина О. А. и др. Оптимизация лучевой диагностики // Мед. альманах. - 2009. - № 1. - С. 81-84.
4. Хомутова Е. Ю., Игнатьев Ю. Т, Скрипкин Д. А. Использование цветового картирования при виртуальной колоноскопии // Мед. визуализация. - 2009. - № 1. - С. 67-75.
5. Хомутова Е. Ю., Скрипкин Д. А., Буркова А. М. Вопросы лучевой нагрузки при виртуальной колоноскопии// Мед. визуализация. - 2009.-№ 2.-С. 59-62.
6. Щербаков П. Л. /Справочник поликлинического врача. М.: Гэотар-Медиа, 2009. - № 5. - С. 25-28.
7. Anupindi S., Perumpillichira J., Esther Z. et al. Low-dose CT colonography in children: initial experience, technical feasibility, and utility. //Pediatr. Radiol. - 2005. - Vol. 35, N 5. - P. 518-524.
8. Capunay C. M., Carrascosa P. M., Bou-KItair A. et al. Prospective blinded evaluation of computed tomographic colonography for screendetection of colorectal polyps // Eur. J. Radiol. - 2005. - Vol. 56, N 3. - P. 398-402.
9. Leaper M., Johnston M., Barclar M. et al. Endoscopy. //Springer, 2004. P. 503.
10. Lin Chen, Wu Rise, Lin Wu et al. Analysis of aircontrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison //J. Med. Sci. - 2009. - Vol. 25, N 2. - P. 70-76.
11. Sumanac K., Zeailey L, Fox B. M. et al. Colorectal neoplasia: performance characteristics of CT colonography for detection in 300patients // Gastrointest. Endosc. 2002. - Vol. 56, N 2. - P. 190-194.
12. Yee J. Virtual colonoscopy /Ed. G. Galdino. - Philadelphia, 2008.

Поступила 10.10. 2018

УДК:616.89-02-089:616.711-002.1

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВОГО ЦИЛИНДР ОБРАЗНОГО СЕТЧАТОГО КЕЙДЖА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СПОНДИЛИТА

П.Х. Назиров, И.Х. Усмонов, Б.Р. Муаззамов, М.Ф. Жумаев

Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский областной противотуберкулезный диспансер.

✓ ***Резюме,***

В основу работы положены данные обследования 276 больныхс туберкулёзным спондилитом (ТС), которым проведено хирургическое вмешательство. Из них у 180 (65,2%) случаев радикально-восстановительное операция позвоночника проведено с применением титанового сетчатого кейджа (Piramesh), а у 96 (34,8%) - традиционно-классическим методом со спондилодезом аутокостью. Применение титанового сетчатого цилиндр образного кейджа в хирургическом лечении ТС способствует достижению наилучших результатов лечения у больных, как на раннем этапе диагностики, так и при осложненных формах заболевания. Его использование способствует сокращению послеоперационного пребывания больных в стационаре, снижению инвалидизации пациентов, уменьшению и укорочению реабилитационного периода.

Ключевые слова: туберкулезный спондилит, хирургическое лечение, титановый сетчатый цилиндр образный кейдж.

АСОРАТЛАНГАН СИЛ СПОНДИЛИТИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШДА ТЎРСИМОН ЦИЛИНДР ШАКЛИДАГИ ТИТАН КЕЙДЖЛАР ИШЛАТИЛИШ НАТИЖАЛАРИ

П.Х.Назиров, И.Х.Усмонов, Б.Р.Муаззамов, М.Ф.Жумаев

Бухоро давлат тиббиёт институт, Бухоро вилояти сил касаллиги диспансери.

✓ ***Резюме,***

Тадқиқот учун сил спондилити билан касалланган 276 бемор асос қилиб олинди ва уларда жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Улардан 180(65.2%) ҳолатда умуртқада радикал-тикловчи амалиётда тўрсимон цилиндр шаклидаги титан кейдж (Piramesh) ишлатилди, 96(34,8%) беморда эса традицион-классик усулда аутосуякли спондилодезлаш амалиёти бажарилди.

Сил спондилитини даволашда тўрсимон цилиндр шаклидаги титан кейджнинг қўлланилиши касалликнинг эрта ва ҳатто асоратланган босқичларида ҳам юқори самарадорликка эга. Унинг амалиётга кириб келиши беморларнинг амалиётдан кейинги даврда стационарда бўлиш даврини ҳамда ногиронликликни камайтирди, амалиётдан кейинги реабилитация-тикланиш вақтини қисқартирди.

Калит сўзлар: сил спондилити, жарроҳлик даво, тўрсимон цилиндр шаклидаги титанкейдж

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT USING A TITANIUM MESH CYLINDER-SHAPED CAGEIN COMPLICATED FORMS OF TUBERCULOSIS SPONDYLITIS

P.Kh.Nazirov, I.Kh. Usmonov, B.R.Muazzamov, M.F.Jumaev

Bukhara State Medical Institute, Bukhara Regional TB Dispensary.

✓ ***Resume,***

The work is based on the survey data of 276 patients with tuberculosis spondylitis (TS) who underwent surgery. Of these, 180 (65.2%) cases of radical spinal surgery were performed using titanium mesh cage (Piramesh), and 96 (34.8%) cases were performed using the traditional-classical method with spinal fusion autobone. The use of titanium mesh cage cylinder in the surgical treatment of TS helps to achieve the best results of treatment in patients, both at an early stage of diagnosis and in complicated forms of the disease. Its use contributes to the reduction of postoperative hospital stay, reduction of patient disability, reduction and shortening of the rehabilitation period.

Key words: tuberculosis spondylitis, surgical treatment, titanium mesh cylinder-shaped cage.

Актуальность

Туберкулёзные поражения позвоночника, спонди литы, всегда занимали важнейшее место в проблеме костно-суставного туберкулёза, привлекая внимание исследователей и врачей особенной тяжестью течения заболеваний и трудностями их лечения. В настоящее время интерес к поражениям позвоночника значительно повысился в связи с введением радикально-хирургических методов лечения, которые коренным образом изменили к лучшему лечебно-профилактические возможности в борьбе с этими заболеваниями [8].

Туберкулез представляет сегодня одну из самых серьезных медицинских проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2012 г., число заболевших туберкулезом оценивалось как 8,6 млн. случаев, число умерших от этого заболевания - 1,4 млн. человек. Актуальность данной проблемы обусловлена распространенностью инфекционных поражений позвоночника, которые составляют от 2 до 8% из числа всех костных инфекций. При этом заболеваемость спондилитами и дисцитами составляет от 0,5 до 5,9 случаев на 100 000 человек в год. Несмотря на современный уровень развития медицины, наблюдения

поздней диагностики достигают до 75%, а смертность от спондилитов и дисцитов 5-12% [2].

На долю экстропульмональных локализаций туберкулеза приходится от 4 до 17% в общей структуре заболеваемости туберкулёзом. Доля костно-суставного туберкулеза среди внелегочных локализаций колеблется от 5 до 52% [5,8,14].

Туберкулез позвоночника относится к разряду тяжелых инвалидизирующих заболеваний. Многие авторы отмечают особенности современного течения костно-суставного туберкулеза, что выражается в увеличении до 44,7% среди впервые выявленных, больных, с осложненными формами туберкулезного спондилита, а частота случаев посмертного выявления увеличилась до 0,9% [4].

Компрессия спинного мозга и его корешков имеет место до 90,7% больных ТС, признаки неврологических расстройств - 69% случаев, в том числе спинномозговые расстройства - 44%. Несмотря на проведение комплекса лечебных мероприятий в 60% случаев больные становятся инвалидами [1,6,9,10,12,13].

Растет число распространенных формы туберкулеза: количество выявленных больных с вовлечением в патологический процесс трех и более позвоночно-двигательных сегментов возросло с 18,2% в 1991 г. до 41,2% в 2007 г., а количество больных с лекарственно-устойчивыми формами увеличилось с 54,8% до 81,5% [11].

Внелегочной, в том числе, костный туберкулез характеризуется олигобациллярностью, что значительно затрудняет этиологическую диагностику. При этом такая важная характеристика возбудителя, как ЛУ, остается не выявленной [7].

Титановые блок-решетки нашли применение первоначально в чистой реконструктивной хирургической ортопедии, причем, не только при вмешательствах на позвоночнике при травмах [3,20,22] но и после удаления новообразований [18,23], артродезах голеностопного сустава [16,17]. В последние годы появились данные по применению титановых блок-решеток в гнойной хирургии позвоночника как при неспецифических процессах, так и при туберкулезном спондилите [15,19,20,21].

Туберкулёз позвоночника, остаётся весьма актуальной и тяжелой проблемой, так как болезнь протекает долго, вначале малосимптомно, с трудно диагностируемым, а далее бурным течением, грозными осложнениями. Из-за сложности постановки окончательного диагноза больные получают неадекватное лечение у разных специалистов обуславливая позднюю диагностику и неадекватную лечебную тактику, приводя к необратимым патологическим изменениям, развитию грозных осложнений, иногда приводящих к летальному исходу.

Материал и методы

В основу работы положены данные обследования 309 больных, из них 276 (89,3%) - с туберкулёзным спондилитом (ТС), 33 (10,7%) - с поражением позвоночника нетуберкулезного характера, которым проведено хирургическое вмешательство. Возраст больных варьировал от 19 до 81 лет, средний возраст при этом составил 43,9 года. Как видно из таблицы 2.1. - мужчин было в 1,1 раза больше, чем женщин, из них 57,6% больных были в возрасте 19-49 лет, (наиболее трудоспособный возраст), 25,6% - 50-59 лет (1:4) и 16,8% - старше 60 лет, одна больная - 81 лет.

Таблица № 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Число больных	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
мужчины	163 (52,8%)	35 (11,3%)	36 (11,6%)	34 (11,0%)	31 (10,0%)	27 (8,7%)
женщины	146 (47,2%)	27 (8,7%)	24 (7,8%)	22 (7,1%)	48 (15,5%)	25 (8,1%)
всего:	**309 (100%)**	**62 (20,1%)**	**60 (19,4%)**	**56 (18,1%)**	**79 (25,6%)**	**52 (16,8%)**

У большинства больных ТС в зависимости от локализации поражения на одном уровне позвоночного столба отмечалось - 219(79,3%), у 56(19,2%) - на двух, у 1 (0,4%) - на трёх. Из таблицы №2 видно, что частая локализация туберкулёзного поражения позвоночника отмечалась в поясничном отделе - у 161(58,3%), в грудном - 48(17,4%) случаев, реже - в крестцовом, у 3(1,1%) больных, что можно объяснить сращением костей тазового кольца, которые обеспечивают его неподвижность.

Под наблюдением также находилась группа больных без туберкулёзных поражений, которые были оперированы по нашей методике. Все они были госпитализированы с подозрением на ТС, эти больные составили 33(10,7%) случаев, у 20(6,5%) - диагностированы онкологические поражения позвоночника и неспецифический спондилит позвоночника подтвержден у 13(4,2%) больных.

Генерализованные формы туберкулеза встречался 118 (40,4±4,1%) случаев, из них поражение позвоночника с различными формами активного туберкулеза органов дыхания у 91(77,1%) и других органов диагностированы и подтверждены у 27(22,9%) больных.

Болезнь развивалась медленно - у 136 (49,3±3,2%) больных, более года, с характерным прогрессированием болей в позвоночнике, редкими подъемами температуры до субфебрильных цифр, иногда присоединением спинномозговых нарушений. Подострое течение заболевания с прогрессированием в течение 6-ти месяцев, болями в позвоночнике, субфебрильной температурой и потливостью по вечерам отмечено - у 92 (33,3±1,7%)больных, у 48 (17,4±2,6%) - клиническое течение заболевания было острым, с подъемом температуры более 38,00С, с интоксикацией, потерей массы тела больше 10% от общей массы тела, с сильным нарастающим болевым симптомом, нарушением функций спинного мозга. При этом отмечалась глубокая деструкция и нестабильность более 2-х тел позвоночника, эпидуральные, пара- и превертебральные абсцессы.

Таблица №2.

Локализация поражения туберкулёзом позвоночника

Локализация	Пол	Число больных	%	Всего
Шейный отдел	Муж.	3	1,1%	7 (2,5%)
	Жен.	4	1,4%	
Шейно-грудной	Муж.	3	1,1%	3 (1,1%)
	Жен.	0	-	
Грудной	Муж.	19	6,9%	48 (17,4%)
	Жен.	29	10,5%	
Грудопоясничный	Муж.	12	4,4%	22 (8,0%)
	Жен.	10	3,6%	
Поясничный	Муж.	89	32,2%	161 (58,3%)
	Жен.	72	26,1%	
Пояснично-крестцовый	Муж.	16	5,8%	31 (11,2%)
	Жен.	15	5,4%	
Крестцовый	Муж.	1	0,4%	3 (1,1%)
	Жен.	2	0,7%	
Грудной+поясничный +крестцовый	Муж.	1	0,4%	1 (0,4%)
	Жен.	0	-	
Всего:	Муж.	144	52,2%	276 (100%)
	Жен.	132	47,8%	

Длительность жалоб больных до установления диагноза составила от 4-5 месяцев до 5 лет, в среднем - 9 месяцев. Основными жалобами больных были следующие: повышение температуры тела, потливость - у 149(54,0±4,0%), боль в области поражения с иррадиацией - у 100%, похудание - у 157(56,9%±3,1%), усиление болей при движении - у 265(96,0%±4,0), неврологические нарушения: нижний парапарез, нижняя параплегия, нарушение функции органов малого таза (признаки нейрогенного мочевого пузыря: дизурия, ишурия, запоры) - у 74 (26,8%) больных. При рентгенологических, МРТ, МСКТ исследованиях выявлена кифотическая деформация - у 97 (35,2%) пациентов.

В группе наблюдения у 173(62,7%) больных встречались сопутствующие заболевания, из них: сердечно-сосудистые - у 104(60,1%), заболевания гепатобилиарной системы - у 32(18,5%), мочевыделительной и органов гениталий - у 13(7,5%), сахарный диабет - у 9(5,2%), ВИЧ инфицированные - 6(3,5%), прочие болезни - у 9(5,2%).

При этом у 26(9,4%) больных диагностирована (мульти резистентная) форма туберкулеза (MDR), при которой МБТ устойчива к первому ряду противотуберкулёзных препаратов. С учетом устойчивости к антибактериальным препаратам этим больным назначено препараты второго ряда: капреомицин, канамицин, циклосерин, ПАСК, протеинамид, фторхинолоны: левофлоксацин, офлофлоксацин.

Исследованные больные, которым произведены радикально-восстановительное операции (РВО) позвоночника после соответствующей подготовки и противотуберкулёзной терапии в сроках в среднем до 1 месяца. Из 276 больных с туберкулёзом позвоночника, у 180 (65,2%) РВО проведено с применением титанового сетчатого кейджа (Piramesh), а у 96 (34,8%) - традиционно-классическим методом со спондилодезом аутокостью. Из приведенной табл. Большее число операций проведено у мужчин - 93(51,7%), а женщин - 87 (48,3%) больных.

Степень тяжести неврологических расстройств оценивалась до операции по шкале H.L.Frankel (1969) и А.Ю.Мушкиным с соавт. (1998) следующим образом:

- степень А - больные с анестезией и плегией ниже уровня поражения - 1 (0,5%) больной;
- степень В - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, движения отсутствуют - у 9 (5,0%) больных;
- степень С - с неполным нарушением чувствительности, имеются слабые движение, но сила мышц недостаточна для ходьбы - 21 (11,7%) больной;
- степень D - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, имеются движения, сила мышц достаточна для ходьбы с посторонней помощью - 56 (31,1%) больных;
- степень Е - без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения. Могут быть измененные рефлексы - у 54 (30,0%) больных;
- степень R - наличие корешкого синдрома - у 39 (21,7%) больных. Выраженность болевого синдрома по методике F.Denis составила 0 баллов - нет; 1 балл - 14 (7,7%), 2 балла - 27 (15,0%), 3 балла - 139 (77,2%), 4 балла - нет больных, это такие, которым требуется прием наркотических средств для купирования болевого синдрома.

Результаты и обсуждение: эффективность операций изучена в раннем (до 30 дней) и позднем послеоперационном периоде (от 6мес. до 4,5 лет) (табл. №3).

Таблица №3.

Оценка эффективности современных операций с применением

Степень	Неврологические признаки	До операции	Послеоперационный период		
			До 1 мес.	До 1 года	Более 1 года
	Больные с анестезией и плегией ниже уровня поражения	1 (0,5%)	1(0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)
	Больные с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, движения отсутствуют	9(5,0%)	1(0,5%)	-	-
	С неполным нарушением чувствительности, имеются слабые движение, но сила мышц недостаточна для ходьбы	21 (11,7%)	14(7,8%)	-	-
	С неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, имеются движения, сила мышц достаточна для ходьбы с посторонней помощью	56 (31,1%)	46 (25,6%)	-	-
	Больные без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения. Могут быть измененные рефлексы	54 (30,0%)	31 (17,2%)	16 (8,9%)	12 (6,7%)
	Наличие корешкого синдрома	39 (21,7%)	67 (37,2%)	18 (10%)	4 (2,2%)
Итого:		180 (100%)	160 (88,9%)	35 (19,4%)	17 (9,4%)

Из таблицы № 3, видно, что после операции неврологические нарушения в первом месяце сохранялись - у 160 (88,9%), до 1 года - у 35 (19,4%), а больше 1 года - у 17 (9,4%) больных соответственно. Следует, отметить что в послеоперационном периоде до 1 года и более неврологические нарушения по шкале степени B, C, D не встречались, лишь в единичном случае, тяжелое спинальное нарушением в запущенным случаем поступавшего больного, который не соблюдал ортопедический режим в домашних условиях, в результате которого упал и госпитализирован по шкале со степенью "А", полной плегией с нарушением функций органов малого таза, в связи с чем, оперирован в экстренном порядке, но при этом функция спинного мозга не восстановлена, локальные и корешковые боли исчезли.

Таблица №4.

Оценка болевого синдрома (по методике F.Denis) до и после операции с применением титанового сетчатого кейджа титанового сетчатого кейджа (по шкале H.L.Frankel и соавт.).

Сроки продолжительности болевого синдрома	Баллы				
	0	1	2	3	4
До операции	-	14 (7,7%)	27 (15,2%)	139 (77,2%)	-
Первый ночь после операции	-	-	-	-	180 (100%)
После операции до 1 мес.	-	63 (35,0%)	108 (60,0%)	9 (5,0%)	-
После операции до 1 года	162 (90%)	12 (6,7%)	6 (3,3%)	-	-
После операции больше 1 года	176 (97,8%)	3 (1,6%)	1 (0,6%)	-	-
Итого:	180 (100%)				

Проанализированы результаты современных операций с применением титанового сетчатого кейджа по критерию продолжительности и выраженности болевого синдрома по методике F.Denis (табл. №4.). Из таблицы №4 видно, что болевой синдром после операции до 1 месяца который требует применения болеутоляющих препаратов в основном наблюдался в первой неделе - у 117(65%), после операции в первую ночь все больные получали наркотические анальгетики в виде инъекций. От 1 месяца до года отмечались незначительные интенсивные боли 1 балл - у 12(6,7%), а умеренные 2 балла - у 6(3,7%), в сроке больше года болевой синдром не наблюдался - у 176 (97,8%) больных соответственно.

Для сравнительной оценке между современных операций рассмотрено эффективность традиционных РВО со спондилодезом аутокости при болевом синдроме (табл. №5).

Таблица №5.

Оценка болевого синдрома (по методике F.Denis) до и после операции со спондилодезом аутокости

Сроки продолжительности болевого синдрома	**Баллы**				
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
До операции	-	7 (7,3%)	13 (13,5%)	76 (79,2%)	-
Первый ночь после операции	-	-	-	-	96 (100%)
После операции до 1 мес.	-	32 (33,3%)	36 (37,5%)	28 (29,2%)	-
После операции до 1 года	43 (44,8%)	28 (29,2%)	16 (16,7%)	9 (9,4%)	-
После операции больше 1 года	72 (75,0%)	14 (14,6%)	8 (8,3%)	2 (2,1%)	-
Итого:	96 (100%)				

При сравнение между традиционного и современного РВО продолжительность болевого синдрома до года составил у больных со спондилодезом аутокости - 55,2%, а с применением титанового сетчатого кейджа - 10,0%, а больше года 25% и 2,2% соответственно.

Применение титанового сетчатого кейджа при выполнении современных РВО у больных с ТС имеет ряд преимуществ, которые являются эффективными как для больного, так и для оперирующего хирурга. Применение новых методов оперативного вмешательства у больных с ТС значительно сократили объём операций, травматизацию и применение дополнительных разрезов. Также уменьшается интраоперационная кровопотеря, длительность операций и наркоза. Продолжительность операций сократилась от 1,5 до 2 часов, а при проведении традиционными методами эти операции продолжаются 2,5 - 3 часа.

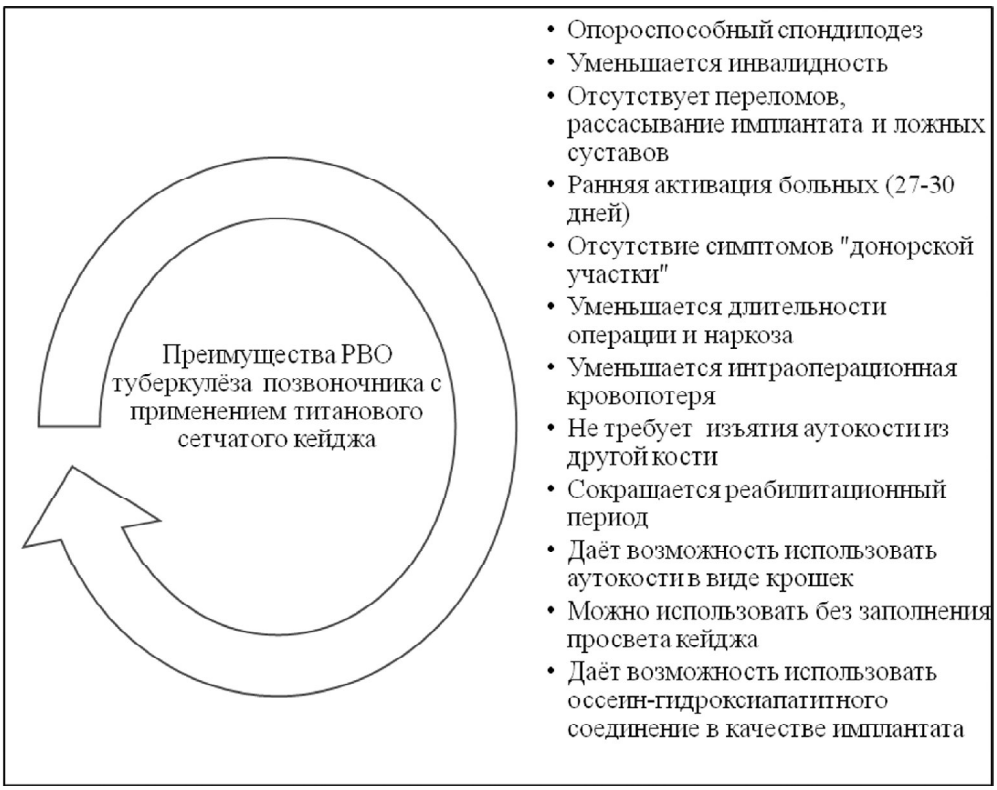


Рис.1. Преимущества использования титанового сетчатого кейджа при РВО у больных с туберкулёзом позвоночника.

Результаты современных хирургических операций изучены по объективным и субъективным признакам. Субъективные данные: жалобы больного, качество жизни, боль, сила мышц конечностей, работоспособность и т.п. Объективные признаки: данные, полученные с помощью диагностических инструментальных - рентгенологические, МРТ, МСКТ- методы исследования. Рентгенологические исследования проведены после операции в первый и 28-й день. Оно показывает состояние имплантата и окружающих тканей (рис.2.). За этот период начинается консолидация костей и уплотнение тканей вокруг имплантата, уменьшается отёк мягких тканей и воспалительные процессы, рассасывается гематома или происходит оседание микроэлементов в оперированной зоне, особенно молекулы кальция, белков и глобулиновых фракций.

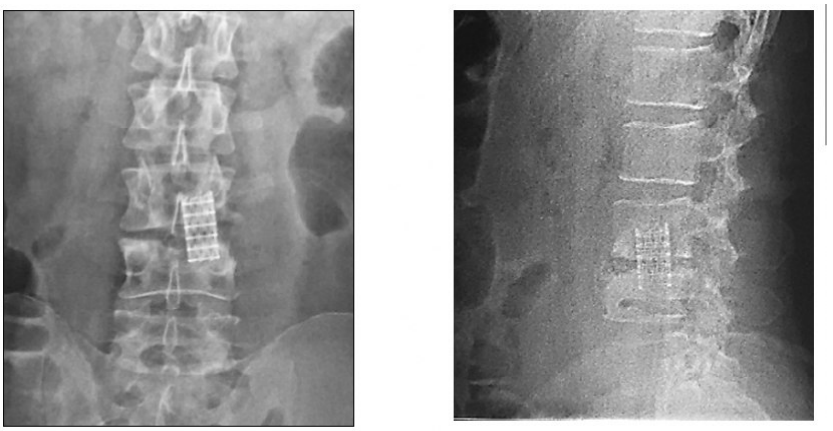


Рис.2. Рентгенограмма: СПО спондилодеза титановым сетчатым кейджом VL3-4 поясничного отдела позвоночника.

Основное преимущество титанового сетчатого кейджа - обеспечение стойкого спондилодеза. Результаты проведенных исследований показали, что образования ложного сустава, не сращения оперированного сегмента с трансплантатом или имплантатом не наблюдалось. Также, одним из преимуществ является тот факт, что не наблюдалось прогрессирующего кифоза, а после операции угол кифотической деформации выравнивался на 50-100. В исследовании проведен анализ консолидации трансплантатов и имплантатов с помощью методов лучевой диагностики - МСКТ по фронтальным, сагиттальным и аксиальным срезам по группам: комбинированный спондилодез с титановым сетчатым кейджом + аутокостная крошка + оссеин гидроксиапатитное соединение + Бициллин-5, комбинированный спондилодез с титановым сетчатым кейджом + аутокостная крошка, комбинированный спондилодез с титановым сетчатым кейджом + оссеин гидроксиапатитное соединение + бициллин-5, спондилодез с титановым сетчатым кейджом без заполнения просвета (рис.3-9).

В 26(14,4%) случаях просвет кейджа заполнялся смесью аутокост+оссеин-гидроксиапатитное соединение+бицилин-5 по 3000 000Ед. Послеоперационный период протекал благоприятно, без осложнений. Аллергических реакций со стороны больных на используемые препараты и титан не наблюдалось. Изучалось сращение костной ткани оперированного сегмента.

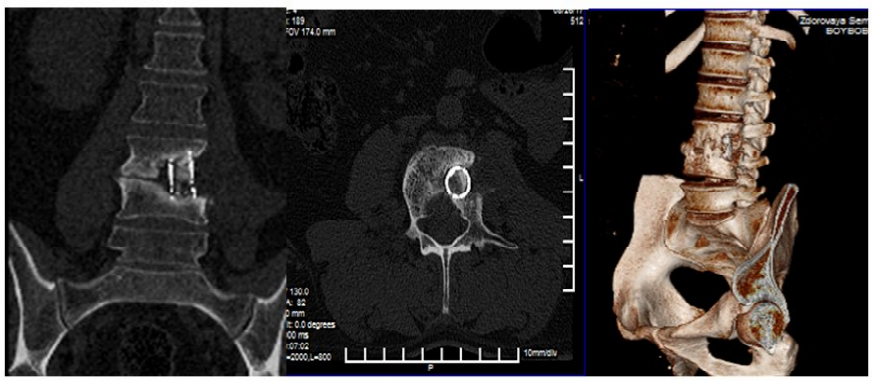


Рис.3. МСКТ Состояние через 6 месяцев после операции в объеме: Комбинированный спондилодез титановым сетчатым кейджем + аутокостная крошка + оссеин гидроксиапатитное соединение + бициллин-5)

При МСКТ исследовании видно, что уже через 6 месяцев после операции имеется консолидация костей, которая к 9 месяцу увеличивается, а через год просвет кейджа полностью заполняется костной тканью. Рентген и МРТ исследование при оценке процесса консолидации просвета костей кейджа оказались малоинформативными.

У 133(73,9%) больных просвет кейджа заполнялся аутокостью, у 47(26,1%), при поражении ребра - аутотрансплантат получали из крыла подвздошной

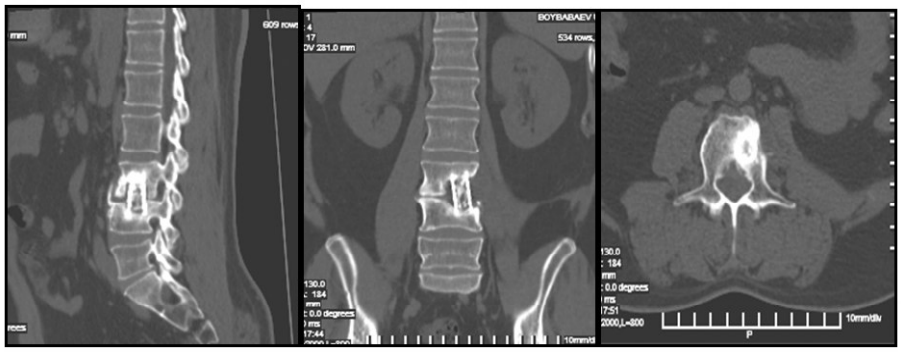


Рис.4. МСКТ того же больного через 9 месяцев

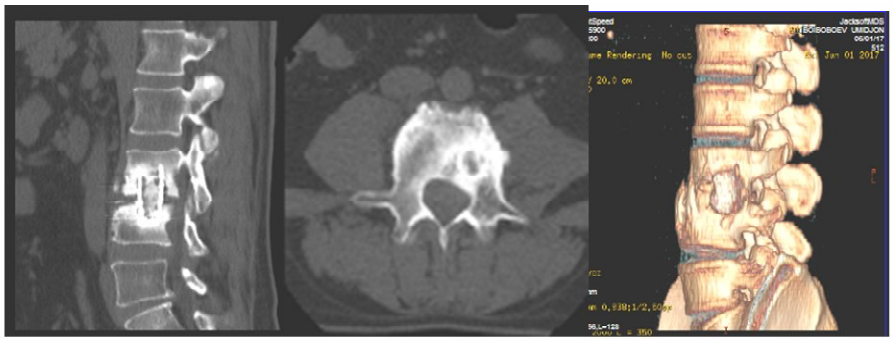


Рис. 5. МСКТ того же больного через 1 год

кости традиционно-классическим методом - у 8(4,4%) и малоинвазивным методом в виде параллелепипеда - у 9(5,0%)больных. У 96 (53,3%) просвет кейджа заполнялся аутокостной крошкой, из них - у 19 (10,5%) - аутокостные крошки были получены из крыла подвздошной кости, а у 77 (42,8%) - из здоровой части тел оперированного сегмента позвоночника.



Рис.6. МСКТ - спондилодеза титановым сетчатым кейджом и аутокостью (целый аутотрансплантат получен из крыла подвздошной кости) поясничного VL3-4 отдела позвоночника через 19 месяцев.



Рис.7. МСКТ Состояние после операции спондилодеза титановым сетчатым кейджом и аутокостью (аутотрансплантат получен из ребра) поясничного VL1-2 отдела позвоночника (через 18 месяцев).

У 6(3,3%) больных просвет титанового сетчатого кейджа заполнялся смесью оссеина-гидроксиапатитного соединения+бицилином-5 по 3000 000 Ед.

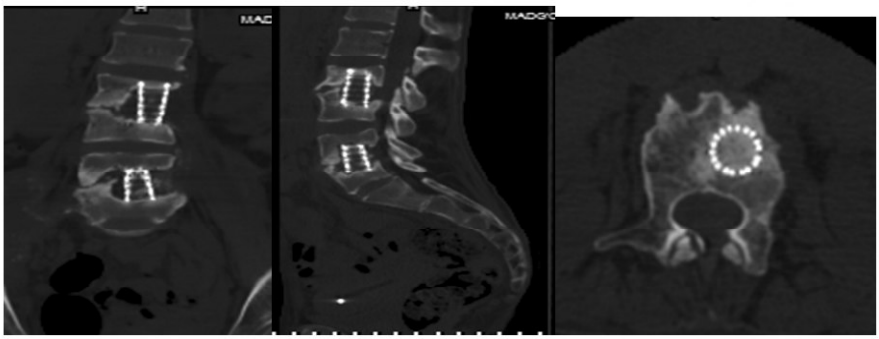


Рис.8. МСКТ Состояние после операции двух локального спондилодеза титановым сетчатым кейджом с заполнением просвета кейджа со смесью оссеина-гидроксиапатитного соединения + Бициллин-5 поясничного V L 2-3 и 4-5 отделов позвоночника (через 12 месяцев).

У 15(8,4%) больных титановый сетчатый кейдж установлен без заполнения просвета. Но, ни в одном случае нестабильности или не сращения оперированного сегмента позвоночника не наблюдалось.

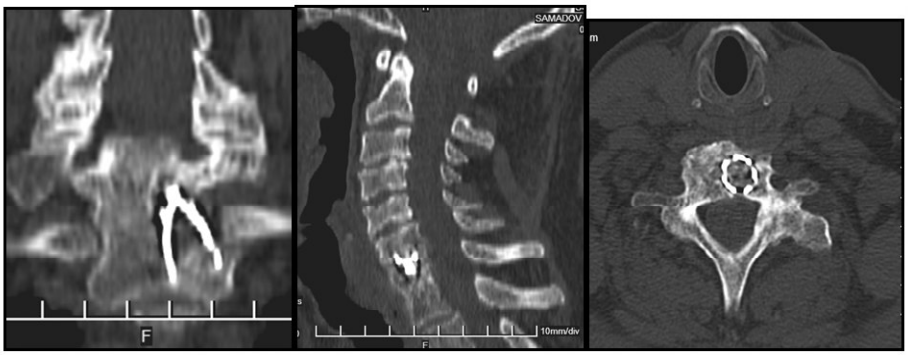


Рис.9. МСКТ Состояние после операции спондилодеза титановым сетчатым кейджом без заполнением его просвета шейно-грудного VC6-7 и VTh1 отделов позвоночника (через 36 месяцев).

Проведенный анализ результатов проведенных оперативных вмешательств, при которых использовались различные виды комбинаций спондилодеза с применением титанового сетчатого кейджа, показал, что ни в одном случае не наблюдалось нестабильности и не сращения костей оперированных сегментов позвоночника, отторжение и нагноение имплантата, аллергические реакции к титану или оссеин-гидроксиапатитному соединению, бициллину-5 не выявлено. Самая быстрая консолидация наблюдалась при сроке в 4-6 месяцев при заполнении просвета кейджа аутокостной крошкой + оссеин-гидроксиапатитным соединением+бициллин-5, на втором месте - заполнение аутокостной крошкой, в последующем смесью оссеин-гидроксиапатитного соединения + бициллин-5, также следует отметить, что можно проводить операцию по установлению титанового сетчатого кейджа без заполнения его просвета кейджа, т.е. при всех комбинациях получен положительный результат.

Выводы

1. Титановый сетчатый кейдж имеет ряд преимуществ, использование которых открыло новые возможности в хирургическом лечении ТС. При заполнении просвета кейджа, в частности аутокостной крошкой + оссеин-гидроксиапатитным соединением+бициллин-5 даёт удовлетворительный лучший результат в плане ранней консолидации.

2. Результаты лечения туберкулёза позвоночника зависят от своевременного начала комплексного подхода в диагностике и лечении, а также от тяжести состояния процесса. Раннее выявление и своевременное адекватное лечение обеспечивает полное излечение от этого заболевания.

3. При локальных поражениях тел позвонков результаты хирургического лечения в сочетании с адекватной противотуберкулёзной терапии с учетом чувствительности к антибиотикам могут быть весьма удовлетворительными и способствовать избавлению от заболевания и его последствий.

4. Применение титанового сетчатого цилиндр образного кейджа в хирургическом лечении ТС способствует достижению наилучших результатов лечения у больных, как на раннем этапе диагностики, так и при осложненных формах заболевания. Его использование способствует сокращению послеоперационного пребывания больных в стационаре, снижению инвалидизации пациентов, уменьшению и укорочению реабилитационного периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ардашев И.П., Григорук А.А., Плотников Г.А.и др. Возможные осложнения после взятия аутотрансплантата из крыла подвздошной кости //Современные технологии в травматологии и ортопедии. М., 1999. С. 191-192.
2. Басанкин И.В., Плясов С.А., Афаунов А.А., Волынский А.Л., Тахмазян К.К. Хирургические вмешательства при инфекционных процессах в позвоночнике и позвоночном канале // Вертебрология в России: итоги и перспективы развития: сборник тезисов V съезд хирургов-вертебрологов России/ Саратов. 23-24 мая 2014 г. С.23-24.
3. Белецкий А. В., Воронович И. Р., Макаревич С. В., Мазуренко А. Н., Юрченко С. М. Органосохраняющая хирургическая технология переднего межтелового спондилодеза с использованием сетчатых титановых имплантатов: Инструкция по применению - Минск, 2011. - С.15
4. Валиев Р.Ш. Иксанов И.Я., Федотова Н.И. Валиев Р.Ш. Эпидемиологическая ситуация по внелегочному туберкулезу в Республике Татарстан. //В кн.: Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: материалы всерос. Науч.-практ. Конф. СПб.,2011. С. 22.
5. Васильев А.В. Современные проблемы туберкулеза в регионе Северо-Запада России. //Проблемы туберкулеза. 1999; 3.С. 5-7.
6. Гарбуз А.Е., Сердобинцев М.С., Гусева В.Н. Современная восстановительная хирургия туберкулеза позвоночника и суставов //Пробл.туб. - 2002 - №4. - С. 27-31.
7. Журавлев В.Ю. и соавт. Технологии "ТБ-Биочип" в верификации диагноза туберкулезного спондилита. Проблемы туберкулеза и болезни легких. 2011. №4. С. 144-145.
8. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Костно-суставной туберкулез от П.Г. Корнева до наших дней /М. Медицина, 2003.
9. Митусова Г.М., Советова Н.А., Титов А.Г., Майстрович О.А. Компьютерная томография в диагностике туберкулезного спондилита, осложненного неврологическими расстройствами //Проблемы туберкулеза. -2003. - №6, с.13-17.
10. Мушкин А.Ю., Евсеев В.А., Коваленко К.Н., Першин А.А. Инструментальная коррекция грубых кифозов при туберкулезном спондилите у детей младшего возраста (новые технологии) // Пробл. Туб.- 2003- №10.- С.30-33.
11. Назаров С.С., Олейник В.В. Влияние лекарственно устойчивых МБТ на распространенность и течение туберкулезного спондилита. //В кн.: Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: матер. Всерос. Науч.-практ.-конф. СПб., 2010. С. 218.
12. Назиров П.Х., Юлдашев Ш.К., Аликулов Э.А. Результаты хирургического лечения осложненных форм туберкулезного спондилита //Пробл. Туб. - 2004. - №12. - С.47-49.
13. Олейник В.В. Поражение позвоночника при генерализованных и полиорганных формах туберкулеза //Пробл. Туб. - 2001. - №4. - С. 13-16.
14. Ратобыльский Г.В., Ховрин В.В., Камалов Ю.Р., Батурин О.В., Флеров К.Е., Можокина Г.Н. Клинико-лучевая диагностика туберкулеза позвоночника на современном этапе / /Диагностическая и интервенционная радиология. 2012. Том 6. № 1. Стр. 19-27.
15. Bhatia K. et al. An anterior expandable titanium cage in Mycobacterium avium vertebral osteomyelitis //J.Clin Neurosci. 2011. - Vol. 18, Issue 3. - P. 431-434.
16. Carlsson A. Unsuccessful use of a titanium mesh cage in ankle arthrodesis: A report on three cases operated on due to a failed ankle replacement //J. Foot Ankle Surg. - 2008. - Vol. 47, Issue 4. - P. 337-342.
17. Clements J. R., Carpenter B. B., Pourciau J. K. Treating segmental bone defects: A new technique //J. Foot Ankle Surg. 2008. -Vol. 47, Issue 4. - P. 350-356.
18. Klezl Z. et al. Harms titanium mesh cage fracture //Eur. Spine J. - 2007. -Vol. 16, Issue 3. -P. 306-310.
19. Kotil K., Kilincer C. Sizes of the transverse foramina correlate with blood flow and dominance of vertebral arteries //Spine J. - 2014. -Vol. 14, Issue 6. - P. 933-937.
20. Kwak H. et al. Aortic aneurysm complicated with pyogenic spondylitis following vertebroplasty //J. Clin. Neurosci. 2008. - Vol. 15, Issue 1. - P. 89-93.
21. Roberto T. et al. Treatment of thoracolumbar spinal infections through anterolateral approaches using expandable titanium mesh cage for spine reconstruction //Sci. World J. - 2012. - 545293.
22. Suzuki T. et al. Anterior Decompression and Shortening Reconstruction with a Titanium Mesh Cage through a Posterior Approach Alone for the Treatment of Lumbar Burst Fractures //J.Asian Spine 2012. - Vol. 6, Issue 2. - P. 123-130.
23. Viswanathan A. et al. Initial experience with the use of an expandable titanium cage as a vertebral body replacement in patients with tumors of the spinal column: a report of 95 patients //Eur. Spine J. - 2012. - Vol. 21, Issue1. -P. 84-92.

Поступила 31.01. 2019

УДК 616.15-099:678.7:612.017.1-092.9

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Нарзуллаев Н.У.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Целью данного исследования является анализ и оценка клинико-иммунологических особенности течения хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования. Показано, что ВИЧ-инфицированные дети до 14 лет с хроническим тонзиллитом составляет 32 больных. Из них у 17 больных ВИЧ-инфицирование развилось в перинатальном периоде, у 15 больных парентеральным путем. У 15 больных с парентеральным ВИЧ-инфированием клинические симптомы и иммунологические показатели наиболее выражены. Резюмируя, следует отметить что клинические симптомы и иммунологические показатели у детей с хроническим тонзиллитом (ВИЧ-инфицированные) проявлялись наиболее выражено.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, ВИЧ-инфекция, иммунология, перинатальные пути инфицирования, парентеральные пути инфицирования.

ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТНИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Нарзуллаев Н.У.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу илмий тадқиқотнинг мақсади, ОИВ билан касалланган болаларда сурункали тонзилитнинг юқиш йўллари ва клинико- иммунологик хусусиятларини таҳлил қилиш ва бахолашдир. 14 ёшгача ОИВ билан касалланган болаларда сурункали тонзиллит касаллиги 32 нафарни ташкил қилди, улардан 17 нафари ОИВ инфекциясини перинатал даврда, 15 нафари эса парентерал йўл орқали юқтирган. 15 нафар парентерал йўл орқали ОИВ инфекциясини юқтирган болаларда иммунологик ва клиник белгилар яққол ифодаланган. Шуни такидлаш керакки, ОИВ билан касалланган болаларда сурункали тонзилитнинг клиник белгилари ва иммунологик кўрсаткичлари юқори фоизни ташкил қилади.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, ОИВ инфекция, иммунология, инфекциянинг перинатал юқиш йўллари, парентерал юқиш йўллари.

CLINIC-IMMUNOLOGICAL FEATURES THE CURRENT OF THE CHRONIC TONSILLITIS AT A HIV-INFECTED CHILDREN DEPENDING ON INFECTION WAYS

Narzullaev N.U.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Objective of this research is the analysis and an estimation clinic-immunological features a current of a chronic tonsillitis at HIV-infected children depending on infec-tion ways.It is shown, that HIV-infected children till 14 years with chronic tonsillitis makes 32 patients. From them at 17 patients the HIV -infection has developed in the perinatal period, at 15 sick of a parenteral way.On 15 patients with parenteral HIV-infirovannym clinical symptoms and immunological indicators are most expressed. Sum uping, it is necessary to note that clinical symptoms and immunological indicators of chronic tonsillitis at HIV-infected children makes high percent.

Key words: chronic tonsillitis, HIV, immunology, perinatal infection way, parenteral transmission.

Актуальность

Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции носит системный характер, проявляясь глубокой супрессией Т и В-звеньев клеточного иммунитета. В ходе развития этой инфекции происходят закономерные изменения гиперчувствительности немедленного и замедленного типа, гуморального иммунитета и факторов неспецифической защиты, функциональной активности лимфацитов и моноцитов [1,2,5].

В последние два десятилетия определяющей причиной вторичного иммуно-дефицита у детей стала ВИЧ-инфекция, пандемия которой продолжает нарастать. ВИЧ/СПИД - это своеобразная вирусная инфекция, первый в истории медицины приобретенный иммунодефицит, связанный с конкретным возбудителем и харак-теризующийся эпидемическим распространением. Первое эпидемическое заболе-вание человека, вызванное ретровирусами, которые исключительно поражают Т-хелперы [2,3,4].

Хронический тонзиллит относятся наиболее частым бактериальным инфекциям у детей с нормальной иммунной системой, однако особенности течения этого заболевания пока изучены слабо. Данные клинических исследований говорят о том, что этот заболеваний, в острой, хронической и рецидивирующей формах , часто встречаются и у ВИЧ-инфицированных детей. И хотя в большинстве случаев этиология, симптомы и течения этого заболевания у ВИЧ-инфицированных детей и у детей с нормальной иммунной системой одинаковы, тем не менее затяжное, тяжелое, или необычное течения этого инфек-

цией, с частыми рецидивами, или выделение атипичных возбудителей (в том числе оппортунических инфекций) должны насторожить врача в отношении возможной ВИЧ-инфекции [6,7,8].

В настоящее время актуальными являются вопросы изучения клинических проявлений заболевания глотки в виде хронического тонзиллита (ХТ) у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования и региональных особенностей. Классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться оториноларинголог, - это развитие ХТ, который диктует острую необхо-димость выполнения исследования [6].

Целью исследования было изучение клинических, эпидемиологических и иммунологических аспектов хронического тонзиллита у ВИЧ- инфицированных детей с учетом путей инфицирования.

Материал и методы

За период с 2014 по 2018 гг. под нашим наблюдением были 32 ребенка с хроническом тонзиллитом в возрасте до 15 лет, находившихся на учете в Бухарском областном СПИД- центре.

Диагноз ВИЧ основывался на выявлении специфических антител в стандартных серологических тестах (иммуноферментный анализ, иммуноблотинг в модификации Western-blot) и сопоставления эпидемиологических и серологических данных. Иммунный статус определили 10 пациентам, из которых 4 детей были заражены парентерально, а 6 - перинатальным путем. Мембранные маркеры субпопуляций лимфоцитов определяли методом непрямого розеткообразования с использованием моноклональных антител; количественное определение сывороточных иммуноглобулинов проводили методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по G. Mancini (1965) с использованием моноспецифических сывороток против иммуноглобулинов человека и стандартной сыворотки крови.

Результат и обсуждение

Наряду с ежегодным ростом общего числа ВИЧ инфицированных детей в Бухаре растет количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, а также детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. Документально установлено, что из 32 ВИЧ инфицированных детей, включенных в данное исследование, 15 пациентов - это дети с парентерально приобретенной инфекцией, 17 - зараженные вертикальным путем. Парентерально зараженные дети были выявлены по клини-ческим симптомам болезни.

У 2/3 ВИЧ-инфицированных детей клинические симптомы хронического тонзиллита выявлено после установления диагноза ВИЧ инфекции в форме выраженной лимфоаденопатии, гепатомегалии, рецидивирующих острых респираторных инфекций, осложненных синуситами, бронхопневмониями. У некоторых из них документированы СПИД-индикаторные заболевания. У 1/3 больных имела место бессимптомная инфекция.

К периоду анализа данных настоящего исследования 6 детей умерло. Важно отметить, что по мере продолжительности заболевания в спектре клинических проявлений у наших пациентов имело место поражение небных миндалин, симптомы которого указаны в таблице 1.

Таблица 1.

Клинические проявления хронического тонзиллита у ВИЧ-инфицированных детей с учетом путей инфицирования

Симптомы заболевания	Перинатально инфицированные дети (n=17)	Дети с парентеральной ВИЧ-инфекцией (n= 15)
Боли в области горла	17(100%)	1(6,7%)
Затруднение глотание	17(100%)	8(53,3%)
Повышение температуры тела	17(100%)	12 (80%)
Озноб	5(29,4%)	1(6,7%)
Увеличение лимфатических узлов	8(47%)	7(46,7%)
Сепсис	15(88%)	-
Симптом Гиза	17(100%)	15(100%)
Симптом Зака	17(100%)	15(100%)
Судороги	15(88%)	7(46,7%)
Симптом Преображенского	17(100%)	15(100%)
Першение горла	2(11,7%)	2(11,7%)
Жжение горла	2(11,7%)	2(11,7%)
Выделение из носа	5(29,4%)	-
Рвота	15(88%)	1(6,7%)
Тошнота	11(64%)	-
Недомогание	1(5,8%)	1(6,7%)

Следует отметить, что симптомами и признаками как врожденной, так и приобретенной ВИЧ-инфекции были снижение массы тела, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, анемия, явления дисбактериоза.

У детей, заразившиеся внутриутробно, кроме симптомов ХТ, отмечались следующие симптомы: задержка психомоторного развития (100%), микроцефалия (50%), выступающая лобная часть, уплощение носа (70%), удлиненные глазные щели и голубые склеры (60%) на фоне глубокой недоношенности. Клинические проявления ВИЧ у перинатально инфицированных характеризовались генерализованной лимфоаденопатией, гепатоспленомегалией, бактериальными

пневмониями в 100% случаев. У перинатально инфицированных детей достоверно чащотмечали наличие вируса простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция - в 29, 4% и 11,7% случаев соответственно. Чаще отмечались врожденные пороки развития. Специфическое поражение околоушных желез невоспалительной этиологии (сиалоаденит), характерное для ВИЧ-инфекции, наблюдалось у 2 (11,7%) перинатально инфицированных детей.

У детей, инфицированных ВИЧ, наблюдались симптомы ХТ в виде озноб (29,4%), увеличение лимфатических узлов (47%), сепсиса (88%), боли при глотании (100%).

При анализе выраженности иммуносупрессии у пациентов сравниваемых групп также были выявлены существенные различия. У внутриутробно зараженных детей была показана выраженная иммуносупрессия в сравнении с парентера-льно инфицированными. Среднее значение CD4+лимфоцитов у детей с врожденной ВИЧ-инфекцией составило 13,25 ± 5,04%, у детей с приобретенной патологией этот показатель был несколько выше 14,6 ± 1,3%. Аналогичные изменения наблюдались со стороны CD8-лимфоцитов, которые проявлялись в резком снижении такового показателя у больных 2 группы по сравнению с больными 1 группы. Повышение уровня иммуноглобулинов IgG, IgM отмечалось у лиц обеих групп по сравнению с показателями у здоровых детей, однако групповых различий в сравниваемых группах не выражено. Характерной чертой иммунных расстройств у наших детей является отсутствие статистически значимых изменений Ig A в сравнении со здоровыми детьми (табл.2).

Таблица 2.

Показатели иммунологического статуса ВИЧ-инфицированных детей с ХТ в зависимости от путей инфицирования

Показатель	*Здоровые*	*Парентерально* ВИЧ инфицированные	Перинатально *ВИЧ* инфицированные
Лейкоциты, кл/мкл	*6100±0,6*	*4600±812,69*	*3375±256,7*
Лимфоциты, %	*40,9±1,9*	*21,4±6,15*	*20,25±6,2*
Лимфоциты, абс.	*2452,4±211,9*	*1805,2±576,82*	*1065,75± 111,87*
Т-лимфоциты, %	*58,8±2,0*	*38,4±6,6*	*32±3,7*
Т-лимфоциты, абс.	*1393,5±110,5*	*662,6±168,72*	*427±43,19*
CD 4, %	*34,6±1,8*	*14,6±1,3*	*13,25±5,04*
CD 8, %	*22,9±1,0*	*24,6±3,8*	*25,5±3,7*
CD 4/ CD 8	*1,5±0Д*	*0,72±0,13*	*0,865±0,27*
CD 19, %	*24,3 ±1,22*	*19,62±4,4*	*19,75+6,68*
CD 19, абс.	*583,5±49,7*	*414,2±120,8*	*145,75±16,5*
Ig A, мг%	*1047,3±35,7*	*84,4±7,7*	*83,75±13,29*
Ig M, мг%	*90,1±6,6*	*140,4±13,1*	*136,25±12,13*
Ig G, мг%	*129,2±10,8*	*1075,6±44,19*	*888,75±47,18*
CD 16, %	*15,10,8*	*16,2±3,5*	*20,25±2,77*

Выводы

:

Представленные данные свидетельствуют об особенностях клинического и иммунологического течения ХТ у ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от путей инфицирования.

1. У всех перинатально инфицированных детей отмечаются симптомы ХТ, бактериальные инфекции, генерализованная лимфоаденопатия, гепатомегалия, сепсис, диссеминированная цитомегаловирусная инфекция, тяжелая герпетическая инфекция на фоне глубокой недоношенности. У детей с приобретенной ВИЧ-инфекцией озноб, недомогание, судорожные проявления были отмечены в меньшем количестве.

2. У детей с врожденной ВИЧ-инфекцией наблюдается выраженная иммуносупрессия в сравнении с парентерально инфицированными детьми, у которых иммунная система к моменту заражения находилась в более зрелом состоянии.

3. Со стороны иммунной системы характерным было отсутствие статистически значимых изменений показателя IgA по сравнению с контрольной группой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бессарб Т.П., Ющук Н.Д. "ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике". //Лечащий врач. - 2010. -№ 1. - С. 26-28.
2. Запорожан В.Н., Посохова С.П. "Пути вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребёнку". /Научное издание. Вестн. врача общей практики. -Т., 2013.- Спец. Вып. ч.2.- С. 150-153. - Библиогр.: 14 назв.
3. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология: руководство для врачей. - /СПБ : Питер, 2011. - 576 с. (Серия Современная медицина).
4. Петрова А. Г., Варнакова Р. Д., Москалева Е. В. ВИЧ-инфекция у детей при перинатальном инфицировании //Узловые вопросы борьбы с инфекцией : рос. науч.-практ. конф. - СПб., 2014. - С. 34.
5. Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных. /СПБ. : НИИ эпидемиологии и микрорбиологии им. Пастера, 2012. - 80 с.
6. Benhammou, A. Ear, nose and throat pathology in human immunodeficiency virus infection //East Mediterr Health J. 2012. Vol. 8, № 6. P. 826-831.
7. Greenspan J.S., Greenspan D. Oral Disease in HIV infection // AIDS.- Philadelphia-New York.- 2012.- Vol.746.- P.355-365.
8. V. Yubault, Y.Pacanowsky, C.Rabian, Y.P.Viard Interruption of Prophylaxis for Major Opportunistic Infections in HIV-infected Patients Receiving Triple Combination Antiretroviral Therapy / /Ann.Med.Interne(Paris).- 2000.- 151(3).- P.163-168.

Поступила 14.01. 2019

УДК:618.5.618.56.005.1

ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Цель исследования изучение опыта лечения геморрагического шока в акушерском стационаре и оценка ее эффективность. Интенсивная терапия геморрагического шока в акушерстве должна быть направлена на устранение источника кровотечения и восполнение объема циркулирующей крови с учетом стадии процесса. Своевременная оценка объема кровопотерия, степени тяжести шока и необходимости адекватной интенсивной терапии с включением гемотрансфузии, переливание свежезамороженной плазмы препятствуют развитию ДВС-синдрома и гемической гипоксии, что способствует снижению полиорганных нарушений, инвалидизации пациенток и предотвращению плачевных фатальных исходов.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, геморрагический шок, шоковый индекс, беременность

АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШЛАРИДА ГЕМОРРАГИК ШОКНИ ДАВОЛАШ

Негматуллаева М.Н., Ҳамидова Н.Р., Аҳмедов Ф.К., Тўқсанова Д.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Тадқиқотнинг мақсади - туғруқ комплексида геморрагик шокнинг даволаш тажрибасини ўрганиш ва унинг самарадорлигини баҳолашдан иборат. Акушерликда геморрагик шокни жадал даволаш қон кетиш манбасини бартараф этиш ва жараённинг босқичини ҳисобга олган ҳолда организмда айланиб юрган қон миқдорини тўлдиришга йўналтирилган бўлиши керак. Шокнинг оғирлик даражасига, қон йўқотишнинг ҳажмига янгича ёндашиб баҳо берган ҳолда етарли миқдорда интенсив даволашга эҳтиёжни ўз вақтида баҳолаш, ДВС ва гемик гипоксиянинг олдини олиш, янги музлатилган плазма трансфузияси, бу мултиорган касалликларнинг камайишига, беморларнинг ногиронлигига ва ўлим олдини олишга ёрдам беради.

Калит сўзлар: акушерлик қон кетишлари, геморрагик шок, шок индекси, ҳомиладорлик.

TREATMENT OF HEMORRHAGIC SHOCK IN OBSTETRIC HEMORRHAGE

Negmatullaeva M.N., Khamidova N.R., Akhmedov F.K., Tuksanova D.I.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The purpose of the study is to study the experience of treating hemorrhagic shock in an obstetric hospital and assess its effectiveness. Intensive treatment of hemorrhagic shock in obstetrics should be aimed at eliminating the source of bleeding and replenishing the circulating blood volume, taking into account the stage of the process. Timely assessment of blood loss, severity of shock and the need for adequate intensive care with the inclusion of blood transfusion, transfusion of fresh frozen plasma prevent the development of DIC and hemic hypoxia, which contributes to the reduction of multiorgan disorders, the disability of patients and the prevention of disastrous fatal outcomes.

Key words: obstetric hemorrhage, hemorrhagic shock, shock index, pregnancy

Актуальность

Известно, что массивные акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности и инвалидизации женщин [1, 2]. Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. В последние годы, по данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, наблюдаются у 14 млн. женщин, из них 128 тыс. умирают обычно в первые 4 часа после родов. Внедрение новых методов борьбы с массивными кровотечениями не всегда приемлемо в акушерских стационарах разного уровня и не приводит к уменьшению их частоты [3]. Существует множество методов прогнозирования массивных кровотечений, в то же время достоверность и эффективность их использования недостаточна [4], что диктует необходимость продолжения научных исследований в этом направлении.

Тяжесть кровопотери зависит от индивидуальной переносимости кровопотери, преморбидного фона, акушерской патологии и метода родоразрешения. Факторами, предрасполагающими к кровотечению в последовом и раннем послеродовом периодах, являются перенесенные аборты, многочисленные беременности, рубец на матке, аномалии развития матки, преэклампсия и эклампсия, ожирение, многоплодная беременность, крупный плод, многоводие, различные экстрагенитальные заболевания матери, применение токолитиков, мертвый плод, дефект гемостаза (болезнь Виллебранда и др.).

В настоящее время акушерские кровотечения продолжают представлять угрозу жизни рожениц и родильниц. Геморрагический шок у женщин в перинатальный период вызывает острые и массивные кровотечения, приводящие к резкому снижению объема циркулирующей крови (ОЦК), фракция выброса (ФВ) и тканевой гипоперфузии. Развитию геморрагического шока способствуют хронические циркуляторные и

метаболические нарушения, вызванные экстрагенитальной патологией, преэклампсии и другими осложнениями беременности.

В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет несоответствие снижающегося при кровотечении ОЦК и емкости сосудистого русла. Уменьшение венозного возврата к сердцу вследствие дефицита ОЦК приводит к снижению ударного и минутного объема сердца, артериального давления (АД).

Следует учитывать, что в связи с недостаточным приростом ОЦК у беременных с преэклампсией, ожирением, заболеваниями сердца геморрагический шок может развиваться при умеренной кровопотере.

Что в связи с недостаточным приростом ОЦК у беременных с преэклампсией, ожирением, заболеваниями сердца геморрагический шок может развиваться при умеренной кровопотере.

Цель исследования: изучение опыта лечения геморрагического шока в акушерском стационаре и оценка ее эффективность.

Материал и методы

Настоящее исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института, в городском родильном комплексе. Проведен анализ лечения геморрагического шока у 20 женщин, в средний возраст пациенток составил 36,1±2,4 года, находившихся на лечении в родильном доме. Первородящих из них было 3(15%)человек, у 2(10%) были вторые роды, у 6(30%)- третьи и у 9(45%) - четвертые. Паритету первородящие 3(15%), повторнородящие - 17 (85%). Во всех случаях развивалась на фоне различных экстра генитальных и гинекологических заболеваний. Диагноз геморрагического шока ставился на основании субъективных ощущений, клинических и дополнительных методов исследования.

Все наблюдаемые пациентки проходили полное клиническое обследование в условиях родильного дома. Общий анализ крови производился по общепринятой методике. Всем женщинам производились биохимические анализы крови: определяли общий белок, билирубин, мочевину.

Исследование свертывающей системы крови (фибриноген, Д- димеры, протромбиновый индекс (ПТИ), время свертывания по Ли-Уайту) производились согласно возможностям существующей лабораторной службы данного лечебно- профилактического учреждения.

Тяжесть геморрагического шока оценивали по общему состоянию, определению артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), дыхания (ЧД), температуры тела, величин центрального венозного давления (ЦВД), сатурации гемоглобина кислородом (SpO2) с помощью пульсоксиметра, почасового диуреза.

Для оценки стадий геморрагического шока придерживались следующих критериев. Геморрагический шок I ст - соответствует кровопотере 15% ОЦК (≤1000 мл). В клинической картине отмечаются бледность кожных покровов и слизистых, умеренная тахикардия до 100 уд/мин, умеренная олигурия (менее 50 мл/ч). Систолическое АД не ниже 100 мм рт. ст., ЦВД - ниже 5 см вод. ст. Геморрагический шок II степени - устанавливается при кровопотере 15-25% ОЦК (1000-1500мл). При этом спазм периферических сосудов не может компенсировать малый сердечный выброс, АД 100/60 мм рт. ст. уменьшается амплитуда пульсового давления, выраженная тахикардия (120-130 уд/мин), одышка, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, холодный пот, беспокойство, глухость сердечных тонов, снижение ЦВД до 0 мм вод. ст. Диурез 20-30 мл/час. Шоковый индекс - 1. Геморрагический шок III степени - развивается при кровопотере, превышающей 25-40% ОЦК (1500-2000мл). В патогенезе необратимого шока основную роль играют парез капилляров, потеря плазмы, агрегация форменных элементов крови, нарастающий метаболический ацидоз. Пульс более 120 уд. в мин. АД от 100 до 60 мм рт. ст., заторможенное состояние, спутанное сознание, резкая бледность, акрацианоз, холодный пот. Одышка в покое, дыхание частое с нарушением ритма, беспокойное поведение. Диурез - олигурия 5-20 мл/ч. Шоковый индекс - 1,3-1,4. Усиливаются расстройства внешнего дыхания, отмечается крайняя бледность или мраморность кожных покровов, анурия, ступор, потеря сознания. Геморрагический шок IV степени - развивается при кровопотере, превышающей более 2000 мл (более 40% ОЦК). Пульс более 140 уд. в мин. САД - менее 60 мм. рт. ст. определяется трудом, диастолическое-0. Крайняя бледность кожных покровов, холодный пот. Выраженная отдышка, ослабленное дыхание с нарушением ритма. Отсутствие сознания. Полиорганная недостаточность, анурия.

«Шоковый индекс Альговера» вычислялась - отношение частоты сердечных сокращений (ЧСС) к величине систолического АД. В норме этот показатель равен 0,5.

Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стьюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.

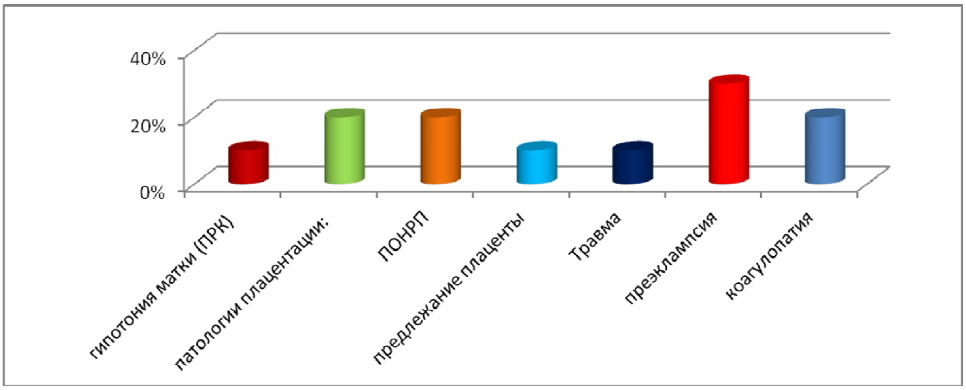
Результат и обсуждения

В наших исследованиях получены следующие данные, которые отражены в рисунке №1. Детально анализируя причины акушерской патологии, приводящие геморрагическому шоку можно сказать, что основную часть составляет гипотония матки (ПРК) - 2(10%), патологии плацентации: преждевременная отслойка нормально расположенной плацента-4(20%), предлежание и врастание плаценты: placenta accreta- 2(10%), травматические повреждения матки-1(10%), острый выворот матки-1 (5%). Преэклампсия и преждевременный разрыв плодных оболочек составляли равные количества - 6(30%), коагулопатии-4 (20%). Рис.№1.

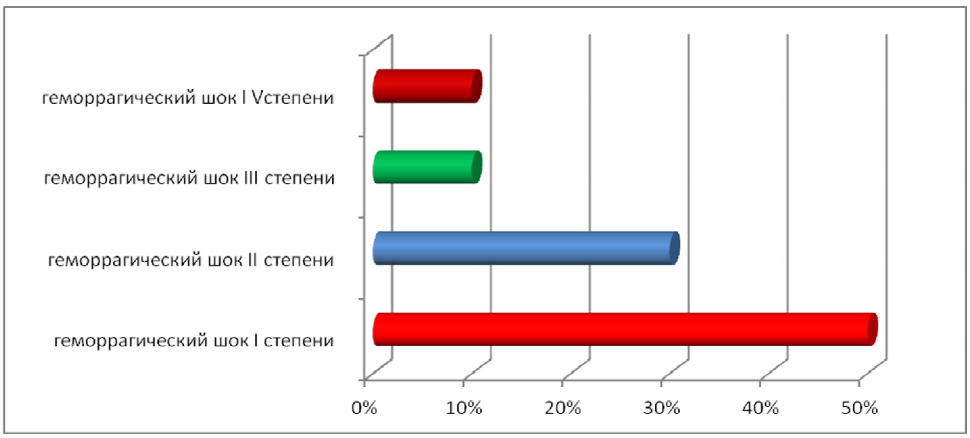
Следует отметить, что само оперативное вмешательство, проводимое для остановки кровотечения, также сопровождается кровопотерей, особенно на фоне ДВС-синдрома, что усугубляет течение геморрагического шока.

Исследования показали, что геморрагический шок I степени у 10(50%) женщин, II степени - у 6(30%), III степени - у 2(10%) и IVстепени-2(10%).Рис.2.

При интенсивной терапии геморрагического шока стремились к срочной остановке кровотечения, быстрому устранению нарушений параметров объема циркулирующей крови и показателей центральной и



Основные причины кровотечения. Рис.№1



Частота развития постгеморагического шока. Рис. №2

системной гемодинамики путем своевременной, адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Так как обильное кровотечение и геморрагической шок способствуют развитию ДВС-синдрома, то ДВС в той или иной стадии имел место во всех случаях. Поэтому в комплекс интенсивной терапии обязательно включали мероприятия по профилактике и борьбе с коаулопатией путем переливания СЗП, ингибиторов протеаз и протромплекс -600. Проводили мониторинг определения параметров продуктов деградации фибрина - Д-димера. Борьба с дыхательной недостаточностью и ее профилактика также становилась необходимыми мерами в плане лечения.

При проведении ИТТ объем вводимой жидкости зависел от объема кровопотери или стадии геморрагического шока. Инфузионную терапию начинали с коллоидных растворов (рефортан, стабизол).

Благоприятный эффект при лечении геморрагического шока имеет свежемороженая плазма (СЗП), так как она содержит все факторы свертывания. СЗП переливали как с целью восполнения ОЦК, так и для борьбы с ДВС-синдромом и его профилактики. В II стадии геморрагического шока использовали 300-450 мл СЗП, во III и IV стадии 600-800 мл СЗП и более. Также вводили ингибиторы протеаз (контрикал по 80000 АЕ, гордокс по 300000 ЕД).

Так как снижение гематокрита ниже 25% ведет к нарушению кислородно-транспортной функции крови, при кровопотере, составляющей 1-1,5% от массы тела (800-1200 мл), решали вопрос о переливания компонентов крови.

Все больные были выведены из геморрагического шока. Однако в первые дни восстановительного периода состояние их оставалось тяжелым. Лечение продолжалось в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Заключение

Таким образом, своевременная диагностика начавшегося кровотечения должно проводиться с использованием стандартного подхода, начиная от пошагового действия и дальнейшим решением проблем по мере их выявления. Необходимо одновременно динамически оценивать состояние пациентки. Интенсивная терапия геморрагического шока в акушерстве должна быть направлена на устранение источника кровотечения и восполнение объема циркулирующей крови с учетом стадии процесса. Своевременная оценка объема кровопотеря, степени тяжести шока и необходимости адекватной интенсивной терапии с включением гемотрансфузии, переливание свежезамороженной плазмы препятствуют развитию ДВС-синдрома и гемической гипоксии, что способствует снижению полиорганных нарушений, инвалидизации пациенток и предотвращению плачевных фатальных исходов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Инфузионно - трансфузионная терапия при коагулопатических послеродовых кровотечениях [Текст] / [Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, Т. А. Федорова, и др.]. - Москва, 2009. - 15 с.
2. Малкова, О. Г. Анализ основных ошибок в проведении интенсивной терапии у пациенток с тяжелой акушерской патологией в ОРИТ ОКБ №1 - ретроспективный анализ за 5 лет / О. Г. Малкова, А. Л. Левит // Интенсив. терапия. - 2005. - № 3. - С. 163-169.
3. Марютин А.В., Левченко Л.Б. и др. Кровопотеря - гиповолемия, подходы к инфузионно-трансфузионной коррекции // Анестезиология и реаниматология.- 2018.- №3.- С.- 35-40.
4. Салов, И. А. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери /И. А. Салов, Д. В. Маршалов //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008. - № 2. - С. 29-33.
5. Ткаченко Р.А. Выбор инфузионных сред при терапии массивной кровопотери в акушерстве. Ч. 2 // Мистецтво лқкування, № 2 (028), 2016, с. 76
- 78.
6. Франке Р. Восполнение объёма циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов // Анестезиология и реаниматология.- 2009.- №3.-С. 70-76.
7. Reducing maternal deaths through state maternal mortality review [Text] / [S. J. Kilpatrick, P. Prentice, R. L. Jones, et al.]. // J. Womens Health (Larchmt). - 2012. - Vol. 21 (9). - P. 905 - 909.
8. Tuncalp, O. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage [Text] / O. Tuncalp, J. P. Souza, M. G?lmezoglu // Int. J of Gynecology and Obstetrics. - 2013. - Vol. 123 (3). - P. 254 - 266.
9. Predictors of massive blood loss in women with placenta accreta [Text] / [J. D. Wright, S. Pri - Paz, T. J. Herzog, et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2011. - Vol. 205. - P. 38. e1.
10. Management of placenta accreta: a survey of Maternal - Fetal Medicine practitioners [Text] / [J. A. Jolley, M. P. Nageotte, D. A. Wing, et al.]. // J. Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. - 2012. - Vol. 25 (6). - P. 756.
11. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach [Text] / [T. Angstmann, G. Gard, T. Harrington et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2010. - Vol. 202. - №1. - P. 38 - 46.
12. Risk factors for uterine atony postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery [Text] / [L. A. Wetta, J. M. Szychowski, S. Seals, et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2013. - Vol. 209 (1). - P. 51. e1- e6.

Поступила 12.03. 2019

УДК: 616.36-002.2.+ 616-079.8(616-053.5)

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Ортикбоева Ш.О

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей - одни из самых распространенных заболеваний детского возраста. В обзоре рассмотрены современные представления об особенностях применения методов лучевойдиагностики в педиатрии. Изложена основная семиотика наиболее часто встречающихся патологических изменений мочевыделительной систем, с указанием методических аспектов применения рентгенографии и ультразвуковой диагностики.

Ключевые слова:рентгенография,ультразвуковая диагностика.

FEATURES OF THE APPLICATION OF RADIATIVE DIAGNOSTIC METHODS IN PEDIATRIC PRACTICE WITH THE PATHOLOGY OF KIDNEYS AND URINARY TRACT

Ortiqboeva Sh.O

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Inflammatory diseases of the kidneys and urinary tract - one of the most common diseases of childhood. The review examines modern ideas about the features of the use of methods of radiology in pediatrics. The main semiotics of the most common pathological changes in the urinary systems, with an indication of the methodological aspects of the use of radiography and ultrasound diagnosis.

Key words: radiography, ultrasound diagnostics.

ПЕДИАТРИК АМАЛИЁТДА РАДИОАКТИВ ДИАГНОСТИК МЕТОДЛАРНИ БУЙРАК ПАТОЛОГИЯСИ ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ортикбоева Ш.О

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Буйракларвасийдикйулларинингяллиғланиш кассаликлари-болаларда енг куп тарқалган касалликлардан бири бўлиб хисобланади. Мақолада замонавий радиология усулларидан педиатрик амалиётда қуллаш ва озига хос хусусиятлари еритилган.Уринитал тизимларнинг кенг тарқалган патологик ўзгаришлари ассосий семиотикаси, рентгенография ультратовуш ташхисининг жихатлари ёритилган.

Калит сўзлар: рентгенография, ультратовуш диагностикаси.

Актуальность

Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей - одни из самых распространенных заболеваний детского возраста. Предрасполагающими факторами, на фоне которых наиболее часто развиваются эти изменения, могут быть различные анатомические аномалии органов мочевой системы, например патология мочеточника и пиелоуретрального сегмента, нарушающие нормальную выделительную функцию почки, изменения со стороны пузырно-мочеточникового сегмента, приводящие к нарушению уродинамики, изменения со стороны почечных сосудов, нарушающие кровоснабжение почки. Перечисленные изменения при воздействии экзогенного фактора (переохлаждение) способствуют развитию воспалительных изменений в паренхиме почки и мочевыводящих путей.

Цель настоящего исследования - определение диагностической тактики и последовательности применения различных методов лучевой диагностики у детей с воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей, сравнение эффективности данных методов в диагностике различной уронефрологической патологии.

Материал и методы

Обследовано 176 детей в возрасте от 2 до 14 лет, 52,8 % составили девочки, 47,2 % - мальчики. УЗИ с цветным допплеровским картированием (ЦДК) проводили на современных ультразвуковом (с использованием конвексного датчика с диапазоном частот 3,5-5 Мгц) и рентгенологическом аппаратах (TITAN 2000,Korea).

Проведено УЗИ с ЦДК и экскреторная урография 56 (31,6 %) детям; 22 (12,4 %) - УЗИ с ЦДК; у 20 (11,5 %) детей УЗИ с ЦДК сочеталось с проведением экскреторной урографии и восходящей цистографией; у 20 (11,5 %) детей УЗИ с ЦДК проводили с экскреторной урографией; у 17 (9,6 %) - УЗИ с ЦДК, экскреторная урография, восходящую цистографию; у 18 (10,3 %) пациентов выполняли УЗИ с ЦДК, восходящую цистографию; у 18 (10,3 %) - только УЗИ с ЦДК; у 5 (2,8 %) пациентов - УЗИ с ЦДК, восходящую цистографию.

Из 176 пациентов 18 потребовалось только проведение УЗИ с ЦДК с назначением последующей динамики УЗИ. Остальным 158 пациентам после проведения УЗИ с ЦДК были необходимы другие лучевые

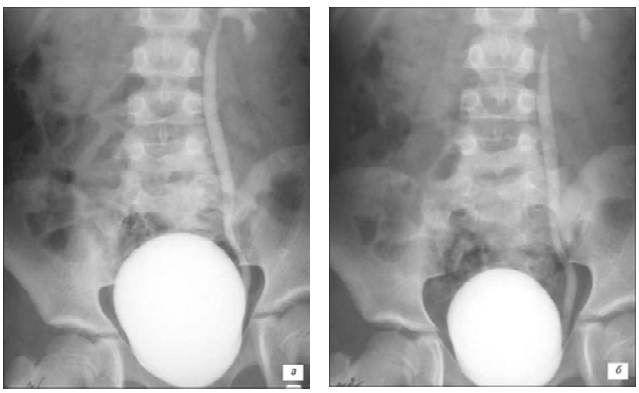
методики. Диагностировалась следующая патология: начальные проявления воспалительных изменений - у 133 детей, развернутая картина при воспалительных изменениях в почках и мочевыводящих путей - у 21 ребенка, "маленькая" почка - у 4 пациентов (у 3-гипоплазированная, у 1 - сморщенная). Кроме того, у 8 пациентов выявлен нефроптоз, у 2 -тазовая дистопия почки, у 2 -ротация почек. Неполное удвоение полостной системы диагностировано в 11 наблюдениях, полное - в 1 наблюдении. Кисты определены у 3 детей, кальцинат - у 1, ангиолипома - у 1 ребенка. Симптом Фролея на экскреторной урографии определялся у 17 человек, патология мочеточника (стриктура, высокое отхождение, клапан, перегиб) - у 8 детей.

УЗИ с ЦДК позволило установить у 25 пациентов обеднение сосудистого рисунка на фоне "маленькой" почки и развернутой картины воспалительных изменений; у 9- различную сосудистую патологию (наличие добавочного сосуда, удвоение, стеноз, изгиб почечной артерии). У 1 пациента была диагностирована артериовенозная мальформация.

Результат и обсуждения

Наиболее популярным способом диагностики и контроля пузырно-мочеточникового рефлюкса до сих пор считается восходящая цистография, главные достоинства которой заключаются в получении информации о деталях строения мочевого пузыря и анатомии уретры, а также в возможности классифицировать пузырно-мочеточниковый рефлюкс в соответствии с классификацией Heikel-Parkkulainenb (1966), в основе которой лежит оценка степени выраженности забрасывания рентгеноконтрастного вещества при выполнении восходящей цистографии.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс делится на активный- возникает в момент мочеиспускания, т.е. в момент сокращения детрузора, и пассивный - когда имеется постоянное свободное соединение мочевого пузыря с содержимым мочеточника, существуют и смешанные формы рефлюкса (активно-пассивные) (рис. 1).



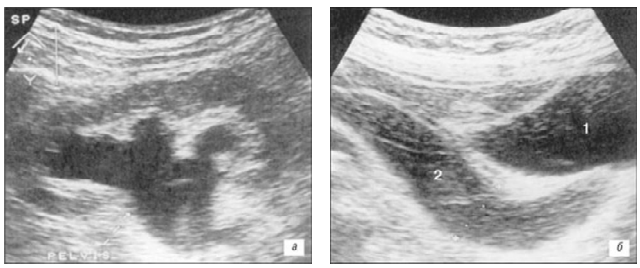
а) В фазе максимального наполнения мочевого пузыря, пассивный рефлюкс.

б) В фазе мочеиспускания, активный рефлюкс.

Рис. 1. Восходящая цистография. Активно-пассивный пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева 4 степени. Выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы, деформация чашечек.

Однако существенная лучевая нагрузка при восходящей цистографии, особенно опасная для девочек, заставляет искать альтернативные подходы к диагностике пузырно-мочеточникового рефлюкса. Кроме того, рентгеновский метод не может гарантировать, что пузырно-мочеточниковый рефлюкс, проявления которого в немалых случаях весьма ограничены по времени (секундами), непременно совпадет с моментами выполнения снимков. Одними из таких альтернативных методов являются УЗИ с ЦДК и радионуклеидная цистография [2, 3, 5-8]. УЗИ с ЦДК позволяют получать изображение движения потоков мочи, оценивать количественные и качественные характеристики выбросов, которые зависят от состояния транспортной функции мочевых путей.

Признаками пузырно-мочеточникового рефлюкса при УЗИ с ЦДК являются: дилатация мочеточника в нижних и верхних отделах при среднем или максимальном наполнении мочевого пузыря и стабильное расширение лоханки более 10 мм, независимо от наполнения мочевого пузыря (рис. 2). Если после микции лоханка не уменьшилась или даже увеличилась в размерах, то имеет место активный рефлюкс, при уменьшении лоханки в размерах диагностируется пассивный рефлюкс. Кроме того, при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса УЗИ с ЦДК может определить: уменьшение размеров почки на стороне поражения; циклическое изменение диаметра мочеточника в верхнем и (или) нижнем отделах; допплерографическую регистрацию обратного тока мочи в мочеточнике в виде одногорбой кривой со снижением всех количественных показателей; вертикальную направленность мочеточниково-пузырного выброса, который в норме имеет направление под углом 30-40° по отношению к условной линии, соединяющей устья мочеточников (рис. 3).



а) Эхограмма расширения полостной системы почки.

б) Эхограмма расширенного мочеточника. 1 – мочевой пузырь, 2 – мочеточник.

Рис. 2. Эхограммы на фоне мочевого пузыря.

Изменения, выявляемые методами лучевой диагностики у детей при воспалительных заболеваниях почек и мочевыводящих путей, могут быть условно разделены на три группы: начальные проявления (минимальные изменения, которые определяются лучевыми методами диагностики), развернутая картина воспалительных изменений и диагностика "маленькой" почки (имеется ввиду гипоплазированная, или сморщенная почка).

Необходимо отметить, что изменения со стороны почек и мочевыводящих путей, которые выявляются при УЗИ с ЦДК и при динамической ангионеф-

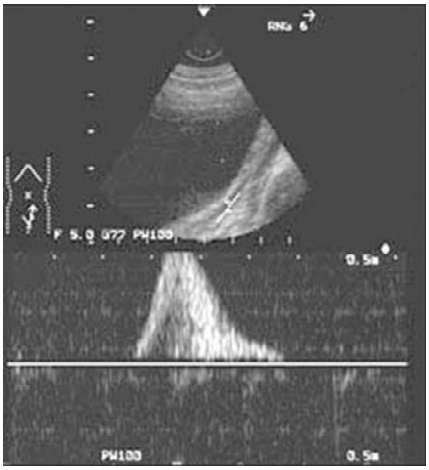
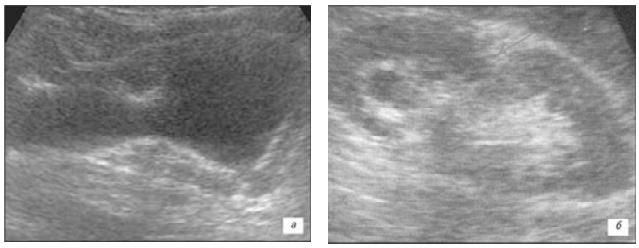


Рис. 3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс при УЗИ в режиме ЦДК.Сканирование мочеточника через мочевой пузырь.Скорость потока 11 см/с (норма до 20,3 см/с), время потока 1,16 с (норма 6,2 с).

росцинтиграфии не специфичны для того или иного заболевания, а характеризуют структурные изменения и нарушения функциональных способностей мочевыделительной системы. Диагнозы пиелонефрита или гломерулонефрита являются, на наш взгляд, в первую очередь клиническими, постановка их возможна только при совокупности синдромов: клиническая картина, данные физикального обследования, изменения в анализах и, конечно изменения, которые определяются лучевыми методами диагностики.

УЗИ позволяет выявить изменения в серошкальном режиме, а в сочетании с ЦДК детально охарактеризовать кровоток в отдельных участках сосудистого русла почки и установить, если имеется, сосудистую патологию [2, 4-6].

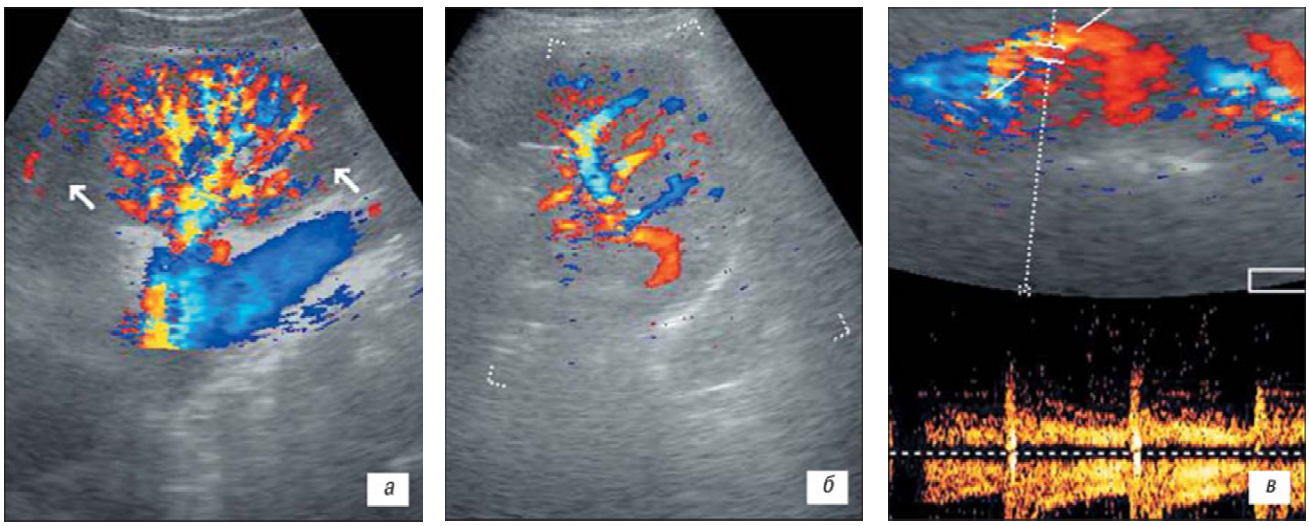
В начальном периоде воспалительных изменений УЗИ с ЦДК выявляет умеренно выраженные диффузные изменения паренхимы почки на фоне сохранения четкости кортико-медуллярной дифференцировки (КМД); контуры почек сохранены, четкие, ровные; невыраженная дилатация лоханки (без истончения паренхимы); интраренальный сосудистый рисунок почки сохранен; скоростные показатели артериального ренального кровотока сохраняются в пределах нормы.



а) Воспалительные изменения в почке. б) Втяжение на контуре почки (стрелка).

Рис. 4. Эхограмма почки.

При развернутой картине УЗИ с ЦДК характеризуется неровностью, нечеткостью, деформацией контура почки, который местами может не прослеживаться; почка иногда местами плохо дифференцируется от окружающих тканей, что затрудняет определение ее размеров; визуализируются мелкие, неправильной формы втяжения контура, распределенные либо по всему контуру, либо в каком-то фрагменте почки; определяется нечеткость кортико-медуллярной дифференцировки; имеются выраженные диффузные изменения паренхимы почки с умеренным неравномерным повышением ее эхогенности; дилатация чашечно-лоханочной системы; фрагментарное истончение паренхимы почки с компенсаторным утолщением или сохранением толщины других ее участков (рис. 4); умеренное обеднение интраренального сосудистого рисунка, наиболее выраженное в местах деформации и втяжения контура почки; снижение скоростных характеристик артериального кровотока (рис. 5).



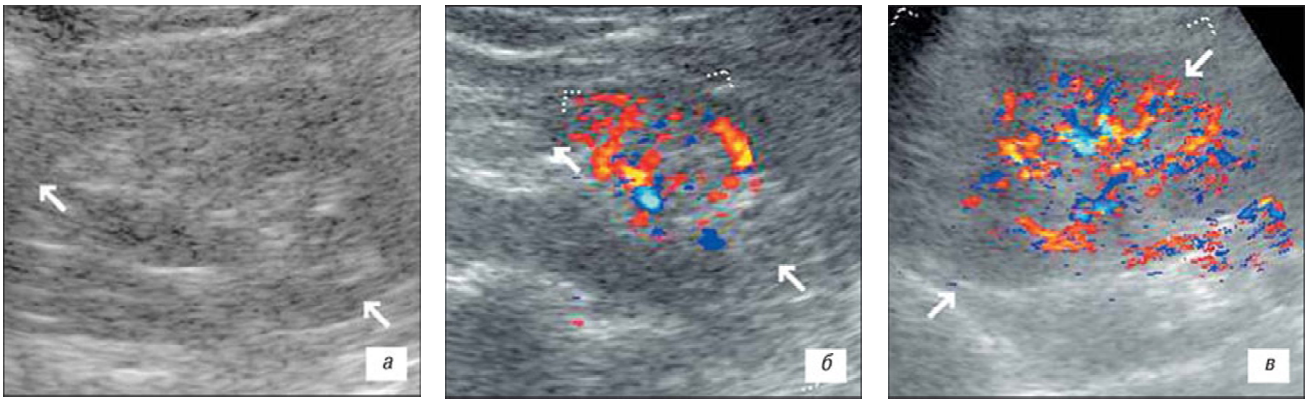
а) Интраренальный сосудистый рисунок почки сохранен, кортикальный кровоток определяется во всех отделах паренхимы.

б) Обеднение сосудистого рисунка.

в) Скоростные показатели в устье почечной артерии в пределах возрастной нормы: Vps - 83,7 см/с; Ved - 34,1 см/с; RI - 0,63; PI - 0,96

Рис. 5. УЗИ почки при воспалительных изменениях в режиме ЦДК.

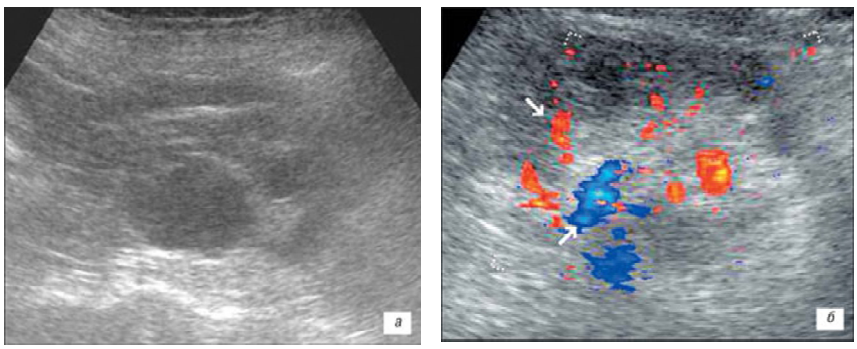
При наличии у ребенка "маленькой" почки УЗИ с ЦДК определяет уменьшенную в размерах почку с нарушением правильности ее контуров, почка с трудом дифференцируется от окружающих тканей; резко нарушена или отсутствует кортико-медуллярная дифференцировка; визуализируются диффузные неравномерные изменения паренхимы почки с гетерогенным повышением эхогенности; дилатация чашечно-лоханочной системы; выраженное обеднение сосудистого рисунка пораженной почки со снижением скоростных характеристик артериального ренального кровотока (рис. 6, 7).



а) В-режим. б) Режим ЦДК. в) Режим ЦДК.

Рис. 6. Эхограмма гипоплазии почки.Гемодинамические показатели артериального кровотока в почечной артерии: Vps - 54 см/с, Ved - 22 см/с, RI - 0,4, PI - 0,7.

УЗИ с ЦДК позволяет определить и различную сосудистую патологию. Артериовенозные мальформации, наличие добавочных сосудов, удвоения, изгибы и стенозы почечной артерии, все эти изменения приводят к нарушению кровоснабжения почки, и в определенных условиях способствуют развитию воспалительных изменений в почках. Кроме того, это часто может служить причиной ренальной артериальной гипертонии.



а) В-режим. б) Режим ЦДК.

Рис. 7. Эхограмма сморщенной почки.

Визуализируется массивный артериовенозный сброс слева с резким обеднением внутрипочечного сосудистого рисунка. Почечная вена слева расширена, деформирована. В среднем и верхнем сегментах слева негомогенное образование округлой формы с неровными нечеткими контурами диаметром 5 см. При контрастировании образование высокой интенсивности.

Экскреторная урография позволяет предположить реноваскулярную обструкцию, которая проявляется как симптом Фролея, перегиб в лоханочно-мочеточниковом сегменте, выявить патологию мочеточника: высокое отхождение мочеточника, клапан мочеточника (рис. 8).

Начальные признаки, выявляемые на экскреторной урограмме при наличии воспалительных изменений в почках (спастическая стадия пиелонефрита): локальные спазмы чашечно-лоханочной системы, чаще в области верхних чашечек, что соответствует расположению сфинктера Диссе в области шейки малых чашечек; недостаточная контрастность верхних мочевых путей и замедление эвакуации контрастного вещества пораженной почкой вследствие дискинезии чашечно-лоханочной системы (рис. 9 а); пиелоренальный рефлюкс, выявляемый при экскреторной урограмме с компрессией.

Признаки, определяемые на экскреторной урограмме в более поздние сроки воспалительного процесса (гипотоническая стадия пиелонефрита): расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника; краевой симптом псоаса как следствие снижения нервно-мышечного тонуса всей собирательной системы; грибовидная деформация чашечек: сглаженность и атрофия конусов сосочков, закругление форникcов (вследствие отека слизистой, понижения то-

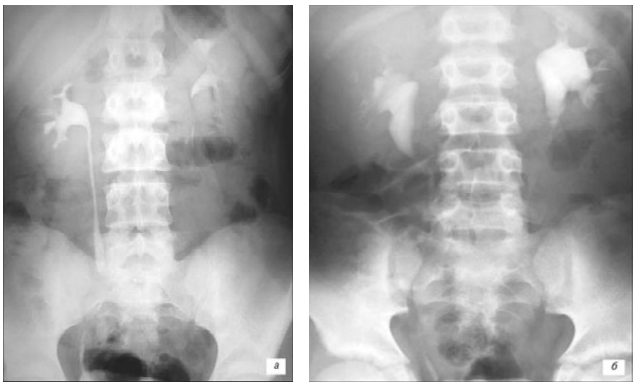


а) Линейный дефект наполнения шейки верхней чашечки правой почки с умеренной эктазией (симптом Фролея), перегиб в лоханочно-мочеточниковом сегменте справа без нарушения оттока (стрелка).

б) Высокое отхождение мочеточника.

в) Клапан мочеточника. Дефект наполнения в начальном отделе мочеточника. Симптом пустого мочеточника Лихтенберга: дилатированная лоханка, отсутствие контраста в мочеточнике.

Рис. 8. Экскреторные урограммы.



а) Левосторонний пиелонефрит, спастическая стадия. Средние и нижние чашечки левой почки слабо контрастированы, спазмированы, верхняя чашечка умеренно расширена, деформирована.

б) Двухсторонний пиелонефрит, гипотоническая стадия. Двухсторонняя пиелоэктазия, краевой симптом псоаса. Неравномерное контрастирование полостной системы, деформация и нечеткость чашечек правой почки.

Рис.9. Экскреторные урограммы (25-я минута).

нуса нервно-мышечного аппарата и развития соединительной ткани); удлинение шеек чашечек, раздвигание чашечек в результате инфильтрации паренхимы (рис. 9 б).

Признаками "маленькой" почки при экскреторной урограмме являются: уменьшение размеров почки, неровность ее контура с множественными втяжениями; сближение чашечек, уменьшение и деформация лоханки в результате склероза, атрофии почечной ткани и почечного синуса; замедление или отсутствие выделения контрастного вещества. В большей степени все эти изменения проявляются при сморщивании почки на фоне воспалительного процесса, в меньшей - при гипоплазии почки, когда функциональная способность "маленькой" почки может быть не нарушена.

Из таблицы видно, что наиболее чувствительным методом в выявлении функциональных нарушений даже при минимальных воспалительных изменениях в почках и мочевыводящих путях является динамическая ангионефростинтиграфия. Ранее было показано, что детям было проведено различное сочетание методов лучевой диагностики с целью определения оптимального варианта их комплексного использования. Анализируя сказанное выше, мы считаем, что УЗИ с ЦДК должно быть первичным методом визуализации у детей с патологией почек и мочевыводящих путей. Этот метод обладает рядом достоинств: позволяет оценить положение почек, смещаемость при дыхании, размеры, форму, очертания, дифференцировку кортико-медуллярной системы, ренальный синус с ЧЛС и перирениальные ткани.

УЗИ с ЦДК выявляет аномалии количества, положения и структуры почек; диффузные и очаговые изменения паренхимы. Метод высокочувствителен к обструкции мочевых путей. Кроме того, он ориентирует относительно характера заболевания и определяет выбор дальнейшего метода визуализации.

УЗИ с ЦДК имеет преимущества перед экскреторной урографией при выраженном гидронефрозе. Значительная дилатация чашечно-лоханочной системы приводит к сильному "разведению" контрастного вещества и чашечно-лоханочной системы почки на экскреторной урограмме может не контрастироваться, что служит причиной диагноза "нефункционирующая" почка. Проведение УЗИ на аппаратах высокого разрешения с оценкой ренального кровотока позволяет избежать этой ошибки. Сохранение нормальной эхогенности паренхимы даже на фоне ее истончения до 3-4 мм и резкой дилатацией чашечно-лоха-

Таблица 2

Сравнение лучевых методов в диагностике изменений, выявляемых при патологии почек и мочевыводящих путей

Метод диагностики	Количество исследований	Количество патологий
Экскреторная урография	113	72 (63,7 %)
УЗИ с ЦДК	176	105 (59,6 %)

ночной системы при условии визуализации сосудистого рисунка почки хотя бы только в проекции чашечно-лоханочной системы и медуллярного слоя, и снижение средней скорости кровотока не более чем в 2 раза при сравнении с коллатеральной почкой является прогностически благоприятным [4].

Однако УЗИ с ЦДК имеет недостатки: не всегда позволяет визуализировать мочеточники, не дает полноценной информации о функции почек. Поэтому рекомендуется после выполнения УЗИ с ЦДК проводить радионуклеидные исследования и(или) экскреторную урограмму в зависимости от клинических показаний, и лишь при необходимости выполнять восходящую цистографию.

Экскреторная урограмма дает обзор всего мочевого тракта, включая мочеточники и мочевой пузырь; позволяет оценить выделительную функцию почек; подтверждает или исключает обструкцию, определяет причины и уровень обструкции.

Указанный подход в диагностике и соблюдение строгой последовательности выполнения лучевых методик позволяет диагностировать пузырно-мочеточниковый рефлюкс (УЗИ с ЦДК), оценивать функцию почки (экскреторная урография), определять патологию сосудов (УЗИ с ЦДК), мочеточника и мочевого пузыря (экскреторная урография).

Сочетание УЗИ с ЦДК и восходящей цистографией недостаточно эффективно. Учитывая низкий процент выявления рефлюксов при восходящей цистографии, а также определяемые при выполнении УЗИ с ЦДК различные диффузные и структурные изменения в почках, мы в полной мере не можем определить функцию почек, изменения мочеточника, а следовательно, подтвердить или опровергнуть изменения, выявленные на УЗИ.

Выводы

1. Сочетанное использование УЗИ с ЦДК это в стационарах, при подозрение на УЗИ МВП по выявлению пузырно-мочеточникового рефлюкса необходимо направить для УЗИ с ЦДК в специализированным учреждениям.

2. Сочетанное использование УЗИ с ЦДК и рентгенологических методов исследования для выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса позволяет исключить у многих пациентов восходящую цистографию. Первым методом визуализации у детей с патологией почек и мочевыводящих путей должно быть УЗИ с ЦДК. Рентгенологические методы диагностики применять строго по показаниями.

3. Таким образом, на сегодняшний день на помощь в диагностике заболеваний приходит методика исследования УЗИ с цветовое допплеровское картирование дает возможность рассмотреть строение кровеносной системы органов и оценку состояния существующего кровотока позволяет видеть в режиме реального времени все движущиеся жидкости в этом органе и вокруг него. То есть можно не просто увидеть, в каком состоянии находятся сосуды органа, но и отследить движение жидкости. Результаты УЗИ с ЦДК очень информативны, так как данные получаются сразу в нескольких проекциях, к тому же в режиме реального времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дыбунов А.Г., Дворяковский И.В., Зоркин С.Н. Возможности допплерографии в диагностике обструктивных уропатий у детей //Ультразвуковая диагностика. - 2000. - N 4. - С. 35.40.
2. Лишманов Ю.Б., Чернова В.И. Радионуклеидная диагностика для практических врачей /Пособие для врачей. - Томск. - 2004.
3. Васильев А.Ю., Лучевая диагностика в педиатрии: национальное руко водство / А.Ю. Васильев, М.В. Выклюк, Е.А. Зубарева [и др.]; под ред. А.Ю. Васильева, С.К. Тернового. - /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 368 с
4. Ольхова Е.Б., Крылова Е.М., Ефремова И. Возможности ультразвуковой оценки функционального состояния почек при рефлюкс нефропатии у детей //Эхография. - 2001. - Т. 2. - N 1. - С. 61.67.
5. Пыков М.И. Современные возможности лучевой диагностики в педиатрической практике /Автореф. дис□. д.ра мед. наук. - М., 1997. - 43 с.
6. Пыков И.М., Гуревич А.И., Шмиткова Е.В., Голоденко Н.В., Левитская М.В., Шумихин В.С. Допплерографическая оценка уродинамики при обструктивных уропатиях у детей раннего возраста //Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2004. - N 3. - С. 71.76.
7. Пыков М.И. Детская ультразвуковая диагностика. //Гастроэнтерология. Т. 1, 2014. 256 с.
8. Терновой, С.К. Диагностические возможности и клиническое применение МР-урографии / С.К. Терновой, Ю.Г. Аляев, В.Е. Синицын [и др.] //Медицинская визуализация. -2001. - № 2. - С.72-77.
9. Столин А.Р., Макаревич В.Ф., Ермоленко Ю.А. Радионуклеидная диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса // Новости лучевой диагностики. - 1998. - N 3. - С. 29.31.
10. Cox I. H., Erickson S. J., Foley W. D. et. al. Ureteric jets: evalution of normal flow dynamics with color Doppler sonography // AJR. - 1990. - Vol. 17.- P. 355.358.
11. Value of sonography in the diagnosis of mild, moderate and severe vesicoureteral reflux in children / A. Adibi, A. Gheysari, A. Azhir [et al.] //Saudi J. Kidney Dis. Transpl. - 2013. -Vol. 24(2). - P.297-302.

Поступила 23.01. 2019 г.

УДК: 616.233-002-036.12-092

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛНОЙ АСТМОЙ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рахимова Д.А., Тиллаева Ш.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Республика Узбекистан, Ташкент Бухарский государстенный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Изучили взаимосвязь психоэмоциональных факторов регуляции и качества жизни больных бронхиальной астмой и эффекты комплексной терапии.

В результате исследования установили, что небиволол на фоне стандартной терапии улучшаются патогенетически взаимосвязанные нарушения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, легочная гипертензия, качество жизни, физическое состояние, эмоциональное состояние, профессиональная пригодность и удовлетворенность лечением (УЛ).

ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТ ВА ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ БУЗИЛИШИ

Д.А.Рахимова, Ш.Ш.Тиллаева

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий- амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон, Тошкент
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Бухоро.

✓ ***Резюме,***

Бронхиал астма билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари ва психо-эмоционал омилларни тартибга солишда комплекс терапиянинг самарадорлиги ўрганилди.

Текширишлар натижасида небивололни базисли даво фонида қўллаш орқали патогенетик бузилишларнинг яхшиланишига эришилди.

Калит сўзлар: бронхиал астма, ўпка гипретензияси, ҳаёт сифати, жисмоний ҳолат, ҳиссий ҳолат, касбга лаёқат ва даволанишдан қониқиш (ДҚ).

DISTURBANCES OF PSYCHOEMOTIAL CONDITION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA WITH PULMONARY HYPERTENSION

D.A.Rahimova, Sh.Sh.Tillaeva

Republican specialized scientific and practical medical center of therapy and rehabilitation, Republic of Uzbekistan, Tashkent
Bukhara state medical institute Republic of Uzbekistan, Bukhara.

✓ ***Resume,***

Studied the relationship of psycho-emotional factors of regulation and quality of life of patients with bronchial asthma and the effects of complex therapy.

As a result of the research, it was established that nebivolol against the background of standard therapy improves pathogenetically interrelated disorders.

Key words: bronchial asthma, pulmonary hypertension, quality of life, physical condition, emotional state, professional fitness and satisfaction with treatment (AL).

Актуальность

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой, в большинстве стран распространенность БА возрастает и наносит значительный ущерб, связанный не только с затратами на лечение, но также потерей трудоспособности [1]. Медико-социальная значимость проблемы бронхиальной астмы в последние годы неуклонно растёт, так в странах Евросоюза распространенность БА составляет 7-9 %. [3]. При развитии тяжести хронических обструктивных заболеваниях легких и бронхиальной астме из за кардиоваскулярных осложнений, проблема из пульмонологической переходит в кардиопульмонологическую [2,4].

В настоящее время стало очевидным, что нервно-психические факторы оказывают негативное влияние на функциональное состояние бронхов и КЖ больных. Формирование легочной гипертензия (ЛГ) является наиболее тяжелым осложнением БА. Резко снижается качества жизни больных ЛГ предопределяющий неблагоприятный исход заболевания. Это в значительной степени обусловлено тем, что бронхиальная астма относится к подгруппе психосоматических заболеваний, поскольку в ее происхождении психические и соматические факторы тесно переплетаются, создавая сложные причинно-следственные связи [1, 8].

Для наиболее ранней диагностики, адекватной профилактики и лечения больных БА с легочной гипертензией, необходимо уточнить патогенез этого заболевания, факторы приводящие к усугублению его течения [5, 6]. Требует дальнейшего изучения вопрос о том, какую роль в прогрессировании ЛГ играют пси-

хические факторы (ПФ) регуляции и качество жизни больных при развитии легочного сердца и восстанавливается ли эта деятельность в процессе комплексного лечения? В связи с этим, представляет интерес комплексная оценка широкого круга параметров, отражающих структурно-функциональное состояние кардиореспираторной системы и психовегетативные факторы регуляции больных. Эти параметры определяют функциональный статус и медицинские аспекты качества жизни больных БА [4]. При БА особый интерес представляет изучение изменений микроциркуляторного звена кровообращения на различных стадиях развития болезни, что важно не только для более полного раскрытия патогенетических механизмов этого заболевания, но и для разработки комплекса адекватного лечения. Одним из таких методов терапии больных БА возможно, является применение высокоселективного β1-адреноблокаторы на основе базисной терапии [9].

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи нарушений психики и качество жизни больных БА с ЛГ и эффекты комплексной терапии.

Материал и методы

Обследовано 49 больных БА и 30 здоровых лиц (ЗЛ). У больных по показателям допплерэхокардиографии (ДоплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию - (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср больше 25 мм.рт.ст).

В зависимости от методов лечения больные разделены на следующие 2 подгруппы (таблица 1): 1а подгруппа- (12 больных) и 1б подгруппа (11 больных) получали стандартную терапию (СТ) по (GINA, 2011 г) и электрофорез бишофита (ЭБ).

2 а подгруппа (14 больных) и 2б подгруппа (12 больных) получает стандартную терапию + высокоселективный β1-адреноблокаторы III поколения. В составе III поколения высокоселективный β1-адреноблокаторы представляет собой активное вещество - рацемат, которые блокирует адренорецепторов, модулирует синтез эндотелиального релаксирующего фактора.

Таблица 1.

Разделение больных бронхиалной астмой с легочной гипертензией на подгруппы в зависимости от методов лечения

СТ+ЭБ		СТ+ β1-адреноблокатор	
1а подгруппа (n=10)	1б подгруппа (n=9)	2а подгруппа (n=14)	2б подгруппа (n=12)
Больные с БА II-III ступенью	Больные с БА IV ступенью	Больные с БА II-III ступенью	Больные с БА IV ступенью

Помимо ЭБ и высокоселективный β1-адреноблокаторы на фоне стандартной терапии все больные получали следующий общий лечебный комплекс: дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, также посещали астма школу.

Исследования больных проводили в день поступления и после 10 процедур.

Психоэмоциональный статус больных оценивали на основании психологического тестирования с помощью теста Спилбергера на выявление реактивной и личностной тревожности.

Изучение параметров качества жизни больных БА с ЛГ проводилось по специализированному Сиэтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Данный опросник позволяет оценивать у больного уровень физического состояния (ФС), эмоционального состояния (ЭС), профессиональной пригодности (ПП) и удовлетворенности лечением (УЛ).

С помощью допплерЭхоКГ в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону (1985) рассчитывали следующие параметры спектра диастолического наполнения ПЖ: Е/А- соотношение скоростей раннего и предсердного наполнения; ВЗ (м/с) - время замедления раннего наполнения; ВИР (м/с) - время изоволюмического расслабления и фракция предсердного наполнения (ФПН, %). анализировали уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст). Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли на аппарате Medikor (Венгрия), с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1, %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV1/FVC, %).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t - критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при $p<0,05$.

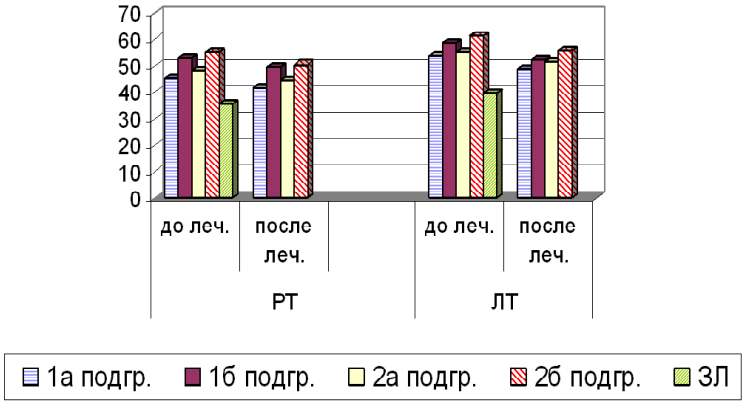
Результат и обсуждение

Выполненные исследования эмоционально-личностной сферы у больных БА с ЛГ, свидетельствует о наличии соматогенно обусловленной тревоги, а также аутизации личности с формированием своеобразного модуса мышления и поведения.

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности подтверждается результатами психометрического анализа по методике Спилбергера с применением шкалы реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). У всех больных БА обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. По шкале Спилбергера у больных БА выявлена достоверно высокая реактивная и особенно личностная тревожность по сравнению с ЗЛ (рисунок 1). Данные полученные нами в подгруппе больных БА IV ступеню с ЛГ, показали, что уровень реактивной тревожности и уровень личностной тревожности выше по сравнению с больными БА II- III ступени

До лечения параллельно с дисбалансом ПФ регуляции, наблюдается нарушения легочной гемодинамики и вентиляционной способности легких. Так, наблюдали повышение ЛАДср, объем форсированного выдоха за 1 сек, жизненная емкость легких и индекс Тиффно снижены по сравнению с аналогичными показателями ЗЛ ($p<0,005$).

Психоэмоцианальный статус больных бронхиальной астмой с ЛГ в динамике различных режимов терапии.



Как видно из приведенных данных гипоксия играет важную роль в механизмах инициации симпатикотонии, следовательно, повышении ЛАДср и ремоделирования эндотелия сердечно-сосудистой системы.

После комплексной терапии обнаружили, что у больных БА реактивная тревожность и личностная тревожность во всех подгруппах уменьшились (рисунок 1). В 1а и 1б подгруппах больных балльные показатели теста Спилбергера больше, чем в 2а и 2б подгруппах.

Достоверно уменьшились реактивная тревожность и особенно личностная тревожность в динамике комплексных процедур в 1а и1б подгруппах ($p<0,05$). Формировавшиеся психические нарушения сочетающийся с тревожно-ипохондрическими сдвигами в структуре личности больных БА больше уменьшились в 1а и 1б подгруппах, чем в 2а и 2б подгруппах.

В динамике лечения получавшие в группе высокоселективный β1-адреноблокатора в 2а и 2б подгруппах. показатели параметров КЖ: ФС, ЭС, ПП и УЛ улучшены больше чем у больных получавшие СТ+ЭБ. При сравнении внутри подгруппы, у больных БА (1а и 2а подгруппы) параметры качества жизни оказались несколько существеннее, чем у больных (1б и 2б подгруппы) ($p<0,05$).

Установлено, что параметры КЖ в динамике терапии во всех подгруппах достоверно улучшились, и повысилась адаптация к активной физической деятельности. Также улучшение психологического состояния, что выражается в достоверном уменьшении депрессии и тревоги, улучшении эмоционального контроля и памяти, удовлетворенности жизнью, улучшением социальной адаптации больных.

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных БА высокоселективного β1-адреноблокатора на фоне стандартной терапии в 2а и 2б позволяет повысить вентиляционную способность легких, снизить гемодинамическую нагрузку на правые отделы сердца тем самым, улучшит структуру диастолы ПЖ сердца. Нужно отметить, что взаимосвязанные нарушения психических факторов регуляции и КЖ больных с ремоделированием правого желудочка сердца, улучшаются после проведенных процедур, а также снижается тяжесть течения болезни и параллельно повышается КЖ этих пациентов.

Обсуждение собственного материала

Исследования показали, что до лечения изменения эмоционально-личностной сферы параллельны нарушениям бронхиальной проходимости, легочной гемодинамики. Прогрессирование ЛГ и развитие легочного сердца у больных БА тесно связаны с развитием дисфункции психических факторов регуляции, что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов [1, 6].

Взаимное отягощение и прогрессирование нарушений легочной гемодинамики основано на общности некоторых звеньев патогенеза: развитие гипоксии нарушений легочно-сердечной микроциркуляции и легочной гипертензиии [5]. Нами было отмечено параллельное улучшение параметров психического статуса, КЖ и уровней ВСЛ, ЛАД у больных БА с ЛГ, наступающее после комплексного лечения с применением высокоселективный β1-адреноблокатора на фоне стандартной терапии.

Выводы

1. В основе возникновения и развития у больных БА II- III ступени лежат дезадаптивные состояния в сфере психических факторов регуляции, что проявляется из-за снижения ВСЛ и длительной гипоксии головного мозга.

2. У больных БА с ЛГ IV ступенью отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, у больных БА II- III ступени по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности ($p<0,05$), что необходимо учитывать при проведении адекватного лечения.

3. ЭБ и высокоселективный β1-адреноблокатора на фоне стандартной терапии способствуют улучшению нарушения ВСЛ и КЖ больных, который положительно коррелирует с уменьшением ЛАДср и эмоционального напряжения ($p<0,05$). Препараты высокоселективный β1-адреноблокаторы уменьшает эндотелиальной дисфункции, ремоделирования легочных сосудов и улучшения функции правого сердца, увеличение степени эндотелий зависимой вазодилатации и достоверное снижение систолического АД в легочной артерии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Садыкова Г.А., Сабирджанова З.Т. Адаптационный потенциал эндотелий-зависимой вазодилатации у больных бронхиальной астмой //Материалы научно-практической конференции. - Харковь, 2011. -С. 8
2. Аляви А.Л., Д.А. Рахимова, Г.М. Касымова Нейрогуморальная активация при различных степенях ремоделирования правых отделов сердца у больных бронхиальной астмой и эффективность комплексных режимов лечения //Материалы научно-практической конференции. - Харковь, 2011. -С.7.
3. Гафнер Н.В., Ливерко И.В. Оценка вазодилатационных и адаптационных эффектов комплексной терапии больных БА // Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане: //Сб. научных трудов. Ташкент, -2009. -С.93-96.
4. Долинина, Л.Ю. Качество жизни больных бронхиальной астмой и его динамика на фоне терапии комплексными гомеопатическими препаратами // Болезни органов дыхания. -2008. -№ 1. -С. 46-52.
5. Козина О.В. , В.В. Андрушкевич, А.Э. Сазонов и др Клинико-биохимические аспекты развития обструкции бронхов при бронхиальной астме //Пульмонология. -2008. - №2. - С. 52-58.
6. Шахнис С.А., Омельяненко М.Г. Роль дисфункции эндотелия, гипоксии в формировании легочной гипертензии у больных бронхиальной астмой //Пульмонология. -2008. -№2. -С. 38-41.
7. Овчаренко С.И. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // Пульмонология. -2009. - № 3. - С. 82-88.
8. De Man F.S, Handoko ML, van Ballegoij JJ, Schalij I, Bogaards SJ, Postmus PE, van der Velden J, Westerhof N, Paulus WJ, Vonk-Noordegraaf A. Bisoprolol delays progression towards right heart failure in experimental pulmonary hypertension //Circ. Heart. Fail. -2012. -Vol. 5(1). - P. 97-105.
9. Sanz J, Garc?a-Alvarez A, Fern?ndez-Friera L, Nair A, Mirelis JG, Sawit ST, Pinney S, Fuster F. Right ventriculo-arterial coupling in pulmonary hypertension: a magnetic resonance study // Heart. -2012. -Vol. 98(3). - P.238-243.

Поступила 28.01. 2019

UDK:618.39-089.88877

EXODUS OF PREMATURE BIRTH

L.V. Sarkisova , Kayumova G.M.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The problem of preterm birth, is one of the first places in practical obstetrics, as they determine the level of perinatal mortality and morbidity. Premature babies account for 60-70% of early neonatal mortality and 65-75% of infant mortality. Stillbirth in preterm birth is 8-13 times higher than in timely delivery.

Key words: premature race,perinatal risk.

MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQ NATIJALARI

L.V. Sarkisova., Qayumova G.M.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume,***

Muddatdan oldin tug'ilish muammosi, perinatal o'lim va kasallanish darajasini aniqlaganligi sababli, amaliy akusherlikda birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Muddatdan oldin tug'ilgan chaqaloqlar 60-70% erta neonatal o'lim va 65-75% chaqaloq o'limini tashkil qiladi.

Kalit so'zlar: erta tug'ruq,perinatal xavf.

ИСХОДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Л.В. Саркисова., Г.М. Каюмова,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Проблема преждевременных родов, занимает одно из первых мест, в практическом акушерстве, так как именно они определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8-13 раз выше, чем при своевременных родах

Ключевые слова: преждевременным род,перинатальный риск.

Introduction

The problem of preterm birth, is one of the first places in practical obstetrics, as they determine the level of perinatal mortality and morbidity. Premature babies account for 60-70% of early neonatal mortality and 65-75% of infant mortality [1, 2, 3]. Stillbirth in preterm birth is 8-13 times higher than in timely delivery [4, 5]. Children born weighing less than 1500 g, 200 times more often die newborns and, if they survive, 10 times more often have neurological and somatic complications than children born weighing over 2500 g [6, 7]. Criteria of vitality of the fetus: term - 22 weeks or more, body weight - 500 g or more.

The perinatal mortality statistics, in accordance with WHO recommendations, include all cases of birth of a fetus and newborn with a body weight of 500 g or more (or, if the body weight at birth is unknown, body length is 25 cm or more or a gestation period of 22 weeks and more) "In this regard, issues of timely diagnosis of the causes and the development of optimal tactics for pregnancy and preterm birth are becoming particularly acute. The problem of preterm birth has always had great social significance. Contrary to the efforts of scientific and practical obstetrics, the frequency of preterm birth does

not tend to decrease. The birth of a premature baby, especially with extremely low body mass (EBMT) and very low body mass (ONMT), is a psychological burden for family members and their associates, a social burden for society [11,12]. The problem is associated with the high cost of nursing these children, the high frequency of disability.

The choice of method of delivery for preterm birth is sometimes a difficult task. According to the literature, only about 25% of pregnant women with a gestational age of 28-37 weeks are delivered through the birth canal. This group, as a rule, consists of premature birth without obstetric complications or extragenital pathology. In 75% of cases of preterm labor, delivery occurs by cesarean section [8, 9, 10].

Purpose of the study

The aim of the work was to study the perinatal outcomes of preterm labor depending on the method of delivery.

Materials and methods

For the period 2017-2018 On the basis of the Bukhara Maternity Complex No. 1, a retrospective analysis of 129 histories of preterm birth was performed at gestational periods ranging from 22 to 37 weeks. For analysis, the indicated cases of preterm birth were divided into four groups, according to the classification of preterm birth, based on the gestational age of the newborn:

The 1st group - from 22 to 28 weeks (27 weeks 6 days) - newborns with EBMT, up to 1000 g, the prognosis is extremely unfavorable, high rates of perinatal mortality and morbidity - 19 (15.3%) births;

Group 2 - 28-30 weeks 6 days - ONMT, up to 1500 g, where the birth outcome for the fetus is more favorable - 28 (22.1%) births;

Group 3 - 31-33 weeks; 6 days - moderate prematurity - 34 (26.2%) births;

Group 4 - 34-36 weeks 6 days - 48 (37.1%) deliveries.

Research results

The age of the patients examined by us ranged from 18 to 35 years, the average age was 26 ± 1.5 years, no significant differences in age were observed in all groups. A clinical and statistical analysis of the state of somatic and reproductive health of the examined patients showed that, in general, the groups are comparable in the main parameters analyzed. In the somatic status of patients, chronic hypertension should be noted, which was significantly more common in the 1st and 2nd groups (20.3% and 19.4%, respectively), compared to the 3rd and 4th groups - 4.9% and 3.6%, respectively ($p < 0.05$). Chronic pyelonephritis was significantly more common in the 1st and 2nd groups (20.3% and 18.4%) of observations, in comparison with the 3rd and 4th groups (10.3% and 9.1%) of observations ($p < 0.05$). The nature of the menstrual function in all patients had no significant violations. It is noteworthy that among gynecological diseases, the carrier of a viral infection in the 1st and 2nd groups (20.3% and 17.9%) of cases was encountered with great frequency, compared to the 3rd and 4th groups (15.3% and 13.1%), respectively. Chronic endometritis in the 1st and 2nd groups was significantly more frequent (23.2% and 19.4% of cases) in comparison with the 3rd and 4th groups (10.6% and 8.8% of cases) accordingly ($p < 0.05$), which also indicates adverse factors for pregnancy planning and is a high risk factor for carrying a pregnancy. Studying parity in the studied groups, it was established that the multiplying patients in the 1st group - 9 (7.6%), in the 2nd group 17 (15.3%), in the 3rd group - 26 (19.7%)), in the 4th group - 38 (29.9%), respectively.

From obstetric history, it was revealed that all patients had a high percentage of uterine curettage (two or more) in history: in the 2nd group in 42.4%, in the 3rd group in 37.1%, in the 4th group in 36 , 2% and in the 1st group in 30.7% of patients. Perinatal losses due to a premature birth in the history of patients in the 1st and 2nd groups were significantly more frequent. The course of this pregnancy was complicated by an acute respiratory viral infection (ARVI) with a rise in body temperature above 37.5 ° C significantly more often in the 1st group compared to other groups: in the 1st group - in 10 (8.9%) patients ($p < 0.05$), in the 2nd in 6 (4.6%), in the 3rd in 8 (5.2%), in the 4th in 8 (1.7%), respectively. The threat of miscarriage was significantly more common in the 3rd and 4th groups in 23 (21.4%) and 34 (32.2%) patients, respectively, compared with the 1st and 2nd groups in 14 (21%) and 14 (30.4%) patients, respectively ($p < 0.05$), that is, starting from the first trimester of pregnancy, the patients examined by us had factors leading to a complication of the course of pregnancy. The results of our research are supported by literature data, where the threat of abortion is a frequent complication of the course of pregnancy ending in preterm labor and ranges from 38.9% to 43.8% [1, 4, 6]. One of the most dangerous complications of pregnancy is preeclampsia, eclampsia. Pre-eclampsia was significantly more frequently observed in the 4th group - in 19 (28.3%) patients, compared with the 2nd (2-0.9%), the 3rd (5-3.3%) and the 1st (2-2.9%) groups ($p < 0.005$), which, apparently, is more associated with the timing of gestation. Placental insufficiency prevailed in the 2nd group and amounted to 39.4%, while in the 1st group it was 14.7%, in the 3rd group - 12.2% and in the 4th group - 4, 8%, respectively ($p < 0.005$). Summarizing the analysis of the course of this pregnancy, we came to the conclusion that the risk factor for preterm labor is SARS with a rise in body temperature in the first trimester, the threat of termination of pregnancy, especially in the first trimester, multiple pregnancy and placental insufficiency. Further research was aimed at studying the course of labor and, accordingly, analyzing the outcome of labor for newborns in the respective groups depending on the method of delivery. Delivery through the birth canal was carried out in 1-to the 16th group (14.5%), in the 2nd group in 25 (23.4%), in the 3rd group in 10 (17.1%) patients, in the 4th group in 45 (44, 2%), respectively. In the 3rd group, delivery through the natural birth canal was significantly inferior to the abdominal delivery. An analysis of the duration of delivery through the birth canal showed that in the 1st, 2nd and 4th groups, there was a rapid birth up to 4 hours in 27.3 %, 24.1% and 19.6% of multiparous patients, respectively. In this connection, the average duration of labor in these groups is significantly less and was 6 hours 42 ± 12 minutes than in the 3rd group, in which the average duration of labor was 9 hours and 15 ± 6 minutes, there were no quick births. In all groups, with a prolonged anhydrous period of 12 hours or more, antibacterial therapy was carried out, before which,

material for bacteriological examination was collected from the cervical canal. According to the results of bacteriological research, conditionally pathogenic microflora was sown most often: Escherichia coli - 18.4%, Staphylococcus aureus - 12.6%, Enterobacter spp. - 5.0%, Enterococcus spp. - 4.6%. We drew parallels between the duration of the anhydrous period, the results of bacteriological seeding, and the development of chorioamnionitis. In the 1st group, chorioamnionitis was diagnosed in 30.6%, in the 2nd group in 18.9%, in the 3rd group in 14.3%, in the 4th group in 3.4% of patients. The highest percentage of complications in the form of chorioamnionitis was observed in the 1st group in 30.6% of patients. In this group, the largest percentage (28.8%) of patients with positive bacteriological findings was observed. The smallest percentage of complications in the form of chorioamnionitis occurred in the 4th group (5.4%) of cases, in this group a positive result of bacteriological seeding was observed in 3.1% of patients. Thus, the development of chorioamnionitis directly depends on the microflora of the birth canal and the duration of the anhydrous period. The leading principle for preterm labor is their careful management. Births through the birth canal in such cases against the backdrop of epidural anesthesia. The method of choice for anesthesia for preterm labor was epidural anesthesia in all studied groups: in the 1st group - in 3 (2.5%), in the 2nd - in 3 (2.5%), in the 3rd - in 24 (10.8%), in the 4th, in 3 (2.5%) patients. If possible, we carried out prevention of the syndrome of respiratory disorders (SDR) with dexamethasone in short and long courses at the rate of 24 mg of the drug per course. In the 1st group, the prevention of SDR was carried out in 11 (13.2%) cases, in the 2nd group in 15 (15.2%), in the 3rd group in 19 (20.1%) and in the 4th group in 17 (16.6%) cases. By the number of cases, the prevention of fetal SDR was more often carried out in the 4th group. The lack of prevention of SDR of the fetus is explained by the time from admission to delivery, from 40 minutes to 6-8 hours, when it was necessary to deliver on an emergency basis or a gestation period of more than 34-36 weeks. After delivery, we evaluated the condition of the premature baby on the Apgar scale. The increased frequency of inhibition of vital functions in a newborn baby correlates with a low assessment of the state at birth. An important predictive value is the assessment of the child's condition 5 min after birth; if it remains low, the prognosis is poor. Adaptation of the cardiovascular system to extrauterine life occurs simultaneously with the adaptation of the lungs. In the 1st group, the average Apgar score was in the first minute 3.4 ± 1.6 points, in the fifth minute 4.1 ± 1.3 points. In the 2nd group, the average Apgar score was in the first minute 5.2 ± 1.8 points, in the fifth minute 6.1 ± 1.5 points. In the 3rd and 4th groups on the 1st minute 6.6 ± 1.4 points; 7.1 ± 1.6 points, on the 5th minute 7.5 ± 1.3 points; 8.0 ± 1.1 points, respectively. Comparing the incidence of cesarean section and perinatal outcomes, it was noted that the assessment of the condition of newborns on the Apgar scale is higher for abdominal delivery. According to the results of the analysis, in the 1st group there were no particular differences in the assessment of the condition of the newborns, depending on the method of delivery.

In the 2nd and 3rd groups, delivery by caesarean section increased the Apgar score on newborns (6.3 ± 1.3 points; 6.9 ± 1.4 points; 6.7 ± 1.5 points; 7, 2 ± 1.7 points, respectively) in comparison with delivery through the birth canal (5.1 ± 1.1 points; 5.3 ± 1.2 points; 6.1 ± 1.2 points; 6.5 ± 1, 4 points respectively). In the 4th group, Apgar score was higher in newborns delivered via the birth canal (7.1 ± 1.1 points; 8.2 ± 1.3 points) compared with patients given by a caesarean section (6 3 ± 1.3 points; 6.9 ± 1.4 points). The results obtained by us correspond to the data of the literature [1]. Newborns of the 1st group had an average birth weight of 721 ± 103 g, in the 2nd group - 1120 ± 218 g, in the 3rd group - 1670 ± 170 g, in the 4th group - 2300 ± 170 g.

The most serious complication of labor for a premature baby is birth trauma, which occurs seven times more often in preterm labor than in timely delivery [12]. The following features of premature newborns predispose to birth trauma: a relatively large head, mainly due to the cranial skull, soft bones of the skull and open seams and springs, including lateral springs [13]. The cerebral vessels have a subependymal germinal layer located above the head and body of the caudate nucleus, it becomes thinner after the 30th week of gestation and disappears almost completely by the 36th week.

This area is the source of most cases of intraventricular hemorrhage in premature babies [14]. Analysis of perinatal outcomes in the studied groups once again indicates a direct dependence on the period of gestation and the method of delivery. According to the data obtained, in the period of 22-27 weeks of gestation (group 1) there was a high percentage of perinatal mortality in 31 (44.5%) cases. Out of the 1st group, 17 (40.4%) of newborns were transferred to the second stage of nursing. In terms of 28-30 weeks (group 2), perinatal outcomes are optimistic, and a direct dependence on the delivery method by cesarean section was noted; there were no cases of perinatal losses in this group.

In the 3rd and 4th groups there was one case of perinatal loss due to the following obstetric complications (1 case - decompensation of placental insufficiency, 1 case - PONRP, bleeding). All other newborns of the 3rd group were transferred to the second stage of nursing in the premature wards. In the 4th group, 302 (59.4%) of newborns were discharged home. Transfer of newborns to the second stage of nursing was carried out mainly in the 1st group on the 7th day, in the 2nd, 3rd, 4th groups for 3-4 days.

The structure of the pathoanatomical diagnosis in the 1st group prevailed: severe asphyxia - 47.7%, lung atelectasis - 20.4%, lung distelectasis - 19.4%, equally often multiple petechial hemorrhages, congenital generalized infection - productive portal hepatitis, small focal productive pneumonia, grade II - IV intraventricular hemorrhages - 20.7%. In the 2nd and 4th groups there was no perinatal loss, in the 3rd group - 1 (0.6%) case of perinatal loss due to grade II intraventricular hemorrhage in combination with congenital heart disease (hypoplasia of the left heart).

Findings:

1.Modern obstetric tactics with the threat of abortion, aimed at prolonging pregnancy under the control of the functional state of the fetus, makes it possible to conduct a full course of prevention of SDR, thereby allowing to improve the perinatal outcome of preterm birth. However, we noticed that in the 1st group, the prevention of SDR by dexamethozone did not have the expected effect on the perinatal outcome, most likely this is due to the deep

prematurity of the fruit. 2.The method of choice of delivery for preterm labor in pregnant women of high perinatal risk should be prompt delivery, since it significantly reduces the rate of perinatal mortality. However, in the gestation period from 22 to 28 weeks, cesarean section, as shown by our results, does not increase the viability of the newborn. In the period of gestation from 29 weeks to 34 weeks, a more careful delivery method should be considered a cesarean section, based on the perinatal risk. After 34 weeks, the operative delivery method does not affect the perinatal outcome. In the structure of indications for operative delivery, there were those indications that are equally common in the general population and were not determined by the period of gestation. The method of choice of delivery in gestation after 34 weeks is birth through the birth canal. 3. The risk of preterm birth is determined in accordance with the risk strategy in obstetrics and perinatology. Our analysis was determined on the basis of biomedical risk factors for preterm labor.

LITERATURE / REFERENCES:

1. Aylamazyan E.K. Obstetrics. National leadership. /M .: GEOTAR-Media, 2014. 1200 p.
2. Artymuk N.V., Elizarova N.N. Features of the morphology of the placenta and the condition of newborns in women with premature rupture of the fetal membranes during a premature pregnancy 2016. №1 (27). P.48-52.
3. Glukhovets BI, Glukhovets N.G. Pathology of the placenta. /SPb .: Graal, 2002. 448 p.
4. Kalashnikov S.A., Sichinava L.G., Povarova A.A., Korshikova P.N. Multiple fertility: risk factors of pregnancy termination in the II trimester. // Vestnik RUDN. Medicine series. 2009. №6. P.385-392.
5. Milovanov A.P. Pathology of the mother-placenta-fetus system: a guide for physicians. /M: Medicine, 1999. 448c.
6. Nedoseykina MS, Mishin A.V., Baranovskaya E.I. Features of the morphological structure of the sequence in women with preterm labor // Problems of health and ecology. 2012. №4 (34). Pp. 79-83.
7. Prokhorov V.S., Pavlov N.G. Perinatal outcomes with multiple fetuses //Journal of Obstetrics and Female Diseases. 2010. №3. Pp.54-59.
8. Puchkov GF, Domoratskaya T.L., Chuchko V.A. Features of the study of the corpses of newborns in forensic medicine. /Teaching manual. Minsk,2001.31 p.
9. Radzinsky V.E. Obstetric aggression, v. 2.0. /M .: Status Praesens magazine, 2017. 872 p.
10. Fatkullin F.I. Selection of the method of operative delivery for preterm labor //Kazan Medical Journal. 2008. T. 89. No. 5. P. 610-613.
11. Enkin M., Keirs M., Renfrey M., Neilson D. Guidelines for effective assistance in pregnancy and childbirth. /SPb .: Petropis, 2003. 455 p.
12. Penava D, Natale R. An association of chorionicity with preterm twin birth. //J. Obstet Gynaecol Can. 2004; 26 (6): 571- 574.

Поступила 21.02. 2019

УДК: 618+616.1+616-092.01

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГОМЕОСТАЗА И КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Туксанова Д.И., Аваков В.Е., Нажмутдинова Д.К.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Изучение особенности состояние параметров гомеостаза и кардиодинамики в процессе нормально протекающей беременности. Нами было исследовано 100 женщин с физиологическим течением беременности в сроке гестации 20-24, 28-32 недель. Комплексное ультразвуковое и допплерометрическое исследование кровотока выполнялась, ультразвуковым сканером Sono-scape SSI 5000 (модель Китай). С этой целью нами изучены следующие показатели: КДР, ТЗСЛЖ, ТМЖП, ДА, ММЛЖ, ИММЛЖ, ОТС и КД для суждения о связях исследуемых показателей и степени пропорциональности, ММЛЖ. С прогрессированием нормально протекающей беременности происходят изменения в геометрии сердца выражающейся в увеличении массы миокарда различных отделов ЛЖ, линейных размеров его полостей. Однако эти изменения практически не значимы, они отражают лишь общие тенденции.

Ключевые слова: допплерометрия, критерии геометрии сердца, (ММЛЖ, ОТС), преэклампсия.

ҲОМИЛОДОРЛИГИ ФИЗИОЛОГИК КЕЧАЁТГАН АЁЛЛАРДА ГОМЕОСТАЗ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА КАРДИОГЕМОДИНАМИКА ХУСУСИЯТЛАРИ

Туксанова Д.И., Аваков В.Е., Нажмутдинова Д.К.

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлларда гомеостаз параметрларини ва кардиогемодинимака кўрсаткичларини ўргандик. Биз ҳомиладорлик даври 20-24, 28-32 ҳафталик 100 нафар аёлларда текшириш ўтказдик. Доплерометрия ёрдамида (Sono-scape SSI 5000 (модель Хитой) ҳомиладор аёлларнинг ОДЎ, ЧҚОДҚ, ҚАТҚ, АД, ЧҚММ, ИЧҚММ, ДНҚ ва ДКларини ургандик. Меъёрида кечаётган ҳомиладорлик даврида ҳам юрак геометриясида ва кардиогемодинамика кўрсаткичларида ҳам ўзгаришлар юзага келади бу эса юракнинг ички ҳажмининг ошишига олиб келади.

Калит сўз: допплерометрия, юрак геометрияси (ЧҚММ, ДНҚ), преэклампсия.

FEATURES OF THE STATE OF THE PARAMETERS OF HOMEOSTASIS AND CARDIO HEMODYNAMICS IN WOMEN WITH PHYSIOLOGICAL PREGNANCY

Tuksanova D.I., Avakov V.E., Nazhmutdinova D.K.

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Study of the features of the state of the parameters of homeostasis and cardio dynamics in the process of normal pregnancy. We studied 100 women with physiological pregnancy at 20-24, 28-32 weeks of gestation. Integrated ultrasound and Doppler blood flow study was performed, ultrasound scanner Sono-scape SSI 5000 (China model). To this end, we have studied the following parameters: EDD, IVS, PW, DA, LVM, LVMi, RWT and KD for judging the relationship of indices and the degree of proportionality, MMLV. With the progression of a normal pregnancy, changes occur in the geometry of the heart, expressed in an increase in the mass of the myocardium of various LV divisions, the linear dimensions of its cavities. However, these changes are almost insignificant, they reflect only general trends.

Keywords: Doppler, the criteria for the geometry of the heart, (MMLV, RWT), preeclampsia.

Актуальность

Дискуссионность ряда аспектов этиологии и патогенеза, неоднородность и противоречивость факторов риска развития ПЭ подчеркивает необходимость углубленного анализа этой проблемы [1,3,7].

Ситуация усугубляется не только отсутствием единых представлений прогностической значимости диагностических тестов, но и диагностических стандартов, включающих показатели сердечно-сосудистой системы, метаболизма, данные ультразвукового исследования, а также доказательной базы в отношении ведения пациенток с экстрагенитальной патологией, на фоне которых развивается преэклампсия. Следует признать, что сведения о характере изменений центральной и регионарной гемодинамики у беременных с ПЭ, структурно-функциональной характеристике сердца и, особенно, диастолической функции миокарда отмечаются несогласованностью [5,6]. Крайне важно осуществлять контроль материнской кардиогемодинамики для выявления ранних признаков сердечной недостаточности. В ряде зарубежных исследований имеются сведения прогнозирования исхода беременности у пациенток с ПЭ на основании определения характера диастолической функции ЛЖ и типа его геометрии, параметров центральной и регионарной гемодинамики, однако имеющиеся информации противоречивы и не позволяют сделать определенных выводов [2,8].

В период беременности происходят физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца, обусловленные повышенной нагрузкой на сердечно - сосудистую систему.

Результаты изучения условий гемодинамики при физиологической и осложненной беременности могут быть представлены в виде своеобразной шкалы, отражающей особенности системной гемодинамики в организме женщин.

Гипердинамическая гемодинамика, характеризирующаяся признаками адаптации посредством объемных механизмов, является наиболее адекватной нормальному развитию гестационного процесса. Физиологические изменения при беременности включают увеличение объема циркулирующей плазмы, в целом экстрацелюлярной жидкости и общего содержания воды в организме. Это влечет за собой повышенный выброс сердца с изменением параметров системного и регионарного кровотока [4,6]. С данной точки зрения, гиперкинетическая гемодинамика с превалированием объемных показателей сердца в системе материнского кровообращения должна стоять, очевидно, в верхней части гипокинетической шкалы наиболее благоприятная в плане кардиоваскулярной адаптации к беременности [7,8].

Относительное снижение объемных показателей, когда выброс сердца начинает существенно зависеть от частоты его сокращений, свидетельствует об особенностях адаптации. В литературе последних лет дискутируется вопрос о "симпатической гиперактивации беременности" как факторе патогенеза основных акушерских осложнений, преимущественно с гипертензионной симптоматикой. Наиболее адекватной для гестационного процесса является гиперкинетическая гемодинамика с преобладающим механизмом адаптации посредством объемных параметров кровообращения на фоне сбалансированного типа нейровегетативной регуляции.

Считается что, основу функциональных расстройств при артериальной гипертензии, обусловленной беременностью, составляет генерализованный артериолоспазм, приводящий, к опасным нарушениям гемодинамики и сочетавшийся со снижением объема циркулирующей плазмы и значительным скоплением жидкости в интерстициальном пространстве.

И, если действительно ключевой момент всех форм артериальной гипертензии - артериолоспазм, то почему стандартные назначение артериодилятаторов, спазмолитиков и проведение инфузионной терапии не приводят к радикальному лечению преэклампсии, а, в лучшем случаи, только к временному улучшению[3,6,8].

Цель исследования

Изучение особенности состояние параметров гомеостаза и кардиодинамики в процессе нормально протекающей беременности.

Материал и методы

Нами было исследованы 100 женщин с физиологическим течением беременности в сроке гестации 20-24, 28-32 недель.

Были использованы клинико - лабораторные и функциональные методы оценки состояние беременных. Средний возраст обследованных беременных составил 22,1±2,5 года.

В соматическом анамнезе установлена высокая частота анемии (60%), заболевания почек (21,0%), вегето - сосудистая дистония (12,0%).

Течение данной беременности у 10,2% женщин осложнилось токсикозом первой половины беременности, у 20% угрозой прерывания беременности в первом триместре.

Лабораторная диагностика включала биохимические исследования функции печени и почек и определение факторов свертывающей системы.

Комплексное ультразвуковое и допплерометрическое исследование кровотока выполнялась, строго натощак на ультразвуком сканере Sono-scape SSI 5000 (модель Китай) сектаральным датчиком частотой 3.5 мгц. Оно включало в себя ультразвуковое исследование в реальном масштабе времени в М-режеме, импульсно - волновой допплерографию и цветовое допплеровское картирование полостей сердца.

С этой целью нами изучены следующие показатели: конечно-диастолический (КДР), конечно-систолический (КСР) размеры желудочка и также размеры стенок левого предсердия и правого желудочка, толщину задней стенки левого желедочка (ТЗСЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), диаметр аорты (ДА), а также изучали показатели массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительная толщина стенок миокарда левого желудочка (ОТС) и коэффициент диспропорциональности (КД) для суждения о связях исследуемых показателей и степени пропорциональности, ММЛЖ.

Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стьюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.

Результаты и обсуждения

Указанные сроки гестации нами были выбраны сознательно, памятуя о том, что в сроки беременности 20-24, 28-32 недели происходят наиболее значимые изменения в системе гомеостаза беременных женщин, сопровождающиеся различными нагрузочными реакциями на органы и системы женщин. Чаще всего именно в указанные сроки гестации могут проявляться различные патоморфологические изменения в органах и системах, которые прямо или косвенно могут провоцировать преэклампсию или являются проявлениями его. Данную группу составили 50 беременных женщин, у большинства из которых беременность протекала гладко, не сопровождаясь какими либо патологическими проявлениями. В представленной ниже таблице приводим значения клинико-биохимических изменений крови и мочи у женщин данной группы в сроки гестации 28-32 недели.

Из представленных в таблице данных нетрудно заметить, что по большинству изучаемых показателей с прогрессированием беременности не происходило каких либо выраженных изменений. По-прежнему констатировалась анемия, несколько более выраженная в сроки гестации 28-32 недели, что мы связывали с гидремией, о чем свидетельствовало статистически значимое снижение гематокрита у них на 10,9%.

Таблица №1

Клинико-биохимические показатели крови и мочи беременных контрольной группы в сроки гестации 28-32 недель, n=100

Показатели	Значения в сроки гестации 20-24 n=50	Значения в сроки гестации 28-32 n=50	P
Hb, г/л	10,6±0,21	0,80±0,06	<0,001
Эритроциты, 10^{12}\л	3,1±0,08	2,9±0,20	>0,05
Ht,%	36,2±0,33	32,1±0,90	<0,001
Общий белок, г/л	62,4±0,35	61,5±2,28	>0,05
Мочевина крови, мкмоль/л	4,8±0,02	5,3±0,18	<0,01
Креатинин крови, млмоль/л	68,8±0,90	74,7±2,44	<0,05
Суточный диурез, мл	1127,7±9,25	1096,6±19,06	>0,05
МАУ, мкг/мг	29,7±0,76	33,8±1,84	<0,001

Отмечено снижение суточного диуреза на 2,8% (P>0,05) и некоторая тенденция к повышению значений микроальбуминурии. В целом все изучаемые клинико-биохимические показатели крови и мочи беременных женщин в указанные сроки даже при увеличении их значений, не выходили за пределы физиологической нормы.

При более детальном анализе этих показателей у беременных контрольной группы, мы обнаружили, что у 9 (18,0%) пациенток были отмечены наибольшие изменения, касающиеся анемии, содержания МАУ.

В нижеследующей таблице приводим данные изучаемых клинико-био-химических показателей крови и мочи у указанных 9 (18,0%) беременных женщин в эти же сроки гестации, где для сравнения приводим значения этих - же показателей у 41 (82,0%) женщины с удовлетворительными значениями изучаемых показателей.

Таблица №2

Данные изучаемых показателей у сравниваемых беременных контрольной группы, n=50

Показатели	n=9	n=41	P
Hb, г/л,	7,8±0,42	10,9±0,39	<0,001
Эритроцты, 10^{12}\л	2,3±0,08	3,1±0,12	<0,001
Ht, %	28,0±0,81	35,3±0,36	<0,001
Общий белок, г/л	58,1±2,04	63,3±1,81	>0,05
Мочевина крови, ммоль/л	6,1±0,20	4,2±0,15	<0,001
Креатинин крови, мкмоль/л	79,7±2,16	63,0±2,22	<0,001
Суточный диурез, мл	933,1±25,38	1236,1±49,91	<0,001
МАУ, мкг/мг	39,7±1,18	29,1±0,99	<0,001

В представленной в таблице данные свидетельствуют о том, что по всем показателям крови и мочи у 9 беременных женщин контрольной группы были более значимые (статистически достоверно) изменения изучаемых показателей, нежели у остальных 41 женщин контрольной группы.

Так, показатели Нв и эритроцитов были у них снижены на 39,7 и 34,8% соответственно. Статистически незначимо на - 9,0% отмечено снижение общего белка в крови (P>0,05). Отмечалось явное увеличение показателей азотистых шлаков в крови у указанных 9 беременных женщин, хотя они не выходили за пределы физиологических значений. Мочевина и креатинин крови были выше таковых у сравниваемых женщин контрольной группы на 31,1 и 26,8% соответственно. МАУ повысилась на 36,4, суточный диурез снизился на 24,4%.

Соответственно полученные клинико-биохимические лабораторные данные имели прямую корреляцию с наслоением патологических клинических признаков преэклампсии (отеки на нижних конечностях, повышение ДАД до 90 мм вод. ст.). Все пациентки отмечали выраженную слабость, ощущение сердцебиения, слабости при движении, судороги в икроножных мышцах. Основываясь на вышеуказанные клинико-лабораторные данные, все 9 беременных были госпитализированы в отделение патологии беременных с целью более углубленного обследования и проведения корригирующей терапии, направленной на улучшение микроциркуляции и кровообращения в органах и тканях.

Указанные в таблице данные легли в основу дальнейшего исследования беременных контрольной группы, разделения их на две указанные подгруппы, n=9 и n=41 с тщательным наблюдением за течением беременности у них, состоянием матери и плода.

Изучение ЭХОКГ показателей, характеризующих геометрию сердца, свидетельствовало о следующих изменениях. В таблице 4.8 отражена геометрия сердца у двух подгрупп беременных женщин в сроки гестации 28-32 недели, где для наглядности приводим эти же показатели в сроки гестации 20-24 недели.

Из приведенных в таблице данных нетрудно заметить, что с ростом сроков беременности происходит некоторое увеличение массы различных отделов ЛЖ и линейных размеров полостей сердца.

Так, у беременных контрольной группы с нормально протекающей беременностью (n=41) ММЛЖ

в сроки гестации 28-32 недели оказалась на 3,5% выше таковой предыдущего срока исследования. Настолько же (3,8%) был увеличен и показатель ИММЛЖ. КД, составив у них 121,3%, превышал на 3,3%. ТМЖП, также как и ТЗСЛЖ, не претерпевали каких либо изменений, за счет чего практически не подвергся изменениям и ИОТ. Отмечается тенденция к росту линейных размеров полостей сердца с повышением сроков гестации, хотя эти данные были статистически недостоверными.

Таблица №3

Параметры ЭХОКГ у беременных контрольной группы в сроки гестации 20-24 недели и 28-32 недели, n=100

Показатели	Срок гестации 20-24 нед. (n=50)	Срок гестации 28-32 нед (n=50)		P1	P2	P3
		n=9	n=41			
ММЛЖ, г	141,3±2,01	149,0±3,12	146,3±2,92	<0,05	>0,05	>0,05
ММЛЖ/ППТ, г/м²	78,4±1,35	82,7±1,69	81,4±1,38	>0,05	>0,05	>0,05
КД, %	117,4±3,74	124,0±3,02	121,3±2,1	>0,05	>0,05	>0,05
Толщина МЖП, мм	9,2±0,27	9,8±0,26	9,3±0,15	>0,05	>0,05	>0,05
Толщина ЗСЛЖ, мм	10,3±0,33	11,0±0,17	10,4±0,16	>0,05	>0,05	<0,05
КСР, мм	28,5±1,05	34,1±1,00	31,2±0,59	<0,001	<0,05	<0,05
КДР, мм	43,6±1,44	48,4±1,42	42,1±0,79	<0,05	>0,05	<0,001
ИОТ	0,44±0,013	0,43±0,013	0,43±0,01	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: P1 - различия по отношению к данным n=9, P2 - различия по отношению к данным n=41, P3 - различия между данным n=9 и n=41

При сравнении же данных подгруппы (n=9) в сроки гестации 28-32 недели с таковыми в контрольной группе в сроки 20-24 недели мы видим более значительную разницу, которая в большинстве носила статистическую значимость. Так показатель ММЛЖ, составив у них 149,0 2,4, и на 5,4% был выше этого же показателя в более ранние сроки гестации (P<0, 05). Статистически значимо было и увеличение у них ИММЛЖ (5,5%). Показатель КД был выше на 5,2%. Статистически незначимо (на 5,5%) увеличивалась ТМЖП, тогда как ТЗСЛЖ намечала лишь тенденцию к увеличению. Статистически значимо увеличились линейные размеры сердца. Показатели КСР и КДР у 9 пациенток в сроки гестации 28-32 недели значимо превышали таковые контрольной группы в сроки гестации 20-24 недели на 19,6 и 11,0% соответственно. Практически оставался у них неизмененным показатель ИОТ. При сравнении же изучаемых ЭХОКГ показателей подгруппы n=9 с подгруппой n=41 в сроки гестации 28-32 недели отмечено ухудшение практически всех изучаемых параметров за исключением ИОТ. Так, ММЛЖ и ИММЛЖ у 9 пациенток превышали эти же показатели у 41 пациенток контрольной группы на 1,8 и 1,6% соответственно в этих сроках. Статистически значимым было и повышение показателя КСР, который был выше этого же показателя чем у беременных сравниваемой подгруппы.

Таким образом, можно сказать, что с прогрессированием нормально протекающей беременности происходят изменения в геометрии сердца выражающейся в увеличении массы миокарда различных отделов ЛЖ, линейных размеров его полостей. Однако эти изменения практически не значимы, они отражают лишь общие тенденции. У 9 пациенток контрольной группы развитие артериальной гипертензии, появление незначительных отеков и увеличение МАУ, приводили к более выраженным (статистически значимым) изменениям геометрии сердца, наиболее, значимыми из которых в наших исследованиях оказались ИММЛЖ и показатели линейных показателей левого желудочка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Брянцев М. Д. Оценка центральной гемодинамики и органного кровотока при артериальной гипертензии в третьем триместре беременности: дис. □ канд. мед. наук. - Иваново, 2010. - 192 с.
2. Сидорова И. С., Макарова И. О. Оценки степени тяжести гестозов (по данным литературы) // Акушерство и гинекология. - 2008. - №3. - С. 40-42.
3. Сидорова И. С., Зарубенко Н. Б., Гурина О. И. Маркеры дисфункции эндотелия при гестозе // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - №5. - Том 10. - С. 24-26.
4. Охапкин М. Б., Хитров М. В., Гурьев Д. Л., Брянцев М. Д. Особенности центральной гемодинамики как причина и возможная основа прогноза осложнений беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - №4. - С. 73-76.
5. Barton J. R., Sibai B. M. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia // Obstetrics and gynecology.Aug. - 2008. - Vol. 112, №2. - P. 359-372.
6. Bosio P. M, McKenna P. J., Conroy R., O'Herlihy C. Maternal central hemodynamics in hypertensive disorders of pregnancy // Obstet Gynecol. - 2009. - Vol. 94. - P. 978-984.
7. Hubel C. A, Roberts J. M., Taylor R. N, Musci T. J, Rogers J. M, McLaughlin M. K. Lipid peroxidation in preeclampsia: new perspectives on preeclampsia // Am J Obstet Gynecol. - 2009. - Vol. 161. - P. 1025-1034.
8. Naljayan M. V., Karumanchi S. A., New developments in the pathogenesis of preeclampsia // Adv Chronic Kidney Dis. - 2013. - Vol. 20, №3. - P. 265-270.

Поступила 06.03. 2019

УДК: 616.12-009.54:661.722:616-091.5.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Элиева М.Ф., Рузиев Ш.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Предлагаются для внедрения в судебно-медицинскую практику методы посмертной диагностики сахарного диабета, которые позволят, в результате комплексного исследования трупа, включающего в себя морфологическое исследование трупа (анализ наиболее информативных признаков, характерных для этой патологии) и биохимические исследования (анализ гликированного гемоглобина, креатинина, мочевины) образцов трупной крови, сделать заключение о наличии сахарного диабета в качестве основной причины смерти или как сопутствующее заболевание.

Ключевые слова: посмертная диагностика сахарного диабет,гемоглобина, креатинина, мочевина.

EXPERTASSESSMENT OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Elieva M.F., Ruziev Sh.I.

Tashkent pediatric medical institute.

✓ ***Resume,***

The methods of posmortal diagnosis of diabetes mellitus are offered to put into forensic medical practice, that allow, at the result of complex cadaver's examination (analysis of the most informative signs, being typical for this pathology), and, biochemical studies (analysis of glycemic hemoglobin, creatinine, urea), samples of cadaver's blood, to make a conclusion on presence diabetes mellitus as the main cause of death, or, associated disease.

Keywords: posthumous diagnosis of diabetes, hemoglobin, creatinine, urea.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ЭКСПЕРТ БАҲОЛАШ

Элиева М.Ф., Рўзиев Ш.И.

Тошкентпедиатриятиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Суд-тиббиёти амалиётида қандли диабетни ўлимдан сўнгги ташхисотини аниқлаш бўйича янги усулларни қўллашда таклиф қилинаётган усуллар, мурдани морфологик текшириш (ушбу маълумотларни таҳлил қилиш) ва биохимик текширувлар (гликирланган гемоглобин таҳлили, креатинин, мочевина), шунингдек мурда қонининг наъмуналари, буларга асосан қандли диабетда ўлимнинг асосий сабаби ёки ёндош касаллик сифатида учраши ҳақидага хулосага келиш мумкин.

Калит сўзлар:қандли диабетни ўлимдан сўнгги ташхисоти, гемоглобин, креатинин, мочевина.

Актуальность

Сахарный диабет — самое распространённое за болевание, поражающее людей всех возрастов и приводящее к тяжёлой инвалидизации.

Тяжёлым осложнением сахарного диабета является гипергликемическая кома, которая часто становится непосредственной причиной смерти.

Диагностика сахарного диабета на секционном материале очень затруднена из-за отсутствия специфических морфологических признаков, поэтому, зачастую, при судебно-медицинских исследованиях, заболевание сахарным диабетом остаётся не диагностированным.

В судебно-медицинской практике известен способ диагностики сахарного диабета в постмортальном периоде путём определения гликозилированного гемоглобина в крови [6] .Этот способ позволяет ретроспективно оценить уровень гипергликемии при сахарном диабете, служит объективным критерием тяжести заболевания и эффективности проведённого при жизни лечения. Однако, показатель количества гликогемоглобина не отражает гликогемического состояния на момент наступления смерти. Невозможно, также, достоверно оценить посмертную диагностику этого заболевания и его осложнений (диабетических ком) по содержанию глюкозы в крови и в моче. После наступления смерти наблюдается стойкое снижение глюкозы крови, вплоть до полного отсутствия к концу 2-3 суток [5].

"Сахарный диабет" или "Гипергликемическая кома" в посмертном диагнозе, как основная или сопутствующая патология, встречается крайне редко. По-видимому, это связано с недооценкой судебно-медицинскими экспертами сахарного диабета. Кроме того, это ещё связано с целым рядом трудностей, к которым относятся следующие:

— отсутствие в распоряжении судмедэксперта медицинской документации о прижизненном состоянии здоровья умершего;

— отсутствие специфичных для сахарного диабета патоморфологических признаков;

— отсутствие методики исследования трупов в случаях скоропостижной смерти, позволяющей с большой достоверностью выявить наличие сахарного диабета и его осложнений.

Тот факт, что существует большая разница, между распространённостью заболевания сахарным диабетом и его выявляемостью в постмортальном периоде, указывает на наличие множества нерешённых воп-

росов, как для патологоанатомов, так и для судебно-медицинских экспертов.

Таким образом, постановка посмертного диагноза "Сахарный диабет" вообще, и "Диабетическая кома" в частности, представляет значительные трудности. Это связано, прежде всего, с тем, что на сегодняшний день нет чётких научно-обоснованных рекомендаций по установлению посмертного диагноза при этой патологии [1,2,3,4].

Цель исследования. Разработка алгоритма постмортальной диагностики сахарного диабета на основе биохимических показателей и дерматоглифики.

Материал и методы

В работе были проанализированы результаты 20 биохимических исследований трупной крови 40 обследований больных сахарным диабетом I-гои II-го типа.

Среди биохимических методов мы использовали:

— фотометрическое определение относительного содержания гликированного гемоглобина (HbAlc) в цельной крови с использованием метода ионнообменной жидкостной хроматографии;

— определение количества глюкозы крови ферментативным глюкозо-пероксидазным методом;

— определение креатинина по Попперу;

— определение концентрации мочевины диацетилмонооксимным методом.

Результаты исследования

Исследуемый материал: цельная трупная кровь (50мкл), стабилизированная гепарином или ЭДТА. Образцы крови изымали при аутопсии. Хранение взятой крови производилось в холодильнике при температуре 3-4 °С.

Принципы метода: гемолизат цельной крови, нанесенный на хромотографическую микроволновку, элюируется фосфатным буфером с низкой ионной силой. При этом HbA1c задерживается катионообменной смолой, а HbA/A и HbA/B и липиды вымываются. Последующее элюирование буфером с более высокой ионной силой позволяет собрать фракцию, содержащую HbA1c и измерить интенсивность её окраски фотометрически или спектро - фотометрически при длине волны 415 (405-425 нм, фиолетовой светофильтр). Параллельное изменение оптической плотности неэлюированного гемолизата, величина которой соответствует общему содержанию гемоглобина, позволяет рассчитать уровень HbA1c в % от общего содержания гемоглобина.

По уровню гликированного гемоглобина наши наблюдения распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение случаев по степени компенсации гликированного гемоглобина

Уровень HbAlc	Стадия компенсации	Количество случаев (в %)
5,5-7,9%	Хорошо компенсированный	31
8-9,9%	Достаточно компенсированный	33
10-11,9	Частично компенсированный	19
12% и более	Декомпенсация	17

Предел концентрации гликированного гемоглобина при диабетической коме - 39%. Концентрацию выше этого предела можно объяснить химически грязным пенициллиновым флаконом, куда была набрана трупная кровь.

Концентрация гликированного гемоглобина более 12% свидетельствует о декомпенсации сахарного диабета, клинически проявляющейся гипергликемической комой.

При наличии уровня гликированного гемоглобина более 12% судебно-медицинские эксперты чаще устанавливали следующие диагнозы: острая сердечно-сосудистая недостаточность, алкогольная кардиомиопатия (17,8%); хроническая ишемическая болезнь сердца, коронарокардиосклероз (16,7%); инфаркт миокарда (12,6%); двусторонняя пневмония (15,4%) и др. Однако, указанные диагнозы никакого влияния на уровень гликированного гемоглобина в крови не оказывают.

Далее в образцах трупной крови из полученной выборки (с повышенным уровнем сахара в крови) мы определяли уровни глюкозы, мочевины и креатинина. При этом был получен следующий разброс данных, представленных в таблице 2.

Как известно, повышение уровней мочевины и креатинина свидетельствует о нефротоксическом синдроме, который сам является осложнением сахарного диабета и может способствовать наступлению смерти у таких больных. Таким образом, в более половины случаев диагностированного сахарного диабета наблюдается выраженный нефротоксический синдром.

Таблица 2.

Концентрации биохимических показателей в образцах трупной крови

Концентрация	Глюкоза	Мочевина	Креатинин
Понижена	8	5	17
Норма	7	52	38
Повышена	111	68	71
Не проводилось	0	1	0

Повышение концентрации креатинина на фоне минимальной концентрации мочевины - признак почечной недостаточности. В наших исследованиях такое сочетание показателей трупной крови встречалось в 8-и наблюдениях. Таким образом, почечная недостаточность (как возможная причина смерти в данных наблюдениях) встречалась чаще в группе не диагностированного сахарного диабета. Это может свидетельствовать о том, что не диагностированный (и, как следствие, не леченный) сахарный диабет чаще приводит к тяжёлым нарушениям почек.

Таким образом, проведённые нами биохимические исследования показывают, что:

— чаще всего, в случаях декомпенсированного сахарного диабета, диагностируются сердечно-сосуди-

стые заболевания и их осложнения в виде ИБС, коронарокардиосклероза, алкогольной кардиомиопатии, инфаркта миокарда и др.;

— в более половины случаев диагностированного (при жизни) сахарного диабета отмечается выраженный нефротоксический синдром;

— почечная недостаточность (как возможная причина смерти) встречается чаще в группе не диагностированного (латентного) сахарного диабета;

— не диагностированный (и, как следствие, не леченный) сахарный диабет чаще приводит к тяжёлым нарушениям почек;

— уровень глюкозы в трупной крови не является достоверным признаком прижизненной гипергликемии.

Исследование трупов было проведено общепринятым в судебно-медицинской практике методикам. При наружном исследовании трупа выявляли и фиксировали антропометрические показатели (длина, масса, телосложение и толщина подкожно-жировой ткани), состояние наружных кожных покровов и слизистых оболочек. Особое внимание уделяли обнаружению повреждений верхних слоев кожи в виде расчесов, гиперкератоза, трофических изменений нижних конечностей.

Следующим этапом было тщательное исследование внутренних органов по существующей методике на секционном столе. Детально исследовали: сердце, печень, поджелудочную железу, сосуды головного мозга и коронарные сосуды. Определяли массу и размеры органов, отмечали цвет тканей и органов, наличие патологических изменений. Все данные вносили в формализованную медицинскую карту.

Частотные методы базируются на двухмерном дискретном преобразовании Фурье. Преобразование Фурье обеспечивает значительную гибкость при разработке и реализации алгоритмов фильтрации при решении задач улучшения изображения. Кроме того, улучшения изображения можно добиться с помощью его морфологической обработки, используя операции замыкания и размыкания.

Следующим этапом обработки является бинаризация изображения, сущность которой заключается в разбиении полутоновых изображений на две области, одна из которых содержит все пиксели со значением ниже некоторого порога, а другая - выше этого порога. Для этого использовали гистограмму яркости пикселей.

Оптимальная пороговая сегментация основана на приближении гистограммы изображения к некоторой кривой при помощи использования весовых сумм двух или более вероятностей интенсивностей с нормальным распределением.

Выводы:

1. Уровень глюкозы в трупной крови не является достоверным признаком прижизненной гипергликемии.

2. Повышение уровней мочевины и креатинина в трупной крови свидетельствует о наличии при жизни сахарного диабета и его осложнения в виде "нефротического синдрома".

3. Биохимические показатели трупной крови следует рассматривать в комплексе с морфологическими и дерматоглифическими признаками.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бейтуганов А.А., Рылова А.К. Встречаемость сахарного диабета II типа у больных с ХСН //Сердечная недостаточность. - 2005. - № 6 (3). - С. 114-116.
2. Бокарев И.Н., Великов Б.К., Шубина О.И. Сахарный диабет. - /М., Медицинское информационное агентство, 2006. - С. 79-82; 94-95.
3. Вельков В.В. Гликозилированный гемоглобин в диагностике сахарного диабета и в оценке риска его осложнений //Лабораторная диагностика. - 2008. - № 2. - С. 65-76.
4. Дежинова Т.А. Биохимические методы исследования в практике судебно-медицинской экспертизы /Т.А.Дежинова, Е.В.-Краевский, В.Л.Попов и др. //Библиотека судебно-медицинского эксперта. - СПб.: Изд-во НИИХ СПб ТУ, 2001. - Выпуск 5. - С. 59.
5. Самаркина О.Ю.Посмертная диагностика латентного сахарного диабета в судебно-медицинской практике: /Автореф. дисс. □ канд. мед. наук. - М, 2011.
6. Нагина Н.Н.Исследование глюкозы и гликированного гемоглобина при экспертной оценке гликемического статуса потерпевших в случаях насильственной смерти: /Автореф. дисс. □ канд. мед. наук. - М, 1993.

УДК:616.352-055.15:611.62-007.253

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ

Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Дусалиев, Ф.А. Отамурадов, Э.А. Якубов, Д.С. Нурмаматов

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В работе представлены данные о частоте и анатомических особенностях ректоуретральных свищей аноректальных мальформаций у 48 мальчиков в возрасте от 1дня до 15, лет наблюдавшихся в клинике в 2006-2018 г. 36 (75,0%) девочкам первичные операции проведены в клинике, 12 (25,0%) - поступили с различными осложнениями после проведенных операций в других стационарах. Сочетанные аномалии выявлены у 36 (75,0%) больных.

Ключевые слова: аноректальные мальформации, мальчики, диагностика, тактика лечения.

ЎҒИЛ БОЛАЛАРДА АНОРЕКТАЛ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРНИ РЕКТОУРЕТРАЛ ОҚМАЛАРИДА АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ

Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Дусалиев, Ф.А. Отамурадов, Э.А. Якубов, Д.С. Нурмаматов,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу ишда 2006-2018 йиллар мобайнида аноректал нуқсон билан даволанган 48 та 1 кунликдан 15 ёшгача бўлган ўғил болада учраш частотаси, ва анатомик турлари келтирилган. 36 (75,0%)бемор бирламчи мурожат қилганлар ва 12 (25,0%) бошқа шифохоналарда жарроҳлик муолажаси бажарилган турли хил асоратлар билан келган беморлар. Ҳар бир тури ҳақида маълумот келтирилган. Ҳамрох нуқсонлар 36 (75,0%) тани ташкил қилди.

Калит сўзлар: аноректал нуқсонлар, ўғил бола, тасхислаш, даво усули.

ANATOMIC CHARACTERISTICS OF THE RECTOURETRAL FISTULAS WITH ANORECTAL MALFORMATIONS IN BOYS

N.Sh. Ergashev, F.M. Dusaliev, F.A. Otamuradov, E.A. Yakubov, D.S. Nurmamatov

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

This article presents data about prevalence and anatomic characteristics of some nosological forms of anorectal malformations in 48 boys at the age of 1 day to 15 years who weretreated in the clinic from 2006 to 2018. Of them 36 (75,0%) boys underwent primary surgeries in the clinic, 12 (25,0%) - were admitted with various complications after operations being made in the other hospitals. The associated anomalies were revealed in 36 (75,0%) patients.

Key words: anorectal malformations, boys, diagnosis, therapeutic operative technique.

Актуальность

Аноректальные мальформации (АРМ) являются частыми врождёнными патологиями, составляют значительную часть проктологических заболеваний возраста. Их частота за последние годы не имеет тенденции к снижению и, по данным различных авторов, колеблется в пределах на 1 новорожденного 2000-9000 [1,3,6]. В структуре АРМ 90-95% составляют свищевые варианты [2]. Около 50 % новорожденных с аноректалъными аномалиями составляют мальчики. АРМ зависимости от пола отличаются анатомическими формами и частотой. У мальчиков чаще встречается атрезия с ректоуретралъным свищом, у девечок - ректовестибулярный свищ [4,8].

Многочисленные работы в основном посвящены аспектам диагностики и хирургического лечения АРМ независимо от пола детей [7]. Ректоуретралъные свищи при аноректальных мальформациях у детей до сих пор являются одной из сложных и далеко не решенных проблем детской колопроктологии и встречаются толъко у мальчиков который практически всегда сочетаются с пороками развития прямой кишки. При ректоуретралъных свищах чаще наблюдаются сложности в диагностике и рецидивы, неудовлетворителъные резулътаты в отдаленные сроки составляют 20-40 %[5,9,10].

Цель работы: определить частоту и нозологическую структуру ректоуретральных свищей при АРМ у мальчиков; и изучить анатомические особенности, характер сочетанных аномалий, влияющих на выбор тактики лечения.

Материал и методы

В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2006-2018 г. находились на обследовании и лечении 216 мальчики в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ; из них 48 (22,2%) составили больные с атрезия ануса с ректоруретральным свищом. Распределение больных по нозологическим формам и оценка результатов хирургической коррекции проведены в соответствии с Меж-

дународной классификацией, принятой в Крикенбеке, в 2005 г. Больным проводили комплексные клинические исследования для оценки анатомо-функционального состояния промежности и сфинктерного аппарата прямой кишки, а также лучевые методы диагностики: УЗИ внутренних органов с целью выявления сопутствующих заболеваний; контрастное рентгенологическое исследование прямой кишки, мочевыделительной системы; эндоскопические: уретроцистоскопия, прямое зондирование; МСКТ и др.

Результат и обсуждение

В наших наблюдениях только в 16 (33,3%) случаях, когда сообщение атрезированной кишки с мочевым трактом выявлено у новорожденных в первые часы и дни жизни, до выполнения первичной проктопластики. У 32 (66,7%) мальчиков до первичной операции признаки ректоуретрального свища не отмечено и они наблюдались либо в первые 3 - 7 сут после промежностной проктопластики, либо в поздние сроки.

В 12 (25,0%) случаев до поступления в нашу клинику оперированы по поводу ликвидации ректоуретрального свища, порой многократно, однако они были безуспешными. В этих случаях установить генез свищей далеко не просто. Кропотливо собранный анамнез и некоторые вспомогательные местные признаки (локализация в промежностной части уретры, соответствующий доступ при проведении первичной проктопластики), а также учет недостаточного опыта хирурга дают все основания считать такие свищи травматическими (ятрогенными).

Основной признак ректоуретрального свища это выделение кала и газов из наружного отверстия уретры или мочи через анус. Обычно подобное явление замечают во время мочеиспускания или дефекации, но иногда и вне их. Степень клинической выраженности, интенсивность несвойственных выделений из естественных отверстий заметно варьируют в зависимости от возраста ребенка, генеза свища, его локализации, диаметра и анатомической формы.

Особенности клиники состоят главным образом в том, что при наличии высоко расположенного свища (мочевой пузырь, простатический отдел уретры) кишечное содержимое смешивается с мочой, которая окрашена на протяжении всего акта мочеиспускания; последние порции окрашены более интенсивно и сопровождаются отхождением газов, скопившихся в мочевом пузыре. Выделение кишечного содержимого усиливается при надавливании на надлобковую область. Вне акта мочеиспускания газы через уретру не выделяются, ибо сфинктер пузыря удерживает их. При сообщении же прямой кишки с уретрой выделение фекалий и газов с мочой более скудное. Фекалии, не успевшие раствориться, выбрасываются в начале мочеиспускания почти неизмененными, а последние порции мочи, как правило, прозрачные. Газы отходят через наружное отверстие уретры и вне акта мочеиспускания, поскольку сфинктер их не удерживает.

Другая особенность клинического проявления свища связана с его топографо-анатомическим вариантом. Бывает, что свищевой ход расположен косо. Если он идет от уретры вниз к кишке, то часто моча при мочеиспускании больше отходит через анальное отверстие, если же имеет горизонтальное направление, то наблюдается равномерное отхождение мочи через анус и наружное отверстие уретры. При этом важное значение имеет диаметр свищевого хода. Чем он больше, тем отчетливее проявляются характерные клинические признаки соустья. Иногда малый диаметр маскирует наличие свища и лишь повторные рентгенологические исследования и использование цветной пробы позволяют поставить диагноз свища.

По анатомической локализации устье свища в просвете уретры от шейки мочевого пузыря различали: высокие - в простатическую часть уретры - 15 (31,25%), средние - в мембранозную часть уретры - 21 (43,75%), низкие - в бульбарную часть уретры - 12 (25,0%). От диаметра свища различали: широкие у 13 (1,0 см в диаметре); узкие у 28 (около 1мм. в диаметре) и нитевидные у 7.

Рентгеноконтрастное исследование (восходящая цистоуретрография) служит основным методом исследования, позволяющим не только объективизировать диагноз, но и уточнить локализацию, вид и диаметр фистул.

У повторных больных клиника ректоуретральных свищей имеет определенные особенности. Её варианты сводились к следующим: а) преимущественное выделение кала и газов через наружное отверстие мочеиспускательного канала (3 больных); при акте мочеиспускания моча либо не затекала в прямую кишку, либо попадала туда в небольшом количестве; б) преимущественное выделение мочи через заднепроходное отверстие при мочеиспускании (5 больных); периодически отмечалось выделение газов через уретру и в редких случаях - выделение небольших порций фекалий; в) равномерное выделение мочи как через уретру, так и через задний проход (2 больных). Кроме того, в 2 случаях мочеиспускание естественным путем полностью отсутствовало, моча отходила только через задний проход, что было обусловлено рубцовой стриктурой либо полным пересечением уретры ниже соустья.

Локальный статус характеризовался чаще всего рубцовой деформацией промежности и анального отверстия. На этом фоне 12 ребенок частично (5) или полностью (2) не удерживал мочу, а 5 больных также частично или полностью (3) страдали потерей анального контроля; у 7 детей отмечены запоры вследствие анальной стриктуры.

Заметно страдало общее состояние пациентов вследствие вторичных изменений в организме, связанных с хронической инфекцией мочевых путей, каловой интоксикацией при недостаточном опорожнении кишечника, сопутствующими пороками развития. Необходимо проведение специальных методов исследования для выявления сопутствующих аномалий других органов и систем. УЗИ и КТ - исследование позвоночника следует проводить во всех случаях для уточнения часто сочетаемых аномалий позвоночника и спинного мозга, мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы. Сочетанные пороки развития наблюдались у 36 (75,0%) больных.

Хирургическая тактика мальчиков с ректоуретральным свищами общий подход к лечению должен рассматриваться в контексте принятия решения о выборе тактики при АРМ в соответствии со специальным алгоритмом. Оптимальным видом первичной хирургической помощи, проводимой в неотложном порядке, считаем наложение одноствольной терми-

нальной колостомы виде сигмастомы. Главной целью при этом является обеспечение полноценного пассажа кишечного содержимого и предотвращение возможного инфицирования мочевых путей. Недопустимо использовать пристеночную колостомию, которая не обеспечивает достаточной эвакуации фекалий и, таким образом, не соответствует идее операции.

Радикальную корригирующую операцию мы считаем целесообразным проводить не ранее, чем ребенок достигнет годовалого возраста. Свою позицию аргументируем в первую очередь тем, что период новорожденности является адаптационным и даже для здорового ребенка характеризуется перестройкой механизмов регуляции гомеостаза в новых (внеутробных) условиях жизни. Проведение в таких условиях реконструктивного вмешательства, тем более сложного брюшно-промежностного, не оправдано с многих позиций. Во-первых, оно слишком травматично для больного с множественными аномалиями. Во-вторых, требует специального ухода и контроля за жизненно важными функциями организма при отсутствии соответствующих условий во многих лечебных учреждениях. То же самое относится к профессиональной подготовленности хирургов. Наконец, немаловажную роль играет недоразвитие и ущербность тканей в аноректальной зоне, их нежность, слабая дифференцированность и легкая ранимость, тесные пространственные отношения в операционной ране и т.п., что значительно усложняет технику оперирования и повышает риск необратимых повреждений важных анатомических структур, в частности удерживающего аппарата прямой кишки, иннервации тазовых органов. В этой связи оптимальные сроки для радикальной операции находятся в границах между 12 - 13-ю месяцами и 1,5 - 2 годами жизни больного. До этого тщательно обследуют ребенка на предмет состояния его мочевой системы и наличия сопутствующих пороков развития, а при необходимости и коррекции их.

Выбор тактики и способа хирургической коррекции ректоуретральных свищей мы выбирали с учетом их генеза, топики и анатомии. Всем больным с ректоуретральным свищом выполнена хирургическая коррекция. 13 (81,25%) детям первичная операция проведена в нашей клинике. 3(18,75%) поступили с рецидивами после операции инвагинационной экстирпации свища в других стационарах. У 14(87,5%) больных радикальная коррекция начата без предварительного наложения стомы. 8 (50,0%) пациенткам повторные операции при рецидивах проведены по адаптированной методике ликвидации свища с низведением передней стенки прямой кишки разработанного нами способа "Хирургическая коррекция при промежуточных и низких свищевых формах аноректальных аномалий у детей" (Патент на изобретение Республики Узбекистан UZ IAP 04995). Адаптированный способ осуществлен следующим образом. Окаймляющим разрезом мобилизуется свищевое отверстия, разрез продолжается в дистальном направлении в передней промежности по срединному шву до верхнего контура анального отверстия. Далее разрез продолжаем в полулунном виде вдоль периметра анального отверстия, охватывающего 2/3 его окружности, оставляя нетронутым задний полюс. Диссекция мышц промежности, мобилизация свища и прямой кишки от прилегающих тканей в дистальном направлении по боковым поверхностям проводятся до кожно-слизистого перехода. Осуществляется отделение прямой кишки от задней стенки влагалища и леваторных мышц в проксимальном направлении. Протяженность мобилизации, низведения и резекции зависят от локализации свища в прямой кишке. Натягиванием по всей окружности мобилизованного проксимального отдела прямой кишки достигается ее низведение на 2-2,5 см. В последующем по мере перемещения передней ее стенки и поэтажной фиксации с восстановлением целостности мышечного комплекса на расстоянии 0,7- 1 см появляется возможность свободного низведения передней стенки органа за пределами анального кольца выше ректального отверстия свища. Резекция низведенной передней стенки прямой кишки, несущий свищ, проводится от вершины свища в косом направлении до углы раны кожного разреза, чтобы после иссечения нормальная стенка прямой кишки находилась на уровне полулунного кожного разреза, а свищ - в пределах зоны иссечения. Восстанавливается передняя порция наружного сфинктера. К краям полулунной раны промежности по окружности узловыми швами подшивается резецированная передняя стенка прямой кишки. Рана промежности ушивается послойно.

При использовании данного способа задняя порция сфинктерного аппарата остается нетронутой. Достигается широкий доступ к свищевому ходу, порционной резекцией низведенной передней стенки прямой кишки полностью ликвидируется свищ. Образование нового кожно-слизистого перехода осуществляется полноценным участком прямой кишки. Мобилизации по всей окружности прямой кишки в проксимальном сегменте и только передней ее стенки в дистальных отделах обеспечивает достаточную для низведения длину кишки. Поэтажное восстановление анатомических структур промежности исключает образование деформации и острого угла в прямой кишке, обеспечивает создание расстояния между влагалищем и прямой кишкой ближе к физиологичному. Осложнения, связанные с проведением данной операции, мы не наблюдали.

Особого упоминания заслуживает вопрос о сроках коррекции рецидивных свищей. Повторное реконструктивное вмешательство у маленького ребенка многократно усложняется воспалительным и рубцовым процессами в зоне соустья и окружающих тканях, которые зачастую трудно поддаются идентификации. Поэтому повторную операцию следует предпринимать лишь по стихании воспалительных явлений. При этом также следует учитывать опасность постоянного инфицирования через свищ верхних мочевых путей, что не позволяет затягивать время. Опыт свидетельствует, что повторное вмешательство показано не раньше чем через 6 мес после предыдущей операции. Это минимальный срок, в течение которого происходит стихание воспалительных явлений в зоне соустья и окончательное формирование свища как такового. При благоприятных условиях (наличие хорошо функционирующей колостомы, отсутствие анального стеноза и вторичного расширения ободочной кишки, а также узкий нисходящий свищ, при котором минимальна опасность постоянного инфицирования мочевых путей) повторная операция может быть отложена на более поздний срок (на 1 год и более). В течение этого времени проводят соответствующие лечебные мероприятия, способствующие максимальной

ликвидации воспалительных явлений, противорубцовую терапию и т. п., улучшающие прогноз.

Из 36 первично оперированных в нашей клинике больных у 32 (88,9%) послеоперационный период протекал без осложнений. У 4 (11,1%) больных наблюдались осложнения в виде несостоятельностью швов уретры и рецидивом свища.

Отдаленные результаты изучены у 37 (77,0%) пациентов (28 первично и 9 повторно оперированных), возраст которых составил от 5 до 12-х лет, а давность операции - от 3 до 10 лет.

В основу оценки окончательного исхода хирургического лечения ректоуретральных свищей положено анатомо-функциональное состояние тазовых органов промежности. В общей сложности хорошие результаты составили 50%, удовлетворительные 31% и неудовлетворительные - 19%.

Среди обследованного нами контингента первичных больных хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты зафиксированы во всех случаях, то в группе повторно оперированных аналогичные исходы отмечены лишь в 2/3 наблюдений, а у 1/3 результаты получили неудовлетворительную оценку.

Также значительно больший удельный вес при рецидивных свищах составляют и так называемые удовлетворительные результаты. Так или иначе, пациенты, отнесенные в группы с удовлетворительным и неудовлетворительным результатами требуют к себе пристального внимания и реабилитационного лечения с целью решения и проктологичсских, и урологических проблем, тем более что налицо ряд анатомических и функциональных изменений ректоанальной зоны и нижних мочевых путей.

В соответствии с вышеизложенными соображениями, нами по показаниям произведены реоперации у 6 из 9 больных с неудовлетворительными отдаленными результатами, из них четырем мальчикам выполнена переднесагиттальная аносфинктеропластика и двум - резекция дивертикула. Во всех случаях получены благоприятные исходы.

Заключение

Можно отметить, что выбор хирургической тактики и способа оперативного вмешательства зависят от анатомической формы порока, его индивидуальных особенностей, обусловленных локализацией, размерами свищевого хода и характера сопутствующей патологии. Анатомическая форма и локализация порока определяют выбор оптимального способа хирургического доступа - промежностной или брюшно-промежностной проктопластики.

Осуществление основного этапа корригирующей операции в период новорожденности или в раннем грудном возрасте обладает несомненными преимуществами. Оптимальными сроками для корригирующих операций при свищевых формах атрезии прямой кишки считаем возраст от 3 до 6 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Alam S, Lawal TA, Pe?a A, et al. Acquired posterior urethral diverticulum following surgery for anorectal malformations. //J Pediatr Surg 2011; 46(6):1231-5.
2. Ghoniem G, Elmissiry M, Weiss E, Langford C, Abdelwahab H, Wexner S. Transperineal repair of complex rectourethral fistula using gracilis muscle flap interposition--can urinary and bowel functions be preserved? //J Urol. 2008 May; 179(5):1882-6.
3. Hechenbleikner EM, Buckley JC, Wick EC. Acquired rectourethral fistulas in adults: a systematic review of surgical repair techniques and outcomes. /Dis ColonRectum. 2013 Mar; 56(3):374-83.
4. Huang Y, Xu W, Xie H, Wu Y, Lv Z, Chen F. Cystoscopic-assisted excision of rectourethral fistulas in males with anorectal malformations. //J Pediatr Surg. 2015 Aug; 50(8):1415-7.
5. Koga H, Okazaki T, Yamataka A, et al. Posterior urethral diverticulum after

laparoscopic-assisted repair of high-type anorectal malformation in a male patient: surgical treatment and prevention. //Pediatr Surg Int 2005; 21:58-60.

6. Koga H, Kato Y, Shimotakahara A, et al. Intraoperative measurement of rectourethral fistula: prevention of incomplete excision in male patients with high-/intermediate type imperforate anus. //J Pediatr Surg 2010; 45(2):397-400.
7. Lacarriere E, Suaud L, Caremel R, et al. Rectourethral fistulae: diagnosis and management. Review of the literature. //Prog Urol. 2011 Oct; 21(9):585-94.
8. Leva E, Macchini F, Arnoldi R, et al. Single-Stage Surgical Correction of Anorectal Malformation Associated with Rectourinary Fistula in Male Neonates. //Journal of Neonatal Surgery. 2013; 2(1):3.
9. Odaka A, Takahashi S, Tanimizu T, Kawashima H, Okada N, et al. Anorectal agenesis with a rectourethral fistula diagnosed in an adult: report of a case. //Surg Today. 2004; 34(2):170-2.
10. Tiwari C, Shah H, Bothra J, Kumbhar V. Anal stenosis with H-type rectourethral fistula in a male: A rare anorectal malformation. //Saudi Surg J 2017; 5:40-2.

Поступила 21.02. 2019

УДК 618.1

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Юнусова Ш.А., Шарипова Ш.У., Ниёзова Г.С.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В настоящей статье с целью изучения биофизического профиля плода и уровней плацентоспецифического α-микроглобулина (ПАМГ), трофобласта специфического β глобулина (ТБГ), альфо-фетоглобулина (АФП) и эстриола в околоплодной среде представлен анализ прогностических признаков на развитие перинатальной патологии у беременных с гестационным тиреотоксикозом. Для прогнозирования перинатальных осложнений у женщин были использован дискриминантный анализ. В качестве обучающей матрицы наблюдений для построения дискриминантной функции взято 65 наблюдений, из них 30 женщин основной группы с гестационным тиреотоксикозом, в качестве контроля взяты 35 женщин с доношенной, неосложненной беременностью. Снижение биофизических характеристик коррелирует с неблагоприятными перинатальными исходами. Исследование уровня белков и гормонов околоплодной среды подтверждает наличие гипоксии плода. Наличие коррелятивных связей биофизического профиля плода, ПАМГ, ТФГ, АФП и эстриола доказывает их высокую значимость для прогнозирования перинатальных осложнений. Разработанные прогностические критерии, алгоритм обследования и тактика ведения родов при гестационном тиреотоксикозе позволят своевременно выявить патологическое состояние плода, выбрать оптимальный метод родоразрешения и снизить уровень перинатальных осложнений.

Применение математических методов в практической деятельности врачей для оказания помощи по вопросам прогнозирования возможности развития осложнений при беременности, родах, послеродовом периоде является перспективным, удобным и надежным. Ведение родов при гестационном тиреотоксикозе согласно предложенной тактике позволит значительно снизить рождение новорожденных в асфиксии и уровень перинатальных осложнений.

Ключевые слова: перинатальные осложнения, тиреотоксикоз, гестационный тиреотоксикоз

GESTATSION TIREOTOKSIKOZI BOR HOMILADOR AYOLLARNI TEKSHIRISH VA HOMILADORLIKNI OLIB BORISH ALGORITMI

Yunusova Sh.A., Sharipova Sh.U., Niyozova G.S.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Ushbu maqolada gestatsion tireotoksikozi bor homiladorlarda perinatal patologiya ribojlanishiga xomilaning biofizik profili va plasentospesifik A-mikroglobulin (PAMG), o'ziga xos globulin trofoblast, alfa-fetoglobulin (AFP) va amniotik muhitda estriolni o'rganish uchun prognostik belgilar tahlili berilgan. Ayollarda perinatal asoratlarni bashorat qilish uchun diskriminant tahlil qilish qo'llanildi.

Diskriminant funktsiyasi uchun kuzatuv mashqlari matrisasi sifatida 65 ta kuzatuv olib borildi. Ulardan 30 tasi homiladorlik tireotoksikozi bo'lgan asosiy guruhdagi ayollar, to'la muddatli homiladorlikka ega 35 nafar ayol nazorat ostiga olingan. Biyofizik xususiyatlarining pasayishi salbiy perinatal natijalar bilan bog'liq. Amniotik muhitdagi oqsil va gormonlar darajasini o'rganish xomilalik gipoksiyaning mavjudligini tasdiqlaydi.

Homilaning, PAMG, TFG, AFP va estriollarning biofizik profilidagi korrelyatsion bog'lanishlari perinatal asoratlarning prognozi uchun juda muhimdir. Ishlab chiqilgan prognoz mezonlari, tekshirish algoritmi va homiladorlik tireotoksikozida homilaning patologik holatini o'z vaqtida aniqlash, optimal uslubini tanlash va perinatal asoratlar darajasini pasaytirish imkonini beradi. Homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrda asoratlar ehtimoli borligini bashorat qilish uchun shifokor amaliyotida matematik usullardan foydalanish istiqbolli, qulay va ishonchli. Tavsiya etilgan taktika bo'yicha gestatsion tireotoksikoz bilan tug'ruqni olib borish asfiksiyada tug'ilish va perinatal asoratlarning darajasini sezilarli darajada kamaytiradi.

Kalit so'zlar: perinatal asoratlar, tirotoksikoz, homiladorlik tirotoksikozi

ALGORITHM OF INSPECTION AND MAINTAINING PREGNANT WOMEN WITH THE GESTATIONAL THYROTOXICOSIS

Yunusova Sh.A., Sharipova Sh.U., Niyozova G.S.

Bukhara state medical institute.

✓ ***Resume,***

In the present article for the purpose of studying of a biophysical profile of a fruit and levels of platsent specific α-микроглобулина (PAMG), a trophoblast specific β globulin (TBG), an alfo-fetoglobulin (AFP) and an estriol in the amniotic environment submitted the analysis of predictive signs on development of perinatal pathology in pregnant women with a gestational thyrotoxicosis. For forecasting of perinatal complications at women were the discriminant analysis is used. As the training matrix of supervision for creation of discriminant function 65 supervision, from them 30 women of the main group with a gestational thyrotoxicosis are taken, as control 35 women with the full-term, uncomplicated pregnancy are taken.

On the basis of results of inspection: data of KTG, doppler, biophysical profile of a fruit, biochemical and hormonal researches amniotic (about / n) liquids, and also on the basis of the revealed predictive criteria tactics of

conducting childbirth is developed. Conducting childbirth at a gestational thyrotoxicosis according to the offered tactics will allow to lower considerably the birth of newborns in asphyxia and the level of perinatal complications.

Decrease in biophysical characteristics correlates with adverse perinatal outcomes. Research of level of proteins and hormones of the amniotic environment confirms existence of a hypoxia of a fruit. Existence of correlative communications of a biophysical profile of a fruit, PAMG, TFG, AFP and estriol proves their high importance for forecasting of perinatal complications.

The developed predictive criteria, algorithm of inspection and tactics of conducting childbirth at a gestational thyrotoxicosis will allow to reveal in due time a pathological condition of a fruit, to choose an optimum method of to make childbirth and to reduce the level of perinatal complications.

Application of mathematical methods in practical activities of doctors for assistance concerning forecasting of possibility of development of complications at pregnancy, childbirth, the postnatal period is perspective, convenient and reliable. Conducting childbirth at a gestational thyrotoxicosis according to the offered tactics will allow to lower considerably the birth of newborns in asphyxia and the level of perinatal complications.

Keywords: perinatal complications, thyrotoxicosis, gestational thyrotoxicosis

Актуальность

Распространенность тиреотоксикоза во время беременности не превышает 3,5%. Практически все случаи тиреотоксикоза у беременных обусловлены болезнью Грейвса (БГ) (диффузный токсический зоб, болезнь Базедова). БГ - системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов, как правило, диффузно увеличенной щитовидной железы (ЩЖ) с последующим нарушением функционального состояния различных органов и систем. Несмотря на редкость, эта патология ЩЖ может привести не только к перинатальной, но и материнской смертности в результате развития тяжелого гестоза и декомпенсации ССС, которая у беременных с тиреотоксикозом исходно испытывает двойную нагрузку, обусловленную самой беременностью и гипердинамическими изменениями, характерными для данного заболевания.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений беременности при тиреотоксикозе является гестоз, характеризующийся ранним началом с преобладанием гипертензивного синдрома, что создает проблему дифференциальной диагностики с гемодинамическими изменениями, свойственными обострению самого тиреотоксикоза [3].

Исходя из данных о патогенезе и патофизиологии гестоза, следует считать целесообразным применение методов его прогнозирования на ранних сроках гестации. Особое значение в современном акушерстве приобретает своевременное предупреждение возникновения осложнений путем оценки функционального состояния различных органов и систем у беременных, их резервные и адаптационные возможности. Важно получение информации о состоянии гомеостаза внутренней среды, в поддержании которого принимают участие все системы взаимосвязи организма матери и плода. В связи с этим особое значение приобретает разработка критериев прогнозирования состояния новорожденного при возможных осложнениях в процессе гестации, что позволит индивидуально выбрать оптимальную тактику ведения родов и будет способствовать снижению перинатальной заболеваемости и смертности [4, 1, 2].

Цель исследования. На основании изучения биофизического профиля плода и уровней плацентоспецифического α-микроглобулина (ПАМГ), трофобласта специфического β глобулина (ТБГ), альфо-фетоглобулина (АФП) и эстриола в околоплодной среде, представить анализ прогностических признаков на развитие перинатальной патологии у беременных с гестационным тиреотоксикозом.

Материал и методы

Для прогнозирования перинатальных осложнений у женщин были использован дискриминантный анализ, который позволяет отнести объект с определенным набором признаков (симптомов) к одному из известных классов. Отнесение объекта (больного) к определенному классу выполняется по набору его симптомов на основе расчета линейных дискриминантных функций. Информативность клинических и лабораторных признаков приведена в таблице 1.

Таблица 1

Информативность инструментальных и лабораторных признаков

Наименования признака	Критерий Фишера
Биофизический профиль плода	7,234
ПАМГ (околоплодные воды)	2,830
ТБГ (околоплодные воды)	2,152
АФП (околоплодные воды)	3,097
Эстриол (околоплодные воды)	6,142

В качестве обучающей матрицы наблюдений для построения дискриминантной функции взято 65 на-

Таблица 2

Факторы риска перинатальных осложнений в основной группе

Признаки	Наименование признака	Степень выраженности и их коды
X1	Биофизический профиль плода	1 – <6 2 – = 6,0 до 8,0 3 – =9,0 и более
X2	ПАМГ (околоплодные воды)	1 – < 200 2 – от 200 до 220 3 – >220
X3	ТБГ (околоплодные воды)	1 – > 1800 2 – от 1200 до 1800 3 – <1200
X4	АФП (околоплодные воды)	1 – < 250 2 – от 250 до 300 3 – >300
X5	Эстриол (околоплодные воды)	1 – < 200 2 – от 200 до 270 3 – >270

блюдений, из них 30 женщин основной группы с гестационным тиреотоксикозом, в качестве контроля взяты 35 женщин с доношенной, неосложненной беременностью. По критерию Фишера были отобраны наиболее информативные признаки (факторы риска) для прогнозирования перинатальных осложнений. Признаки, включенные в дискриминантный анализ, приведены в таблице 2.

В процессе проведения дискриминантного анализа были вычислены коэффициенты классификационных функций. Линейные классификационные функции в данном случае имели вид:

$$F1 = 22{,}38 \cdot x1 - + 4{,}80 \cdot x2 + 17{,}08 \cdot x3 + 4{,}06 \cdot x4 + 17{,}06 \cdot x5 - 56{,}75,$$
$$F2 = 27{,}56 \cdot x1 - + 6{,}06 \cdot x2 + 6{,}10 \cdot x3 + 9{,}35 \cdot x4 + 15{,}31 \cdot x5 - 79{,}92,$$

где F1 - линейная дискриминантная функция для основной группы;
F2 - линейная дискриминантная функция для группы сравнения (Табл.3).

Таблица 3

Коэффициенты линейных классификационных функций

Признаки	F1	F2
X1	22,38	27,56
X2	6,06	6,06
X3	6,10	6,10
X4	9,35	9,35
X5	15,31	15,31
Constant	-56,75	-79,92

Далее вычислялся критерий обобщенного квадрата расстояния. Больного относят к той группе, от которого он наименее удален. При классификации получены следующие результаты в обучающей матрице. В группе без осложнений правильно отнесены к классу 35 человек, в группе с осложнениями правильно отнесены к классу 28 человек.

Порогом для определения, к какому классу отнести больного, был выбран критерий 70,0.

Чувствительность - 100 · 28/30=93,3%.

Специфичность - 100 · 34/35=97,1%;

Безошибочность - 100 · (28+35)/65=96,9%.

Ошибка первого рода равна 6,7%.

Ошибка второго рода - 3,1%.

Таким образом, дискриминантная модель прогнозирования перинатальных осложнений у женщин, основанная на клинических признаках и лабораторных данных, обладает достаточно высокой информационной способностью (93,3%) и является статистически значимой ($p<0{,}05$).

Для прогнозирования тяжести перинатальных осложнений критерием прогноза являются следующие значения F1 и F2.

При F1<70 - перинатальные осложнения средней и тяжелой степени

70≤F1≤100 - перинатальные осложнения легкой степени

F1>100 - без перинатальных осложнений.

При F2<40 - перинатальные осложнения средней и тяжелой степени

40≤F2≤70 - перинатальные осложнения легкой степени

F2>70 - без перинатальных осложнений.

Результат и обсуждение

На основании данных биофизического профиля плода и исследования околоплодных вод установлены следующие прогностические критерии:

1. При снижении биофизического профиля плода менее 6 баллов прогнозируется рождение плода в асфиксии тяжелой степени.

2. ПАМГ более 220 (нг/мл) прогнозируется рождение новорожденного в асфиксии средней и тяжелой степени.

- АФП менее 250 (нг/мл) - рождение плода в асфиксии средней и тяжелой степени с перинатальными осложнениями.

- При значении активности ТБГ менее 1200 (нг/мл) также прогнозируется рождение плода в асфиксии.

- Уровень эстриола менее 200 (нг/мл) является прогностическим признаком асфиксии и перинатальных осложнений.

Данные прогностических критериев на основании дискриминантного анализа позволили разработать алгоритм обследования при переношенной беременности (рисунок 1).

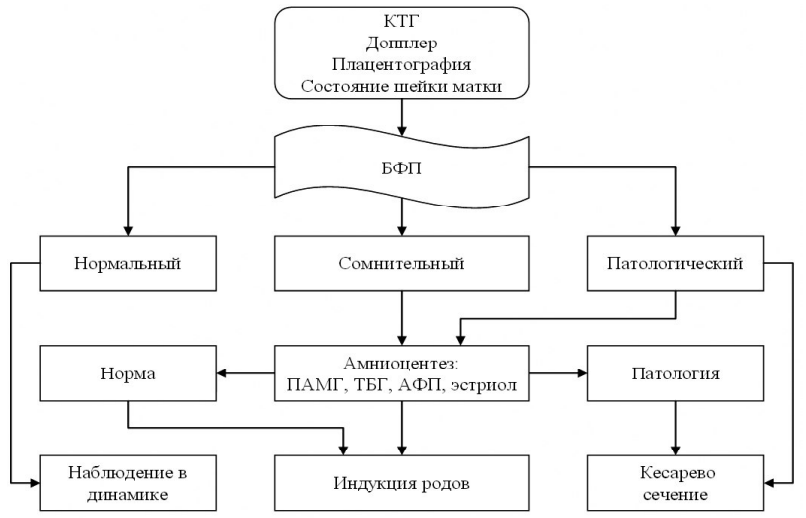


Рисунок 1. Алгоритм обследования и ведения при гестационном тиреотоксикозе

На основании результатов обследования: данных КТГ, допплера, биофизического профиля плода, биохимических и гормональных исследований околоплодной (о/п) жидкости, а также на основании выявленных прогностических критериев разработана тактика ведения родов. Ведение родов при гестационном тиреотоксикозе согласно предложенной тактике позволит значительно снизить рождение новорожденных в асфиксии и уровень перинатальных осложнений. Тактика ведения родов представлена в табл.4.

Таблица 4

Тактика ведения родов при переношенной беременности

Критерии		Тактика ведения
БФП	< 6 баллов	Подготовка к операции кесарево сечение в плановом порядке
ПАМГ (о/п воды)	>220 (нг/мл)	
ТБГ (о/п воды)	<1200 (нг/мл)	
АФП	<250 (нг/мл)	
Эстриол (о/п воды)	<200 (нг/мл)	
Шейка матки	Незрелая, созревающая	
БФП	6-7 баллов	Подготовка к самостоятельным родам, индукция родов, наблюдение за состоянием плода в родах, при ухудшении состояния плода – экстренное кесарево сечение
ПАМГ (о/п воды)	200-220 (нг/мл)	
ТБГ (о/п воды)	1250-1800 (нг/мл)	
АФП (о/п воды)	250-300 (нг/мл)	
Эстриол (о/п воды)	200-270 (нг/мл)	
Шейка матки	Созревающая, зрелая	
БФП	8-10 баллов	Наблюдение за состоянием плода в динамике. Повтор исследований через 5 дней. При удовлетворительном состоянии плода и отсутствии спонтанного развития регулярной родовой деятельности – индукция родов
ПАМГ (о/п воды)	< 200 (нг/мл)	
ТБГ (о/п воды)	> 1800 (нг/мл)	
АФП (о/п воды)	>300 (нг/мл)	
Эстриол (о/п воды)	>270 (нг/мл)	
Шейка матки	Созревающая, зрелая	

Выводы:

Таким образом, все вышеперечисленное подтверждает важность исследования состояния плода и околоплодной среды при гестационном тиреотоксикозе. Особенно важным является изучение биофизического профиля плода. Снижение биофизических характеристик коррелирует с неблагоприятными перинатальными исходами. Исследование уровня белков и гормонов околоплодной среды подтверждает наличие гипоксии плода. Наличие коррелятивных связей биофизического профиля плода, ПАМГ, ТФГ, АФП и эстриола доказывает их высокую значимость для прогнозирования перинатальных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Петрова В.Н. Взаимосвязь тиреоидной и фетоплацентарной систем у беременных, проживающих в условиях природного йодного дефицита / В.Н. Петрова и др. // Акушерства и гинекология. 2007. - №4. - С. 30-33.
2. Вчерашнюк С.П. Влияние ТЭС-терапии на гормональный гомеостаз и микроциркуляцию у беременных с гестозом: автореф. дис. □ канд. мед. наук / С.П. Вчерашнюк. - Краснодар, 2011. - 23 с.
3. Каримова Ф.Д. Критерии перинатальных осложнений, алгоритм обследования и ведения беременных с гестационным тиреотоксикозом / Ф.Д. Каримова, Ш.А. Юнусова // Врач-аспирант. - 2012. - № 3. - С. 84-87.
4. Султонова Н.А., Факторы риска развития преэклампсии у беременных и пути её снижения / Н.А. Султонова, Э.Р. Наврузов, Ю.Г. Расульзаде // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2015. -№2. - С.67-74.
5. Фадеев В.В. Диагностика и лечение заболевания щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде: по материалам клинических рекомендаций эндокринологической ассоциации США / В.В. Фадеев // Thyronet. - 2007. - №1. - С.1-9.
6. Цивцивадзе Е.Б., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. Особенности течения гестоза и профилактика его тяжелых форм у беременных с болезнью Грейвса. // Конференция молодых ученных и специалистов "Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины - 2007" Санкт-Петербург 2007.
7. Цивцивадзе Е.Б. Профилактика и прогнозирование тяжелых форм гестоза у беременных с тиреотоксикозом: автореф. дис... канд. мед. наук / Е.Б. Цивцивадзе Е.Б. -Москва, 2007.-24 с.
8. Чикин В.Г., Пчелинцев В.В. Изменения синтеза протеинов беременности при некоторых клинических проявлениях маточно-плацентарной недостаточности // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2012. №3 С.27-32.
9. Blackwell S.C. Meconium aspiration syndrome in term neonates with normal acid-base status at delivery: is it different? / S.C. Blackwell, J. Moldenhauer, S. Hassan et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2001. - Vol. 18, №7. - P. 422-425.
10. Klingner M. Meconium aspiration syndrome: pathophysiology and prevention / M. Klingner, J. Kruse // J. Am. Board Fam. Prac. - 1999. - Vol. 6, №3. - P. 180-183.

Поступила 04.02. 2019

УДК: 615.9:616.89-008.441.13:340

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА АЛКАГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ш.Ш. Ядгарова, Ш.И. Рузиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, составляющая основную долю в темпе роста смертности (более чем в 1,5 раза за последние 15 лет), также занимает ведущее место среди причин ненасильственной смерти. Отмечено отрицательное влияние употребления алкоголя на продолжительность жизни указывает на прямую связь между уровнем потребления алкоголя и развитием большинства сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: алкаголизм, сердечно-сосудистых заболеваний, смертность, миокардит.

АЛКАГОЛЬ КАРДИОМИОПАТИЯЛАРНИ СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗАСИ

Ш.Ш. Ядгарова, Ш.И. Рўзиев

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Юрак-қон томир тизими касалликларидан ўлим ҳолатлари, умумий ўлим ҳолатларида юқори ўринни эгаллайди (1,5 марта кўп охирги 15 йилда), шунингдек зўраки ўлим холатлари орасида хам юқори ўринни эгаллаши билан аҳамиятлидир. Алкоголь махсулотларини кўп истеъмол қилиш хаёт давомийлигига тўғридан-тўғри салбий таъсир кўрсатиши оқибатида юрак-қон томир тизими касалликларига сабабчи бўлиши аниқланди.

Калит сўзлар: алкаголизм, юрак-қон томир касалликлари, ўлим, миокардит.

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF ALCOHOLIC CARDIOMYOPATHY

Sh.Sh.Yadgarova, Sh.I.Ruziev

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Death from cardiovascular diseases, which constitutes the main share in the growth rate of mortality (more than 1.5 times in the last 15 years), also occupies a leading place among the causes of non-violent death. The negative effect of alcohol consumption on life expectancy indicates a direct relationship between the level of alcohol consumption and the development of most cardiovascular diseases.

Key words: alkagolism, cardiovascular diseases, mortality, myocarditis.

Актуальность

Злоупотребление алкоголем, по данным ВОЗ, является третьей по частоте после сердечно-сосудистых и онкологических причинной смертности в современном мире [2].

Смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, составляющая основную долю в темпе роста смертности (более чем в 1,5 раза за последние 15 лет), также занимает ведущее место среди причин ненасильственной смерти. Отмечено отрицательное влияние употребления алкоголя на продолжительность жизни указывает на прямую связь между уровнем потребления алкоголя и развитием большинства сердечно-сосудистых заболеваний [2,5,8].

Изучение влияния этанола на сердечно-сосудистую систему в последние десятилетия имеет приоритетное направление в различных отраслях медицинских наук [8].

Алкогольное поражение сердца является одним из важнейших аспектов патологического воздействия алкогольной интоксикации на организм человека [2,6,7].

Длительное злоупотребление алкоголем в 50% случаев приводит к поражению сердца. Однако алкоголь воздействует не только на сердечную мышцу; при хронической алкогольной интоксикации возникает патология и других внутренних органов - мишеней: сердца, печени, головного мозга и пр [3].

В последние годы количество случаев внезапной сердечной смерти на фоне развития кардиомиопатий нарастает [2,4,7].

Таким образом, постановка судебно-медицинского диагноза "Алкогольная кардиомиопатия", при скоропостижной смерти, представляет значительные трудности в силу отсутствия в настоящее время конкретных научно-обоснованных рекомендаций для судебно-медицинской практики [3].

Цель исследования: Научно обосновать критерии оценки судебно-медицинской диагностики скоропостижной смерти от алкогольной кардиомиопатии.

Материал и методы

Провести ретроспективный анализ 40 заключений судебно-медицинской экспертизы по поводу обнаружения скоропостижно скончавшихся за период 2016-2018 гг. в Главное Бюро СМЭ Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан. Из них 26 мужчины и 14 женщины в возрасте от 35 до 60 лет.

Результат и обсуждения

В процессе исследования произведен 40 архивных судебно-медицинских заключений по трупам лиц, скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца и острого отравления этиловым алкоголем лиц, страдавших атеросклерозом и гипертонической болезнью. Исследования проводились в Главное Бюро СМЭ Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан.

Судебно-медицинское исследование трупов производилось по общепринятой методике в первые 10-18 часов, но не позднее 24 часов после наступления смерти.

Во всех изученных экспертных случаях было подтверждено материалами дела, клинической картиной, результатами судебно-медицинского исследования трупа, данными токсикологической лаборатории, судебно-химического анализа и гистологического исследования.

Анализ распределения пострадавших по полу показал, что среди 40 них было 26 мужчин и 14 женщин. Распределение пострадавших по полу представлено на рисунке -1.



Рис. 1. Распределение потерпевших от отравления едкими ядами на фоне алкогольного опьянения

Результаты анализа распределения пострадавших по возрасту показали, что средний возраст потерпевших составил 53,1±1,8. При этом среди мужчин он составил 55,2±3,2, а среди женщин - 53,7±3,4. Результаты анализа распределения потерпевших по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение потерпевших от отравления суррогатами алкоголя по полу и возрасту

Возраст	35-40 лет	40-45 лет	50-55 лет	60-65 лет	Старше 60 лет	Всего
Мужчины	2	4	8	7	5	26
Женщины	1	3	3	4	3	14
Всего	3	7	11	11	8	40

Как видно из представленных в этой таблице данных, наибольшее число пострадавших (37 случая, 92,5%) приходится на зрелый и работоспособный возраст от 40 до 65 лет.

Это свидетельствует о том, что данная проблема имеет не только судебно-медицинскую, но и социальную значимость.

Изучение результатов наружного исследования трупов по материалам судебно-медицинских экспертиз в случаях алкогольного опянения, позволило выделить некоторые признаки, характерные для ряда изученных при проведении исследования случаев. Частота встречаемости этих признаков представлена в таблице 2.

Как показывают данные этой таблицы, наиболее частыми признаками при наружном исследовании трупов во всех изученных при проведении исследования случаях были хорошо выраженные трупные пятна синюшно-фиолетового цвета (в 100% случаев), конъюнктива бледно-розового цвета (в 82,5% случаев) и синюшность и одутловатость кожных покровов лица (в 92,5% случаев). Данные о встречаемости таких признаков как слизь в носовых ходах и полости рта (в 17,5% случаев) и экзофтальм (в 7,5% случаев) в материалах проведённого исследования не столь значительны.

Анализ результатов судебно-гистологических исследований показал, что в микроскопической картине изменений при острых алкогольных отравлений, также можно выделить некоторые характерные для ряда изученных случаев показатели. Частота встречаемости этих показателей приведена в таблице 2.

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 85,0% случаев), отёк и очаговые кровоизлияния в ткань лёгких (в 80,0% случаев), кардиосклероз (в 70,0% случаев), склероз кровеносных сосудов сердца (в 60,0% случаев), процесс аутолиза в поджелудочной железе (в 85,0% случаев), дистрофические изменения почечных канальцев (в 85,0% случаев) и неравномерное кровенаполнение сосудов в тканях почек (в 75,0% случаев). Менее значимыми оказались жировой гепатоз (в 62,5% случаев), неравномерное полнокровие пульпы в тканях селезёнки (в 52,5% случаев) и склероз трабекул и трабекулярных сосудов в тканях селезёнки (в 52,5% случаев). Наименее значимыми оказались такие признаки как периваскулярные кровоизлияния в тканях мягкой мозговой оболочки и головного мозга (в 45,0% случаев), дистрофические изменения гепатоцитов (в 42,5% случаев), кровоизлияния в тканях поджелудочной железы (в 32,5% случаев).

Таблица 2.

Частота встречаемости микроскопических изменений при судебно-гистологическом исследовании

Показатели	Абсолютное число наблюдений	Относительное число наблюдений (%)
Отёк мягкой мозговой оболочки и тканей мозга	34	85,0
Полнокровие сосудов в тканях лёгких	40	100,0
Периваскулярные кровоизлияния в тканях мягкой мозговой оболочки и головного мозга	18	45,0
Отёк и очаговые кровоизлияния в ткань лёгких	32	80,0
Кардиосклероз	28	70,0
Склероз кровеносных сосудов сердца	24	60,0
Неравномерное полнокровие пульпы в тканях селезёнки	21	52,5
Склероз трабекул и трабекулярных сосудов в тканях селезёнки	21	52,5
Процесс аутолиза в поджелудочной железе	34	85,0
Кровоизлияния в тканях поджелудочной железы	13	32,5
Жировой гепатоз	25	62,5
Дистрофические изменения гепатоцитов	17	42,5
Дистрофические изменения почечных канальцев	34	85,0
Неравномерное кровенаполнение сосудов в тканях почек	30	75,0

При микроскопическом исследовании выявлялись нарушения сосудистого тонуса, повышение проницаемости стенок сосудов и их разволокнение, отеки, плазматическое пропитывание, периваскулярные кровоизлияния и зоны периваскулярных отеков.

При внутреннем исследовании отмечался запах алкоголья, исходящий от органов и полостей трупа. Наблюдались темная дегтеобразная кровь в полостях сердца и крупных сосудах, напряженность твердой мозговой оболочки, отечность мягкой мозговой оболочки и головного мозга, умеренное полнокровие сосудов, процесс хроматолиза ганглиозных клеток, отечность и полнокровие лёгких, точечные подплевральные кровоизлияния на их поверхности, темно-вишневый цвет легочной ткани на разрезе и выделение темно-красной пенистой жидкости, серовато-коричневый цвет слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, её отёчность, набухание, жировая дистрофия в тканях печени с элементами дискомплексации печеночных долек, полнокровие почек, их тёмно-вишневый цвет на разрезе.

При острых отравлениях отмечались полнокровие головного мозга и мягких мозговых оболочек, мелкоточечные подплевральные кровоизлияния на поверхности легких, участки катарально-геморрагической пневмонии, чередование участков полнокровия темно-красного цвета с желтоватыми участками с выраженным рисунком на разрезе печени, полнокровие почек, дистрофические изменения в миокарде, небольшие кровоизлияния под эндокардом, набухание слизистой желудка и тонких кишок, расширение сосудов и единичные кровоизлияния в поверхностных слоях слизистой желудка, дистрофические изменения паренхиматозных органов.

Микроскопическое исследование показывало мелкие кровоизлияния в тканях головного мозга, бухтообразные расширения сосудов и стазы, дистрофию нейронов коры головного мозга, набухание ганглиозных клеток, вакуолизация их протоплазмы, нейронофагию, пневмонические очаги в тканях лёгких, нарушение целости межальвеолярных перегородок с очагами кровоизлияний, мелкокапельную жировую дистрофиюв тканях печени (Приложение -1).

ПРИЛОЖЕНИЕ-1

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Признаки	Варианты ответа	Кодировка*
1	**2**	**3**
Упитанность	Резко пониженная	0
	Пониженная	1
	Несколько пониженная	2
	Удовлетворительная	3
	Несколько повышенная	4
	Повышенная	5
	Резко повышенная	6
Сосуды головного мозга	Тонкие, эластичные	1
	Утолщенные	2
	Плотные, извитые	3
Наличие бляшек в сосудах головного мозга	Есть	0
	Нет	1
Размеры сердца	Уменьшены	0
	Норма	1
	Увеличены	2
Выраженность жировых отложений под эндокардом	Небольшое	1
	Умеренное	2
	Обильное	3
	Избыточное	4
Плотность миокарда	Плотная (упругая, обычная)	1
	Плотноватая	2
	Дрябловатая	3
	Дряблая	4
Цвет миокарда на разрезе	Кодируется по	Спектру
Очаговое изменения миокарда	Нет	0
	Есть	1
	Есть	1
Неравномерное кровенаполнение миокарда	Нет	0
	Есть	1
Толщина стенки правого желудочка	Значение в	см.
Толщина стенки левого желудочка	Значение в	см.
Наличие атеросклеротических изменений в венечных сосудах (сужение просвета сосуда)	Нет	0
	до 30%	1
	до 50%	2
	до 75%	3
	до 90%	4
Наличие атеросклеротических изменений в аорте	Нет	0
	Есть	1
Размер печени	Норма	1
	Увеличена	2
Масса печени	Норма	1
	Повышена	2
Край печени	Закруглен	1
	Заострен	2
Цвет печени на разрезе	Кодируется по	Спектру

Наличие патологических изменений в ткани печени	Нет	0
	Узлы	
	Участки желтоватой окраски	
	Желтоватый оттенок	
	Мелкие белесоватые	
	Вкрапления	
	Дряблость паренхимы	
	Сальный вид	
	Темно – красные вкрапления, мускатная печень	
	Смазанность рисунка	
	Пестрый вид	
Длина поджелудочной железы	Норма	1
	Уменьшена	2
Ширина поджелудочной железы	Норма	1
	Уменьшена	2
Толщина поджелудочной железы	Норма	1
	Уменьшена	2
Плотность поджелудочной железы	Мягкая	0
	Дрябловатая	1
	Эластичная (плотно эластичная)	2
	Неравномерно уплотнена	3
	Уплотнена	4
	Плотная	5
	Резко уплотнена	6
Цвет поджелудочной железы на разрезе	Кодируется по	Спектру
Строениеподжелудочной железы на разрезе	Долчатость снижена	0
	Мелкодольчатое	1
	Дольчатое (среднедольчатое)	2
	Крупнодольчатое	3
Наличие патологических изменений в поджелудочной железе	Нет	0
	Белесоватые прослойки	1
	Участки жировой ткани в строме	2
	Сальный блеск	3
	Обильно обложена жиром	4
	Кальцинаты	5
	Отечность капсулы	6
	Кисты	7
Наличие кровоизлияний в поджелудочной железе	Нет	0
	Сосуды расширены, полнокровны	1
	Кровоизлияния	2

Вывод: Приведённые в этих таблицах показатели характерны для изменений, вызываемых хронической алкогольной зависимостью, что свидетельствует о том, что пострадавшие, во всех изученных случаях отравлений на фоне алкогольного опьянения, страдали хроническим алкоголизмом.

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.

Поступила 06.03. 2019

УДК: 616/053.2:616/089.5/053.2

ЧАҚАЛОҚЛАРДА КЎКРАК БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ

Х.М. Абдуллажонов, Ш.О. Тошбоев, Р.А. Исмоилов

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Мазкур тадқиқот кўкрак бўшлиғи аъзоларининг туғма ривожланиш нуқсонлари билан ташрих ўтказилган ва торакотомия бажарилган чақалоқларда бупивакаинли экстраплеврал ва опиатли анальгезиянинг ташрихдан кейинги даврдаги самарадорлигининг қиёсий таҳлилига бағишланган .

Калит сўзлар: чақалоқлар, торакотомия, оғриқ, экстраплеврал анальгезия, опиатлар.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Х.М. Абдуллажонов, Ш.О. Тошбоев, Р.А. Исмоилов

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Исследование проведено у детей, которым выполнена торакотомия по поводу врожденных пороковразвития и приобретенных заболеваний органов грудной клетки. Сравнивалась эффективность послеоперационного обезболивания методом продленной экстраплевральной аналгезии бупивакаином и внутривенной опиатной аналгезии фентанилом.

Ключевые слова: новорожденные, торакотомия, боль, экстраплевральная анальгезия, опиаты.

COMPARATIVE ANALYSIS OF POSTOPERATIVE ANESTHESIA METHODS IN THE NEWBORN AFTER OPERATIONS ON THE ORGANS OF THE CHEST CAVITY

Abdullajonov H.M., ToshboevSh.O., Ismoilov R.A.

Andizhan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The children after thoracotomy because of inborn malformations and acquired disease of thorax wereresearched. Efficiency of postoperative pain management in newborns after thoracotomy by extendedextrapleural analgesia of bupivacain and intravascular infusion of opioids was compared.

Key words: newborns, thoracotomy, pain, extrapleural analgesia, opioids.

Долзарблиги

Охирги ўн йилликда жарроҳлик технологияларининг жадал ривожланиши чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда учрайдиган туғма ривожланиш нуқсонлари ва касалликларини жарроҳлик йўли билан муваффақиятли даволаш имкониятларини бермоқда. Ҳозирги пайтга келиб ташхисдан кейинги оғриқсизлантиришнинг турли хил усуллари тадбиқ қилинмоқда, бироқ торакотомиядан кейинги ўткир ва сурункали оғриқ синдроми амалиётчилар учун муаммолар туғдирмоқда[2,10]. Торакотомиядан кейинги даврда интенсив оғриқ кузатилиши сабабли узоқ муддат опиоид анальгетиклар қўллаш заруратини туғдиради. Бироқ, наркотик анальгетикларни қўллаш бошқа асоратлар билан бир қаторда ҳушнинг секин тикланиши, нафаснинг кеч тикланиши ва нафас йўлларининг ҳимоя рефлексларини йўқолиши каби ножўя таъсирлар келтириб чиқариши мумкин ва ўз навбатида, узоқ муддат сунъий ўпка вентиляцияси ўтказишни талаб қилади [4,5,7,10]. Операцион жароҳат ва интенсив респиратор терапиянинг негатив таъсирлари айниқса чақалоқларда хавфли саналади, касалликнинг кечишини оғирлаштириш билан бирга неонатал ўлим кўрсаткичини юқори даражаларга олиб чиқади [1,3,6,11]. Кўкрак соҳасининг паравертебрал неврал қамали тўғрисида илк бор 1919 йилда Kappis маълумот берган. Паравертебрал бўшлиқнинг муфассал тавсифини эса 1979 йилда Eason ва Wyattлар берганлар [10]. Паравертебрал анальгезия педиатрия амалиётида муҳим ўрин тутади, бироқ мазкур усулнинг чақалоқларда қўлланилиши бўйича маълумотлар жуда кам келтирилган [5,8]. Экстраплеврал анальгезия (ЭПА) техникаси маҳаллий анестетикларни анатомик жиҳатдан аниқ зоналарга юбориш имконини беради. Ретроплеврал катетер орқали юборилган маҳаллий анестетик қовурғалараро нервларни бевосита "ювиб" ўтади. Локал анестетикнинг умумий ҳажми ретроплеврал бўшлиқдаги барча, яъни тўртта қовурғалар орасида тарқалади. Чекланган майдонда препаратнинг юқори концентраци-

яси ҳосил бўлади, бу эса маҳаллий оғриқсизлантиришнинг самарадорлигини таъминлайди.

Тадқиқот мақсади. Чақалоқларда постторакотомик даврда экстраплеврал анальгезия техникасини қўллаш йўли билан антиноцицептив ҳимоя усулларини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар

Мазкур тадқиқот Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, ҳудудий неонатал хирургия бўлимига кўкрак қафаси аъзоларининг туғма ва орттирилган хирургик касалликлари билан ётқизилган ва операциялар бажарилган чақалоқларда ўтказилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турига кўра бемор чақалоқлар 2 гуруҳга бўлинди: I гуруҳда (17 нафар) операциядан кейинги оғриқсизлантириш фентанилнинг 2-3 мкг/кг/соат миқдорида узлуксиз вена ичи инфузияси орқали амалга оширилди (ОА-опиатли анальгезия); II гуруҳда (12 нафар) эса оғриқсизлантириш интраоперацион даврда экстраплеврал бўшлиққа ўрнатилган катетер орқали маҳаллий анестетикни юбориш йўли билан бажарилди (ЭПА). Маҳаллий анестетик сифатида 0,25% ли бупивакаиндан фойдаланилди ва унинг миқдори 0,2-0,3 мл/кг/соатни ташкил қилди). Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турини танлаш операция бажарилишининг техник хусусиятлари (париетал плевранинг паравертебрал қисми бутунлигининг сақлаб қолиниши) билан боғлиқ бўлди. Нозологик бирликларга кўра беморлар тақсимоти 1-жадвалда келтирилган.Тадқиқотга киритилишга монеълик қилувчи мезонлар: ҳаёт учун хавф солувчи ўта оғир ҳолатлар, операция ҳажмидан қатъий назар нафас етишмовчилиги билан кечувчи ва узоқ муддат респиратор терапия талаб қилувчи ҳамроҳ туғма ривожланиш нуқсонлар ёки касалликларнинг мавжудлиги, ўпка резекцияси, қайта торакотомия, гестацион ёшнинг 32 ҳафтадан камлиги, тана вазнининг 1200 гр камлиги. ЭПА га қарши кўрсатма бўлиб эса ўпка ўсмалари, эмпиема, плеврит, коагулопатия, анестетикга юқори сезувчанлик ҳисобланди.

1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг нозологик шаклларга кўра тақсимланиши

№	Нозология	Гуруҳлар	
		I	II
1	Қизилўнгач атерзияси	8 (41,2%)	3 (25%)
2	Туғма диафрагмал чурра	2 (11,8%)	5 (41,7%)
3	Ўпка кистаси	2 (11,8%)	1 (8,3%)
4	Очиқ артериал йўл	1 (5,9%)	-
5	Лобар эмфизема	1 (5,9%	1 (8,3%)
6	Пневмоторакс	-	2 (16,7%)
7	Трахея қизилўнгач оқмаси	2 (11,8%)	-
8	Қизилўнгач атрезияси+қон томирли ҳалқа	1 (5,9%)	-

Операция охирида торакотомик кесманинг медиал қирғоғи орқали паравертебрал соҳада париетал плевра диссекцияси амалга оширилади. Плеврал варақлар сепарациясидан сўнг ҳосил бўлган ретроплеврал чўнтакга №18G ўлчамдаги перидурал катетер (Portex, Буюк Британия) операция кесмасидан юқорида 2-3 қовурғалар соҳасига ўрнатилади. Катетернинг дистал қисми алоҳида кесма орқали ташқарига чиқарилади ва терига маҳкамланади. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш самарадорлиги 48 соат давомида баҳоланди. Анальгезия даражаси қуйидаги мезонлар бўйича 3, 6, 12, 24, 36, 48 соатдан сўнг амалга оширилди: 1) марказий ва периферик гемодинамика ҳолати (ЮҚС, АБ, диурез, капиллярлар тўлишиш тезлиги); 2)стресс индикатори сифатида қондаги қанд миқдори. Гликемия даражаси Beurer medical (Beurer GmbH, Германия) глюкометри ёрдамида аниқланди. Гемодинамик мониторинг "ЮМ 300" (Utas, Украина) полифункционал реанимацион-хирургик монитор ёрдамида амалга оширилди. Ҳар икки гуруҳ беморларда сунъий ўпка вентиляцияси (СЎВ) давомийлиги таққосланди. Тадқиқот мобайнида олинган натижаларга "SPSS Pro" дастури ёрдамида 95% ли ишонарлилик интервали ва Манн-Уитни, шунингдек Стьюдентнинг t-мезонлариини аниқлаш орқали статистик ишлов берилди.

Тадқиқот натижалари ва мухокамаси

Операциядан олдин барча беморлар оғирлик даражаси ASA шкаласи бўйича баҳоланди, гемодинамик кўрсаткичлар ва периферик перфузия даражаси, шунингдек тана вазни ва беморлар ёши таҳлил қилинди. Таққосланаётган гуруҳ беморлари статистик жиҳатдан бир хил тоифаландилар (2-жадвал).

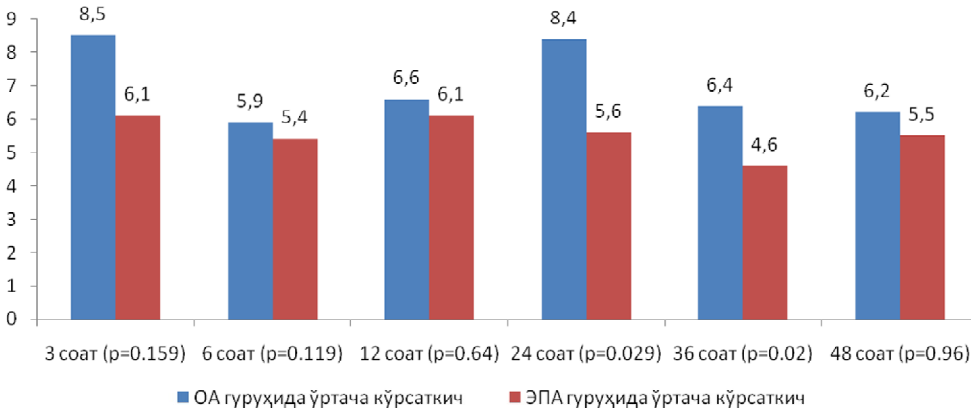
Операциядан кейинги даврда I гуруҳда (ОА) гликемия даражаси меъёрий кўрсаткичлардан юқорилиги ёки меъёрнинг юқори чегарасида эканлиги (5,8 дан 11 мооль/л гача) маълум бўлди ва 3, 6, 12, 24, 36, 48 соатдан сўнг мос равишда 8,5-5,8-6,5-5,8,2-6,5-6,1 ммоль/л ни ташкил қилди. II гуруҳда (ЭПА) қондаги қанд концентрацияси турғун қолганлиги аниқланди ва таҳлил қилинаётган вақт оралиғида 5,8-5,4-6,3-5,6-4,3-5,6 ммоль/л ни ташкил қилди(1-расм).

Вақт оралиқларида марказий гемодинамик кўрсаткичлар таҳлили I гуруҳдаги беморларда тахикардия ва гипертензияга мойиллик мавжуд эканлигини намоён қилди. II гуруҳ беморларда эса ЮҚС ва ўртача АБ ёш меъёрларида қолганлиги маълум бўлди (2-расм).

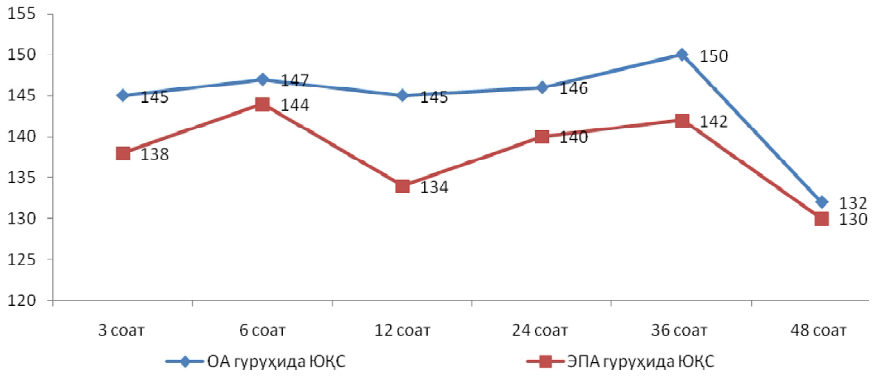
2-жадвал

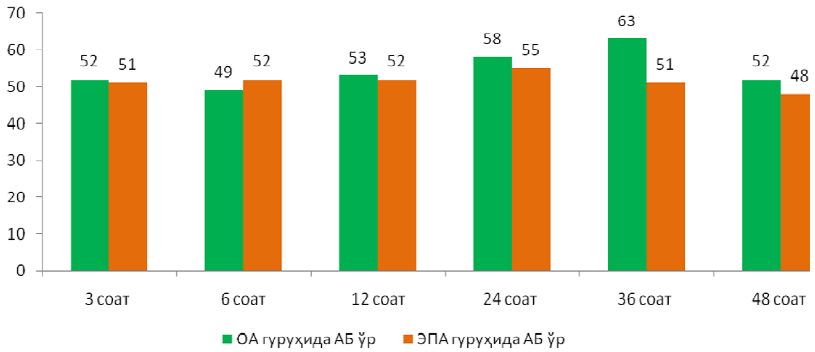
Тадқиқот гуруҳларида ўрганилган кўрсаткичларнинг тақсимланиши

№	Кўрсаткичлар	Гуруҳлар		P
		I	II	
1	Ёши, кун.	23,18	16,63	0,85
2	Тана вазни, г	2836,0	2962,3	0,42
3	ASA бўйича ҳолати	III-IV	III-IV	0,58
4	Гликемия даражаси, ммоль/л	5,4	6,3	0,55
5	Юрак қисқаришлари сони, зарба/дақиқада	137	142	0,58
6	Систолик артериал босим, мм.симоб уст.	73,4	70,4	0,42
7	Диастолик артериал босим, мм.симоб уст.	42,9	39	0,28
8	Капиллярлар тўлишиш тезлиги, сек	2-3	2-3	0,70
9	Диурез, мл/кг/соат	2,8	2,1	0,20



1-расм. Тадқиқот гуруҳларида гликемия даражаси





2-расм. Тадқиқот гуруҳларидаги беморларда юрак қисқаришлари сони ва ўртача аретриал босим динамикаси

Периферик перфузия ҳолатини баҳолаш индикатори сифатида ҳар соатдаги диурез миқдори ва капиллярларнинг тўлишиш тезлги танлаб олинди (катехоламинлар таъсирида вазоконстрикция даражаси). Соатли диурез I гуруҳда 3,6, 12, 24, 36, 48 соатдан кейин 3,2-2,0-3,8-3,8-4,2-2,9 мл/кг/соатни ташкил қилган бўлса, II гуруҳда мазкур вақт оралиқларида ушбу кўрсаткич мос равишда 4,0-3,2-3,5-4,8-5,2-4,1 мл/кг/соат миқдорида бўлди. Капиллярлар тўлишиш тезлиги ("оқ доғ" симптоми) I гуруҳда ўртача 3-4 сек, II гуруҳда 4-5 сек. дан ортмади. СЎВ нинг ўртача давомийлиги I гуруҳда 128 соатни, II гуруҳда эса 46,5 соатни ташкил қилди.

Шундай қилиб, чақалоқларда ЭПА усули катетернинг операция пайтида ўрнатилганлиги ва маҳкамланганлиги сабабли перкутан усул билан катетерлашдан кўра хавфи камроқ ва бирмунча афзалдир. Бу тез ва аниқ бажариладиган муолажа бўлиб, юз бериши мумкин бўлган асоратлар сонини камайтиради.

ЭПА ўтказилганда фақатгина бир томонлама қамал юзага келиши сабабли гипотензия ва пешоб тутлиши каби ножўя таъсирлар жуда кам учрайди. Шу билан бирга нафас депрессияси хавфи кескин камаяди ва ўз навбатида, интенсив мониторинг ва махсус даволаш усулларига зарурат қолмайди.

Экстраплеврал ёндошувда опиатлар қўлланилишига умуман зарурат йўқ деб бўлмаса-да, уларнинг қўлланилиши кескин чекланади.Чақалоқларда неатив реакциялар хавфини олдини олиш мақсадида анестетикни узлуксиз юбориш усули қўлланилди. Маҳаллий анестетикни мунтазам юбориш педиатрик амалиётда ҳам дискрет юборишдан кўра афзалроқдир [6, 9, 11].

Дискрет неврал қамалнинг оғриқизлантириш самараси максимум 6 соатга етади, ретроплеврал катетр орқали мунтазам юборилиши эса қувватлаб турувчи анальгезияни таъминлай олади. Бундан ташқари, бупивакаиннинг қондаги концентрасияда кескин ўзгаришлар кузатилмаганлиги сабабли унинг токсик таъсири камаяди ва гемодинамик кўрсаткичларнинг турғунлигини таъминлайди. Шу билан бирга, гликемия даражасининг меъёрий кўрсаткичлардан ортмаслиги ҳам чақалоқларда ЭПА усулини қўллаш орқали операциядан кейинги оғриқсизлантиришнинг сезиларли даражада самарали эканлигидан далолат беради.

Хулосалар

1. Чақалоқларда постторакотомик даврда операциядан кейинги оғриқсизлантириш сифатида экстраплеврал анальгезия усули анъанавий оғриқсизлантириш усулларининг хавфсиз муқобили сифатида қўлланилиши мумкин.

2. ЭПА усулини қўллаш операциядан кейинги даврда сунъий ўпка вентиляцияси давомийлигини сезиларли даражада қисқартириш имконии беради ва, ўз навбатида, СЎВ билан боғлиқ бўлган асоратлар сонини камайтиради.

3. Тадқиқот натижаларидан олинган маълумотлар ЭПА усулини қўллашда антиноцицептив ҳимоянинг анча устунлгини намоён қилди ва ушбу усулни чақалоқлар ва эрта ёшли болаларда постторакотомик даврда оптимал оғриқсизлантириш усули сифатида тавсия қилиш имконини берди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Михельсон В.А., Жиркова Ю.В. Проблемные вопросы профилактики и лечения боли в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных //Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия: Материалы III Российского конгресса.-Москва, 2004.-С.32.
2. ОвечкинА.М., Свиридов С.В. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы //Регионарная анестезия и лечение острой боли.-2006.-№1.-С.61-75
3. Сатвалдиева Э.А. Послеоперационное обезболивание у детей.-Ташкент, 2008.- 209 с.
4. Catala E., Casas J.I., Unzueta M.C. et al. Continuous infusion is superior to bolus doses with thoracic paravertebral blocks after thoracotomy //J.Cardiothorac. Vasc. Anesth.-2014.-Vol.10, №5.-P.586-588.
5. Conacher D. Thoracic anesthesia //Anesthesiology Clinics of North America.-2011. - Sept., Vol.13.-№ 3.-P. 348-352
6. Currie J.M.Stressandpainrelief in the care of the surgical neonate //Seminarsin Pediatric Surgery.-2015.-November.-Vol.17.-Is.4.-P.285-289.
7. Detterbeck F. Efficacy of Methods of Intercostal nerve Blockade for Pain Relief After Thoracotomy //Ann. Thorac. Surg.-2010.-Vol.80.-P.1550-1559.
8. Downs C.S. Continuous extrapleural intercostal nerve block for postthoracotomy analgesia in children //Anaesth. Intensive Care.-1997.-Vol. 25.-P. 390.
9. Gibson M.P. Use of Continuous Retropleural Bupivacaine in Postoperative Pain Management for Pediatpic Thoracotomy //J. Pediatr. Surg.-2009.-Vol. 34.-P. 199-201.
10. Polomano R.C., Dunwoody C.J., Krenzischek D.A. et al. Perspective on pain management in the 21st century // J.Peri.Anesth.Nurs.-2013.-Vol.23.-P.4-14.
11. Taylor B.J., Robbins J.M., Gold J.I. et al. Assessing Postoperative Pain in Neonates: A Multicenter Observational Study // Pediatrics.-2016.-October.-Vol.118.-№4.-P.992-1000.

Келиб тушган вақти 16.03. 2019

УДК: 616.24-07-08:616.

CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION

Alimdzhanov II, Zakirov B.A.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The morpho - functional changes in the cardiovascular system that accompany asthma and their pathogenetic therapy are not sufficiently reflected in the recommended guidelines for the prevention and treatment of bronchial asthma. A comprehensive examination of the circulatory system revealed the features of the state of the cardiovascular system of the examined children with varying degrees of severity of bronchial asthma. For the correction of the identified changes in the cardiovascular system, a complex of cardiometabolic therapy was proposed, depending on the severity of damage to the circulatory system.

Key words: children, bronchial asthma, cardiovascular system, electrocardiography, echocardiography, complications.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ ОБСТРУКЦИЯДА ЮРАК - ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ҲОЛАТИ

Алимджанов И.И., Закиров Б.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Болаларда бронхиал астма касаллигига юрак - қон томирининг ҳолати ўзгаришининг қўшилиб келишини патогенетик даволаш усуллари манбааларда етарлича ёритилмаган. Болаларда бронхиал астманинг турли даражаларида юрак - қон томирининг ҳолатини баҳолашда қон айланиш тизими органларини комплекс текшируви зарур саналади. Бронхиал астма, обструкцияда юрак - қон томир тизими томонидан аниқланган ўзгаришларни коррекциялаш мақсадида комплекс тарздаги кардиометаболик даволаш кенг жорий этилган.

Калит сўзлар: болалар, бронхиал астма, юрак - қон томир тизими, электрокардиография, эхокардиография, асоратлар.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Алимджанов И.И., Закиров Б.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Морфо - функциональные изменения сердечно - сосудистой системы, которые сопровождают бронхиальную астму и их патогенетическая терапия не достаточно отражены в рекомендуемых руководствах по профилактике и лечению бронхиальной астмы. Комплексное обследование органов кровообращения позволило выявить особенности состояния сердечно - сосудистой системы обследованных детей с различной степенью тяжести бронхиальной астмы. Для коррекции выявленных изменений со стороны сердечно - сосудистой системы был предложен комплекс кардиометаболической терапии в зависимости от тяжести поражения органов кровообращения.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, сердечно - сосудистая система, электрокардиография, эхокардиография, осложнения.

The urgency of the problem

Acute broncho-obstructive syndrome (BOS) of viral or viral-bacterial etiology has the greatest frequency in childhood. According to V.Tatochenko (2000) in every fourth child with acute respiratory disease, the bronchi with a prolonged broncho-obstructive syndrome are involved in the inflammatory process [1, 3, 6]. Respiratory disorders in acute obstructive syndrome of infectious genesis have varying degrees of severity and are accompanied by hypotension and metabolic acidosis. In the works, both domestic and foreign researchers have shown that it is the combination of viral infection, vegetative disturbances and acute hypoxia arising from bronchial obstruction in young children that underlie multiorgan lesions, including the cardiovascular system. A number of studies have proven the cardiotropicity of influenza viruses and enteroviruses, contributing to the development of acute myocardial infection in children. Recently, a significant role in the development of acute infectious lesions of the cardiovascular system is assigned to chlamydial and mycoplasmal infections. At the same time, the nature and severity of changes in the cardiovascular system and their prognostic significance in acute respiratory diseases accompanied by bronchial obstruction in young children are not sufficiently studied [2,3,9].

It was proved that in the perinatal period, hypoxic damage in 40-70% of children is accompanied by the development of disadaptation syndrome (DM) of the cardiovascular system (CVS) in the newborn period [10]. The use of modern high-informative instrumental and biochemical methods of research allowed to determine markers of inflammatory cardiomyopathy in children. The

results of biopsy of the cardiac muscle, patients with myocarditis, confirm the presence of dystrophic and fibrotic changes in the myocardium [11]. According to clinical and morphological studies, the frequency of myocarditis, myocardidystrophy, and cardiomyopathy among the adult population is 7-9% of all diseases of the cardiovascular system. At the same time, in the literature there are no clear data on the frequency and nature of myocardial infection in children [6,8,9].

Thus, the state of the cardiovascular system in young children, with acute respiratory diseases occurring with bronchial obstruction, has not been practically studied, risk factors for the formation of pathological changes and their prognostic significance have not been determined, no differentiated approaches to the treatment and prevention of chronic cardio - Vascular pathology, which defined the objectives of this study and formulated its purpose.

Purpose of the study: To establish risk factors and the main pathogenetic mechanisms of the lesion of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis in young children in order to optimize differentiated therapy and improve the prediction of cardiovascular disorders.

Materials and methods

In accordance with the tasks, we analyzed the results of the examination, treatment and long-term (for 5 years) follow-up observation of 500 children aged from 6 months to 7 years (whose average age was from 8.0 months ± 0.9 to 5.0 years ± 1,1) with respiratory pathology, among them 260 girls, 240 boys. With a clinical picture of acute respiratory disease, 400 children were observed, while in 200 patients the disease proceeded with the development of bronchial obstruction (BOS) in 200 with acute respiratory viral infection without developing bronchial obstruction.

The results of the study

Studies have shown that in the case of mycoplasma infection in half of the patients, acute broncho-obstructive syndrome is accompanied by impaired CVS activity, less often these changes were found in adenoviral (5%) and rhinosyncytial viral (3%) etiology.

Correlation analysis showed the presence of a reliable direct correlation between the development of impaired CVS activity and the myoplasma BFB etiology (g = 0.65, p <0.005); <0.005) and g = 0.40, (p <0.005), respectively.

Thus, acute respiratory diseases occurring with the development of bronchial obstruction in young children more often develop in the presence of adenoviral, MS, viral and mycoplasmal infections.

1. Clinical manifestations of acute bronchial obstruction of infectious genesis in children of the first year of life.

Acute bronchial airway obstruction in children of the first year of life developed 3.03 ± 0.22 days from the onset of ARVI. The main complaint on admission to the hospital was difficulty breathing. 52% had expiratory dyspnea, and 48% had a mixed nature. All patients had pale skin and pronounced cyanosis of the nasolabial triangle.

The disease began with a dry cough in 57% of cases, a wet cough was observed in 43%. Auscultatory dry rales prevailed over wet in 57% of children. The frequency of wet wheezing at the beginning of observation in children of the first year of life was 43%. In 1% of BFB was accompanied by the formation of atelectasis of the upper right lobe of the lung. The respiratory rate (RR) when the child was admitted to the hospital ranged from 48 to 60 (54.6 ± 2.5) breaths per minute. In 55% of children, BH values were distributed between 75 and 95 percentiles and averaged (50 ± 2.0 breaths per minute). In 10% of patients, BH was determined at a level from 50 to 75 percentiles / in 45% - above 95 percentiles.

In 67% of the first year of life, the course of acute respiratory disease with bronchial obstruction was regarded by us as a disease of moderate severity with grade II.

In 33% there was a severe course of the disease, accompanied by a DN of III degree. Assessment of the severity of hypoxia based on the determination of oxygen saturation (xOg) in serum during the acute period of bronchial obstruction showed that their 802 level ranged from 88 to 90%, which also corresponded to the moderate severity of biofeedback. In 60% of them there was a decrease in oxygen saturation to 87-85%, which also gave reason to regard the condition of these children as severe in 40% of these patients я 02 was maximally reduced (from 80 to 84%), which corresponded to an extremely severe course of bronchial obstruction these patients needed assisted breathing

The acute period of bronchial obstruction in all cases was accompanied by the formation of an adaptive response from the CVS. Dyspnea detected with low subfebrile fever (37'3-37'5) was characterized by an increase in heart rate (HR) from 145 to 170 (180 ± 3.4) beats per minute. In 10% of the HR values were distributed between 50 and 75 percentiles (145 ± 2.0), in 45% between 75 and 95 percentiles (150 ± 2.0) and in 45% of patients exceeded 95 percentiles (195 ± 4.0).

The coordinated activity of the cardiorespiratory system in the absence of symptoms of circulatory failure (1G) was detected in 55% of children. They were characterized by BH and HR values above 50 percentile with BH values from 46 to 54 (average 48 ± 3.0) per minute and heart rate from 140 to 150 (average 130 ± 5.0, per minute and the ratio of heart rate to BH, as 3: 1. The level of oxygen saturation in these patients ranged from 88 to 90%, which corresponded to the moderate severity of bronchial obstruction.

It was noted that the acute period of biofeedback, along with changes in heart rate, was characterized by changes in the level of systolic pressure. In 90% of children with no signs of MK, systolic pressure indicators (MAP) were between 30 and 45 percentiles, in 5% of children between 45 and 60 percentiles and in 5% between 60 and 90 percentiles. Thus, the SAD level was within normal variability and did not exceed 90 percentile of the age distribution. Electophysiological changes in patients in this group were characterized by isolated sinus tachycardia.

In 45% of children, values above 95 percentile were observed: BH from 54 to 62 per minute (average 54 ± 2.0) and heart rate from 180 to 220 (average 195 ± 7.0 per minute). The ratio of heart rate to BH was greater than 3: 1 above (3.5: 1 on average) / In 87% of these patients, systolic blood pressure was characterized by an increase (above 95 percentile), and in 13% by a decrease (below 20 percentile). It should be noted, the reduction of the GARDEN to 60 mm Hg. in all cases it was associated

with severe hypoxia with oxygen saturation in the blood below 85%. In 13% of children with elevated SBP above the age norm, the level of b02 was also reduced and ranged from 85 to 87%. In 4% of these patients, on day 3 of the onset of acute respiratory disease, which proceeds with bronchial obstruction, on the background of subfebrile fever (37.7) and severe intoxication, signs of circulatory insufficiency (HK1-P) were observed. Clinical signs of acute bronchial obstruction in patients with NK were similar to other patients with bronchial obstruction, however tachycardia was recorded at a significantly higher level with a heart rate of 220 to 230 beats per minute), while the BH increased from 56 to 60 per minute and the GARDEN decreased. 40 mm Hg up to 50 mm Hg Hepatolienal syndrome was noted that the liver protruded from the edge of the costal arch by 4.5-5.0 cm, spleen by 1.0-1.5 cm. More significant involvement of CVS in the pathological process was considered as a pronounced impairment of adaptation of the CVS in the acute period of biofeedback. Along with severe isolated sinus tachycardia, electrophysiological changes in this group were characterized by other rhythm, conduction disturbances and repolarization disorders.

Thus, the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis in young children is generally characterized by a lesion not only of the respiratory system, but also of the cardiovascular system. The existing clinical signs were identified in the complex of changes in the cardiorespiratory system during the acute period of biofeedback, which made it possible to determine the criteria for adaptive capacity of the cardiovascular system and to divide all patients into subgroups: with normal and impaired adaptive capacity of the cardiovascular system. A clinical and instrumental study of cardiovascular disease in 200 patients in the acute period of bronchial obstruction, made it possible to identify in 45% of patients a disorder of adaptation of cardiovascular system. The normal adaptation response of the cardiovascular system in acute broncho-obstructive syndrome was determined in 55% of children.

2. The state of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis in young children.

2.1 Structural changes of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction.

In all 200 patients in the acute period of bronchial obstruction, various ECG changes were detected, while in children with impaired.

Adaptation of the cardiovascular system occurred not only sinus tachycardia (ST), other rhythm disturbances or their combination of extrasystole (6%) and ectopic supraventricular tachycardia (2%) were noted. Conduction abnormalities (NBPNG and T-wave inversion) were detected in 12% of patients, the violation of repolarization processes in the myocardium was determined in 47%. Only in patients with impaired adaptation of the cardiovascular system during the acute period of biofeedback, ECG changes such as inversion of the T wave, extrasystole, ectopic supraventricular paroxysmal tachycardia were detected.

The cardiac examination performed by ECM revealed the presence of small cardiac abnormalities (MARS) in 22% of children, which did not exceed the population frequency of this phenomenon. At the same time, they were found 2.5 times more often in children with impaired adaptation, so PMK with regurgitation of 1 degree was detected only in children with impaired adaptation. An open oval window with a drop of blood from left to right at the level of the atria was 2 times more common in children with an adaptation disorder of the cardiovascular system ($p < 0.05$). The frequency of detected MARS had a significant positive correlation with the development of an adaptation disorder of the cardiovascular system (g-0.58, $p < 0.05$). The association of MARS with impaired adaptation of the CAS in children with bronchial obstruction probably reflects the greater vulnerability of the CAS to the development of arrhythmia and requires further study.

During echocardiography, all patients with bronchial obstruction were observed to varying degrees of severity of changes in left ventricular (LV) diastolic function parameters, which, in patients with CAS adaptation disorder, were characterized by an increase in peak rates in the early diastolic filling phase (E). The presence of LV diastolic dysfunction in patients with adaptation disorder in the acute period of bronchial obstruction correlated with the level of heart rate ($g = 0.65$, $p < 0.05$).

Thus, the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis is accompanied by electrophysiological changes (rhythm and conduction disturbances, disorders of repolarization processes) that are significantly more frequently detected during bronchial obstruction occurring with an impairment of cardiovascular insufficiency. The association of MARS with impaired adaptation of the CAS in children with bronchial obstruction probably reflects the greater vulnerability of the CAS to the development of arrhythmia and requires further study. 2.2 Troponin T and cardiospacial enzymes as factors of myocardial damage in the acute period of bronchial obstruction.

In the acute period of bronchial obstruction, we estimated serum troponin T concentration and its dependence on the degree of S02 reduction. With oxygen saturation of 88-90%, the concentration of troponin T in all patients was less than 0.01 ng / ml, which indicates the absence of cardiac muscle necrosis in these patients. An increase in the concentration of troponin T in the blood above the threshold value was found in 1/3 of patients with BOS with impaired adaptation of the CAS. In 60% of them, with an oxygen saturation of 85-87%, the range of troponin T values ranged from 0.02 to 0.065 ng / ml, which corresponds to a low risk of myocardial damage.

In 40% of patients, with V02, 82-84% fluctuations in the level of troponin T in the blood ranged from 0.07 to 0.22 ng / ml ($p < 0.05$), which corresponds to a high risk of myocardial damage. These changes were characteristic of children with severe bronchial obstruction, who were in the acute period in auxiliary breathing. According to our data, the level of troponin T in the blood serum had a high degree of inverse correlation depending on the oxygen saturation indicators ($g = -0.60$, $p < 0.02$).

To determine the effect of hypoxia in the acute period of biofeedback, the level of cardiospecific enzymes (CK MV and LDG1) was analyzed depending on the oxygen saturation level. It was found that a significant increase in the CK MV enzymes (up to 25 U / l) and LDG1 (up to 500 U / l) It was observed only in 7% of patients with oxygen saturation> 87%. Among patients with impaired adaptation, an increase in CFC MV (up to 22

U / l) and LDG1 (up to 400 U / l) in serum was observed in 27% of cases and correlated with oxygen saturation ($g = -0.70$, $p < 0.005$). Increased level of

myocardial damage markers (CK MB and LDH 1), along with troponin T in the blood, in the acute period of bronchial obstruction, indicates a violation of the stability of cardiomyocyte cytomembranes, which reflects the pathophysiological process of the formation of an adaptation disorder of the cardiovascular system in the acute period of BOS. Comparing the results of CPK MV, LDG 1 with serum troponin T values in the acute period, a significant correlation relationship between troponin T level and serum levels of traditional markers of myocardial damage - CPC MV and LDH 1 (g-0.58, p <0.005 and g-0.50, p <0.005, respectively).

Thus, the absence of cardiomyocyte necrosis, revealed in severe bronchial obstructions, does not exclude the presence of an impaired level of stability of cytomembranes of cardiomyocytes, as evidenced by an increase in serum CK and LGD1 levels in the acute period of bronchial obstruction.

2.3. Immunological mechanisms of myocardial damage in children with acute bronchial obstruction.

In the acute period of bronchial obstruction, we performed the determination of anti-cardiac antibodies (to the vascular endothelium, cardiomyocytes, the conduction system, and smooth muscles) (Fig. 2). Analysis of the results of the study of anti-cardiac antibodies showed that in patients with acute respiratory infection occurring with bronchial obstruction, antibodies to the vascular endothelium in titer 1: 40 were determined in 25% of patients (which is the norm). At the same time, 75% of children showed an increase to 1:80 titer. An increase in antibodies to cardiomyocytes in a titer of 1:80 was detected in 63% of patients. The degree of increase in the antibody titer to cardiomyocytes varied depending on the nature of adaptive disorders of the cardiovascular system.

In patients with impaired adaptation of the cardiovascular system, the titer of antibodies to cardiomyocytes was significantly higher (75%) than with normal adaptation of cardiovascular system. It was noted that in 50% of children the level of antibodies to cardiomyocytes was above 1: 160. An increase in the antibody titer to the smooth muscles of the heart muscle was determined in half of the children (up to 1:80) and was observed equally often in patients with impaired adaptation of the cardiovascular system and during normal activity of the cardiovascular system. It should be avenged that the most frequent (85%) increase in the level of antibodies to the fibers of the conducting system was determined in a titer from 1:80 to 1: 160. In case of impaired adaptation of cardiovascular diseases, they were elevated in all observed patients, and in 50% of them values above 1: 160 were determined. In patients with the normal adaptation ability of cardiovascular system, an increase in the antibody titer to the fibers of the conducting system was determined in 70% of children, while its values did not exceed 1:80.

Thus, in the acute period of bronchial obstruction, antibodies to various structures of the myocardium were detected, but the degree of interest of various structures of the myocardium was different. In general, the presence of high titers of antibodies to the endothelium of cardiac vessels, cardiomyocytes, smooth muscles and the myocardial conduction system indicates the course of the immunopathological process in more than 85% of patients in the acute period of bronchial obstruction.

2.4. Metabolic and nonspecific immunological changes during bronchial obstruction.

To determine the role of lipid peroxidation processes in the development of adaptation disorder in BOS in infants of early age, we studied the levels of malondialdehyde (MDA), superoxide dismutase (SOD), and serum ascorbic acid, which showed that there is an acute period of bronchial obstruction accompanied by an increase in the concentration of MDA 1.5 times compared with the norm. At the same time, in patients with acute bronchial obstruction, which occurs with impaired adaptation of the cardiovascular system, the level of MDA was 3.5 times higher than the norm and 1.5 times higher than in children with the normal adaptive capacity of cardiovascular system.

The activity of antioxidant protection was also reduced in all patients with BOS, as evidenced by a significant decrease in the level of SOD in the blood serum (p <0.005). At the same time, the maximum decrease in SOD level was observed in patients with impaired adaptation to cardiovascular disease. The lack of SOD can be supported by the deficiency of one of the low molecular weight antioxidants, ascorbic acid. Our determination of the level of ascorbic acid in the blood serum showed that in case of acute respiratory infections more than 70% of young children have a low content of ascorbic acid in the blood serum. (p <0.05). In all patients, in the acute period of bronchial obstruction, a decrease in serum ascorbic acid levels was noted. If the adaptation of the CVS is impaired in the acute period of bronchial obstruction, its concentration was significantly lower (p <0.005) than in children with bronchial obstruction without an adaptation disorder of the CVS. factors contributing to the enhancement of lipid peroxidation processes and impaired adaptation of the cardiovascular system during the acute period of bronchial obstruction.

Along with the characteristic of metabolic disorders, we conducted a study of the level of total interferon and the induced ability of interferon (INF) in the blood serum of young children with acute respiratory disease that occurs with bronchial obstruction. It has been shown that in the majority of patients in the acute period of the disease, the low ability of lymphocytes to produce a and in INF is determined. The low induced ability of leukocytes to produce INFA (<4) was 1.5 times more frequent, and in INF (<4) 3 times more often in children with acute bronchial obstruction, which occurred with impaired adaptation to CVS, compared with patients with normal adaptive capacity of the cardiovascular system (p <0.05).

We also found changes in the functional markers of lymphocytes CD25, CD71, CD95 in children with acute respiratory diseases. The acute period of bronchial obstruction is accompanied by an increase in more than 2 times the subpopulations of lymphocytes with receptors CD 25 and CD 71 in all patients, compared with the norm. Analysis of the results of the study of the expression of CD95 receptors revealed an increase in patients with impaired adaptation of the CVS in bronchial obstruction by almost 14 times, compared with the norm, and 6 times, compared with patients who did not have changes in the CVS.

Thus, the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis is accompanied by an increase in lipid peroxidation processes, a decrease in superoxide dismutase activity and ascorbic acid levels in serum, a low concentration of total interferon, a reduced leukocyte-

induced ability to produce induced a, interferon, and an increase in SB25, SP71, S095 in the blood. The revealed violations are significantly more often observed in the acute period of biofeedback and remain more long in patients with cardiovascular adaptation ($p < 0.05$).

3.0 The state of the cardiovascular system in the period of reconvalence bronchial obstruction.

Control instrumental studies conducted in the period of clinical recovery (7-10 days of biofeedback), revealed ECG changes in 98% of children. At the same time, it should be noted that among patients who had an impaired adaptation of the CVS in the acute phase of biofeedback, 94% had electrophysiological changes. In the period of recovery, in 23% of patients, rhythm and conduction disturbances persisted, the number of children with impaired repolarization in the myocardium increased 1.5 times (in 73%). In case of bronchial obstruction of infectious genesis that occurred without disruption of CVS activity in 94% of cases, ECG changes were transient in nature and only 6% of ECG changes remained in the recovery period (disruption of repolarization processes in the myocardium and NBPRG).

It should be noted that in all children with NK in the acute period of bronchial obstruction, clinical recovery was not accompanied by normalization of the ECG. Against the background of sinus rhythm, in 1 child, the premature beats remained, in 1 child, a decrease in the processes of repolarization was combined with an AU blockade of 1 tbsp. and 2 remained a decrease in repolarization. HELL corresponded to the age norm in 3 children, one had hypotension, 65 mm Hg was determined.

In 18% of children with changes in systolic blood pressure in the acute period of bronchial obstruction, protruding with impaired adaptation, the recovery period in convalescence was accompanied by persistent changes in blood pressure (5% had hypotension, 13% hypertension). With acute bronchial obstruction, occurring without disrupting the activity of the cardiovascular system, in the recovery period, the values of systolic blood pressure corresponded to the age norm.

Studies of the systolic and diastolic functions of the LV, carried out in the period of recovery of biofeedback showed that all the analyzed parameters in 95% of the examined children corresponded to the age norm. In 2 children with bronchial obstruction occurring with impaired adaptation of the cardiovascular system, a decrease in PI to 55-60% was noted, while the peak speed of diastolic filling (E) corresponded to the lower limit of the norm and was 0.78 m / s in one child and 0.95 m / s in the second, and the blood flow velocity (A) in the systole phase was reduced to 0.55 m / s in the first child and 0.6 m / s in the second, which may be a manifestation of moderate left ventricular dysfunction.

The study of anti-cardiac antibodies in the period of clinical remission of acute bronchial obstruction showed that changes detected in the acute period of the disease in most cases are transient, even in cases when high antibody titers were detected initially (1: 320 and 1: 160). In the dynamics (in 14 days) there was a tendency to decrease. However, in 20% of patients, high titers (1: 160) remained to the conduction system, which indicates the course of the immunopathological process in the myocardium during the period of clinical recovery, which requires the exclusion of inflammatory cardiomyopathy. We obtained a high degree of correlation dependence ($r = 0.85$, $p < 0.005$) between rhythm and conduction disturbances according to ECG data and an increase in antibody titers to the myocardial conduction system.

The recovery period was accompanied by the normalization of CD25 and CD 71 values, which indicates a short-term increase in these indicators in the acute period of bronchial obstruction. At the same time, the continuing increase in the level of CD95 involved in the process of apoptosis suggests that there is an imbalance and inadequacy of the intercellular interaction during acute bronchial obstruction, which may determine the further development of impaired CVS activity in young children.

Thus, in clinical recovery, 98% of children remained electrophysiological changes, which manifested as impaired repolarization processes in the myocardium, arrhythmias and conduction disturbances that were significantly more frequent ($p < 0.005$) in the period of convalescence of bronchial obstruction with impaired CVS adaptation. The revealed electrophysiological disorders in the acute period of bronchial obstruction and persisting in the period of convalescence suggest acausal relationship with hypoxia during bronchial obstruction. In the group of patients with impaired adaptation to cardiovascular disease, immunological disorders persisted for a long time - high titers of anti-cardiac antibodies and elevated levels of CD 95., which required their further observation.

4.0 Follow-up observation of children with bronchial obstruction of infectious genesis in history.

Considering the originally established role of hypoxia, as one of the factors of the development of the immunopathological process in the CAS, we performed in the catamnesis the assessment of spirometry in 180 children in the catamnesis at the age from 4 years to 7. The resistance indicators of the peripheral sections of the respiratory tract were higher in all observed children of the control group and ranged from 0.97 to 0.92 V / l, which indicated that certain violations of bronchial reactivity remained. It was noted that in children who had a biofeedback with an impaired adaptation of the CVS, the resistance of the peripheral sections of the respiratory tract in the distant follow-up was significantly higher p (<0.005) than in children without disruption of the CVS in the acute period of the biofeedback 0.72 ± 0.13. Correspondingly. Thus, the increase in resistance of the central and peripheral parts of the respiratory tract can be associated with ventilation failure in acute hypoxia and constantly ongoing inflammatory process, which is supported by frequent acute respiratory viral infections and biofeedback.

A follow-up ECG study in children, conducted one year after acute bronchial obstruction, which occurred with an adaptation disorder of the cardiovascular system, showed that 59% of the children had no changes on the ECG, while rhythm disturbances persisted in 12% of children (CT-3%, SB-3%, ES-6%), conduction disturbances in 11% (AU bl.1st, - 2%, migration of pacemaker -2%, NBPNG-7%), impaired repolarization in the myocardium were detected in 18% of children. In children examined after 3 years, electrocardiographic examination data did not differ from previous ones. The ECG data performed 5 years after the postponed biofeedback with impaired adaptation showed that the number of children with an ECG age limit decreased to 47% and the number of children with rhythm and conduction disturbances increased to 35%, of which 24% of children showed the following rhythm disturbances : ST - 6%, SB-10%, PR-2%, ES-6%. and in 11% of

conduction disturbances: AU blockade 1 st-4%, prolongation of the interval P-C> -7%. Disruption of the processes of repolarization persisted in 18%.

The revealed ECG changes in all cases were not accompanied by complaints from the observed children. Changes in electrophysiological parameters (increase in children with rhythm and conduction disturbances) when observed in follow-up, after acute broncho-obstructive syndrome with adaptation disorder, can be associated with a damaging effect on myocardial hypoxia in the acute period of BOS, age-related risk periods, repeated respiratory diseases in 63 % and existing chronic foci of infection in 40% of children.

In the follow-up study, we conducted a study of anti-cardiac antibodies (antibodies to cardiomyocytes, the conduction system, smooth muscle and vascular endothelium) in 40 children who had previously undergone bronchial obstruction.

According to our data in the follow-up period, an increase in the antibody titer to cardiomyocytes and the myocardial conduction system was observed in 10%, which was observed significantly more often in children who had a history of bronchial obstruction with impaired adaptation to cardiovascular system ($p < 0.05$), and half had a maximal increase in antibody titer from 1: 160 to 1: 320. The presence of antibodies to the conducting system was accompanied by the presence of rhythm and conduction disturbances (extrasystole - in 2, in 1 - AU blockade of 1 degree and in 2 - shortening of P - C?).

Along with the electrophysiological examination of the heart, 5 years after acute obstructive bronchitis, we carried out the determination of cardiospecific enzymes (CK MB and LDH-1) and functional markers of the lymphocytes CB25, CB71, SB95 in the serum of 80 children who had a history of acute bronchial obstruction of the infectious of genesis with impaired adaptation of the cardiovascular system, the observations revealed an increase in the blood level of cardiospecific proteins in 13%, ..

When determining the concentration of functional markers of lymphocytes CB25, CB71, SB95, the normal concentration in serum was established

СБ25, С07, and a significant increase was only observed for С095 (440 ± 19) ($p < 0.005$). Thus, it can be assumed that hypoxia due to acute bronchial obstruction of infectious genesis at an early age can increase the susceptibility of cardiomyocytes to any inflammatory process occurring in the body, accompanied by damage to cardiomyocytes with an intensification of apoptosis. These children require further observation and examination to clarify the nature of myocardial damage.

Thus, the observation of patients in the catamnesis made it possible to identify persistent arrhythmias, conduction disturbances and repolarization processes, which were significantly more pronounced in patients with bronchial obstruction proceeding with CVS adaptation disorder. In addition, on the basis of an immunological study, the course of immunopathological processes was revealed, which may be due to inflammatory cardiomyopathy.

5.0 Prediction of the development of a violation of the adaptation of the cardiovascular system during bronchial obstruction of infectious origin.

Mathematical analysis (anamnestic data of anamnesis of a patient's life, child's development, presence of concomitant pathology, clinical course, laboratory and ECG examination data, treatment of biofeedback, etc.) revealed 21 signs (Table 8) that are associated with the formation of adaptation disorders of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis in young children. We have constructed an equation to predict the development of the disorder of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis, or the BFB will proceed unchanged from the cardiovascular system.

C (x) = X1 x where B is the sum of the signs (max p = 21), Hyprinmark, the weight coefficient of the trait, ?the trait number.

If 0> 33, then such a patient has a high probability of developing an adaptation disorder of the cardiovascular system. If, as a result of multiplying and adding 21 values of all the used signs, the resulting amount is less than 33, then in such a patient, BOS with a high probability (93%) will proceed without disrupting the CAS activity. This recommended equation has been tested in practice in 300 patients with acute bronchial obstruction. In 95% of cases, a prediction match was obtained.

Thus, the mathematical model developed by us, using available clinical signs, makes it possible to isolate a group of patients with a high risk of developing adaptation disorders in the acute period of bronchial obstruction of infectious genesis. In these patients, it is necessary to expand the scope of research, make an adequate correction of the therapy and carry out their follow-up.

According to the data of the conducted study, adaptation disorder of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction should be expected in patients with 1 year of life with a burdened perinatal history of diseases of the respiratory section, with tachycardia above 95 percentile, with heart rate above 95 percentile, with oxygen saturation below 90%, with conduction disturbance according to an electrocardiogram, etc.

6.0 The main directions of prevention of the development of disorders of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction, measures for timely diagnosis and emergency care.

A modern feature of the treatment of infectious diseases of BOS is pathogenetically substantiated inhalation bronchodilator and corticosteroid therapy, which eliminates the inflammatory process, contributes to the elimination of bronchospasm and the rapid elimination of hypoxia. Our correlation analysis showed that the use of 0-2 short-acting agonists and X-rays (pulmicort) in the treatment of biofeedback can quickly stabilize the child's condition and reduce the time of hypoxia (respectively, r = 0.9, r2-0.75) ($p < 0,005$).

Disturbances of the processes of lipid peroxidation and reduction of blood protection antioxidant against low levels of ascorbic acid in blood serum revealed by us in the acute period of BOS have been the basis for the inclusion of ascorbic acid in a dose of 200 mg per day into complex therapy, the need for which is determined by a high degree of inverse correlation (g = -0.75 ($p < 0.05$) between the level of ascorbic acid and the degree of reduction of MDA in the blood.

In order to improve the cellular energy and functional state of the myocardium in the complex therapy, in 22 patients who had, according to ECG data, violations of the YT-T segment, L-carnitium (elcar) was used at a dose of 50 mg / kg per day in 3 doses. In a dynamic study of ECG after 4 weeks of treatment, half of the children remained changes on the ECG. With continued therapy

for up to 8 weeks, depression of the 8T-T segment persisted in only 9% of children.

Thus, our studies allowed us to establish the value of hypoxia for the development of immunological and metabolic disorders in acute bronchial obstruction of infectious genesis, which in turn can cause the formation of morphological changes in the myocardium, accompanied by ECG changes (rhythm and conduction disturbance, disruption of repolarization processes in the myocardium), which persist for a long time after the children recover. Changes in the myocardium, occurring in the acute period of bronchial obstruction, and disappearing with recovery, allow us to consider them as a transient disorder of the CVS in conditions of acute hypoxia. In the period of clinical recovery, with continuing changes on the ECG, apparently, the diagnosis of infectious cardiomyopathy is valid. For a long time, within 6-12 months, the remaining changes on the ECG detected during the acute period of bronchial obstruction require the elimination of inflammatory cardiomyopathy, myocardiodystrophy, the choice of the identified functional, metabolic, immunological and cardiovascular disorders in children with acute broncho-obstructive syndrome determine the choice of differentiated therapy and duration observation of children in follow-up (see Algorithm).

Algorithm for observing young children with bronchial obstruction, accompanied by impaired adaptation by the cardiovascular system.

Conclusions

1. Adenovirus, rhinosyncytial virus, or their combination (66%) plays a leading role in the etiology of obstructive bronchitis in acute respiratory disease. In 18% of young children obstructive bronchitis is caused by mycoplasma and chlamydial infection (8%).

2. The acute period of bronchial obstruction of infectious genesis in all young children is characterized by involvement in the pathological process of the cardiovascular system and in 45% of children proceeds with the formation of persistent violations of cardiovascular activity.

3. Broncho-obstructive syndrome in all young children is accompanied by tachysystole and electrophysiological changes in the myocardium in the form of cardiac arrhythmias (4%), conduction disorders (7%) and disorders of the repolarization process in the ventricular myocardium (35%), the degree and severity of which reflects the degree disorders of the adaptation of the cardiovascular system.

4. The increase in the level of specific (troponin T) and non-specific (CK MV and LDG 1) markers of myocardial damage reflect the pathophysiological process of the formation of a disorder of adaptation of the cardiovascular system in the acute period of bronchial obstruction.

5. It has been established that in the majority (80%) of young children, acute respiratory diseases with acute obstructive syndrome are accompanied by a transient increase in the level of anti-cardiac antibodies to the conducting system, cardiomyocytes, and smooth muscle of the myocardium. The increased titers of antibodies to the cardiac conduction system (> 1: 160) that persist in the period of convalescence indicate a prolonged course of the immunopathological process and require the exclusion of inflammatory cardiomyopathy.

6. In children of the first year of life, acute respiratory diseases with bronchial obstruction are accompanied by a decrease in the concentration of total interferon in serum 2.5 times as well as a reduced ability of leukocytes to produce induced a, and in interferons by an increase in pro-inflammatory zigokin (C [25, CE) 71) and activation of apoptosis (SB95). The revealed violations are more typical for children with impaired adaptation of the cardiovascular system.

7. Acute obstructive syndrome in infectious respiratory diseases is accompanied by activation of lipid peroxidation processes in the form of a decrease in superoxide dismutase activity and serum ascorbic acid levels, the severity of which correlates with the severity of the underlying disease.

8. Comprehensive assessment of the severity of clinical symptoms (assessment of respiratory rate, severity of hypoxia according to oxygen saturation, heart rate), electrophysiological changes and markers of autoimmune myocardial lesions allow, with a probability of up to 93%, to predict the development of adaptation disorders of the cardiovascular system during acute bronchial obstruction infectious genesis in young children.

9. In differentiated therapy of metabolic and immune disorders in the acute period of bronchial obstruction in young children, along with the generally accepted treatment of acute respiratory diseases, it is recommended to include the correction of hypoxic disorders using antioxidants, membrane stabilizers. The persistent increase in the level of anti-cardiac antibodies without the exacerbation of acute respiratory diseases dictates the need to correct autoimmune disorders.

LITERATURE:

1. Korovina N. A., Ovsyannikova E.M. Efficacy and safety of Prospan in the treatment of inflammatory diseases of the respiratory tract in children. //Pediatrics. -2007-№3 -C.45-48.
2. Ovsyannikova EM, Korovina N.A., Role of anti-inflammatory therapy in the treatment of acute respiratory diseases //Consilium medicum. Pediatrics .. application. - 2007 - №2.-C. 10-12.
3. Ovsyashkova E.M. The use of the combined antitussive drug Codelac for diseases of the upper respiratory tract in young children. // Questions practical pediatrics, - 2008. -t. 1. No. 1.-P.78-81.
4. Ovsyannikova EM. The use of local antibacterial drug Bioparox in the treatment of respiratory infections in children //journal for pharmacists and pharmacists. -2007-№1. -C.3-4.
5. Ovsyashkova E.M.State of the cardiovascular system with obstructive bronchitis of children //Materials of the Russian National Congress of V Cardiologists - M., 2008-P.268.
6. Ovsyashkova EM. Optimization of vaccination of frequently ill children. //Proceedings of the VII Russian Congress modern technologies in pediatrics and pediatric surgery - M., 2008-C103.
7. Ovsyannikova E.M., Korovina N.A. Clinical and immunological features of infectious-toxic cardiomyopathy in children // Proceedings of the 7th Russian Congress modern technologies in pediatrics and pediatric surgery -M., 2008-C. 13.
8. Ovsyannikova EM, Korovina N.A. Efficiency and safety use of Erespal (Fenspirid) in children of the first year of life in acute respiratory infections. //Pediatrics. -2009-Volume 87№ 1- p. 101-104.
9. Zakharova I.N., Korovina N. A. Ovsyannikova E.M. Prevention calcium deficiency in children of the first year of life. //Questions of practical pediatrics. -2010- Volume 5№ 1.-C63.
10. Ovsyannikova EM, Korovina N.A. The maintenance of troponin T in the acute period of the broncho-obstructive syndrome in young children. //Collection of materials VI All-Russian Congress "Children's Cardiology 2010". -M., 2010. -C.188-189.
11. Ovsyannikova E.M. Korovina N.A. Prevention of the development of adaptation disorders of the cardiovascular system in acute bronchial obstruction of infectious genesis in young children. / /The attending physician. -2010. -№ 8-C.52-58

Поступила 28.03. 2019

УДК:616

FORECASTING THE RISK OF OTHER RESPIRATORY DISORDERS AND THEIR COMPLICATIONS IN THE NEWBORNS

Arzibekova UA, Soliyev M.O.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

According to the International Classification of Diseases X Revision (ICD X), respiratory disorders in newborns belong to class XVI, separate states of the perinatal period (included in one heading: "respiratory and cardiovascular disorders characteristic of the perinatal period"). Up to now, there have been different interpretations of concepts between domestic clinicians: respiratory distress, respiratory distress syndrome of the newborn (RDSN), respiratory distress syndrome.

Key words: Respiratory disorders, complications, newborn, prediction.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИ ВА УЛАРНИНГ АСОРАТЛАРИНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИНИ ПРОГНОЗЛАШ

Арзибекова У.А., Солиева М.О.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Касалликларни халқаро таснифининг 10 қайта кўриб чиқилиши (КХТ Х) нафас олиш тизими касалликлари ва улардаги бузилишлар XVI синфга киритилган бўлиб, бунда перинатал даврнинг алоҳида ҳолати (битта бўлимида: ("нафас ва юрак қон-томир бузилишлари перинатал давр учун характерлидир дея айтиб ўтилган"). Бизгача шу соҳада ишлаган ва ҳозирги клиник амалиёт шифокорлари қуйидаги тушунчани шарҳлашган: респиратор дисстресс, чақалоқлар респиратор дистресс*синдроми нафас бузилиши синдроми.

Калит сўзлар: Нафас бузилишлари, асорат, чақалоқ, прогнозлаш.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Арзибекова У.А., Солиева М.О.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Дыхательные расстройства у новорожденных по Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ Х) относятся к классу XVI отдельные состояния перинатального периода (включены в одну рубрику: ("дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, характерные для перинатального периода"). Между отечественными клиницистами вплоть до настоящего времени существовали разные толкования понятий: респираторный дистресс, респираторный дистресс-синдром новорожденных, синдром дыхательных расстройств.

Ключевые слова: Дыхательная расстройства, осложнения, новорожденный, прогнозирования.

Introduction

A method for predicting the development of respiratory disorders in newborns in the first hours of life is characterized by the fact that in newborns during the first 2 hours after birth, the state of the central link in the regulation of respiration and the condition of the ventilation-perfusion relationship in the lungs is evaluated, and the state of the central link in the regulation of respiration is estimated by capnographic form the curve, while in the presence of a capnographic curve, in more than 60% of which there is no alveolar plateau, the development of a disturbance of the central At this level, 60-80% predict the development of a mild degree of central regulation of respiratory regulation, with a value of 81-90%, predict the development of a moderate state of respiratory regulation, and if more than 90% predict development severe violation of the state of the central link in the regulation of respiration, and the state of the ventilation-perfusion relations in the lungs is assessed by the concentration of CO2 in the final portion of exhaled air and When this index value less than 3.2 vol. % in full-term infants and less than 3.0% by volume in premature infants predict the development of a combined violation of the ventilation and perfusion components of the ventilation-perfusion relations in the lungs, with a value of 3.3-4.0 vol. % in full-term and 3.1-3.6% by volume in premature infants predict the development of a violation of the perfusion component of the ventilation-perfusion relationship in the lungs, with a value of 4.1-4.8% by volume in full-term and 3.7-4, 4% by volume in premature babies predict the development of a normal state of ventilation-perfusion relations in the lungs, and with a value of more than 4.8% by volume in full-term and more than 4.4% by volume. % in premature babies predict the development of a violation of the ventilation component of the ventilation-perfusion relationship in the lungs.The method provides greater reliability and accuracy.

Respiratory disorders (DR), or respiratory distress (from the English. Respiratory distress - respiratory disorders) - the presence of signs of respiratory failure (DN) in a newborn. Respiratory disorders are characterized by the following clinical features: cyanosis, tachypia, swelling of the wings of the nose, difficulty breathing out, retraction of pliant areas of the chest, noisy breathing out. If a newborn has two or more clinical signs out of four, they say, then they say that he has respiratory distress [2,5,9].

Respiratory disorders rank first among the causes of early neonatal mortality (35.3%) and are one of the leading causes of perinatal mortality (16.3%) [1,2,7]. In surviving children, there is a significant increase in the likelihood of developing acute and chronic diseases and various neurological disorders in subsequent age periods [4,8,12]. Of greatest interest are pneumonia and respiratory distress syndrome of the newborn (RDSN), which is due to their predominance in the structure of the respiratory disorders of the perinatal period. Different outcomes in comparable in many indicators of newborns suggest the influence of genetic risk factors on the development of respiratory failure (DN) [3,7,11]. Considering pathogenesis, polymorphic variants of SFTPB, IL-1B, IL-1RN, IL-10, TNF-a, LTA, ACE genes can play an important role in the outcome of respiratory disorders, since they determine the balance between surfactant and cytokines.

Infections of the perinatal period and sepsis are not uncommon complications in newborns with respiratory disorders. The criteria for sepsis used in practice are not specific enough, as a result of which methods for predicting the infectious process in newborns have not become widespread in general clinical practice. In the light of modern concepts of sepsis, we believe that polymorphic variants of cytokine and angiotensin-converting enzyme (ACE) genes can affect the development of septic complications in newborns with respiratory disorders. Since the presence of a single risk factor may not always be the cause of a particular disease, forecasting, combining anamnestic, clinical and genetic risk factors in our opinion, is of practical importance, since it will allow for the correction of treatment of diseases.

Purpose of the study

Conduct a comprehensive assessment of risk factors to develop criteria for predicting the development of respiratory disorders and their infectious complications in newborns.

Materials and research methods

To perform the tasks of the study, two samples of newborns were formed. Full-term patients (n = 127) are represented by subgroups of healthy children without respiratory disorders - "control 1" (n = 100) and patients with pneumonia - "patients 1" (n = 27). The group of premature patients (n = 81) is represented by premature without respiratory disorders - "control 2" (n ~ 27) and patients with respiratory distress syndrome of the newborn - "patients 2" (n = 54). Criteria for inclusion in subgroups "patients 1" and "patients 2": the presence of severe DN from the first hours of birth, which required respiratory therapy, treatment in conditions of resuscitation of newborns. Exclusion criteria: congenital malformations of development, malformations of the central nervous system. The control group "control 1" includes practically healthy full-term newborns without respiratory disorders, who were discharged from the maternity hospital on the 4-5th day of life.

The results of the study. As a result of the research, the following facts were established. Of the clinical parameters, asphyxia is a significant factor for the development of pneumonia in term infants. The Apgar score up to 7 on the 5th minute of life had a statistically significant difference (24% in "control 1" versus 97% in "patients 1", p = 0.001) and was a risk factor for the development of pneumonia: OR = 82.33; 95% CI 11.82 - 1685.03. In addition, these indicators are established as risk factors for the development of pneumonia in full-term newborns.

Note that birth asphyxia is the most important prognostic sign of pneumonia. Gestational age in the subgroup of patients with pneumonia tends to decrease to 37-38 weeks. The age interval of mothers in patients with pneumonia is characterized by such extreme points as 16 years and over 36 years. The latter confirms the influence of the biological age of the mother on the development of diseases in newborns. Mass at birth as a criterion for the health of the child also confirmed its significance for the prediction, since it can be seen that this parameter in newborns with pneumonia is at the extreme limit of the norm for full-term children (in the range 2353-2594). A long anhydrous period (more than 24 hours) is also a risk factor for the development of pneumonia. The need for respiratory therapy immediately after birth, associated with asphyxia, leads to a secondary deficiency of surfakganta and lung damage. Therefore, it logically serves as a prognostic sign of the development of pneumonia in newborns.

Analysis of risk factors in the group of premature babies demonstrated the absence of a statistically significant difference in the overwhelming majority of social, demographic, ante-and intranatal, clinical and anthropometric indicators. The risk factors for RDSN are HFPN (p = 0.023) and acute inflammatory diseases in a pregnant woman (p = 0.001).

On the distribution of polymorphic variants of genes: 11-1 V, K-1Sh, I-10, ShG-a, ACE - premature newborns were not statistically significant BRTRV among subgroups of premature received the following results.

Гомозиготный генотип СС выявлен у 30,77% пациентов в подгруппе "больные 2" против 12.00% в "контроле 2" (p>0.05). Гетерозиготный генотип СТ практически с одинаковой частотой встречался как у больных недоношенных (50.0%), так и у недоношенных без дыхательных расстройств (48.0%), p>0.05. Генотип ТТ изучаемого полиморфного локуса в два раза чаще встречался у недоношенных в "контроле 2": 40.00% против 19.23% в подгруппе "больные 2", различия приближались к статистически значимым (p=0.05). Аллель Т статистически значимо преобладал у недоношенных новорожденных в "контроле 2" (64.0% против 44.23% в подгруппе "больные 2", x2=5.280, <1£=1, p=0.02, СЖ=0.45). Аллель С статистически значимо преобладал у больных РДСН (55.77% против 36.00% в подгруппе "контроль 1", X2==5.28, ёМ, (Ж=2.24, 95% С1 1.06-4.80) и является фактором повышенного риска респираторного дистресс-синдрома новорожденных (табл.5). Таким образом, полиморфные варианты гена БРТРВ являются важнейшими детерминантами респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Haataja R., (2002), Hallman M., (2002) found no statistically significant differences in the frequency distribution of the polymorphic variants of the SFTPB gene among rdsH patients and healthy newborns. Floros J. et al. (2001) found that changes in the intron 4 of the SFTPB gene are a risk factor for the formation of RDSH for the female Negroid race. R.R. Lyra (2007), when studying the same polymorphism, comparing preterm with RDSH with healthy full-term newborns, did not find significant differences. Polymorphic locus 1580C> T exon 4 SFTPB, which is responsible for replacing the amino acid isoleucine with threonine at position 131, was investigated by Lin Z. et al. (2000), Marttila R. (2003). It was established that the T (isoleucine) allele in the first born twin was more common and considered protective for the development of RDS in newborn twins, and the C (threonine) allele can be considered as a susceptibility factor for acute respiratory distress syndrome. This conclusion coincides with our data.

The study of the 252A polymorphic locus of the LTA gene did not reveal significant differences in the genotype frequencies in patients with rdsh and in control 2 (p = 0.24). A rare genotype in the population was found in the subgroup of newborns with RDSH in 5.56%, in the subgroup "control 2" in 3.7% of cases. The homozygotes for the AA genotype prevailed in the "control 2" subgroup - 62.96%, whereas in the subgroup of patients with preterm, AO -51.85% heterozygotes prevailed against 33.33% in the "control 2" subgroup.

Significant differences are noted in the frequency distribution of Ive alleles of the polymorphic locus 252A> in the LTA gene. In patients with RDSH, the allele frequency was 40.74% versus 20.37% in "control 2" (p = 0.01, £ = 6.67, OK. = 2.69.95% C1 = 1.19-6.4) (Table 6). It can be assumed that the allele in is risky for the development of RDS in newborns. We did not find any data confirming or disproving our hypothesis, since studies of the LTA gene in newborns are few.

Thus, on the basis of risk factors, the most informative signs for the implementation of respiratory distress syndrome of newborns are determined. We believe that the simultaneous presence in the prognostic table of such signs as the need to carry out SDTD or mechanical ventilation from birth, and acute infections in the mother during pregnancy suggests that the rdsn is caused not only by a surfactant deficiency. This statement confirms that the syndrome includes two loci of interleukin genes: 3953 C> T of the I-1B gene proposed by O.SusuP1ag1 (2007) by the candidate prenatal infection and preterm labor and EAR polymorphism of the 11-1KM gene, studied mainly connection with premature delivery [Veyakg N. e1 a1., 2004]. Syndromic analysis of the data determined that patients with RDSH are characterized by very low body weight from 1015 to 1387, which confirms the leading role of body weight as a criterion of maturity and survival of the child. The Apgar score on the 5 minute 2-4 points indicates that the development of the RDSN is influenced by the resuscitation.

Maternal age, a factor affecting ovogenesis [Mandrykina Zh.A., 2008], demonstrated that for mothers who gave birth to an RDSH patient, the period up to 23 years and over 31 years is decisive. Thus, the prognosis of RDSN development is determined by a complex of factors, of which the most important are biological: HFPN and maternal infections during this pregnancy, fetal body weight, birth asphyxia; and pathogenic (ongoing resuscitation).

At the fourth stage of the study, we carried out a comparative analysis of the influence of sociodemographic, ante - and intrapartum risk factors, clinical and anthropometric parameters, polymorphic genotypes and alleles between subgroups of patients with respiratory disorders complicated by sepsis and without it. For the vast majority of indicators, no differences have been identified. Statistically significantly only the distribution of alleles of the POTA polymorphism of the I, -1S gene was rare: the AZ allele rare in the population was found in newborns in the sepsis-group in 5.26% of cases and was completely absent in the sepsis + group (p = 0.04). However, since the confidence interval for the odds ratio contains zero, we cannot recognize this factor as protective. With a certain degree of probability, it is possible to state the possible influence of the 1Ь-1 Ш genotype on the addition of infectious complications to respiratory disorders.

Comparative analysis of clinical and laboratory parameters observed in newborns with respiratory disorders at the 1-2nd, 3-6th days of life and at the age of 7 or more days did not find a statistically significant difference in the studied subgroups. A significant difference is noted in the change in the number of neutrophils in newborns in the "sepsis +" subgroup, compared to the "sepsis-" subgroup on the 1-2 day of life. In patients with sepsis, a higher level of neutrophils is observed: 12.2 * 109 versus 10.3 * 109 in 1 ml of blood in the sepsis-subgroup (p = 0.031). However, it is worth noting that both indicators are not a criterion for leukocytosis for newborns on the 1st day of life, but are included in the age norm.

Prediction of sepsis, which complicated the respiratory disorders of the newborn, was made in the SAND program. It is established that the most informative sign for sepsis is the presence of multiple organ failure. In addition, the syndromic diagnosis included the signs that determine the quantitative composition of the blood corpuscles on different days of life and the level of glycemia. However, due to the low success rate of detections (less than 95), we cannot use the aforementioned symptoms for the decision rule of diagnostics, i.e. proper to predict the development of sepsis in newborns with respiratory disorders.

Conclusion

1. Risk factors for pneumonia in full-term newborns are: preeclampsia, chronic placental insufficiency, placental abruption, operative delivery from the mother, male gender, asphyxia at birth. Risk factors for respiratory distress syndrome in premature newborns are: chronic placental insufficiency, acute inflammatory diseases of the mother during this pregnancy.

2. Allele C of the polymorphic locus 15800T 4 of the BITV exon gene and the allele in the polymorphic locus 252A> 0 of the LTA gene are risk factors for the development of respiratory distress syndrome of the newborn.

3. Possible computational prediction of the risk of pneumonia and respiratory distress syndrome in newborns using prognostic tables.

4. Polymorphic variants of the I-1S gene are associated with the development of infectious complications (sepsis) in newborns.

LITERATURE:

1. Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., Danilko K.V., Viktorov V.V., Viktorova T.V. Genetic markers of respiratory disorders in newborns // Bulletin of the Ural Medical Academic Science. - 2008. - № 4. - p. 44-48.
2. Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., Danilko K.V., Viktorov V.V., Viktorova T.V. Genetic markers of respiratory disorders in newborns // Questions of practical pediatrics. - 2008. - Vol. 3, No. 6. - P. 12-16.
3. Bogdanova R.Z., Tsydenzhapov E.T., Fatykhova A.I., Viktorov V.V., Viktorova T.V., Mironov P.I. Genetic markers of predisposition to infectious diseases in newborns with respiratory distress syndrome // Anesthesiology and Resuscitation. - 2009. - № 1. - p. 46-48.
4. Danilko K.V., Khamidullina L.I., Fatykhova A.I., Fayzullina P.M., Bogdanova R.Z., Viktorova T.V. Gene angiotensin-converting enzyme (ACE) and susceptibility to the development of respiratory disorders of newborns // Medical genetics. - 2009. - № 9. - p. 38-43.
5. Danilko K.V., Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., Viktorov V.V., Viktorova T.V. Cytokine gene polymorphism (TNF-a, LTA, IL-1B, IL1-RN, IL-10) in newborns with respiratory distress syndrome // Scientific breakthrough 2004: collection of scientific papers of the conference of scientists of the Republic of Belarus. - Ufa, 2004. - p. 13 -14.
6. Fatykhova A.I., Viktorov V.V., Mironov P.I., Bogdanova R.Z., Shamsutdinova Ch.M. Using the criteria for systemic inflammatory response in the diagnosis and treatment of neonatal sepsis // Modern technologies in pediatrics and pediatric surgery: Proceedings of the Russian Congress. - M., 2004. - p. 205.
7. Fatykhova A.I., Bogdanova R.Z., Viktorov V.V., Viktorova T.V., Danilko K.V. The role of cytokine genes (TNFA, LTA, IL-1B, IL-10) in the development of respiratory distress syndrome of the newborn // Pediatric anesthesiology and intensive care: materials of the Russian Congress. - M., 2005. - p. 262 - 263.
8. Fatikhova A.I., Viktorov V.V., Mironov P.I., Bogdanova R.Z., Shamsutdinova Ch.M. Modern diagnosis of neonatal sepsis // Materials of the V Congress of the Russian Association of Perinatal Medicine Specialists. - M., 2005. - p. 206 - 207.
9. Danilko K.V., Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., Viktorova T.V., Viktorov V.V. The role of interleukin 8,10 gene polymorphism in the development of respiratory distress syndrome in newborns / / Medical Immunology. - 2005. - Vol. 7, No. 2-3: Days of Immunology in St. Petersburg: materials of the IX All-Russian Scientific Forum with international participation. Acad. IN AND. Ioffe - p. 183-184.
10. Yu. Danilko K.V., Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., Viktorova T.V., Viktorov V.V. Search for candidate genes for respiratory disorders syndrome in newborns // Medical genetics. - 2005. - T, 4, No. 4: Proceedings of the V Congress of the Russian Society of Medical Geneticists. - p. 177.
11. P. Danilko K.V., Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., Viktorova T.V., Viktorov V.V. Polymorphism of the 4th intron of the protein B surfactant gene in newborns with respiratory disorders // Pulmonology. -2005. - № 1: spec. edition: Materials of the 15th National Congress on Respiratory Diseases. - p.18.
12. Danilko K.V., Bogdanova R.Z., Fatykhova A.I., _ Akhmadishina L.Z., Viktorova T.V., Viktorov V.V. Genetic variants of interleukins 6, 1 and interleukin 1 receptor antagonist: association with neonatal respiratory disorders // Medical Immunology. - 2006. - Vol. 8, No. 2-3: Days of Immunology in St. Petersburg: materials of the X All-Russian Scientific Forum with international participation. Acad. IN AND. Ioffe - p. 309.

Поступила 28.03. 2019

УДК:616.12-007.2-002.77-089-008.9-074

CHANGES OF QUANTITY OF ALT AND AST IN THE DISEASE OF HEART FAILURE AND ISCHEMIC HEART DISEASE

Artikova SG, Sodikova D.T., Khudoyarova N.K.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Has a significant diagnostic value - myocardial infarction (in 80-100% of cases). AST begins to increase after 4-6 hours after the onset of pain syndrome or its equivalent, and after 24-48 hours reaches its maximum value, and returns to normal after 4-7 days.

There is no significant diagnostic value - hepatitis, a deficiency of the right heart, hemolysis, damage to the muscles, kidneys, brain.

Alanine aminotransferase - (ALT) (Glutamic-pyruvic transaminase - GPT) It is contained mainly in the cytoplasm of the hepatic cells.

Key words: ALT, AST, ischemic,disease of heart failure.

ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА ИШЕМИЯ ХАСТАЛИКЛАРИДА АЛТ ВА АСТ МИҚДОРЛАРИ ЎЗГАРИШИ

Артиқова С.Г., Содиқова Д.Т., Худоярова Н.К.

Андижондавлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Инфаркт миокард ташхисида 80 - 100% ҳолларда диагностик аҳамиятга эга бўлган кўрсаткич бу - қон таркибидаги ўзгаришлар ҳисобланади. АСТ юрак касаллиги туфайли оғриқ синдроми бошланганида 4 - 6 соат ўтиб кўтарила бошлайди. Ёки унинг максимал миқдори 24 - 28 соат ўтиб келиб чиқади. 4- 7 кундан сўнг яна нормага қайтади.

АЛТ ва АСТ жигар ҳужайралари цитоплазмасида бўлади.

Калит сўзлар: АСТ,АЛТ, ишемия, юрак етишмовчилиги.

ИЗМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА АЛТ И АСТ ПРИ БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Артикова С.Г., Содикова Д.Т., Худоярова Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Имеющее существенное диагностическое значение - инфаркт миокарда (в 80-100% случаев). АСТ начинает повышаться через 4-6 часов после возникновения болевого синдрома или его эквивалента, а через 24-48 часов достигает максимального значения, а возвращается к норме через 4-7 суток.

Аланинаминотрансфераза - (АЛТ) (глутамикопировиноградная трансаминаза - ГПТ). Она содержится главным образом в цитоплазме печеночных клеток.

Ключевые слова: АСТ,АЛТ, ишемия, сердечной недостаточности.

The prevalence of clinically severe chronic heart failure (CHF) in a population of at least 1.5-3.0%. Among persons older than 65 years, the frequency of CHF increases to 6-10%, and decompensation becomes the most common cause of hospitalization of elderly patients. The number of patients with asymptomatic ventricular dysfunction is not less than 4 times the number of patients with clinically severe CHF. Over 15 years, the number of hospitalizations with adiagnosis of CHF has tripled, and over 40 years has increased 6 times. The five-year survival of patients with CHF is still below 50%. The risk of sudden death is 5 times higher than in the population. In the United States, there are more than 2.5 million patients with CHF, about 200 thousand patients die annually, 5 years after the onset of signs of CHF, the survival rate is 50%.

Chronic heart failure (CHF) is a cardiac-related impairment (pumping) function with the corresponding symptoms, consisting in the inability of the circulatory system to deliver the amount of blood to the organs and tissues necessary for their normal functioning. Thus, it is a disproportion between the state of blood circulation and metabolism, which increases with the increase in the activity of vital processes; pathophysiological state in which the impaired function of the heart does not allow it to maintain the level of blood circulation necessary for metabolism in the tissues.

CHD. From the existing classification, especially often acute myocardial infarction (AMI) and ischemic cardiomyopathy (ICMP is a nosological unit introduced into ICD-10 clinical practice) that leads to the development of CHF. The mechanisms of the onset and progression of CHF due to AMI are due to changes in geometry and local myocardial contractility, called the term "left ventricular remodeling" (LV), with ICMP there is a decrease in total myocardial contractility, called the term "hibernation" myocardium.

Causes and risk factors for coronary heart disease

The overwhelming majority (97-98%) of clinical cases

of coronary artery disease are due to atherosclerosis of the coronary arteries of varying severity: from a slight narrowing of the lumen of an atherosclerotic plaque to complete vascular occlusion. At 75% coronary stenosis, the heart muscle cells respond to a lack of oxygen, and patients develop angina.

Other causes of coronary artery disease are thromboembolism or spasm of the coronary arteries, usually developing against the background of an existing atherosclerotic lesion. Cardiospasm aggravates obstruction of the coronary vessels and causes manifestations of coronary heart disease.

Factors contributing to the occurrence of CHD include:

hyperlipidemia

Promotes the development of atherosclerosis and increases the risk of coronary heart disease by 2-5 times. The most dangerous in terms of the risk of coronary artery disease are hyperlipidemia types IIa, IIb, III, IV, as well as a decrease in the content of alpha-lipoproteins.

Hypertension increases the likelihood of developing CHD 2-6 times. In patients with systolic blood pressure = 180 mm Hg. Art. and higher ischemic heart disease occurs up to 8 times more often than in hypotensive and people with normal blood pressure.

smoking

According to various sources, cigarette smoking increases the incidence of coronary artery disease by 1.5-6 times. Mortality from coronary heart disease among men 35-64 years old, smoking 20-30 cigarettes daily, is 2 times higher than among non-smokers of the same age category.

Physically inactive people are at risk for CHD 3 times more than those who lead an active lifestyle. When combined hypodynamia with overweight, this risk increases significantly.

In case of diabetes mellitus, including latent diabetes, the risk of the incidence of coronary heart disease increases by 2-4 times.

The factors that pose a threat to the development of CHD should also include the burdened heredity, male gender and elderly patients. With a combination of several predisposing factors, the degree of risk in the development of coronary heart disease increases significantly.

The causes and speed of ischemia, its duration and severity, the initial state of the individual's cardiovascular system determine the occurrence of one or another form of coronary heart disease.

All laboratory tests that are performed in cardiovascular pathology, namely, patients with heart disease, can probably be divided into different groups: studies that are done in the clinic and hospital, private medical center. The difference, in most cases, will be both in volume and the most, sometimes unpleasant, in quality.

The results in the clinics themselves may also differ: somewhere they do it in hardware, and somewhere in the old fashioned way, at the "eye", somewhere they do 2-3 indicators, somewhere 5-8, and somewhere for your money is all "what pleases." Even in the hospitals themselves, the range of laboratory tests performed may differ: in specialized cardiology centers, hospitals providing emergency care to patients with heart diseases, as a rule, a complete list of laboratory points of interest needed to clarify the diagnosis and determine the tactics of further treatment is performed, and general hospitals will only standard set. And this is due not so much to the fact that doctors of the worst qualification work there, but to the fact that today laboratory diagnostics is a very expensive share of the budget of any hospital. And the faster this blood test can be done and better, the less blood is collected and more data can be obtained, the more expensive it will be. Alas, but this is the reality of modern technology!

Results of laboratory research: Before talking about the test results, I would like to point out and focus your attention once again that the results of laboratory tests themselves, without a characteristic clinical picture, without instrumental data, sometimes taken once, do not speak about anything else. But, if, nevertheless, you are interested in the numbers on a piece of paper with the inscription "blood test ...", then not everything is so bad, and it turns out you care about your health! And we will try to help you deal with these mysterious figures! So, what are these analyzes say, if there are pains in the heart area.

Indicators of the total blood count, common for men and women, the erythrocyte sedimentation rate (ESR): 1 - 15 mm / h; in case of acute myocardial damage, it begins to increase from the first three days, maintaining high values for 3-4 weeks, less often longer. At the same time, it is necessary to take into account its initial value, since in adults it is possible to increase the ESR due to concomitant pathology. A return to normal indicates an end to non-specific inflammation in the area affected by necrosis. As a result of the fact that the ESR begins its growth during the first three days, remaining at this level later on, and the blood leukocytes at the end of the first week or from the beginning of the second tend to decrease, a kind of "scissors" of these two indicators are formed. Increased ESR is also observed in acute pericarditis, cardiac aneurysm.

- total number of leukocytes: 4.0 - 9.0 * 109 / l; in acute myocardial infarction (AMI), by the end of the first day, leukocytosis may be observed (up to 15-20 * 109 / l). However, some authors point out parallels between the level of leukocytes and the size of the necrosis of the heart muscle. And at the same time, leukocytosis may be absent in an areactive state in elderly persons. Increased leukocyte levels can be observed in acute pericarditis, cardiac aneurysm.

-the total number of red blood cells: 4.5 * 1012 / l; as a rule, cardiovascular complaints appear in patients with chronic heart disease when they decrease red blood cells and hemoglobin: excessive pain, tingling, and constriction.

- hemoglobin level: 120 - 160g / l; reflects the saturation of red blood cells with a special protein - hemoglobin, which binds oxygen and participates in its transfer to tissues. With low numbers of tissue hemoglobin, including the myocardium, an oxygen "hunger" is experienced, against the background of which ischemia develops, often with the available assumptions leading to myocardial infarction (MI).

- hematocrit 0.36 - 0.48; for this, and the above two indicators can determine the degree of anemia. With acute anemia, a history of cardiac aneurysm, or aorta, and the presence of an appropriate clinic, you can think about the rupture of the aneurysm and bleeding. This is confirmed by the implementation of ECG, echocardiography;

platelets: 180-320 * 109 / l; blood cells that are involved in stopping bleeding. Excessive number of them can lead to blockage of small vessels due to the formation of blood clots, or, in conjunction with impaired coagulation of the blood, to the formation of large blood clots, which can lead to more serious consequences, such as pulmonary embolism. A reduced amount is accompanied by increased bleeding;

"Blood formula", which indicates the relative ratio of other blood cells: plasma cells, young leukocytes, basophils, myelocytes, stab and segmented leukocytes, and also includes eosinophils, monocytes, lymphocytes. This formula, most often, is an indicator of the inflammatory process and the degree of its severity, or as another option - a blood disease. And already on its basis various indexes of intoxication (LII, GUI) can be calculated. In acute myocardial infarction by the end of the first day there may be neutrophilia with a shift to the left. Eosinophils with AMI may decrease, until they disappear, but then, as myocardium regenerates, their number increases in peripheral blood. An increase in neutrophils is also observed in acute pericarditis.

Indicators of biochemical analysis of blood

total protein: 65-85g / l, the indicator of the content of all proteins in the blood, a more detailed ratio of individual proteins that help in the diagnosis of heart disease, is determined in the proteinogram;

bilirubin: 8.6-20.5mkol / l, one of the indicators of liver robots, in particular, pigment metabolism, and precisely in cardiac pathology, in its pure form, does not carry information on the disease of the cardiovascular system;

urea: 2.5-8.3 mmol / l, in most cases shows the work of the kidneys, and is always considered in combination with the following indicator - creatinine;

creatinine: 44-106 ҳmol / l, a product of protein metabolism, depends not only on the amount of protein in the body, but also the speed of its metabolic processes;

The determination of enzymes contained within cells is important in the diagnosis of diseases associated with myocardial damage. And depending on what and how many cells die, their values will also change:

ALT (alanine aminotransferase): up to 68 U / L, when assessing the level of this enzyme, it is necessary to take into account that it is contained not only in the myocardium, but to a greater extent in the liver, therefore AST and ALT are always determined together, which helps in differentiating the heart damage and the liver. The timing of the increase in ALT is similar to AST.

AST (aspartate aminotransferase): up to 45 U / L, this enzyme is found in large quantities in the myocardium, and its increase, in most cases, indicates damage to the cardiomyocytes - the muscle cells of the heart; An increase in AST in the serum is observed in myocardial infarction (95-98%) of cases already after 6-12 hours from the onset of the disease. The maximum increase is noted for 2-4 days, and for 5-7 days the level of the enzyme comes to normal. There is a clear relationship between the AST figures and the size of the hearth of necrosis of the heart muscle. Therefore, when the magnitude of necrosis is less than 5 mm in diameter, it is possible to maintain the level of this enzyme within the normal range, which must also be taken into account.

LDH (lactate dehydrogenase) and its constituent fractions: up to 250U / l, is considered a specific marker for AMI, an increase in the activity of the isoenzyme LDG1 and LDG2, even with normal indicators of total LDH activity, indicates the presence of small necroses in the heart muscle. With AMI, its level increases rapidly in 2-4 days, and normalizes only in 2-3 weeks. LDH levels provide valuable information about myocardial infarction throughout the disease. Other fractions of LDG3 and LDG4 are lung tissue enzymes, LDG5 is the liver.

Creatine phosphokinase and fractions constituting this enzyme: up to 190 U / l, creatine phosphate kinase is considered a specific marker (especially an increase of more than 10 times) in acute myocardial infarction. Increases in the acute period (in the first 4-8 hours from the onset of the disease), far ahead of the activity of the above listed enzymes and is a marker for early diagnosis of AMI, especially the CPK-MB isoenzyme. After 8-14 hours, the CPK value can reach a maximum value, and normalization can occur in 3-4 days. Also, the value of CPK may increase with myocarditis;

Troponin test: up to 0.4 ҳg / l. Troponin is a specific contractile protein that is part of the structure of the heart muscle and skeletal muscle. This test is a diagnostic marker for suspected acute damage to myocardial cells, is one of the key results in the diagnosis of acute myocardial infarction; myoglobin: 12-92 ҳg / l. Muscle tissue protein involved in cell respiration. If it appears in the blood, it is regarded as a breakdown product of the muscle tissue of the heart or skeleton, at the appropriate clinic, may indicate necrosis (necrosis) of the heart muscle tissue, therefore it is also considered a specific marker of this pathology. After 2-4 hours from the onset of the disease, its concentration increases. The maximum concentration of myoglobin in the blood reaches 6-8 hours of AMI. Normalization of its level occurs in 20-40 hours. The extent and duration of its increased level can be judged on the size of the necrosis, the prognosis.

Indicators of ALT, AST, KFK, KFK-MV, LDH, myoglobin and troponin test correlate closely with the size of the hearth of necrosis in the heart muscle, and therefore have not only diagnostic but also prognostic value.

Acid phosphatase: 67-167 nmol / (s · L), increases in activity in patients with severe, complicated myocardial infarction, mainly transmural;

C-reactive protein (CRP): up to 0.5 mg / l, its detection indicates the presence in the body of the pathological process, in particular inflammatory or necrotic. It refers to the so-called "acute phase" proteins. A sharply positive response to CRP indicates the severity of the inflammatory process.

Sialic acids: 2.0-2.36 mmol / l, the content of sialic acids may increase with endocarditis, MI; electrolytes, mainly represented by K + ions (norm 3.6 - 5.2 mmol / l), Na + (norm 135 - 145 mmol / l), Cl- (norm 100 - 106 mmol / l), Ca2 + (norm 2, 15-2.5 mmol / l). An increased amount of potassium in serum may be accompanied by a clinically disturbed cardiac rhythm, which is confirmed when performing an ECG. Atrioventricular block of the cardiac conduction system may develop, develop syndrome of premature excitation of the ventricles, ventricular fibrillation, and such a terrible disorder as cardiac arrest. Therefore, patients with cardiac arrhythmias need to control the content of K + ions in the body. On the other hand, a decrease in potassium in the blood can also lead to adverse effects in these patients - myocardial hyporeflexia. Reducing the level of sodium ions may be accompanied by the development of cardiovascular insufficiency, since the ratio of K + and Na + ions, as regulators of the processes in the cell, is in constant interaction and a decrease in one leads to an increase in the other ion. Hyperchloremia is observed in patients with kidney disease, and may also lead to the development of cardiovascular insufficiency; serum glucose: 3.3 - 5.5 mmol / l, an excess of glucose level, repeated in several tests, may indicate the development of diabetes mellitus (DM). The result of another analysis,

glycated hemoglobin (HbA1c), makes it possible to assess the degree of compensation of carbohydrate metabolism in a patient over the past 3 months. This is important for the reason that in the case of initially diagnosed diabetes, already 11% of people have a lesion of the cardiac conduction system. And many patients do not even realize this. Another complication of diabetes is the destruction of vessels not only of the trunk type, but also of small ones, which directly bring nutrients to the tissues. In this regard, patients with high blood sugar should additionally undergo instrumental examination, primarily electrocardiography and ultrasound of the leg arteries indicators (acid-base balance) have an indirect effect on the state of the cardiovascular system due to changes in homeostasis and are important, first of all, to specialists for the correction of the prescribed treatment;

The profile of proteinograms is a spectrum of various proteins (albumin, α1, α2, β, γ-globulins, albumin-globulin index), which are part of the blood, and under various conditions (acute myocardial damage, inflammation, burns, cancer, etc. .), their ratio can vary, even a pathological protein appears - paraprotein. So the increase in α1 and α2-globulin occurs in patients with extensive myocardial infarction.

Increasing the amount of γ-globulin may be due to excessive accumulation of cardiac antibodies in the body and precede the occurrence of post-infarction syndrome (Dressler's syndrome). The long-lasting high content of α2-globulins (during the month) indicates a weak intensity of reparative processes in the area of necrosis, which causes a prolonged course of myocardial infarction and aggravates the prognosis of the disease.

Lipid spectrum associated with the common man with the word "cholesterol". In this case, the substances (lipoproteins of various densities, triglycerides) that are involved in the exchange of cholesterol (cholesterol) (the norm in the blood - 3.1 - 5.2 mmol / l) are determined. The number of deaths from coronary heart disease in recent years has increased from 5: 1,000 people with a total cholesterol level of 5.2 mmol / l, with 6.2-6.5 mmol / l - 9: 1000 people, and 17: 1000 with 7 , 8 mmol / l. In addition to the value of total cholesterol, an important indicator is the atherogenic index (up to 4), which shows the ratio of "good" and "bad" lipids involved in the metabolism of fat and cholesterol, and the threat of the development or progression of atherosclerosis and all the ensuing consequences. An increase in the fractions of lipoproteins and triglycerides can be either aphysiological condition (alimentary) or apathological condition. Lipid elevation is characteristic of widespread atherosclerosis, which accompanies obesity and causes arterial hypertension. Or rather, it is a violation of the internal organs and intermediates of lipid and triglyceride metabolism, expressed as an increase in the atherogenic index, causing cholesterol deposition in vessels of different diameters, deposition of "reserve fat", which leads to the diseases listed above. Therefore, with widespread atherosclerosis, in this blood test, you can see elevated values of β-lipoproteins and total cholesterol. However, you can see a decrease in the concentration of phospholipids. But at the same time it is necessary to take into account the fact that there are age fluctuations of fats in the blood. So in older men, the level of total cholesterol, triglycerides, β-lipoproteins is elevated, compared with that in middle age, and in senile ones, on the contrary, they decrease.

A coagulogram is an analysis that can be used to see the "viscosity" of the blood, or in other words, whether there is a risk of blood clots, which can lead to the formation of blood clots with different localization, which in turn can be complicated by pulmonary embolism, which causes instantaneous death. Or, on the contrary, to see how high the probability of bleeding is and whether it can stop on its own after the operation, for example, by prosthetic heart valve.

Conclusion

Thus, if you look, there is a need for almost all those who seek medical help to perform with a certain frequency, especially with chest pains, at least, an ECG, on which heart disease is suspected or determined, which will be confirmed after taking blood tests and their final confirmation. A good option for monitoring the heart is the Cardiovisor device, as it allows you to monitor the work of the heart at home and inform the person in advance about impending pathological changes in the functioning of the cardiovascular system. Thanks to the service Kardi.ru, the looming pathology in the work of the heart will be noticed in advance, which allows you to prevent complications that often do not go away without consequences for human health. Additionally, in terms of cardiac examination, it is possible to perform EchoCardioGraphy, AngioKT, angiography, radionuclide load test (thallium examination), and performance of functional tests.

LITERATURE:

1. Aronov D.M., Lupanov V.P. Diagnosis and treatment of chronic coronary heart disease // Quality of life. The medicine. 2003; No. 2: 16-24.
2. Burkov S.G. Current approaches to acid therapy diseases // breast cancer. 2007. - Volume 15. - № 6.
3. Vasiliev Yu. V. Acid-dependent gastrointestinal diseases and ischemic heart disease // attending physician. - 2006. - № 1. - p. 50-55.
4. Vertkin A.L., Shamuilova M.M., Naumov A.V., Ivanov V.S., Semenov P. A., Goruleva E. I., Mendel O. I. Acute mucosal lesions shell of the upper gastrointestinal tract in the general medical practice // Russian Medical Journal; Volume 11; No. 1; 2009; p. 1-5.
5. Vertkin A. L., Vovk E. I., Naumov A. V., Ivanov V. S., Otpuschenko A. V., Semenova P. A. Treatment and prevention of mucosal lesions of the gastrointestinal tract in therapeutic practice // "Clinical perspectives of gastroenterology, hepatology ", 2009, №1, p. 35-41.
6. Vovk E.I. Functional and organic dyspepsia: "cross"strategies for diagnosis and treatment in general practice // The attending physician. Gastroenterology 2012. № 9.
7. Gelfand B. R., Guryanov A. V., Martynov A. N., Popov T. V., ShipilovaO.S.Prevention of stress - damage to the gastrointestinal tract in critically ill patients // Consilium medicum. 2005. Tom 7, No. 6. P. 464-67
8. Golikov Z.N. Erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenal ulcer in patients with cardiovascular pathology, receiving disaggregant therapy: diagnosis, treatment and prevention.
9. Gubergrits NB, Agapova N.G. Abdominal Ischemic Syndrome // Doktor. - 2004. - № 3. - p. 7-11.
10. Evseev M.A. Prevention of stress erosive and ulcerative lesions of the gastroduodenal zone in patients in critical States // Ros. honey. Journal 2008 -T. 16, No. 29. From 2012-2019.
11. Zaratyants OV, Kolobov S.V., N.I. Polyanka, Khokhlova E.E. Sharp erosive and ulcerative bleeding in patients with therapeutic and neurological profile // Sat. mes. report VIII Moscow Assembly "Health Capital". - M., 2009. - P.256-257
12. Zvenigorodskaya L.A., Potapova V.B. Features of peptic ulcer in persons with concomitant ischemic heart disease // Therapeutic archive. 1998. № 2. S. 9-13.

Поступила 28.03.2019

УДК: 612:591.1(076.5)

О МЕСТЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР В ОБРАЗОВАНИИ

Бабаджанова Ф.А., Аскарьянц В.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Статья посвящена вопросам преподавания новому, т.н. цифровому поколению. Автор предлагает рассматривать игру, как полноценное средство обучения и использовать интерес к игре для познавательной деятельности.

Ключевые слова. Информационные и коммуникационные технологии, компьютерные игры, цифровые аборигены.

ИНТЕРАКТИВ КОМПЬЮТЕР ЎЙИНЛАРИНИНГ ЎҚУВ ЖАРАЁНИДАГИ ЎРНИ

Бабаджанова Ф.А., Аскарьянц В.П.

Ташкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу мақолада замонавий ёш талабалар ўқитиш жараёнида интерактив компютер ўйинларининг ўрни таҳлил қилинган.

Муаллиф фикрича, интерактив компютер ўйинларининг махсус ўқув дастурларига қўшиш талабаларнинг мавзуни интерактив ҳолда ўзлаштиришини кўрсатиб берган.

Калит сўзлар: Информацион ва коммуникацион технологилар, компьютер интерактив ўйинлар, рақамли аборигенлар.

ON THE PLACE OF COMPUTER GAMES IN EDUCATION

Babadzhanova F.A., Askariants V.P.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The article is devoted to the issues of teaching the new, so-called. digital generation. The author proposes to consider the game as a complete learning tool and use the interest in the game for cognitive activity.

Keywords. Information and communication technologies, computer games, digital aborigines.

Актуальность

Современное молодое поколение, которое росло в окружении компьютеров, видеоигр, сотовых телефонов, музыкальных плееров, видеокамер и других игрушек цифровой эпохи принципиально иначе думают и обрабатывают информацию, чем их предшественники. Сегодняшние ученики и студенты вопиют: "для большинства из нас, самой большой проблемой является не проверка заученного нами выбранного вами за нас содержания, а умение размышлять, понимать, анализировать, т.е. соображать и практические навыки, дайте нам возможность учиться с помощью компьютеров!" [2].

Компьютерные игры появились во второй половине XX века. В дальнейшем эта отрасль информационных технологий постоянно развивалась и сейчас превратилась в самостоятельную индустрию. Первоначально компьютерные игры рассматривались в классическом понимании этого понятия: игра - это "занятие, служащее для развлечения, отдыха" (по С.И-.Ожегову).

Таким образом, компьютерные игры принято разделять на развлекательные и серьезные (serious games). Последние по сути являются обучающими, т.е. используются в обучении. Хотя попытки применения обучающих игр в учебном процессе делались и ранее, в последние годы разработке и использованию серьезных игр уделяется особое внимание, т.к. они позволяют в увлекательной форме освоить новый учебный материал, приобрести необходимые навыки и закрепить имеющиеся знания. В настоящее время разработаны разные среды для создания компьютерных игр [4,5], ИТ специалисты совместно с педагогами разрабатывают новые обучающие игры по различным дисциплинам (математике, физике, биологии и т.д.) [6-14], используя современные компьютерные технологии. Предлагаются педагогические модели систематической интеграции компьютерных игр в учебный процесс [15,16] и методы оценки их применения [11,17,18,19], модели описания сценариев игр [14,20], подходы и концепции разработки игр [7,21]. Ежегодно проводятся как региональные, так и международные конференции разработчиков компьютерных игр (в России - КРИ) и посвященные разработке и применению игр в обучении (например, European Conference on Games Based Learning). Учитывая высокую популярность компьютерных игр, в вузах внедряются программы по подготовке специалистов в этой области [16,22]. В среде Интернет доступно множество игр. Особенно впечатляет большое число порталов для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Например, порталы www.solnet.ee и www.igraemsa.ru включают как развлекательные, так и развивающие игры.

Процесс воспитания и образования детей должен быть подчинен конкретным целям. Педагогу или ро-

дителю необходимо четко представлять результат, который он хочет получить в ходе этого процесса, отбирать и применять конкретные средства и методы соответственно поставленной цели. Сейчас основной задачей образования и воспитания становится формирование личности ребенка. Наиболее подходящим является период дошкольного возраста, т.к. именно в это время происходит формирование основных свойств личности. Самой естественной и доступной формой познания в этом возрасте является игра. Игра, как особый вид деятельности, представляет собой процесс, суть которого можно обозначить как отображение и преображение действительности, в ходе которого происходит усвоение общественного опыта, отработка умений и становление навыков. Компьютерная игра - это компьютерная программа, направлена на организацию этого процесса. Существует огромное множество компьютерных игр, основную разновидность, пожалуй, представляют развлекательные игры различных вариантов. В случае же организации процесса воспитания и образования дошкольников используются компьютерные игры, не просто направленные на игровую деятельность, а являющиеся средством образования и воспитания, представленным в игровой форме. Это развивающие и обучающие компьютерные игры.

Развитие представляет собой процесс новообразований в личности, новые психические качества или их новый уровень, процесс формирования способностей, интересов, потребностей, воли, эмоций. Такие игры направлены на развитие познавательных процессов ребенка (мышления, памяти, внимания, воображения и т.д.), а также, на становление положительных качеств личности, таких, например, как самостоятельность, последовательность, терпение, усидчивость, любознательность и др. В основе таких игр чаще всего находится задача, которая содержит определенную познавательную трудность, т.е. ориентирована на перспективный уровень умений. Подбирая дошкольнику такие игры стоит учитывать, что условие поставленной в игре задачи должно соответствовать уровню развития ребенка, содержание игры должно быть ему понятно и доступно, но решение задачи ориентировано на "ближайший уровень развития". При таких условиях компьютерная игра будет стимулировать общее развитие дошкольника. В качестве классификации, можно использовать следующие категории таких развивающих игр: конструкторские программы, в процессе которых детям надо либо сложить из разных частей фигуру определенной формы, либо, наоборот, разбить имеющуюся фигуру на заданные части. Эти программы развивают не только восприятие и координацию, но и образное мышление детей, а также усидчивость, усердие, терпение. Например, пазлы, тетрис, сложи узор. драматизации ("конструкторы сказок"), совмещающие возможности текстового и графического редакторов для формирования и воспроизведения иллюстраций, можно "сыграть" сказку на компьютере, а можно распечатать иллюстрации, вырезать и создать настольный театр. Такой вариант игр замечательно подходит для групповой работы и способствует развитию воображения, восприятия, речевых навыков, коммуникабельности, положительного эмоционального настроя и т.д. Создать простейший мультфильм, например, можно с помощь программы Перво Лого.

· программы, направленные на развитие зрительно-моторной координации ориентации ребенка в пространстве. Это различные лабиринты, по которым необходимо протащить предмет или игры, задачей которых является быстро поймать фигуру. К ним также можно отнести упомянутый выше тетрис.

· головоломки или игры, на развитие логического мышления. Существует огромное количество различных вариантов головоломок, от простых - ребусы, до сложных - например, игра с мальчиком Алексом, которому нужно помочь с помощью подручных средств отправить мячик в цель. Такие игры развивают воображение, мышление, помогают понять причинно-следственные связи, способствуют самостоятельности, проявлению инициативы, повышению самооценки.

· игры на развитие внимания и памяти. Это сравнение картинок - найди отличия, найди пару, найди тень; поиск спрятанных предметов; запоминание картинок (игра "мемори"); что изменилось и т.д. Кроме произвольного внимания и памяти, развивается усидчивость, терпение.

Развивающие компьютерные игры могут быть и просто творческого характера, не имеющие конкретной задачи. Целью их может быть развитие цветового восприятия, обогащение слухового опыта, побуждение познавательной активности, становление образно-символического мышления и т.п. К таким играм можно отнести различные графические редакторы, благодаря которым ребенок может рисовать свои картинки или раскрашивать готовые; музыкальные игры, например, "звуковое лото", "повтори мелодию"; текстовые редакторы; простые симуляторы, такие как "Колобок", уход за домашним животным. Следует отметить, что не смотря на то, что основная цель развивающих игр ориентирована на общее развитие дошкольников, в них содержатся обучающие элементы, т.е. такие игры имеют ряд второстепенных целей, направленных на усвоение детьми определенных знаний и умений. Например, играя в развивающие компьютерные игры, дети параллельно осваивают компьютер; учат цвета, формы; порядковый счет.

Как же нам надо изменить обучение, чтобы задействовать у наших цифровых аборигенов (молодые люди, которые требуют несколько потоков информации, предпочитают индуктивное рассуждение, хотят частого и быстрого взаимодействия с содержанием, и имеют исключительные визуальные навыки грамотности [1]. Качества, приобретенные ими в информационной среде? Наверное, прежде всего это интеграция игры в процесс обучения, т.е. рассматривать ее как полноценное средство обучения - учебник или презентацию. Сложность использования компьютерных игр в обучении обусловлена соответствием игры содержанию и учебной программе. М.Пренски собрал список из пятисот "серьезных" игр, которые могут быть использованы для обучения с различным содержанием, например, по Истории можно подобрать материал и тему в игре "Цивилизация" (дети знают эту игру). Понятно, что внедрение компьютерных игр в процесс обучения дело не из легких, над этим бьются светлые умы крупных компаний, хотя решение, думается, не за горами. А сегодня, как мы должны измениться сами и изменить работу в аудитории, над этим можно поразмышлять. Чего хотят учащиеся? В первую очередь, чтобы задания были интересными,

понятными, и их можно выполнять с помощью компьютеров. Далее, задания должны быть проблемными, чтобы решая их, молодые люди начинали понимать что к чему, научились бы размышлять и, приобретали необходимые практические навыки. Мы, преподаватели, в первую очередь, должны задаться вопросом: что должны знать и уметь студенты в конце курса? Конкретней по таксономии Б.Блума - что учащиеся должны знать, понимать, применять, анализировать, обобщать, или оценить. Ставя такие вопросы мы сможем концентрировать внимание на наиболее важных концепциях, идеях и навыках в процессе, усиливая курсы и программы целей. Например:

— развивать и расширять критические и аналитические навыки мышления учащихся

— улучшить навыки рассуждения учащихся

— обеспечить активное участие, используя несколько представлений (вербальное, графические, количественные и / или аналитические) модели

— улучшить мыслительные процессы - например, использование данных в принятии причинно-следственных отношений

— повысить навыки решения проблем студентами [4].

Как мы знаем, компьютерные игры ставят перед игроками непрерывные проблемы, каждая из которых приводит к еще одной проблеме, все для того, чтобы "зацепило", чтобы они не бросили игру. Составляя игру необходимо поставить четкие, краткосрочные цели, соответствующие уровню игрока и контексту, использовать потенциал игры для моделирования явлений. Игры могут быть разные - это эстафета, гонки, викторина или моделирование, игры в команде или индивидуальные, конкурирующие между собой или нет. Важно помнить, что большинство обучающих игр невеселые, скучные, поэтому нам надо объединить полезную и развлекательную функции, что, конечно, достаточно трудно. Желательно иметь несколько уровней вызовов, например измерить давление или написать рецепт ребенку 5 лет(в медицинском вузе), эти небольшие задания должны быть частью более крупной игры. При построении игры необходимо подготовить весь арсенал подручных средств (разработать и распечатать правила, ватманы, фломастеры, маркеры, аппликации, инструменты и приборы). Надо подумать и о наградах, бонусах, это могут быть и сертификаты, и значки, или шоколадки. Разделяя ребят по командам, необходимо соблюдать правило : в команде должен быть сильный, средний и слабый по уровню знаний. Еще одна деталь - обязательно команды должны выбрать название, оно будет их сплачивать и определит характер их поведения. Выбирая вид игры, можно отдать предпочтение соревнованию, где команды играют друг против друга, здесь появляется азарт и интерес, и, скорее всего, привлечет всех к участию.

Обучающие компьютерные игры - это компьютерные программы, служащие для организации игрового процесса, основной целью которого является усвоение ребенком конкретного образовательного материала. В них также заложены второстепенные цели, направленные на общее развитие дошкольника.

Основой таких игр всегда выступает определенная задача, нацеленная на получения конкретного результата в виде усвоенных знаний и умений. Основная особенность заключается в том, что обучающие игры требуют многократного повторения, т.к. целью игры является не просто узнавание нового, а формирование знаний, умений, навыков. Однако, в них также важно наличие развивающего потенциала, заключающегося в подборе материала, соответственно "уровню ближайшего развития". Обучающие компьютерные игры можно разделить на категории по типу решаемых задач. Это могут быть игры, содержащие одну конкретную задачу (фонематическая игра "Капельки", на умение различать гласные и согласные звуки), или целый блок различных обучающих заданий, объединенный общей темой ("Город букв" - представляет собой блок заданий на запоминание букв русского алфавита) или представленный различными предметными задачами ("Лунтик готовится к школе" - содержит задания по математике и русскому языку). В целом можно выделить:

· игры, направленные на освоение компьютера. Например, начальные представления о языке программирования ребенок может усвоить играя в "ЛогоЧерепашки".

· математические игры. Это различные игры с числами от простого узнавания цифр или определения количества предметов до выполнения математических действий; игры на формирование начальных математических представлений (понятия больше-меньше-равно, геометрические фигуры и т.д.).

· игры на освоение элементарных структур русского языка. Сюда можно отнести игры на запоминание букв, фонематические упражнения, игры на изучение структуры слова, тренажеры для обучения чтению, различные прописи-раскраски (особенно широко представленные программы для планшетного компьютера).

· игры для изучения иностранных языков.

· игры на изучение окружающего мира. Это дидактические игры на запоминание цветов, животных и их детенышей, игры из серии "кто что ест" и "кто где живет", знакомство с днями недели, временами года, временем суток, с категориями транспорт, профессии, фрукты, овощи, целое и его части.

Компьютерные игры, в которые играют наши дети, не являются таким абсолютным злом, каким их пытаются представить авторы некоторых статей. Определенная трансформация мышления игрока, является несомненным плюсом для развития психической сферы. Но, как и любая крайность, чрезмерное увлечение компьютерными играми может вызвать психическую зависимость, которая ничем не лучше любой другой зависимости,

интернет-портал - легко войти, трудно выйти. Может используя элементы компьютерных игр в обучении мы сможем заинтересовать молодых людей в получении знаний и, таким образом, приблизим их в свое, некиберное пространство.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что при разумном подходе и соблюдении необходимых условий, компьютерные игры являются эффективным дополнительным средством формирования предметных знаний и умений, а также социально-значимых личностных качеств детей. При этом негативное влияние компьютера при грамотной организации процесса можно свести к минимуму. Основное же положитель-

ное значение компьютерных игр заключается в богатых, разнообразных условиях игровой деятельности, которые позволяют достичь образовательных целей наиболее эффективным и привлекательным для детей способом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Диана Oblinger и Джеймс Oblinger, "IsIt возраста или IT: Первые шаги на пути к пониманию Net поколения http://www.educause.edu/educatingthenetgen
2. MarcPrensky. Как учителям превратиться из эмигрантов цифрового мира в его граждан? (по материалам Марка Пренски) http://www.fapu.de/artikel-article.articleid-5618-Artikel-Der_Begriff_DigitalNativ-sel_lang-russian.htm
3. Prensky M. Digital Natives, Digital Immigrants // On the Horizon. MCB University Press: Vol. 9, N 5. October, 2001.
4. Как научить Использование Game-BasedLearning. http://serc.carleton/introgeo/games/goodgame.htlm
5. Цифровые аборигены нуждаются в защите.http://www.7ya.ru/news/13746/
6. Загвязинский В.И. Теория обучения : современная интерпритация : учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / В.И. Загвязинский. - 3-е изд., испр. - М. : Издательский центр "Академия", 2006. - 192 с.
7. Роберт И. В. Теория и методика информатизации образования (психолого-педагогический и технологический аспекты) [Электронный ресурс] / И. В. Роберт. - //Эл. изд. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014.--398с.
8. Софронова С.В., Акпулатова С.А. Роль интерактивных игр в развитии познавательного интереса у младших школьников.[-Электронный ресурс] / С.В. Софронова. - Прикладная информатика. Litres, 2014.
9. Калаш И. Возможности информационных и коммуникационных технологий в дошкольном образовании. Аналитический обзор. [Электронный ресурс] / И. Калаш. - Институт ЮНЕСКО по информационным технологиям в образовании. - Россия, -2011.

Поступила 03.03. 2019

УДК 616.24-008.8-074

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Д.А. Джалилов, Ш.О. Тошбоев, А.А. Салиева,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Респираторный дистресс-синдром (РДС) новорожденных является одной из основных причин заболеваемости и смертности новорожденных с высоким риском в раннем неонатальном периоде. Целью исследования является изучение кислотной резистентности эритроцитов (КРЭ) у новорожденных с тяжелым респираторным дистресс-синдромом как маркер нарушения функциональной активности эритроцитов-важного фактора развития гипоксии. Основную группу составили доношенные новорожденные (n=41) с тяжелым РДС, контрольную группу составили 44 доношенных новорожденных, без дыхательных расстройств. Кислотную резистентность эритроцитов определяли методом Терскова-Гительзона. Результаты исследования показали, что в основной группе (n=41)КРЭ повышена, что свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов и напряжении эритропоэза в отличие от показателей новорожденных (n=44) без РДСН.У новорожденных с тяжелым РДС повышается кислотная резистентность, что свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов и сопровождается интенсификацией эритропоэза.

Ключевые слова: респираторный дистресс-синдром, кислотная резистентностьэритроцитов, новорожденныедети

РЕСПИРАТОР ДИСТРЕСС-СИНДРОМ АНИҚЛАНГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ФАОЛЛИГИ

Д.А. Джалилов, Ш.О. Тошбоев, А.А. Салиева,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Респираторднстресс-синдром (РДС) эрта неонатал даврда чақалоқларнинг касалланиши ва уларнинг ўлимига олиб келувчи асосий сабаблардан бўлиб хисобланади. Мазкур тадқиқот мақсади оғир респиратор дистресс-синдром аниқланган чақалоқларда гипоксия ривожланишининг муҳим омили саналувчи, эритроцитларнинг функционал фаоллигининг бузилишини белгиловчи маркер сифатида эритроцитларнинг кислотага резистентлигини (ЭКР) ўрганиш хисобланди. Асосий гуруҳни етук туғилган ва оғир РДС аниқланган 41 нафар чақалоқлар ташкил қилди, назорат гуруҳини 44 нафар етук туғилган ва нафас бузилишлари бўлмаган чақалоқлар ташкил қилди. Эритроцитларнинг кислотага резистентлиги (ЭКР) Терсков-Гительзон усулида аниқланди. Тадқиқот натижалари асосий гуруҳ чақалоқларида ЭКР нинг юқори кўрсаткичларда эканлигини кўрсатди. Бу эса бу эса эритроцитлар функционал фаоллигининг бузилиши ва эритропоэзнинг зўриқишидан далоалат беради.Оғир РДС аниқланган чақалоқларда кислотали резистентлик ортган бўлиб, эритроцитлар функционал фаоллигини бузилишидан далолат беради ва эритропоэзнинг кучайиши билан намоён бўлади.

Калит сўзлар: респиратор дистресс-синдром, эритроцитларнинг кислотага резистентлиги, чақалоқлар

FUNCTIONAL ACTIVITY OF RED CELLS IN NEWBORNS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Djalilov D.A., Toshboev Sh.O., Saliyeva A.A.

Andizhan state medical institute.

✓ ***Resume,***

Respiratory distress syndrome is one of the main reasons of the high risk morbidity and lethality among the newborn children in early neonatal period.The aim of the present resesrch is to study the acid resistance of the red cells among the term infants with severe respiratory distress syndrome. The main group consisted of full-term newborns with respiratory distress syndrome, the control group comprised 44 full-term newborns without respiratory distress. Acid resistance of red cells was determined by the method of the Terskova-Gitelson. The results of the research showed that among the newdorn children with severe respiratory distress syndrome (n=44), while the acid resistance is increased, which speaks of the disorder in the functional activity of the red cells and tension of erythrogenesis in in the given group of the newborn children if compared with 44 children without distress syndrome. In newdorns with respiratory distress syndrome acid resistance increases, wich indicates a violation of the functional activity of red cells.

Key words: respiratory distress syndrome, acid resistance of the red cells, newborn

Актуальность

Респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) заболевание, проявляющееся развитием дыхательной недостаточности непосредственно или в течение нескольких часов после родов, нарастающее по тяжести до постепенного выздоровления выживших, как правило, между 2 и 4 днями жизни. Несмотря на достижения перинатологии в последние годы, существует целый ряд нерешенных проблем в тактике терапии новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Об этом свидетельствует тот факт,

что одной из наиболее частых причин смерти в настоящее время является именно эта патология и ее последствия, составляя в структуре неонатальных смертей до 25 % [1-4]. Поиск альтернативных путей улучшения газообмена у новорожденных с РДС - одно из разрабатываемых в настоящее время направлений по оптимизации ведения новорожденных с данной формой патологии [5]. Кислотная резистентность эритроцитов (КРЭ) отражает их функциональную активность. В физиологических условиях соотношение эритроцитов, различных по стойкости, строго стабильно и свидетельствует о динамическом равновесии в системе крови, обеспечивающем соответствие между деятельностью кроветворной и кроверазрушающей систем [7].

Целю исследования явилось изучение кислотной резистентности эритроцитов у доношенных новорожденных с тяжелым респираторным дистресс синдромом.

Материал и методы

Обследованы 85 доношенные новорожденные, поступившие в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра с ноября 2016 по декабрь 2017 г., у которых в раннем неонатальном периоде развился тяжелый РДС. Основную группу составили доношенные новорожденные (n=41)с тяжелым РДС, декомпенсированной дыхательной недостаточностью, потребовавший искусственную вентиляцию легких через интубационную трубку, признаками пневмопатии на рентгенограмме. В данной группе соотношение PaO2/FiO2 составило ≤200 мм рт.ст., а легочной комплайнс <0,9 мл/кг/мм рт. ст. ИВЛ проводили с помощью респиратора "Babylog 8000 plus 5.n" (DragerGmb, Германия) с вентиляцией по объему и скоростью потока от 3 л/мин, а также применен прерывистый спонтанный поток (ISF). Контрольную группу составили 44 доношенных новорожденных, родившихся в Андижанском филиале Республиканского перинатального центра. Критерием включения было отсутствие респираторных нарушений в раннем нернатальном периоде. Критериями исключения были врожденные пороки развития и патологические состояния раннего неонатального периода.Изучение КРЭ у новорожденных с РДСпроводилось в острую стадию заболевания (1-5 сут. жизни). У новорожденных без респираторных нарушений исследование проводилась в аналогичные сроки (2-5 сут. жизни). Группы новорожденных были сопоставимы по возрасту на момент исследования (p=0,3). Для анализа использовали 20 мкл капиллярной крови из объемов крови, взятых для рутинных исследований.Кислотную резистентность эритроцитов определяли методом Терскова-Гительзона [7]. Принцип метода: кровь из пальца пациента смешивают с 0,85% NaCl, до получения при красном фильтре экстинкции 0,700 на фотоэлектрическом фотометре, используя кювету, снабженной приспособлением для поддержания постоянной температуры. Для компенсации в правый пучок света ставят пустую кювету аппарата. После этого из кюветы выливают в отдельную пробирку всю взвесь: затем в кювету вновь вливают точно 2 мл этой взвеси, которая в определенный момент смешивается с 2 мл 0,004 n раствора HClв 0,85% NaCl.Точно через 30 секунд делают первое определение экстинкции $E_{0'30''}$.Затем каждые 30 сек. делают новое определение экстинкции ($E_{1'00''}$,$E_{1'30''}$,$E_{2'00''}$ и т.д.), пока величина экстинкции не перестанет уменьшаться ($E_{n'}$). Поддерживается температура кюветы при 24°С. Т.к. красный фильтр нечувствителен к цвету гемоглобина, экстинкция зависит только от концентрации взвешенных в растворе эритроцитов. Постепенное уменьшение экстинкции, наблюдаемое через 30-секундные интервалы, вызывается постепенным разрушением эритроцитов, причем сначала разрушаются те формы, резистентность которых к соляной кислоте слабее. Вычисляют процент уменьшения экстинкции за каждые 30 сек, принимая разность $E_{n'}$ - $E_{0'30''}$ за 100%. Полученные результаты наносят графически и получают эритрограмму. Данные могут быть представлены в виде численных значений (рис.1). Общее время гемолиза - время в минутах, от начала отсчета до завершения гемолиза. Стадия с максимальной скоростью гемолиза показывает, на какой минуте распалось максимальное количество эритроцитов. Уровень максимального гемолиза - количество эритроцитов (в %), распавшееся на стадии с максимальной скоростью гемолиза. Количество высокостойких эритроцитов (в %), распавшихся после 10-й минуте от начала гемолиза.а) общее время гемолиза (мин); б) уровень максимального количество гемолизированных эритроцитов (%); в) максимальная скорость гемолиза (мин); г) количество высокостойких эритроцитов (%)

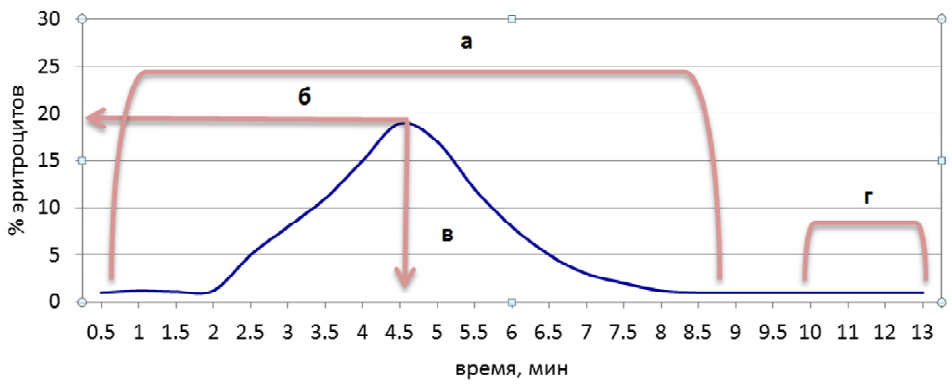


Рис.1. Эритрограмма новорожденного (Й.Тодоров, 1968)

Статистическая обработка материала проведена с использованием программы SPSS. Количественные признаки, представленные в виде медианы (25-75 процентиля), сравнивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Для сравнения качественных бинарных признаков использован двусторенний метод Стьюдента-Фишера. В качестве порогового уровня статистической значимости принято значение 0,05.

Результат и обсуждения

Данные о полов/ой принадлежности, гестационном возрасте, оценке по шкале Апгар, массе тела при рождении среди новорожденных в сравниваемых группах представлены в таблице 1. Как видно из таблицы группы были сопоставимы по указанным параметрам. Статистически значимые различия выявлены при сравнении оценки по шкале Апгар на 1-й и 5-й мин (p<0,001).

Таблица 1.

Общая характеристика обследованных новорожденных

№	Показатель	Основная группа	Контрольная группа	P
1	Мальчики/девочки	25/16	25/19	0,8
2	Гестационный возраст, нед	39 (38-40)	39 (38-40)	1,0
3	Оценка по Апгар на 1-й мин	4 (2-6)	7 (7-8)	<0,001
4	Оценка по Апгар на 5-й мин	6 (4-7)	8 (8-8)	<0,001
5	Масса тела при рождении, гр	3250	3345	0,2

Данные об особенностях течения родов у матерей новорожденныхв сравниваемых группах представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Особенности течения родов у матерей новорожденных в исследуемых группах

Показатели		Основная группа	Контрольная группа	P
Роды:	первые	27	25	>0,05
	повторные	14	19	>0,05
Способ родоразрешения	самостоятельные	26	23	>0,05
	оперативные	15	21	<0,05
	плановые оперативные роды	8	12	<0.01
	по экстренным показаниям	7	9	>0,05
Аномалии родовой деятельности*		22	5	<0,001
Меконий в околоплодных водах		24	5	<0,001

*-из количества самостоятельных родов

Данные о кислотной резистентности эритроцитов новорожденных представлены в рис. 2.

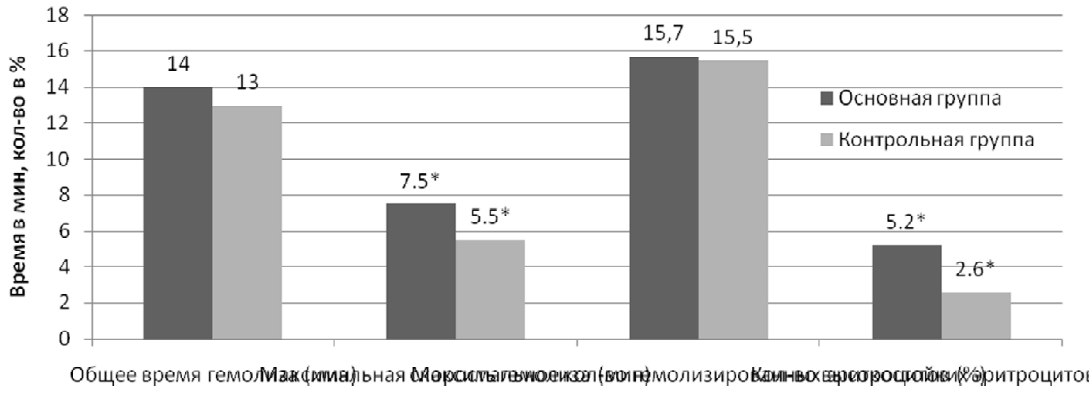


Рис.2. Кислотная резистентность эритроцитов в сравниваемых группах. *-p<0,001

Обсуждение. Каквидно из данных рис.2., кислотная стойкость основной массы эритроцитов у новорожденных с тяжелым респираторным дисресс-синдромом повышена, что может свидетельствовать о нарушении у них физико-химических свойств мембран эритроцитов, формировании жестких, ригидных мембран, более устойчивых к действию кислотного гемолитика. Более высокая устойчивость мембран эритроцитов к повреждающим воздействиям в условиях дыхательной недостаточности показана А.А. Ненашевым, И.М.Тищенко: с нарастанием степени тяжести дыхательной недостаточности у пациентов отмечалось увеличение механической резистентности эритроцитов [8].

Повышение ригидности цитолеммы эритроцитов приводит к снижению внутритканевого давления кислорода, так как деформируемость ригидных эритроцитов понижена, узкую часть капилляров эритроциты с пониженной деформируемостью минуют через шунтирующие анастамозы, перенос кислорода в этом случае осуществляется путем простой диффузии, чего недостаточно для адекватного снабжения кислородом органов и ткней. Снижение кислородной емкости крови связано с увеличением степени механического гемолиза жестких эритроцитов в кровеносных сосудах, в порах венозных синусов селезенки.Количество высокостойких эритроцитов у доношенных новорожденных с тяжелым РДС значимо выше (5,2%), чем у доношенных новорожденных без дыхательных расстройств (2,6%, p=0,02). Самой высокой кислотной стойкостью обладают незрелые эритроциты [7]. Увеличение количества высокостойких эритроцитов у новорожденных с РДС свидетельствует об активации эритропоэза в ответ на тканевую гипоксию.

Таким образом, определение кислотной устойчивости эритроцитов позволяет разделить последние по стойкости к слабому раствору соляной кислоты. При этом кислотная устойчивость эритроцитов новорожденных с тяжелым РДС отличается от таковой у новорожденных без респираторных нарушений.Нужно отметить, что нарушение реологических свойств крови является одним из патогенетических факторов, способствующих развитию РДС. Активация лейкоцитов и продукция ими провоспалительных медиаторов приводит как к локальному, так и к системному повреждению клеточных мембран, в том числе эритроцитов. Эритроциты с поврежденной мембраной становятся источником свободных радикалов [9]. Избыток последних способствует повреждению альвеолярно-капиллярной мембраны в легких, инактивация сурфактанта и ингибированию его синтеза. Функциональная активные эритроциты способны инактивировать свободные радикалы, так как обладают мощной антиоксидантной системой [9]. Повышение кислотной стойкости основной массы эритроцитов у новорожденных с РДС свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов, снижении их способности связывать свободные радикалы. Результаты нашего исследования позволяют сделать вывод о том, что нарушение функциональной активности эритроцитов может быть одним из звеньев патогенеза тяжелого РДС у новорожденных.

Выводы:

1. У новорожденных с тяжелым РДС повышается кислотная резистентность, что свидетельствует о нарушении функциональной активности эритроцитов и сопровождается интенсификацией эритропоэза.

2. Нарушение функциональной активности эритроцитов является одним из звеньев патогенеза тяжелого РДС у новорожденных.

3. Перспективным направлением по улучшению газообмена у новорожденных детей с тяжелым РДС является поиск, разработка и внедрение лекарственных средств, улучшающих энергетический метаболизм в эритроцитах и стабилизирующие их мембраны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Овсянников Д.Ю. Европейский консенсус по терапии респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Пересмотр 2013 г. Что нового? //Фарматека.-2014.-№3.-С.59-65.
2. Лебедева О.В. Прогнозирование течения респираторного дистресс-синдрома у глубоко недоношенных новорожденных // Доктор.ру.-2014.-№3.-№7-11.
3. Фатыхова АИ, Викторов ВВ, Абдуллина ГМ, Гильмияров РН, и др. Тактика ведения новорожденных с тяжелым повреждением легких в ОРИТН. //Современная медицина: актуальные вопросы.-2013.-№26.-С.78-84.
4. Миткинов О.Э, Голуб И.Е. Респираторная терапия при РДС у недоношенных новорожденных//Вестник Бурятского государственного университета.-2012.-№12.-С.60-64.
5. Савлуков А.И., Самсонов В.М., Камилов Р.Ф. и др.Состояние устойчивости эритроцитов как звено адаптации организма// Медицинский вестник Башкортостана.-2011.-Т.6.-№4.-С.13-17.
6. Тодоров Й. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. 6 изд-е. София, 1968.-С.377-382.
7. Алачева Л.В., Сашенков С.Л., Волосников Д.К. Оценка функционального состояния эритроцитов и интегральных коэффициентов периферической крови у детей с патологией органов дыхания//Медицинская наука и образование Урала.-2009.-Т.10.-№3.-С.80-84
8. Bracci R., Perrone S., Buonocore G. Red blood cell involvement in fetalneonatal hypoxia//Biol.Neonate.-2011.-T.79.-№3-4.-P.2010-2014
9. Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G., Hallman M. et al. European Association of Perinatal Medicine: European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants//Neonatology.-2013.-№103.-С.353-368.

Поступила 12.03. 2019

УДК 618.19-006.6-091.8

СУТ ЙЎЛЛАРИ НЕОПЛАЗИЯЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА ИННОВАЦИОН УСЛУБЛАР АҲАМИЯТИ

Ф.М. Джалолова, Я.М. Мамадалиева, М.К. Султонкулова, Д.З. Мамарасулова, С.Х. Эгамбердиева, Ф.Х. Норов

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Нур ташхиси ривожланиши ва энг янги текширув усулларининг қўлланилишига қарамай, СБС онкологик касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллаб келмокда, бу кўрсаткич онкологик касалликларнинг 21,0% улушини ташкил этмоқда. Охирги ўн йилликда хасталикни ўсиб бориши 33,08% ташкил қилиб, 30-59 ёшларда кўп учраши қайд этилмоқда. Хавфли ўсма касалликлардан ўлим холатлари сабаби бўлиб СБС бўлиб қолмоқда.

Ушбу касалликни эрта ташхислашда фаол инновацион изланишлар ва замонавий текширув алгоритмлари такомиллаштирилиб келинмоқда.

Калит сўзлар: неоплазия, инновация, сут бези, сут йўллари неоплазияси, ташхислаш.

РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ С ВНУТРИПРОТОКОВЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.М. Джалолова, Я.М. Мамадалиева, М.К. Султонкулова, Д.З. Мамарасулова, С.Х. Эгамбердиева, Ф.Х. Норов

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Несмотря на все разнообразие новейших методов и методик, а также стремление врачей лучевой диагностики как можно раньше диагностировать злокачественные новообразования молочной железы, рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место и имеет наибольший удельный вес в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями и составляет 21,0 %. Прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 33,08 %, при этом наибольший удельный вес злокачественные новообразования молочной железы имеют в возрастной группе 30-59 лет.

Самой частой причиной смерти женщин от злокачественных заболеваний остается РМЖ.

Ключевые слова: неоплазия, инновация, молочная железа, внутрипротоковая неоплазия молочной железы, диагностика.

ROLE OF THE INNOVATIVE METHODS IN EARLY DIAGNOSTICS WITH INTRADUCTAL NEOPLASIA OF MAMMARY GLAND

F.M. Djalolova, YA.M. Mamadalieva, M.K. Sultankulova, D.Z. Mamarasulova, S.X. Yegamberdieva, F.X. Norov

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

In spite of all variety of the newest methods and methodologies, and also aspiration of doctors of radial diagnostics as possible before to diagnose malignant new formations of mammary gland, the cancer of mammary gland occupies the first place and has most specific gravity in the structure of morbidity by malignant new formations and 21,0 %. makes Increase of morbidity for the last 10 years 33,08 %, made here most specific gravity malignant new formations of mammary gland have in the age-related group 30-59. The most frequent reason of death of women from malignant diseases is remained by brest cancer.

Key words: neoplasia, innovation, mammary gland, intraductal neoplasia of the mammary gland, diagnostics.

Долзарблиги

Сут бези саратони охирги ўн йилликларда тоборо кўпайиб, ёшариб борувчи характерли касалликларнинг энг олдинги ўрнини эгаллаб олмоқда. БЖССТ ахборотларига кўра, 2000 йилларда дунё буйича ҳар йили 800000га яқин сут бези раки ташхиси қуйилган бўлса, бугунги кунга келиб, бу кўрсаткич 1000000 дан ортиб кетди.

Сут йули ичи патологияси сўрғичлардан ажралма келиши билан кечувчи ва ривожланишни эрта босқичларида верификацияни талаб қилувчи касаллик ҳисобланади (Oksaki A Euro radiol 2017 y)

Патологик секреция синдроми бир нечта хавф касалликлар: Интрадуктал папиллома, фиброз-кистоз мастопатиялар, сурункали дуктофарит, сурғич аденомаси ва сут йули ичи карциномаси касалликларида кузатилади.

Итрарадуктал папилломалар облигат рак олди касаллик ҳисобланади (Франк Г.А. Предрак, Дисплазия и рак 2004 г).

Интрадуктал папиллома касаллиги барча сут бези ўсма касалликларини 10% ташкил қилади.

7,9% ҳолатларда сут йўли ичи карциномаси ривожланиш хавфи мавжуд. (Levis J.T. Heartman L.S. Viercant R.A. An analisis of brest cancer risk in woman with papilloma 2017y).

Сут безларида патологик ажралмаларнинг бўлиши, айниқса сероз ва қонли ажралмаларнинг бўлиши ҳали ўсма ўзининг клиник манифестациясини бермай туриб, энг ,,эрта, ва кардинал симптоми бўлиши мумкин.

Сўргичлардан қонли ажралма ажралиши 95% ҳолатларда ва сероз ажралма ажралиши 92% ҳолатларда сут йули ичи ракининг асосий белгиси бўлиб ҳисобланади. (А.Д. Каприн, Н.И. Рожкова 2018й).

Ҳозирда сут бези саратонини аниқлашда юқори технологик текширув усуллари қўлланилишига қарамай, касалликни бошланғич босқичларида аниқлаш ва даволаш бугунги куннинг долзарб масаласи бўлиб қолмоқда. Сут бези ўсмаларини аниқлашда ҳар бир аёлга индивидуал ёндошиш орқали скрининг текширувлари ўтказиш, сут безларида пайдо бўлган ҳар бир кичик ва мавҳум белгиларни ҳам ,,онкологик,, таҳлил назари билан қараш, уларда пайдо бўлиши мумкин бўлган ўзгаришлар асосида сут безида пайдо бўладиаги атипик ҳудайралар яъни рак олди касалликлари ва ракини эрта ташхис килиш имконияти туғилади.

Илмий тадкикотнинг максади

Сут безларидан патологик ажралмалари бор беморларда сут каналлари ўсмаларини эрта ташхислаш ва даволаш усулларни такомиллаштириш орқали амалиётга тадбиқ этиш.

Вазифалари:

1. Скрининг текширувда аниқланган сут безларидан ажралма келувчи беморларга патологик ажралманинг цитологик текшируви.
2. Қонли ва серозли ажратма келаётган беморларга контрастли дуктографияни қуллаш.
3. Сут йуллари ҳосилаларини қиёсий ташхислашда эластография имкониятларини баҳолаш.
4. Сут йули ҳосилаларини эрта ташхислашда ўсма маркёрлари ҳолатини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот скрининг оркали аниқланиб РИА ва РИАТ АФ га мақсадли текширув учун юборилган сут йўлларида патологик ажралма келаётган 44 та аёлларда ўтказилган клиник, лаборатор, инструментал текширувлар кузатуви натижаларига асосланилди. Скрининг текширув орқали сут бези сўрғичидан қонли ва серозли ажратма келаётган беморлар саралаб олинди ва патологик ажратмани цитологик текшируви ўтказилди. Ушбу аёлларга контрастли дуктография ва эластография текшируви, СА-15-3 ўсма маркёрлари текширувлари амалга оширилди.

Натижа ва таҳлиллар

Сут йуллари неоплазияларида сероз ажлатма келаётган 2 та беморда 5.8% рак касаллигида учраши, 31 тасида 91% сут йуллари папилломатоз касаллигида учраши, 1 та беморда 2.9% ФКМ касаллигида учраши аниқланди.

Сут йўллари неоплазияларида қонли ажлатма келаётган 2 та беморда 20% рак касаллигида учраши, 8 тасида 80% сут йўллари папилломатоз касаллигида учраши, қонли ажралманинг ФКМ касаллигида учрамаслиги аниқланди.

44 та бемор аёлларда ўтказилган дуктография текширувининг рак касаллигида ушбу методнинг сезгирлиги 75%, сут йуллари неоплазияларида 76% ташкил этди.

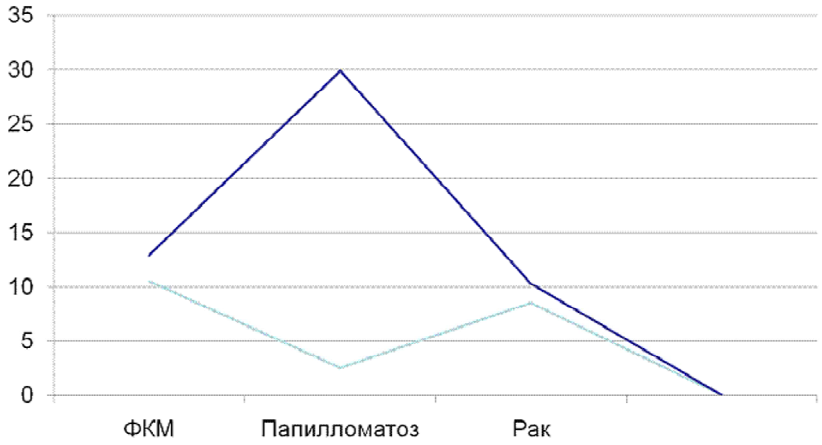
Дуктографияда аниқланган клиник хулосалар

№	Гистологик аниқланган касаллик	Сони	Контурлари нотеккис тўлиш нуқсони белгиси	Контурлари аниқ тўлиш нуқсони белгиси	Сут йўллари торайиши белгиси	Сут йўллари деформацияси белгиси	Дуктография методининг сезгирлиги%
1	Рак	4	3	1			75%
2	Сут йўллари папилломатози	39	3	30	4	2	76%
3	Пролифератив ФКМ	1				1	
	ЖАМИ	44	6	31	4	3	

44 та бемор аёлларда ўтказилган эластография текширувининг рак касаллигида ушбу методнинг сезгирлиги 75%, сут йўллари неоплазияларида 79.5% ташкил этди.

№	Гистологик аниқланган касаллик	Сони	1балл	2 балл	3 балл	4балл	5балл	Эластографияга сезгирлик
1	Рак	4			1 25%		3 75%	75%
2	Сут йўллари папилломатози	39	9 23%	22 56.4%	6 15.3%	2 5.1%		79.5%
3	Пролифератив ФКМ	1		1				
	ЖАМИ	44	9	23	7	2	3	

44 та бемор аёлларда ўтказилган СА-153 миқдоринг ўзгариши рак касаллигида юқори кўрсаткичи 11,0; энг паст кўрсаткичи 8,2; (нормада 0-34,0) ташкил этди. Сут йўллари папилломатозида юқори кўрсаткичи 30,4; паст кўрсаткичи 2,5 ташқил килди. ФКМ касаллигида юкори кўрсаткичи 13,1; энг паст кўрсаткичи 11,2 ташкил этди.



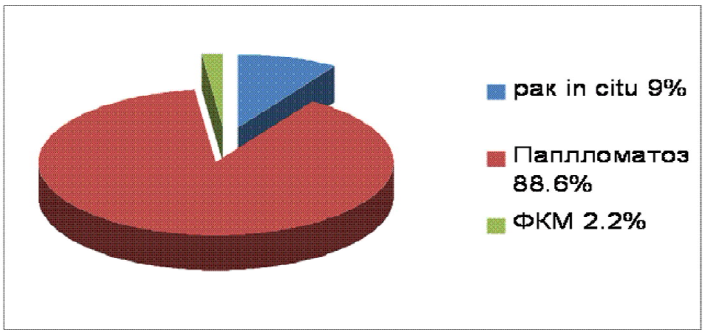
Тадқиқот олиб борилган сут бези сўрғичидан ажралма келган 44 та бемор аёлларнинг:

-1 тасида ФКМ-2,2%,

-39 тасида сут йуллари папилломатози-88,6%,

- 4 тасида рак-9% гистологик хулосаси олинди.

Сут йўллари неоплазияларини учраш ҳолати



Хулоса

1. Скрининг текширувларида сут безларида патологик ажралма борлигини (қонли ва серозли) аниқлаш, тасдиқлаш ва мақсадли текширувларга (цитологик текширув, дуктография ва эластография) йўналтириш.

2. Сут бези сўрғичидан қонли ажралма бўлганда 80% ҳолатларда сут йўллари папилломаси, 20% ҳолатларда рак касаллиги учраши, сероз ажралманинг 2.9% ФКМ, 91% Сут йўли папилломаси, 5.8% рак касаллигида учраши аниқланди.

3. Сут йўллари неоплазияларини эрта ташхислашда СА 15-3 миқдорининг ўзгариши кузатилмади.

4. Тадқиқот натижаси орқали олинган гистологик хулосаларга кўра, сут йўллари неоплазияларининг 2.2% ФКМ, 88.6% сут йўллари папилломаси ва 9% ҳолатларда рак касаллиги учраши аниқланди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Андреев В.Г., Крайнов А.И., Руденко О.В.. Измерение сдвиговой упругости мягких тканей методом дистанционной эластографии. //Сборник докладов V Троицкой конференции "Медицинская физика и инновации в медицине" (ТКМФ-5), ТРОВАН, Троицк, 2012, т.2, с. 157--- 159.
2. Андриянова П.А. Соноэластография - новое слово в диагностике рака молочной железы //Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 2. С. 211.
3. Белоцерковцева Л.Д., Дарвин В.В., Климова Н.В., Шхагапсоева Т.Б., Агапова Н.А. Скрининговая цифровая маммография в ранней диагностике рака молочной железы //Вестник СурГУ. Медицина. 2012. № 2 (12). С. 153-156.
4. Борисова М.С., Мартынова Н.В., Богданов С.Н. Рентгеновская маммография в диагностике рака молочной железы // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. 2013. № 13-3. С. 11.
5. Борсуков А.В., Бусько Е.А. и соавт. Рекомендации по стандартизированной методике компрессионной эластографии молочной железы, щитовидной железы, регионарных лимфатических узлов, внеорганных образований и при эндосонографии. - /Смоленск, ПНИЛ СГМА, 2015. - 28 с.
6. Бусько Е.А. Семенов И.И., Семиглазов В.В. Соноэластография - новая ультразвуковая методика. Коэффициент жесткости в дифференциальной диагностике образований молочной железы. //Бюллетень сибирской медицины. - Т.11. - № S1, 2012. - С. 31-32.
7. Бусько Е.А., Семенов И.И., Семиглазов В.В. Возможности соноэластографии в диагностике опухолей молочных желез размерами до 2 см. // Вопросы онкологии. Т. 58. - № 3. - 2012. -С. 359-362. Издательство: Вопросы онкологии (Санкт-Петербург).
8. Бухарин Д.Г., Величко С.А., Слонимская Е.М., Фролова И.Г., Лунева С.В., Гарбуков Е.Ю., Дорошенко А.В. Роль маммографии в диагностике "малых" форм рака молочной железы, развившегося на фоне фиброзно-кистозной болезни // Сибирский онкологический журнал. 2011. № 6. С. 10-13.
9. Бухарин Д.Г., Величко С.А., Фролова И.Г., Лунева С.В. Ультрасонография и рентгеновская маммография в диагностике рака молочной железы, развившегося на фоне мастопатии / /Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2012. Т. 27. № 1. С. 99-102.
10. Величко С.А., Фролова И.Г., Бухарин Д.Г., Вяткина Н.В. Ультразвуковая и рентгенологическая маммография в диагностике рака молочной железы, развившегося в фиброаденоме или кисте //Сибирский онкологический журнал. 2011. № S2. С. 15-16.
11. Зубарев А.Р., Федорова В.Н., Демидова А.К. и др. Ультразвуковая эластография как новая ступень в дифференциальной диагностике узловых обра_ зований щитовидной железы:

обзор литературы и предварительные клинические данные // Медицинская визуализация. 2010. № 1. С. 11-16.
12. Кабин Ю.В., Громов А.И., Капустин В.В. Оценка эффективности количественной ультразвуковой эластографии в диагностике рака молочной железы //Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2012. № 6. С. 26-32.
13. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболевае-мость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой //Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России, - 2018. -илл. - 250 с.
14. Корженкова Г.П. Диагностическое значение категорий BI-RADS в ведении пациенток с доброкачественной патологией молочных желез // Опухоли женской репродуктивной системы. -2016. - Т. 12. - № 4. - С. 10-16.
15. ACR.BI-RADS. Atlas.Breast Imaging Reporting and Data System. 5th Edition. 2013
16. Aly A.M., Helal M.H., Shabana A.M. Role of Sonoelastography in the Differentiation between Benign and Malignant Breast Lesions // J. Egypt. Natl. Canc. Inst. 2010. V. 22. № 2. P. 135-142.
17. Bae S.J, Park J.T, Park A.Y, Youk J.H, Lim J.W, Lee H.W, Lee H.M, Ahn S.G, Son E.J, Jeong J.Ex Vivo Shear-Wave Elastography of Axillary Lymph Nodes to Predict Nodal Metastasis in Patients with Primary Breast Cancer. //J Breast Cancer. 2018 Jun;21(2):190-196. doi: 10.4048/jbc.2018.21.2.190. Epub 2018 Jun 20.

Поступила 03.03. 2019

УДК 616.12-073-008.331

СУТОЧНАЯ МОНИТОРИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дустмуратова Д.А., Юлдашева Н.Э., Кодирова Г.И., Насритдинов Н., Рахматова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

До последнего времени основным методом диагностики повышенного артериального давления (АД) и оценки эффективности проводимой терапии оставалось традиционное измерение АД по А.С. Короткову. Однако из-за значительной изменчивости АД в течение суток при таком его измерении невозможно получить полную информацию о выраженности артериальной гипертензии, довольно часто сопровождающей многие другие сердечно-сосудистые заболевания. Также невозможно оценить и суточный ритм АД.

Ключевые слова: артериальная давления, гипертония, стенокардия, ишемия, суточный ритм, сердечно-сосудистые заболевания.

AILY MONITORING OF ARTERIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH STABLE STENOCARDIA IN CONNECTION WITH HYPERTENSIVE DISEASE

Dustmuratova DA, Yuldasheva NE, Kodirova G.I., Nasritdinov N., Rakhmatova M.M.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Until recently, the traditional measurement of blood pressure according to A.C. remained the main method for diagnosing high blood pressure (BP) and evaluating the effectiveness of therapy. Korotkov. However, due to the significant variability of blood pressure during the day with this measurement it is impossible to obtain complete information about the severity of hypertension, quite often accompanying many other cardiovascular diseases. It is also impossible to assess the daily rhythm of blood pressure.

Key words: arterial pressure, hypertension, angina pectoris, ischemia, circadian rhythm, cardiovascular diseases.

БАРҚАРОР СТЕНОКАРДИЯСИ БОР БЕМОРЛАРДА ҚОН БОСИМИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАНИДА АРТЕРИАЛ БОСИМНИНГ КУНЛИК НАЗОРАТИ

Дустмуратова Д.А., Юлдашева Н.Э., Кодирова Г.И., Насритдинов Н., Рахматова М.М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Якин вақтгача артериал гипертонияда қон босимини ўлчаш учун анъанавий Коротков усули юқори қон босими (ҚБ) ташҳисини ўтказиш ва даволаш самарадорлигини баҳолашнинг асосий усули бўлиб қолди. Бироқ, ушбу ўлчов билан кун давомида қон босимининг сезиларли ўзгарувчанлиги ҳақида ва бошқа юрак-қон томир касалликларига гипертония касаллиги ҳақида тўлиқ маълумот олиш мумкин эмас. Қон босимининг кунлик ритмини баҳолаш ҳам мумкин эмас.

Калит сўзлар: артериал босим, гипертензия, стенокардия, ишемия, кунлик ритми, юрак-қон томир касалликлари.

Актуальность

Внедрение новых информационных технологий, позволяющих регистрировать артериальное давление непрерывно или через определенные интервалы в течение длительного периода, существенно расширило возможности изучения суточного профиля АД (СПАД) и механизмов его физиологической регуляции. Не вызывает сомнения, что суточное мониторирование АД позволяет получать большую диагностическую информацию по сравнению с традиционным способом его измерения, а значит более точно про-

гнозировать сердечно-сосудистые осложнения и оценивать эффективность проводимой терапии. Анализ СПАД позволяет определить не только средние 24-часовые значение АД, но и такие показатели, как вариабельность, "нагрузка давлением", величина и скорость утреннего подъема, и степень ночного снижения АД [1,3,7].

У нормотензивных лиц уровень АД на протяжении 24 часов характеризуется закономерными колебаниями и его динамика в течение суток характеризуется двухфазной периодичностью "день-ночь" с отчетливым снижением ночью, во время сна. В дневное время суток изменение АД происходят так, что образуется плато с двумя пиками. Первый пик регистрируется в период от 9 до 11 ч утра, а второй (чаще меньший по амплитуде) - от 16 до 20 ч. Минимальное значение АД достигает в ночное время, в интервале от 0 до 4 часов [1,4,5].

Суточные колебания АД тесно связаны также с воздействием факторов внешней среды. Они кардинальным образом модулируются физической и психической активностью, подчиненной циклу сон-бодрствование [1,4]. Такая зависимость обусловлена не только фотопериодичностью и уровнем активности человека, но и гормональными сдвигами. В частности, продукция ренина и ангиотензина II у здоровых людей достигает минимума в конце дневного периода и повышается до максимума в 4-8 ч утра. В формирование суточного ритма АД вовлечен ряд нейрогуморальных механизмов, которые являются регуляторами сердечно-сосудистой системы и детерминированы фазами сна и пробуждения. Так, установлено, что аргинин, вазопрессин, соматотропин, инсулин, стероидные гормоны и их метаболиты, серотонин, мелатонин, адренокортикотропный гормон и тиротропин-рилизинг-гормон, эндогенные опиаты, простагландин Е2 имеют 24-часовую циркадианность [6].

Нарушения суточного профиля АД с недостаточным его снижением в ночное время суток связывают [2] с более частым развитием гипертрофии левого желудочка, структурными изменениями резистивных сосудов, диастолической дисфункцией левого желудочка, атеросклеротическими поражениями сонных артерий, с большей частотой и выраженностью микроальбуминурии, большей частотой перенесенных инсультов и развитием ИБС [7].

Так, у больных гипертонической болезнью (ГБ) максимум АД сдвигается на 18-19 часов, но только весной, летом и осенью, зимой же этот максимум приходится на 14 часов - так же как и у здоровых людей. Нарушения суточного ритма АД у больных ГБ связывают с нарушением суточного ритма секреции гормонов и электролитов. Максимумы секреции адреналина и ДОФА смещаются к 15 часам, норадреналина и дофамина к 17-18 часам. При второй стадии болезни происходит инверсия суточного ритма экскреции с мочой 17-КС и 17-ОКС. Максимум экскреции с мочой калия, натрия, магния и фосфора у этих больных приходится на вечерние и ночные часы, тогда как у здоровых людей он приходится на период 13-18 часов. Это способствует повышению риска развития осложнений в вечерне-ночные часы. В частности, гипертонические кризы с максимальной частотой развиваются в интервале от 16 до 24 часов и особенно с 19 до 23 часов, а острая левожелудочковая недостаточность - от 21 до 23 часов [3].

У больных ИБС происходит смещение пика ЧСС и систолического АД с 17-18 часов на 15-16 часов, диастолического АД - с 17 к 19 часам. Максимальная работоспособность сердца у больных ИБС фиксируется в 10 часов 15 минут, тогда как у здоровых - в 17 часов 45 минут. Такое рассогласование ритмов, когда в дневные часы активный организм требует повышенной работоспособности сердца, снижающейся у больных в послеполуденные часы, в еще большей мере утяжеляет состояние миокарда. У больных ИБС отмечаются также сдвиги суточных ритмов экстракардиальных функций.

Так, нарушается ритм секреции свободных глюкокортикоидов вплоть до полной его инверсии с максимумом в 24 и минимумом в 8 часов. Смещение максимума концентрации 11-ОКС с утренних на вечерние часы обладает прогностическим значением в отношении течения инфаркта миокарда. Как и при ГБ, нарушения суточных ритмов при ИБС можно характеризовать как состояние напряжения кардиоваскулярной системы в вечерние часы, что повышает риск развития осложнений в этот период. Приходящиеся на то же время у таких больных снижение физической активности, повышение АД, сдвиг системы гемостаза в сторону гиперкоагуляции, повышение уровня холестерина, триглицеридов и общих липидов в вечерние часы, повышают опасность тромбоэмболических осложнений [2].

Цель исследования

Целью работы явилось изучение суточной динамики показателей АД и ЧСС у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН) II-III ФК в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) при традиционной терапии антиангинальными препаратами, включая моночинкве.

Материал и методы

Обследовано 24 человека с диагнозом ИБС, ССН II-III ФК в сочетании с ГБ, среди которых было 13 мужчин и 11 женщин, средний возраст 57,9±1,6 лет. Длительность заболевания составила в среднем - 8,2±1,2 лет. ССН II ФК была диагностирована у 11, ССН III ФК - у 13 больных. У 10 больных ИБС осложнилась СН I ФК (по классификации NYHA), у 5 - СН II ФК, у 9 пациентов СН не выявлено. Двое больных страдали ГБ I стадии, 10 - ГБ II стадии, 12 - ГБ III стадии.

Все больные получали традиционное лечение (ТЛ), включающее нитраты (моночинкве), Р-адреноблокаторы (атенолол), антагонисты кальция (верапамил), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (энап), антиагреганты (аспирин). Продолжительность лечения в стационаре составила 14 дней.

Суточное мониторирование АД проводили неинвазивным методом с помощью портативного аппарата "BR-102 Schiller" (Швейцария). Исследование начинали в 8-9 часов утра и продолжали в течение 24 часов. Регистрацию АД осуществляли каждые 15 мин в период бодрствования и каждые 30 мин в ночные часы.

По результатам СМАД определяли среднесуточные, дневные и ночные САД и ДАД, пульсовое артериальное давление (ПАД), среднее артериальное давление (АДср), двойное произведение (ДП). Оценивали динамику показателей АД в течение суток.

Результат и обсуждения

По данным исследования СМАД получены результаты, свидетельствующие о недостаточной степени снижения САД и ДАД в ночные часы у исследуемой группы больных. Нами установлено, что по типу суточного профиля артериального давления 6 (25%) больных являлись "dippers", 15 (62,5%) больных - "non-dippers", а 3 (12,5%) пациента - "night peakers". Кроме этого, результаты ХМ ЭКГ позволили у 71% больных установить возникновение эпизодов ишемии в ночные и ранние утренние часы. В этой связи нами проведен анализ суточной динамики АД и ЧСС до и после ТЛ включая моночинкве.

Итак, среднесуточное значение ЧСС до лечения составило 76,9±1,4 уд/мин, а его распределение во времени в течение суток показано в таблице. Установлено, что максимальное значение ЧСС приходится на 16.00 часов и составляет 86,3±2,6 уд/мин и достоверно отличается от значения ЧСС предыдущего времени исследования (12.00 часов) (P=0,01). Наблюдается резкий подъем ЧСС в период с 04.00 ч до 08.00 ч (рис.1) с высокой достоверностью P<0,001 (коэффициент Стьюдента t=7,23). Наряду с этим в период с 20.00 ч до 24.00 ч отмечается значительное достоверное снижение ЧСС с 84,9±2,4 до 65,9±1,1 уд/мин (P<0,001, t=7,29). После ТЛ включая моночинкве такой явной суточной динамики ЧСС не наблюдалось (рис.1) и его среднесуточное значение 73,3±1,2 уд/мин было близко (P>0,05) к значениям ЧСС в различное время суток. Исключением явились достоверные изменения ЧСС от 08.00 до 12.00 часов (P=0,05) и от 24.00 до 04.00 часов (P=0,04).

Как до традиционного лечения, так и после него среднее артериальное давление (АД Ср) в течение суток не претерпевало значительных изменений (таблица; рис.5) и было по своей величине близко к соответствующим среднесуточным значениям. Тем не менее, при анализе результатов динамики АД Ср, полученных до лечения, установлено достоверное его повышение с 112,4 ±1,9 мм рт. ст (16.00 ч) до 117,4±1,9 мм рт. ст. (20.00 ч) (P=0,003).

После ТЛ суточная динамика АД ср практически отсутствовала (таблица; рис.5), а его минимальное значение было зафиксировано в 16 часов, равное 104,4±1,8 мм рт. ст. При этом необходимо отметить, что после ТЛ величина среднего значения АД достоверно снизилась (P=0,01), а его суточное мониторирование позволяет определить время суток, в которое, в основном, и происходит такое снижение. Из рис.5 следует, что достоверное снижение АДср в результате проведенного ТЛ у больных ССН происходит (P8, P12, P16 и P20 на рис.5) в дневное время суток (с 8 до 20 часов), в ночное же время традиционная антиангинальная терапия эффект снижения среднего артериального давления практически не демонстрирует.

Результаты исследования суточной динамики ДП до и после ТЛ представлены в таблице и показаны на рис.6. Итак, до ТЛ величина ДП дважды претерпевает значительные изменения: достоверно увеличивается утром с 101,2±3,1 (4 часа) до 130,1±3,9 усл. ед. (8 часов) (P<0,001), а вечером достоверно уменьшается с 141,4±4,7 (20 часов) до 102,4±3,0 усл. ед. (24 часа) (P<0,001). В периоды с 8 до 20 часов (днем), а также с 24 до 4 часов утра достоверных изменений величины ДП не установлено. После ТЛ суточная динамика ДП практически изменилась на противоположенную: с 24 часов ночи и до 4 часов утра произошло достоверное снижение ДП от 109,2±2,7 до 97,5±3,0 усл. ед. (P<0,001), а с 16.00 ч до 20.00 наблюдалось достоверное увеличение значений ДП с 107,9±2,4 до 114,2±3,6 усл. ед. (P=0,04).

Вывод

Анализируя суточную динамику артериального давления установлено, что максимальные значения основных показателей до лечения приходились на вечерние часы суток (20-22 часа), что не соответствует нормальным критериям суточного распределения АД. После проведенного курса антиангинальной терапии с включением моночинкве показатели АД не претерпевали существенной динамики в течение суток. Следовательно, традиционное лечение не оказывает суточного хронокоррегирующего действия в отношении артериального давления у исследованной группы больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ермолина В.Я., Востокова А.А., Абелевич Д.И., Уварова Е.В., Озерова Ю.Б. Клиническая эффективность и переносимость моночинкве ретард при стабильной стенокардии // Росс, кардиол. журнал. -2002. - №4. - С.78-79.
2. Заславская Р. М., Логвиненко С. И. Эффективность метаболической терапии больных ишемиче-ской болезнью сердца пожилого возраста: /Монография. - М. - Изд-во РУДН. - 2001. - 259 с.
3. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. 2-е изд. - /М.: ИД "Медпрактика - М". - 2003. -340 с.
4. Метелица В.И. Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. - /СПб. - Изд-во БИНОМ. - 2002. - С. 89-96.
5. Наумов В.Г., Лупанов В.П., Матвеева М.А., Алексеева И.А., Некрутман Э.А., Чотчаев Х.Х., Ро-масюк С.С. Опыт 3-месячного применения депо препарата изосорбида-5-мононитрата у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией // Кардиология. - 2000. - № 6. - С. 35-39.
6. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е. Современные аспекты фармакотерапии ишемической болезни сердца // Лечащий врач. - 2003. - №6. - С. 14-19.
7. Zaslavskaya R., Aitmagambetova B. Traditional and chronotherapy with Mono Mack of patients with silent myocardial ischemia on the background of insulin independent diabetes mellitus // Rome, Italy, European Society of Cardiology Working Group on Acute Cardiac Care. -2004. - P. 61.

Поступила 03.03. 2019

УДК 616-053.31.612.438.1

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ТИМУСА ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Ш.А. Зияев, Р.И. Исраилов

Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентская медицинская академия.

✓ ***Резюме,***

В данной работе проведено исследование клинико-анамнестических данных и особенностей морфологических и морфометрических изменений тимуса у новорожденных, умерших от различных форм сепсиса. Морфологически отмечалась метаплазия ретикулоэпителия в ретикулез и склероз, исчезновением из паренхимы тимуса лимфоцитов и клеток-нянек. В результате длительного воздействия инфекционных факторов в тимусе полностью блокируются все морфофункциональные элементы и наступает паралич тимуса в иммуногенезе.

Ключевые слова: Сепсис, новорожденный, тимус, иммунодефицит, морфология.

НЕОНАТАЛ СЕПСИСДА ТИМУС ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Ш.А. Зияев, Р.И. Исраилов

Андижон давлат тиббиёт интитути, Тошкент тиббиёт академияси.

✓ ***Резюме,***

Ушбу илмий ишда неонатал сепсисдан нобуд бўлган чақалоқлар тимуси қон томирларининг морфологик ўзгаришлари ўрганилган. Меёрда тимус бўлакчаларининг пўстлоқ ва мия қаватларида бир-биридан фарқ қилувчи икки хил микроциркуляция тизими мавжуд. Ҳомила ичи сепсисида тимус ривожланишдан орқада қолганлиги, томирлар тизими меёрда сақланганлиги билан, лимфоцитлар ва ретикулоэпителий ҳужайраларида гипоплазия ва дисплазия жараёнлари ривожланганлиги аниқланади.

Калит сўзлар: Сепсис, чақалоқлар, тимус, иммунодефицит, морфология.

MORPHOLOGICAL CONDITION OF THYMUS WITH NEONATAL SEPSIS

Sh.A. Ziyaev, R.I. Israilov

Andijan State Medical Institute, Tashkent Medical Academy.

✓ ***Resume,***

In this study, a study of clinical and anamnestic data and features of morphological and morphometric changes of the thymus in newborns who died from various forms of sepsis was conducted. Morphologically, reticuloepithelium metaplasia was observed in reticulosis and sclerosis, lymphocyte and nursery cells disappeared from the thymus parenchyma. As a result of prolonged exposure to infectious factors in the thymus, all morphofunctional elements are completely blocked and paralysis of the thymus occurs in immunogenesis.

Key words: Sepsis, newborn, thymus, immunodeficiency, morphology.

Актуальность

Сутью септического процесса является неспособность организма уничтожать микробы, связанная прежде всего с иммунодефицитным состоянием [1,2,3]. Последнее может быть фоновым, т.е. имевшимся в организме до начала инфекционного процесса, а также закономерно возникающим в ходе его как в результате действия возбудителей и их токсинов, так и вследствие терапии. Так, сепсис практически всегда возникает у ребенка с каким-либо фоновым состоянием, которое, как правило, сопровождается ИДС. Инфекционные заболевания при иммунодефицитных состояниях отличаются особой тяжестью и длительностью течения, развитием необычных осложнений, часто сепсиса [2,3,4]. При этом, в этиологии инфекционных процессов основная роль, как правило, принадледит микрооргнизмам с низкой патогенностью. При дефекте клеточного звена иммунитета инфекционные заболевания обусловлены в основном грибами, вирусами и грамотрицательной флорой, при дефекте гуморального иммунитета - грамположительными бактериями.

До настоящего времени остается малоизученным морфофунк-циональное состояние органов иммунитета, в частности центрального органа - тимуса при сепсите у новорожденных [5,6]. Особенно, данные по морфологическим изменениям в тимусе, возникающие при различных инфекционных заболеваниях остаются противоречивыми. В последнее время в педиатрии является особо актуальной проблема роста иммунодефицитных состояний, развивающихся под действием экологических, генетических и инфекционных факторов.

Цель. Учитывая вышеизложенное, в данной работе проведено исследование клинико-анамнестических данных и особенностей морфологических и морфометрических изменений тимуса у новорожденных, умерших от различных форм сепсиса. Клинико-морфологический анализ проведен учитывая состояние доношенности и недоношенности, гипотрофии и преморбидных фоновых заболеваний.

Материал и методы

Объектом исследования явились тимусы 36 новорожденных детей, умерших в неонатальном периоде

от сепсиса. Во время вскрытия трупов выделяли тимус, взвешивали и определяли весовой коэффициент тимуса (ВКТ). Для гистологического исследования кусочки тимуса фиксировали в 4% растворе формалина на фосфатном буфере и после обезвоживания в спиртах заливали в парафин. Срезы толщиной 5-8 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону и поставили ШИК-реакцию. Для унификации учета морфологических изменений тимуса в условиях новорожденности и различных патологий разработан алгоритм оценки морфологических признаков.

Результат и обсуждения

Результаты клинико-морфологического анализа наблюдений с сепсисом показали, что это заболевание как самая тяжелая форма инфекции, часто встречающаяся у детей, развивалась у недоношенных (34,7%), гипотрофичных (64,3%) при наличии премобидного фона (рахит, анемия) - 51,5%. Огромное значение в развитии сепсиса имели различные врожденные дефекты органов и тканей, в том числе врожденные пороки сердца (23,8%), мозга (14,6%), почек и печени (7,3%) и другие врожденные пороки развития (13,1%). Указанные дефекты чаще встречались у детей раннего грудного возраста, и приводили нередко к септическим поражениям легких, кишечника, мозга, и серозных полостей.

Патоморфологически выявлены двухсторонняя крупноочаговая пневмония с абсцедированием и некрозом пораженных очагов, язвенно-некротические, фиброзно-язвенные энтероколиты, иногда с метастатическими абцессами в печени. Гнойные метастазы обнаружены также в головном мозге, эпикарде, в редких случаях наблюдался гнойный перитонит.

Таким образом, сепсис, развивающийся у ослабленных детей в условиях сниженной иммунологической реактивностью микроорганизма и при наличии преморбидного фона, протекал тяжело, с полиморфными поражениями внутренних органов, о чем указывали и другие авторы [2,4]. Следует подчеркнуть, что очень часто у иммуно несостоятельного ребенка развитие сепсиса обуславливается даже условно-патогенными микроорганизмами. Наши исследования показали, что сепсис новорожденных обусловлен преимущественно условно патогенными микробами (75,7%), такими как E. coli, клебсиелла, сигненойная палочка, эпидермальный стафилококк, протей, присоединялись вирусная инфекция, дрожжеподобные и плесневые грибы.

При иммунологическом исследовании установлено, что содержание иммуноглобулинов и Т- и В-лимфоцитов колебался в зависимости от степени недоношенности и тяжести сепсиса. Септикопиемия на фоне недоношенности, премобидных состояний и врожденных пороков развития характеризовалась значительным снижением уровня иммуноглобулинов всех классов. Также снижен в крови уровень кортизола и иммуноглобулина Е. При септицемии с присоединением вирусной инфекции отмечено повышение уровня иммуноглобулина G до 16,7 г/л, повышение кортизола до 10256,31 нмоль/л. В возрастной группе 7 - 12 мес. почти во всех случаях повышен уровень иммуноглобулина М, в среднем - 4,03 0,19 г/л, а уровень иммуноглобулинов А (0,31 0,05) и G (6,55 1,33 г/л) сравнительно низкий.

При диагностике вторичных иммунодефицитов у детей мы учитывали клинический анамнез, когда имеет место наличие первичных инфекционных заболеваний, вызываемых вирусами, вирулентными бактериями, паразитами, а также когда имеются болезни обмена, такие как тезаурисмозы и питания - гипотрофия, анемия и т.д.

Патоморфологически вторичные иммунодефициты проявлялись IV-V фазами акцидентальной трансформации, приобретенной атрофией тимуса. В периферических органах иммуногенеза - опустошение структурно-фунциональных зон, замещение их ретикулярной и соединительной тканью, а также отсутствие активации лимфоцитов, светлых центров размножения.

При инфекционных заболеваниях в зависимости от давности срока заболевания в тимусе отмечали различные фазы акцидентальной трансформации. В начальных стадиях вирусной инфекции, чаще гриппа и аденовирусной инфекции, тимус несколько увеличен, отёчный. Микроскопически отмечается разрыхление слоев тимуса за счет отека, массивного распада лимфоцитов и ретикулоэпителиальных клеток. Особенно был выражен распад лимфоцитов, расположенных в субкапсулярной зоне, появлялись крупные макрофаги и клетки-няньки с большим числом фагоцитарных лимфоцитов (рис 1). В мозговом слое также лимфоциты в состоянии кариолизиса и кариопикноза; тельца Гассаля увеличены, к ним прилежат распавшиеся лимфоциты и макрофаги (рис 2). В этом слое появляются крупные с гиперхромными ядрами клетки, напоминающие вирусные метаплазированные клетки других органов.

В последующих стадиях заболевания отмечается уменьшение объема коры и расширение мозгового слоя; этот процесс сопровождается утолщением межуточной ткани за счет ретикулеза и склероза. В коре преобладают ретикулярные клетки над лимфоцитами, последние располагаются в основном в цитоплазме клеток-нянек. Цитоплазма ретикулоэпителия подвергается дистрофическим изменениям и распадается. Межклеточные расстояния расширяются.

В последующих стадиях начинается коллабирование долек тимуса, в коре лимфоциты почти исчезают, ретикулоэпителий распадается, иногда появляются гигантские клетки с крупными гиперхромными ядрами. При этой фазе акцидентальной трансформации лимфоциты преобладают в мозговом слое и находятся активном бласттрансформированном состоянии. Со стороны межуточной ткани отмечается фиброзирование соединительных прослоек с преобладанием волокнистых структур; лимфатические сосуды спадаются. Ретикулоэпилетиальные клетки, лежащие на базальной мембране, метаплазируется в ретикулярные (рис 3), затем соединительнотканные клетки приобретают веретенообразную форму и прорастают в сторону паренхимы тимуса. Сначала они занимают корковый слой, а потом в виде тяжей проникают в мозговой слой, между тельцами Гассаля. При этом в тимусе лимфоциты почти не определяются, тельца Гассаля состоят из чешуйчатой кальцинированной массы (рис 4). Соотношение толщины паренхимы тимуса и межуточной ткани свидетельствует в пользу стромы.

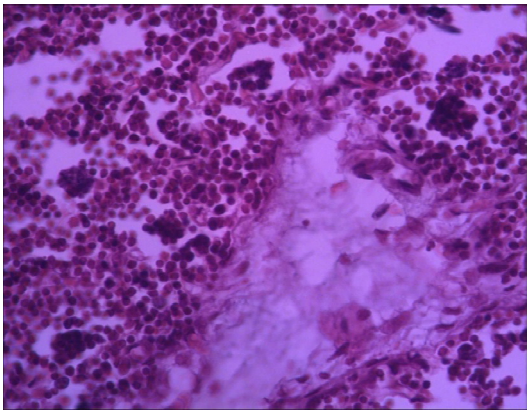


Рис 1. Акцидентальная трансформация тимуса 2 фазы при сепсисе. Макрофагальная реакция в виде появле-ния "клеток нянек". Окр: Г-Э, Ув: ок.10, об. 20.

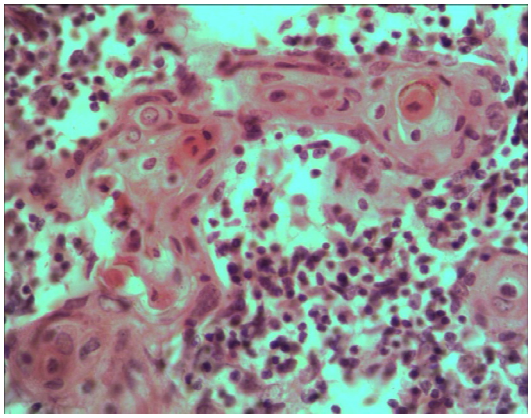


Рис 2. Акцидентальная трансформация тимуса 2 фазы при сепсисе. Увеличение числа тельца Гассаля в мозговом слое. Окраска: Г-Э, Ув: ок.10, об. 40.

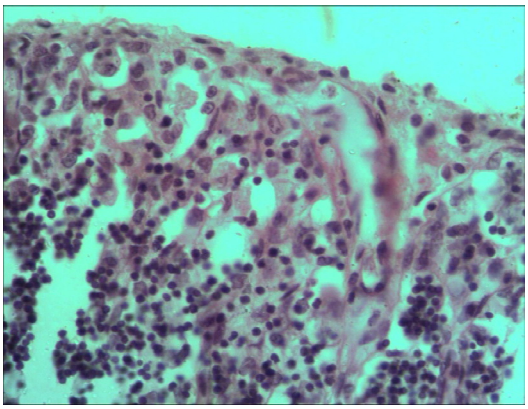


Рис 3. Акцидентальная трансформация тимуса 3 фазы при сепсисе. Преобладание ретикулоэпителиальных клеток над лимфоцитами в коре. Окраска: Г-Э, Ув: ок.10, об. 40.

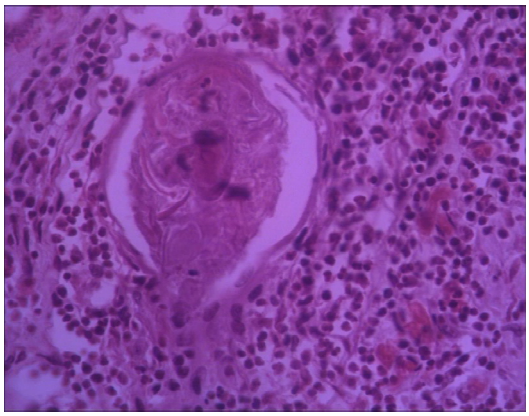


Рис 4. Акцидентальная трансформация тимуса 4 фазы при сепсисе. Увеличение размеров тельца Гассаля в мозговом слое с кальцинозом. Окраска: Г-Э, Ув: ок.10, об. 20.

Заключение

Таким образом, наступает приобретенная атрофия паренхимы тимуса с полной метаплазией ретикулоэпителия в ретикулез и склероз, исчезновением из паренхимы тимуса лимфоцитов и клеток-нянек, нарушением базальной мембраны коры, состоящей из ретикулярной ткани, облитерацией лимфатических сосудов и щелей междолькового пространства и внутридолькового периваскулярного пространства, где происходит в норме рециркуляция лимфоцитов, склерозированием посткапиллярных венул паренхимы тимуса. Одним словом, в результате длительного воздействия патогенных факторов в тимусе полностью блокируются все морфофункциональные элементы, и наступает паралич тимуса в иммуногенезе. Вследствие этого наступает делимфотизация Т-зависимых зон периферических лимфоидных органов, нарушается взаимоотношение Т- и В-лимфоцитов и вторично происходит гипоплазия В-зависимых зон.

Гистометрические исследования тимуса при приобретенных иммунодефицитах показали, что его масса уменьшена в два раза в сравнении с контрольной группой и составила в среднем 6,4 0,8 г. его весовой индекс также был значительно ниже нормы (1,03 0,17). Дольки тимуса равномерно коллабированны, диаметр их составил 1164 87 мкм, из них 497 53 мкм приходилось на корковый слой, 667 71 мкм - на мозговой. Наблюдается утолщение стромы - 288 23 мкм, и коэффициент соотношения стромы и паренхимы составил 0,24 0,04, что значительно выше по сравнению нормы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белянин В. Л., Рыбакова М. Г. Сепсис. Патологическая анатомия. - /СПб., 2004.
2. Самсыгина Г.А., Яцык Г.В. Сепсис новорожденных. В кН. "Руководство по педиатрии. Неонатология" /М.: 2005, Династия, - с. 337-352.
3. Авцин А. Л. Септицемия на фоне иммунодефицита /А. Л. Авцин, Ю. Г. Пархоменко, И. Н. Емельяненко, С. С. Матюшков / /Арх. патологии. -1887.- № 6.- С. 54-58.
4. Соботюк Н.В. и др. Иммунный статус доношенных и недоношенных новорожденных от матерей с неблагоприятно протекающей беременностью в онтогенезе. //Морфология, 2000, Том 118. № 15, с. 44-47.
5. Ткаченко Е.Г. Морфометрическое исследование тимуса детей при внутриутробном и постнатальном инфицировании // Междун. Симпозиум. - Львов. - 2000. - С. 10-12.
6. Чехович Г.И., Петухова Н.М., Шербаков Д.В., Григорьева А.А., Павловец Л.П. Роль вилочковой железы в структуре заболеваемости неонатального периода //Астана медициналык журналы. - 2000. - № 4. - С. 78-80.

Поступила 30.03. 2019

УДК 616.11/.12-002-07.

INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE (DIAGNOSIS, TREATMENT OF MODERN PRINCIPLES)

Ibrahimova S..R.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Questions timely diagnosis, treatment and rehabilitation of women with inflammatory diseases of the uterus does not lose its relevance today. The main reasons leading to temporary disability among women, are inflammatory diseases of the uterus, benign tumors of the uterus and its appendages, dysfunctional uterine bleeding. Salpingoophoritis make up 60-65% in the structure of gynecological diseases.

Key words: Reproductive age, purulent inflammatory, uterus, uterus and its appendages

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ОРТИҚЛАРИНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ (ТАШХИСЛАШ, ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ)

Ибрагимова С.Р.

Андижон давлат тибиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон ортиқларини йирингли - яллиғланиш касалликларини ўз вақтида ташхислаш, даволаш ва реабилитацияси масалалари ўзининг долзарблигини бугунги кунда йўқотгани йўқ. Аёлларда вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини бачадон ва унинг ортиқларининг яллиғланиш касалликлари, бачадон ва унинг ортиқларининг яхши сифатли ўсмаси, бачадондан дисфункциональ қон кетишлар сабаб бўлмоқда. Сальпингоофоритлар гинекологик касалликларнинг 60 - 65% ни ташкил қилмоқда.

Калит сўзлар: Репродуктив ёш, йирингли - яллиғланиш, бачадон, бачадон ортиғи.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (ДИАГНОСТИКА, СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ)

Ибрагимова С..Р.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Вопросы своевременной диагностики, лечения и реабилитации женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки не теряют своей актуальности и сегодня. Основными причинами, приводящими к временной нетрудоспособности у женщин, являются воспалительные заболевания придатков матки, доброкачественные опухоли матки и ее придатков, дисфункциональные маточные кровотечения. Сальпингоофориты составляют 60-65% в структуре гинекологической заболеваемости.

Ключевые слова: Репродуктив возраст, гнойно - воспалительные, матка, придатка матка.

The relevance of research

Purulent inflammatory diseases of the uterus appendages (HDVF) in women are a complex problem associated with serious medical, social and economic losses [1-4].

Questions of timely diagnosis, treatment and rehabilitation of women with inflammatory diseases of the uterus do not lose their relevance today. The main causes of temporary disability in women are inflammatory diseases of the uterine appendages [1,2,4], benign tumors of the uterus and its appendages [6], dysfunctional uterine bleeding. Salpingoophoritis is 60-65% in the structure of gynecological morbidity [11].

Inflammatory diseases of the uterus at the present time occur atypically, do not have the classical clinical picture. With a small size of the pathological process, the presence of adhesions in the small pelvis, obesity, atypical location of education, clinical examination methods are uninformative and give only a general idea of the presence of pathological education in the small pelvis. For making a specific diagnosis, it is necessary to conduct a differential diagnosis, additional diagnostic tests. Despite the development of modern technical diagnostic tools, the process of clinical examination has not lost its importance.

According to world statistics, inflammatory diseases of the uterus appendages occur in every tenth woman of reproductive age, among them purulent processes are detected in 15-30%. Currently, the vast majority of patients with purulent inflammatory diseases of the uterus appendages (GVPM) are women of early and middle fertile age, which is mainly due to an increase in the frequency of IHGPP.

Among the many issues related to the study of the problem of HDLHE, a special place belongs to the improvement of diagnostics and the implementation of operational benefits in patients with unrealized reproductive function, when, on the one hand, it is necessary to ensure the adequacy of the intervention, on the other - to preserve, if possible, genital organs.

Currently, there is no consensus on the medical and organizational aspects of the management of these patients, taking into account the long-term results. It should be noted that the industry standards for emergency care for gynecological patients are imperfect, the recommendations for their management are not clear enough.

This indicates the urgency of the problem, the need to develop more informative diagnostic criteria and tactics, as well as the adequacy of a comprehensive, phased strategy for maintaining this cohort of women in reproductive age.

Purpose of the study

Improving the diagnosis and results of surgical treatment of patients of reproductive age with purulent inflammatory diseases of the uterus.

Materials and methods

to solve the tasks we examined, 55 patients were diagnosed with purulent inflammatory diseases of the uterus.

Results and discussion

As a result of the treatment, all patients with PID had a clinical recovery. The average duration of treatment in patients of the 1st group was (M ± M) 15.3 ± 0.4 days, and in patients of the 2nd group - 17.1 ± 0.5 days.

Analysis of the long-term results showed that with treatment according to the proposed program, complete recovery of patients with acute VZPM occurred in 91.8% of observations, improvement in 8.2% of patients, which was significantly higher than when using traditional methods (p <0, 0001). When women were supervised according to the developed scheme, no cases of transition of the acute inflammatory process to the chronic one were observed.

Conclusions

1. In most cases, inflammatory diseases of the uterus appendages are characterized by a blurred course of the inflammatory process, without significant disruption of the general condition, as well as low informativity of generally accepted laboratory research methods, in 74.5% of patients they follow the exacerbation of the chronic inflammatory process and in 72 8% - develop on the background of dysbiotic conditions of the vagina.

2. The developed and proposed management tactics for patients with nonspecific inflammatory diseases of the uterus appendages, including two-stage antibiotic therapy, as well as three stages of the rehabilitation of reproductive function, has high clinical efficacy, reduces the number of complications and prevents the possibility of the disease becoming chronic, thereby contributing to maintaining in many patients with this pathology of reproductive function.

LITERATURE:

1. Utkin E.V. The system of measures for the rehabilitation of reproductive function in the treatment of inflammatory diseases of the uterus appendages / E.V. Utkin, T.A. Vashchenkova // Bulletin of the SB RAMS. - 2008. - Appendix №1. - pp. 88-92.
2. Utkin E.V. Modern features of the clinical course of inflammatory diseases of the uterus appendages / E.V. Utkin, V.A. Kulavsky // Actual issues of obstetrics and gynecology. - Krasnoyarsk, 2008. - p. 146-149.
3. Antonova L.V. Acute inflammatory diseases of the uterus appendages (etiology, clinic, diagnosis, therapy): Author. dis. ... Dr. med Sciences: 14.00.01. - M., 1990. - 52 p.
4. Dolgov G.V. Purulent-inflammatory complications in operative gynecology. Prediction Prevention. SPb: "ELBI - SPb". - 2001. - 173 s.
5. El-Kharabshek Hussein. The state of the proteolytic system in patients with cancer of the kidney, bladder and prostate: Author's abstract. dis. candidate honey Sciences: 03.18.01 / Vitebsk State. honey. the university. - Vitebsk, 2000. - 17 p.

Поступила 28.03. 2019

УДК 618.1:616.07 (584.5)

OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF PREGNANCY WITH GOOD-QUALITY TUMOR TUMORS

Islamova Z.K.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Common cause of ovarian tumors is a number of complication during pregnancy and childbirth, and the best option is to indentify treatment before pregnancy. Morphological research of ovarian tumors in pregnant women. Showed that during pregnancy, ovarian tumors of banning predominate epithelial tumors, in particular serous custadenoma and among the tumor formation of ovarian lute in cysts.

Key words: common cause, ovarian tumors, ovarian, child birth.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Морфологическое исследование опухолей яичников у беременных женщин показало, что во время беременности среди доброкачественных опухолей яичников преобладают эпителиальные опухоли, в частности серозные цистаденомы, а среди опухолевидных образований яичников лютеиновые кисты.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, опухолевидные образования яичников, беременность.

ТУХУМДОН ЯХШИ СИФАТЛИ ЎСМАЛАРИ МАВЖУД ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ДАВОЛАШ МАСАЛАЛАРИ

Исламова З.К.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ҳомиладор аёллардаги овариал шишларнинг морфологик текшируви ҳомиладорлик пайтида, тухумдонлар шишларига эпителял ўсмалари, хусусан, сероз цистаденомалар ва тухумдонларнинг лутеал кистларининг ўсимтага ўхшаш шаклланиши таъсир қилади.

Калит сўзлар: яхши сифатли ўсмалар, тухумдоннинг ўсмасимон ҳосилалари, ҳомиладорлик.

The urgency of the problem

Benign ovarian tumors (mildew) - one of the urgent problems of modern reproduction, which ranks second among all tumors of the female genital organs. The social and medical significance of this pathology is associated with an increase in the incidence of this pathology in women of reproductive age over 10 years from 6 to 25% [2.4].The relationship of benign tumors and ovarian tumor formations with pregnancy, on the one hand, can provoke the development of severe complications due to the tumor process itself (rupture of the cyst capsule, torsion of the ovarian cyst, possibility of malignancy), on the other hand, have an adverse effect on the course of pregnancy (compression of small pelvis, mechanical obstruction in childbirth for the fetus, the presence of a permanent threat of termination of pregnancy, premature birth). In 11-15%, benign ovarian tumors form the main indications for surgical treatment, which certainly affects the reproductive potential of women. Benign ovarian tumors in pregnancy occur 3-5 times more often than malignant [1,5,7]. In the absence of clinical symptoms, a diagnosis is often first established when a pregnant woman is registered, or when an ultrasound screening is performed in the first trimester of pregnancy [3,6]. The question of the feasibility of planned treatment of MU during pregnancy remains today discussed and debatable.

Clear data on specific factors that provoke the development of benign ovarian formations during pregnancy have not been identified. Most tumors are not associated with the development of pregnancy, but can occur both during pregnancy and in the postpartum period. The incidence rate ranges from 2.2 to 5%. Often, pathological changes in the ovaries precede the onset of pregnancy. Theoretically, immunosuppressant that develops during pregnancy may contribute to the development and development of ovarian tumors. A number of studies have shown that with the onset of pregnancy, especially in the second half of it, for most women, benign lesions of a large size that can cause torsion or rupture of the ovarian capsule pose a potential danger. On the other hand, an analysis of the course of pregnancy in women showed an increase in the frequency of threatened abortion in the first and second trimester of pregnancy, compression of the pelvic organs, and the occurrence of a mechanical obstruction during birth for the fetus [5].

But it is during pregnancy that the surgical treatment of benign ovarian formations, in conjunction with other factors, can form various gestational complications, affecting prenatal outcomes. The possibility of diagnosing and correcting this pathological condition during pregnancy has not been fully studied, and the outcome of pregnancy largely depends on the development of new

and improvement of existing methods for diagnosing the disease, prevention, the effectiveness of treatment at a critical time of pregnancy and predicting the prenatal outcome.

In this regard, an in-depth study of the factors influencing the development of prenatal complications in pregnant women with benign ovarian formations, their prognosis and prevention become important medical and social importance [2].

To date, researchers have identified a number of factors that increase the risk of complications in pregnant women with benign ovarian formations. Having systematized and examined these factors, it is possible to create a model for predicting prenatal outcomes, which is of interest both for a practicing obstetrician-gynecologist and for health authorities, defining the purpose of our work.

Purpose of the study

Improve prenatal outcomes by optimizing the management of pregnant women with benign ovarian tumors, in depending on the timing of the surgical treatment, based on the identification of prognostic risk factors for the development of gesgation complications.

Materials and research methods

To achieve the goal and solve the research problems, we carried out a comprehensive clinical and laboratory examination of 150 pregnant women: of these, 100 patients made up the main group and 50 healthy pregnant women. In the period from January 2017 to December 2018, a prospective study was carried out in two directions to develop and substantiate an optimized approach to managing pregnancy in patients with benign ovarian tumors.

The results of the study and their discussion

According to the results of the analysis of the primary medical documentation, the age, somatic, obstetric-gynecological anamnesis, pregnancy course, fetal and fetal, birth and newborn state were assessed. All pregnant groups surveyed were comparable to the parity of pregnancy, somatic, obstetric-gynecological history.

The age of pregnant women in the main group and the comparison group ranged from 23 to 37 years and averaged 29.7 ± 1.3 years.

Analysis of gynecological morbidity indicated a low incidence of inflammatory genital pathology (chronic adnexitis, endometritis) 14% in patients of group I, 12% in patients of group II, did not occur in the control group of this pathology, which did not have statistically significant differences.

When summarizing the results of the course of the first trimester of pregnancy during the MUH, we identified a high frequency of obstetric complications. The leading complication of pregnancy I trimester in the studied groups is threatened miscarriage, which was diagnosed in 39 (78%) pregnant women of group I, in 26 (52%) in group II, (p1> 2> 0.05), many times exceeding the group indicator control 2 (4%) (pu <0.001; p2.3 <0.001). Permanent threat of termination of pregnancy among patients of groups I and II - 12 (24%) cases, compared with 5 (10%) in group II, where p, .2 <0.05, p,.} <0.001, in the control group This situation was not recorded. The development of the risk of miscarriage during pregnancy accompanied by MILK during it may be due to the development of deficiency of the corpus luteum, which leads to disruption of the secretory transformation of the endometrium while the ovarian reserve decreases, after surgical treatment, followed by impairment of the implantation process and embryo development. Treatment and rehabilitation in day hospital facilities for anemia, toxicosis of the first half of pregnancy were received by 17 (34%) pregnant women of group I, 19 (38%) of group II and 6 (12%) of pregnant women from the control group, p1.2 <0 , 05; p1, h <0.05, p2, h <0.05.

In the second trimester, a decrease in the frequency of threatened miscarriage was not observed compared with the indicators of the first trimester, however, a significantly more threatening miscarriage continues to be registered in pregnant women of the first group. East myco-cervical insufficiency was registered in 2 (4%) in group I, in group II in 3 (6%), (p1.2> 0.05), in the control group did not occur. All patients needed surgical correction of the ICN. Early (10%) of group II, and only in 1 (2%) in the control group (p, 2> 0.05, p1> 3 <0.001, p2 3 <0.001). At the same time, only 5 (10%) pregnant women of group I, 2 (4%) from group II (p!, 2> 0.05) were hospitalized to the department of pathology of pregnant women. The remaining pregnant women were treated for preeclampsia in day hospital conditions.

During the examination in the I and II trimester, according to the data of the echo graphic study, all patients of the main group were identified with milking. In accordance with the indications for planned operative treatment (lack of effect from conservative treatment of recurrent pain syndrome in combination with a permanent threat of miscarriage, bilateral localization of WED, growth of education in the dynamics according to ultrasound, education size more than 10 cm), laparoscopic surgical correction was performed access to the optimal gestational period - 16.3 ± 0D weeks.

According to the results of the histological study of remote distant zones, respectively, mature teratoma 12 (24%), serous cystadenomas 16 (32%), yellow body cyst 10 (20%), endometrioid cyst 9 (18%), undifferentiated tumor formation 3 (6%) met.

Complications of the third trimester were preeclampsia of varying severity with prevalence of hypertension in pregnant women of group I in 9 (18%) cases, in group II 7 (14%).

The overall weight gain for pregnancy in the studied groups had statistical differences, so it was 12.1 ± 0.6 kg in group I, 13.4 ± 0.5 kg in group II, and 9.5 ± 0.8 kg in control group where p and <0.05, p 1-3 <0.03, p 2.3 <0.001.

When analyzing the data for risk prediction, it was noted that different risk factors have different effects on the level of perinatal morbidity. To identify and assess the risk factors for the development of antenatal and intrapartum complications in patients with DRU we used a specific analysis with the construction of a decision rule based on the learning algorithms implemented in the KVAZAR program, taking into account the informative character of the trait.

Based on priority risk factors and mathematical calculations using the discriminate analysis method, we

compiled a table "Prognostic risk factors and comparative informational content of signs on the development of perinatal complications in pregnant women with benign ovarian tumors", including fourteen "leading" signs of the development of complications of gestation with benign tumors ovaries. All newborns from mothers with MUH were divided into three groups according to perinatal outcome: Group I - with a low degree of complications, Group II - a group with a high degree of complications.

Thus, a multivariate analysis of the causes of the development of pregnancy complications in patients with mildew showed that the leading factor in the development of adverse outcomes is surgical treatment in the second trimester (main group) regarding DRY during pregnancy. In the comparison group, there was a greater effect on perinatal outcomes of non-specific factors, such as the permanent threat of termination of pregnancy, severity of preeclampsia, impaired uteroplacental blood flow during dopplerometry in the period 28-36 weeks, activation of viral-bacterial infection (including ARVI), operative treatment, about the mildew before the present pregnancy.

Presents a method for predicting perinatal outcomes in pregnant women, with a history of arthritis or during this pregnancy is effective in application from the II trimester.

Presents a method for predicting perinatal outcomes in pregnant women, with a history of arthritis or during this pregnancy is effective in application from the II trimester.

We developed the prediction of prenatal status of newborns with MUK, depending on the timing of surgical treatment, allowed us to formulate a prognostic algorithm for monitoring pregnant women with MU.

In order to evaluate the effectiveness of the predictive algorithm proposed by us, the second stage of the study was conducted. The perinatal outcomes in 30 pregnant women, after surgical treatment, were analyzed for the MU during pregnancy.

The main group, 1a, was represented by 15 pregnant women who were operated on during pregnancy for benign ovarian tumors. The group conducted a full range of pregravid preparation, clinical and laboratory examinations, management and treatment according to the algorithm developed by us.

Group 2a (comparisons) - 15 pregnant women with the pathology under consideration and those who did not complete a full course of examination and treatment according to the developed algorithm.

Thus, the analysis of the data obtained by us suggests that carrying out the full range of clinical and laboratory examinations before and during gestation, the stage-by-stage pregnancy management, taking into account the presence of the patient MU and the terms of surgical treatment, reduced the incidence of miscarriage by 1.6 times, improvement of neonatal adaptation and quality of health of newborns, by reducing the severity of symptoms of maladaptation 2.2 times, reducing the hypotrophy of newborns by 2.5 times; reduce neonatal infection 2.2 times.

Conclusion

1. In the course of the study, the features of the course of pregnancy, childbirth, and the postpartum period in patients with benign ovarian tumors were revealed, depending on the timing of surgical treatment. As a result of studying the features of the course of pregnancy in patients with mortality and congenital malformations, a high percentage of gestational complications were found, among which dominate 46%, 12% miscarriage and 16%, 8% development of placental insufficiency in groups.

2. Perinatal outcomes were evaluated for benign ovarian tumors, depending on the timing of surgical treatment. Evaluation of perinatal outcomes revealed pathological conditions of newborns from mothers with mildew: 14% growth retardation according to the hypotrophic variant, 12%, 6% hypoxic-ischemic damage of the central nervous system, infections of the perinatal period in 8% in the main group

3. Based on the identification of risk factors for the development of perinatal complications during pregnancy in patients operated on for benign ovarian tumors, a rule has been drawn up for predicting perinatal well-being. Risk factors in the development of intranatal and postnatal complications for the main group were: operative treatment, regarding DRF during the second trimester of pregnancy (pr1-0.904); the presence of ovarian formation of large sizes (from 10 to 15 cm) (pr2-0.811); violation of uteroplacental blood flow with dopplerometry in the period of 16-36 weeks (rgZ-0.570); manifestation of thrombophilia (rg4-0.470); the ratio of estriol to proges-

Theron (rg5-0.437). Risk factors in the development of intranatal and postnatal complications for the comparison group were: the permanent threat of abortion (pregnancy-0.937); severity of preeclampsia (rg2-0.678); violation of uteroplacental blood flow with dopplerometry in the period of 28-36 weeks (rgZ-0.527); activation of viral-bacterial infection (including ARVI) (pr4-0.223); operative treatment, for MILK to the present pregnancy (wg5-0.178)

4. A differentiated algorithm for monitoring pregnant women who have undergone surgical treatment for benign ovarian tumors during a real pregnancy, or in history, taking into account the variant of the prediction of perinatal outcome, has been developed and introduced into obstetric practice. Includes a differentiated approach to the tactics of pregnancy management in patients with MILF.

5. Perinatal outcomes in pregnant women with MUH operated during pregnancy and observed in accordance with the proposed algorithm did not differ in terms of perinatal outcomes from the corresponding indicators in pregnant women with a physiological course of gestation, which indicates the effectiveness of the developed algorithm for managing pregnancy with benign ovarian tumors.

LITERATURES:

1. Buyev Yu.E. Diagnostic value of TGF-pi in assisted reproductive technologies and tumor processes of the genital organs / C.B. Tsyganenko, Yu.E. Buyev // Proceedings of the 65th All-Russian Scientific-Practical Conference of Young Scientists and Students with International Participation "Actual Issues of Modern Medical Science and Healthcare". - Ekaterinburg, 2010. - P.37-38.
2. Buyev Yu.E. Diagnostic value of inhibin-B in a burdened pregnancy / C.B. Tsyganenko, Yu.E. Buyev, O.S. Grebneva, T.A. Menshenina, N.V. Konovalova // Proceedings of the 68th open scientific-practical conference of young scientists and students with international participation "Actual issues of modern medicine." - Volgograd, 2010. - p. 240-241.
3. Buyev Yu.E. Experience of using tranexamic acid in the treatment of placental abruption of the second trimester of pregnancy / M.Yu. Zilber, C.B. Tsyganenko, Yu.E. Buyev, O.S. Grebneva, N.V. Konovalova // Proceedings of the final anniversary scientific session of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Professional Training Institute of the Higher Professional Education of the Urals State Medical Academy and the Federal State Research Institute of Medical Sciences "Successful reproduction - the path from doctor to patient." - Ekaterinburg, 2010. - p. 198.
4. Buyev Yu.E. Preventive diagnosis of tumors and tumor-like formations of the ovaries in IVF programs / M.Yu. Zilber, C.B. Tsyganenko, Yu.A. Zhuravleva, Yu.E. Buyev // Ural Medical Journal (Oncology) No. 12 (77). - Ekaterinburg, 2010. - p. 60-63.
. Buyev Yu.E. TGF pi, as a factor in the diagnosis of placental insufficiency / M.Yu. Zilber, C.B. Tsyganenko, Yu.E. Buyev, O.S. Grebneva, N.V. Konovalova, T.A. Menshenin // Proceedings of the XI All-Russian Scientific Forum "Mother and Child". - Moscow, 2010. - P.76.
6. Buyev Yu.E. Differentiated approach to the appointment of hormone therapy in the early stages of gestation after IVF and PE / M.Yu. Zilber, C.B. Tsy - Ganenko, Yu.E. Buyev // Ural Medical Journal (Gynecology) No. 4 (82). -Yekaterinburg, 2011. - p. 50-53.
7. Buyev Yu.E. Condition of the placental complex in pregnancy complicated by benign ovaries / Yu.E. Buyev, M.Yu. Zilber, A.A. Krotova // Ural Medical Journal (Gynecology) No. 6 (98). - Ekaterinburg, 2012, -C.100-104.

Поступила 29.03. 2019

УДК: 616.839+616.211-002.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУТЕЙ ЛИМФОТОКА ИЗ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У СОБАК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов К., Касимов Х.К, Юсупов М.М., Улмасов Б., Усмонова Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Применение антибиотиков и других антибактериальных препаратов при лечении гнойных заболевание ЛОР органов путем перорального, внутримышечного и даже внутривенного введения не всегда оказывает достаточный эффект. Основной причиной этого является невозможность при использовании традиционных методов создания эффективной дозы лекарственного препарата с достаточной экспозией в очаге воспаление.

Преимущества лимфологических методов терапии, с учетом роли лимфатической системы при развитии воспаления ЛОР-органов, послужили толчком для проведения экспериментальных исследований с целью уточнения строения лимфатической системы носа и околоносовых пазух ее связей с лимфатическими сосудами других органов и обоснования возможностей проведения лимфатической терапии при заболеваниях околоносовых пазух.

Ключевые слова: лимфоток, околоносовых пазух, эксперимент, собака.

ИТЛАРДА БУРУН ВА БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИНИ ЭКСПЕРИМЕНТ ЎТКАЗГАН ҲОЛДА ЛИМФА ОҚИМИ ЙЎЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Касимов К., Касимов Х.К, Юсупов М.М., Ўлмасов Б., Усмонова Н.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

ЛОР аъзоларининг йирингли касалликларида турли антибиотик дори препаратларини перораль, мускул ичига, ва ҳаттоки вена ичига юбориш усули ҳам етарли даволавчи самарани бермайди. Бунинг асосий сабаби анъанавий даволаш усулларини қўллаб ҳам яллиғланиш ўчоғига етарлича препарат миқдорининг етиб бормаслигидадир.

Даволашнинг лимфологик усули асосан, ЛОР органларининг яллиғланиш жараёнларини ривожланиб боришида, бурун ва унинг ёндош бўшлиқларини лимфа тизимини бошқа органлар лимфа томирлари билан алоқасини экспериментал текширувларида ва бурун атрофи бўшлиқларини лимфатерапия усулларини қўллашда ишлатилади.

Калит сўзлар: лимфа оқими, бурун ёндош бўшлиқлари, эксперимент, итлар.

DETERMINATION OF THE PATH OF THE LYMPHOLUS OF THE NOSE AND STEREOUS SINUM IN DOGS IN EXPERIMENT

Kasimov K., Kasimov Kh.K., Yusupov M.M,, Ulmasov B., Usmonova N.A.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The use of antibiotics and other antibacterial drugs in the treatment of purulent diseases of the ENT organs by oral, intramuscular and even intravenous administration does not always have a sufficient effect. The main reason for this is the impossibility of using traditional methods to create an effective dose of a drug with sufficient exposure to inflammation in the focus.

The advantages of lymphological therapy, given the role of the lymphatic system in the development of inflammation of the upper respiratory tract, served as an impetus for experimental studies to clarify the structure of the lymphatic system of the nose and the paranasal sinuses of its connections with the lymphatic vessels of other organs and to substantiate the possibilities of conducting lymphatic therapy for diseases of the paranasal sinuses.

Key words: lymph flow, oolonosal sinuses, experiment, dog.

Актуальность

Применение антибиотиков и других антибактериальных препаратов при лечении гнойных заболевание ЛОР органов путем перорального, внутримышечного и даже внутривенного введения не всегда оказывает достаточный эффект [2,3,4]. Основной причиной этого является невозможность при использовании традиционных методов создания эффективной дозы лекарственного препарата с достаточной экспозией в очаге воспаление.

В последнее время в литературе появились работы в которых показана высокая эффективность лечения воспалительного процесса путем эндолимфатического и лимфотропого введения лекарственных препаратов, в частности, антибиотиков [1,2,5,6,7]. Как показали экспериментальные и клинические исследования Ю.И.Бородина и В.Н. Григорьева (1986), К Касимов с соавт., (2017) и др. эндолимфатическое введение антибиотиков позволяет направленно действовать на возбудитель блокирующий пути распространения инфекции, концентрировать лекарственные препараты в большом количестве и на длительный срок (до 48-72 часов) в лимфатической системе.

Преимущества лимфологических методов терапии, с учетом роли лимфатической системы при раз-

витии воспаления ЛОР-органов, послужили толчком для проведения экспериментальных исследований с целью уточнения строения лимфатической системы носа и околоносовых пазух ее связей с лимфатическими сосудами других органов и обоснования возможностей проведения лимфатической терапии при заболеваниях околоносовых пазух.

Цель работы: Экспериментально определение путей и закономерностей лимфотока из носа и околоносовых пазух у собак.

Материал и методы

С целью изучения путей оттока из околоносовых пазух нами проведены исследования в эксперименте на 26 беспородных собаках. Изучено распространение красящего вещества из слизистой оболочки носа и верхнечелюстной пазухи и лимфатическим сосудам. В первой серии опытов собакам под внутривенным тиопенталнатриевм наркозом производили "Т"-образный разрез ниже глав, обнажали кость. Не разрушая слизистой оболочки пазухи, снимали костную пластину в области проекции верхнечелюстной пазухи.

В толщу слизистой оболочки очень медленно вводили синюю массу Герота до 0,5 мл в подогретом до 37-40С виде прослеживали пути ее распространения. Животные (собаки) забивались через 15 минут, 30 минут, 60 минут, и 120 минут [4] после инъекции красящего вещества. При этом изучались слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи и носа, а также лимфатические узлы следующих групп: подчелюстные, заглоточные и яремные.

Результаты и обсуждения

На трупах животных, а в последующем после препаровки узлов, изучались внеорганные пути транспорта лимфы, а также степень окрашивания названных групп узлов. Из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи носа с заполненными краской лимфатическими сосудами готовились просветленные препараты, которые изучались под бинокулярным микроскопом.

Лимфатические сосуды слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи располагается в два слоя: поверхностные лимфатические сосуды диаметром 0,1-0,2мм прилегают непосредственно к эпителиальному слою слизистой. Глубокая лимфатическая сеть расположена в собственном слое и несколько крупнее в размере - 0,3-0,6 мм.

Поверхностные и глубокие лимфатические сосуды образуют густую сеть анастомозов.

В слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи лимфатические сосуды имели двухслойную сеть, образованную слияниями и анастомозами между лимфатическими капиллярами и собирательными сосудами двух, а чаще трех порядков. Несмотря на наличие многочисленных анастомозов, ориентация сосудов всегда вырисовывалась довольно четко, а следовательно определялось направления лимфотока. Следует отметить, что наибольшая развитость лимфатической сети наблюдается в собственном слое слизистой оболочки и это подтверждается гистологическими исследованиями препаратов.

Собирательные лимфатические сосуды, по мере их укрупнения , направляются в сторону выводных отверстий, через неоторые они в конечном счете вступают в полость носа. При этом красящее вещество заполняло лимфатические сосуды на латеральной стенке полости носа, в проекции средних и нижних носовых ходов и далее в направлении к хоанам. Часть отводящих внеорганных лимфатических сосудов впадает в заглоточные лимфатические узлы. Последние находятся в заглоточном пространстве перед позвоночной фасцией в количестве не более 2-3. От заглоточных лимфатических узлов, лимфа оттекает в яремные лимфатические узлы.

В лимфатические сосуды иной направленности через круговые мышцы рта через костные отверстия собачей ямки направляются из пазухи лимфа к подчелюстным лимфатическим узлам. Подчелюстные лимфатические узлы в количестве до трех находятся под нижней челюстью. От них лимфатические сосуды несут лимфу в шейные лимфатические узлы.

Следует обратить внимание, что у всех 8 собак отмечено проникновение красящего вещества, введенного в слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, в ткани вокруг глазницы и слизистой оболочки полости рта. Эти данные говорят о наличии анастомозов между лимфатическими сосудами носа и околоносовых пазух с лимфатическими сосудами рта и глазницы.

Окрашивание подчелюстных, заглоточных, шейных и яремных лимфатических узлов и степень проникновения в них массы Герота были различны у разных групп собак и это зависило, главным образом, от количества введенной краски и длительности нагнетания последней. При всех условиях существует определенная закономерность и очередность проникновения краски в различные группы региональных узлов. В первую очередь, краска проникает в заглоточные и подчелюстные лимфатические узлы, через 15 минут после введения красящего раствора в слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи они приобретают темно-синюю насыщенную окраску, а яремные и шейные узлы в это время заполняются частично и содержат малое количество краски. При извлечении из трупа животных лимфатических узлов через 30 минут после инъекции оказалось, что все группы узлов были окрашены в одинаковой степени, данные аналогичного окрашивания обнаружены через 60 и 120 минут после введения краски в слизистую оболочку пазухи.

Заключение

Таким образом, у собак отток лимфы из верхнечелюстной пазухи имеет три направления:

1- По лимфатическим сосудам, идущим к подчелюстным лимфатическим узлам;

2- По лимфатическим сосудам полости носа к заглоточным лимфатическим узлам;

3- По лимфатическим сосудам, идущим через полости носа, минуя заглоточные лимфатические узлы, прямо к шейным узлам.

Полученные нами экспериментальные данные, и сведения других авторов дали возможность более подробно изучить топографическо-анатомическую структуру лимфатической системы носа и околоносовых пазух и их взаимосвязь с лимфатической системой других органов. Основываясь на них, определены основные пути транспорта лимфы из полости носа и его пазух, а также намечены рациональные области приложения средств лимфатической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джумабаев Э.С. Касимов К., Экспериментальное обоснование подчелюстной лимфотропной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях головы и шеи. //Международный журнал"Limpha"М.2018.№1(5). Стр.35-37.
2. Касимов К., Касимов Х.К., Каримова З.Х. Экспериментальное изучения путей лимфотока из носа и околоносовых пазух у собак //Международный научно-практический журнал "Теория и практика современной науки" Саратов 2018. Стр 55-58.
3. Пискунов В.С., Мезенцева О.Ю. Функциональные и морфологические изменения слизистой оболочки при деформации перегородки носа. //Вестн. Оториноларо., 2011., № 1. Стр.13-15.
4. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захаров Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. /Метод. рекомендации Санкт-Петербург 2005; 39 стр.
5. Шахова Е. Г., Козловская С.Е. Непрямая лимфотропная терапия препаратом поликатан хронического тонзиллита у лиц с заболеваниями щитовидной железы. //Вестн. Оториноларо. 2009. № 5. Стр.4-6.
6. Шейхаметов Л.А. Регионарная лимфотропная терапия при острых и хронических тонзиллитах: /Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Ташкент. -2001.-С. 2-3.
7. Brook I. Bacteriology of chronic maxillary sinusitis in adults. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989: 6: 426-428.

Поступила 30.03. 2019

УДК: 616.839+616.211-002.193-056.3-053

ЛЕЧЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Касимов Х.К., Касимов К., Усмонова Н.А., Рахимов С.Х., Салиохунова Х.

Андижанского государственного медицинского института.

✓ ***Резюме,***

Ринит является одной из наиболее частых причин обращения к врачу (педиатру, оториноларингологу, аллергологу). Затруднение носового дыхания может происходить у детей самых разных возрастов. Доставляя массу беспокойства родителям младенцев и самим малышам, оно препятствует процессу поступления пищи и нарушает сон, значительно снижает качество жизни детей разного возраста, особенно школьников.

Симптомы ринита могут сопровождать и редкие патологические состояния, и являться признаком банальной простуды. При этом жалобы на затруднение носового дыхания - нередко самые частые как для самих маленьких пациентов, так и для детских специалистов.

Ключевые слова: - Острый риносинусит, аллергический ринит, дети.

АЛЛЕРГИК РИНИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР СИНУСИТНИ ДАВОЛАШ ВА КЛИНИК КЕЧИШИ

Касимов Х.К., Касимов К., Усмонова Н.А., Рахимов С.Х., Салиохунова Х.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ринит қуйидаги шифокорларга (педиатрлар, оториноларингологлар, аллергологлар) га кўплаб мурожаатлар қилишга сабаб бўладиган касалликлар қаторига киради. Нафас олишнинг қийинлашуви боланинг турли ёшларида учраши мумкин. Ота-оналарни болалар томонидан айниқса, кичик ёшдагиларда ушбу касалликни кўплаб учраши, кўп таҳликага соладиган, иштаҳасига таъсир қиладиган, уйқусини бузиб ҳаёт тарзига таъсир қиладиган касаллик саналади. Ринитнинг симптомлари бошқа турли патологик ҳолатлар билан қўшилиб келади. Кўпинча оддий яллиғланиш билан қўшилиб келади. Ушбу шикоятлар ичида нафас олишнинг қийинлашуви, айниқса кичик ёшдаги болаларда тез ва кучли асоратлар билан кузатилиши болалар мутахассисининг ҳам оғир асоратларга олиб келувчи омил сифатида эътиборини тортади.

Калит сўзлар: ўткир риносинусит, аллергик ринит, болалар.

TREATMENT AND CLINICAL FLOW OF ACUTE SINUSITIS IN CHILDREN WITH ALLERGIC RHINITIS

Kasimov H.K., Kasimov K., Usmonova N.A., Rakhimov S.Kh., Saliohunova X.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Rhinitis is one of the most frequent reasons for going to a doctor (pediatrician, otorhinolaryngologist, allergist). Obstruction of nasal breathing can occur in children of all ages. Delivering a lot of anxiety to the parents of babies and the children themselves, it impedes the process of food intake and disrupts sleep, significantly reducing the quality of life of children of different ages, especially schoolchildren.

Symptoms of rhinitis may be accompanied by rare pathological conditions, and may be a sign of a common cold. At the same time, complaints about the difficulty of nasal breathing are often the most frequent, both for the young patients themselves and for the children's specialists.

Key words: - Acute rhinosinusitis, allergic rhinitis, children.

Показатель	Пе набл

Актуальность

Вопросы диагностики и лечения риносинуситов до сих пор остаются одной из нерешённых проблем в оториноларингологии. В настоящее время, уровень острых и хронических риносинуситов держится высоко, так как профилактика их и их осложнений не до конца разработана. На возникновение и течение острых синуситов существенное влияние оказывают различные эндогенные и экзогенные факторы, такие как аллергены, и реагенты окружающей среды, также он может иметь инфекционную, вирусную, бактериальную или грибковую этиологию.

Острый риносинусит в 2-10% случаев имеет вирусную этиологию, а в 10-12% аллергическую и в 80-88% случаев вызывается бактериями. Аллергический ринит (АР) является одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита. По данным ряда авторов (Ильина Н.И.1999,Ткаченко В.И.2013) у 94%-97% детей с АР встречается воспаление околоносовых пазух.

В последние годы, АР как проблема приобретает большую значимость из-за его высокой распространенности среди населения (от 10% до 40%), особенно в детской популяции. Согласно данным официальной статистики, АР встречается у 9%-25% детей 5-8 лет (Абдукадыров К.Р. с соавт 2010).

Воспаление и отек слизистой оболочки носа у детей с аллергическим ринитом могут привести к обструкции дренажных путей пазух носа и последующему присоединению бактериальной флоры. На фоне аллергии инфекционные и гнойно-воспалительные процессы протекают бурно и часто дают тяжелые осложнения. В настоящее время для лечения детей с острым синуситом на фоне АР существуют различные эффективные методы терапии (Арифов С.С., Алиева В.Ш.2009,Кунельская Н.Л. с соавт. 2012,Кулимбетов А.С. с соавт.2015; Abbanat D., 2003; Hauptman G., 2004), однако несмотря на достигнутый успех, частота перехода в хроническую форму не уменьшается, часто возникают тяжёлые осложнения, которые в итоге приводят к инвалидности.

Таким образом, проблема изучения формирования, клинического течения, лечения острых синуситов у детей с АР является одной из значимых аспектов в оториноларингологии.

Цель исследования: Изучить особенности течения и разработать новые подходы комплексного лечения, прогнозирования острых синуситов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 46 больных острым синуситом на фоне АР в возрасте от 5 до 18 лет. При постановке диагноза АР и определении его формы придерживались МКБ -10 и классификации ВОЗ.

Среди обследованных больных у 29 (63%) диагностирован острый гайморит, у 14 (30,4%) гайморо-этмоидит и у 3 (6,6%) гемисинусит. Комплекс обследования больных включал сбор анамнеза, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, эндоскопия полости носа и рентгенография придаточных пазух носа. С целью уточнения АР проводили клинико-аллергологическое обследование согласно медицинским стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы.

Острый риносинусит (ОРС) на фоне АР это острое воспаление слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух, для которого обязательными являются наличие двух или более симптомов, таких, как заложенность носа, наличие выделений из носа и по задней стенке глотки, а дополнительными признаками боль или давление в области лица и гипосмия или аносмия. Эндоскопически: слизистая полости носа отечная, слизисто-гнойное отделяемое в области среднего и общего носового хода. У детей, кроме затрудненного носового дыхания, о синусите может свидетельствовать кашель, который возникает при раздражении слизисто-гнойным отделяемым задней стенки глотки.

Клиническое течение острого синуита имеет ряд особенности: у старших детей заболевание протекает как у взрослых, а у младших детей часто протекает малосимптомно, их беспокоит периодическое затруднение носового дыхания без приступов чихания и обильных выделений из носа.

Для оценки клинических проявлений заболевания пользовались Европейскими рекомендациями по риносинуситу (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps) EPOS. При этом предлагается использовать визуально-налоговую 10-бальную шкалу. Легкой степени заболевания соответствует значение шкалы от 0 до 3 баллов, средней степени тяжести - от 4-7 баллов, тяжелое течение более 7 балов.

В первой группе 29 (63%) больных, легкого течения (до 3 баллов по шкале), отмечались жалобы на легкую головную боль, слабость, гипосмию, заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носа и носоглотки, температура тела в пределах 37 С. На рентгенограммах пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи.

Среднетяжелое течение у 14 (30,4%) больных (в среднем 5 балов), головные боли были более интенсивными, при пальпации в проекции пораженной пазухи отмечалась болезненность. Постоянная заложенность носа, гнойные выделения из носа, слабость, гипосмия и температура тела в приделах 37-38 С. На рентгенограммах полное затемнение пазухи, а у некоторых из них даже отмечался уровень жидкости в проекции пораженной

При тяжелом течении у 3 (6.5%) больных (10 балов по шкале), постоянная головная боль и боли в проекции пораженной пазухи, гнойные выделения из носа и носоглотки были постоянными, температура тела 38 С и выше, общая слабость, аносмия. На рентгенограммах тотальное затемнение более двух пазух. В тоже время у этих больных наблюдались орбитальные осложнения в виде реактивного отека орбиты. В анализах крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Лечение острого риносинусита (ОРС) у детей с АР проводилось соответственно тяжести заболевания. В настоящее время, одним из эффективных методов терапии острых синуитов является промывание полости носа солевым раствором, и оно вошло в стандарты лечения европейских и американских сообществ оториноларингологов. Исходя из этого, с целью элиминации вирусов и бактерий из полости носа и околоносовых пазух при лечении больных, проводили орошение полости носа солевым раствором "Дель-

фин". Для этого в одну половину носа вводили солевой раствор "Дельфин", а с другой половины его отсасовали с помощью электроотсоса. Манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур.

По рекомендации EPOS-2012 (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps) основным направлением в лечении синуситов остается топическая эндоназальная кортикостероидная терапия, особенно у больных с аллергическим ринитом в анамнезе. Выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие этих препаратов, приводит к уменьшению отека слизистой оболочки носа, восстанавливает проходимость просвета соустий околоносовых пазух. В связи с высокой эффективностью, с целью уменьшения выраженного воспаления и болевого синдрома при тяжелых случаях синуита, руководство EPOS (2012 г.) рекомендует использование кортикостероидов перорально коротким курсом. В качестве топического интраназального кортикостероида (ИКС) рекомендованы ряд лекарственных препаратов. Одним из них, является назальный спрей форинекс. В отличии от других ИКС нежелательных проявлений при применении форинекса (головная боль, сухость в носу, носовые кровотечения) по ходу лечения мы не наблюдали. При лечении спрей форинекс впрыскивали в каждую ноздрю 1 раз в сутки в течении 4-6 дней.

В последние время, в литературе многократно обсуждаются вопросы системного и особенно местного, применения антибиотиков при остром синуите. Категорически не рекомендуется введение в околоносовые пазухи, после их пункции, растворов антибиотиков, так как они предназначены для внутримышечного или внутривенного введения.

Для местного применения рекомендованы специальные формы антибиотиков, эндоназального введения в виде спрея. Интраназальное введение препарата способствует его проникании в труднодоступные области пазухи и, антибиотик непосредственно контактирует с микрофлорой в очаге воспаления. В нашей практике с целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли назальный антибактериальный топический спрей. Препарат относится к антибиотикам группы аминогликозидов и обладает бактериоцидным действием в отношении бактерий, возбудителей воспаления верхних дыхательных путей.

После промывания полости носа, спрей впрыскивали в каждый носовой ход 3 раза в день, в течение 4-6 дней.

В группе больных детей с тяжелым течением (3 больных) заболевания, помимо вышеуказанного лечения, дополнительно применяли перорально суспензию амоклана по 10 мл. 2 раза в день в течение 5 дней.

Комбинированные антибактериальные препараты, состоящий из амоксициллина и клавулановой кислоты, обладает широким спектром антибактериального действия. Препараты хорошо абсорбируется из желудочно-кишечного тракта и рекомендован для применения детям любого возраста.

Для оценки эффективности проводимой терапии мы использовали шкалу субъективных ощущений: в первую очередь динамику основных симптомов синусита (головная боль и боль в проекции пораженной пазухи, выделения из носа, затруднение носового дыхания, температура тела), общее состояние больного и динамика

Результат и обсуждения

На 4 й день проводимой терапии заложенности и выделения из носа исчезли у всех больных легкой и средней тяжести течения. Лишь у 2 больных детей с тяжелим течением, ёще отмечались периодические заложенности носа и слизистое выделения. Концу курса лечения (6 й день лечения) была отмечена отчетливая положительная динамика, объективных данных, уменьшились гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, характер отделяемого носовой полости. Только у 3 больных средней тяжести течения и у 3 больных с тяжелым течением еще наблюдались не большое отек слизистой периодические слизистое отделяемое из носа, хотя у них до лечения было гнойное отделяемое. Улучшилось динамика после лечения у 44 больных, общее состояние значительно улучшилось и полностью исчезли головные боли, слабость и гипосмия, дыхание через нос восстановилось, прекратились выделения из носа и носоглотки, нормализовалась температура тела. При риноскопии: слизистая полости носа розовая, носовые ходы чистые. Улучшение состояния достигнуто у 2 больных, у них также исчезли выше указанные симптомы, но периодически наблюдались слизистые выделения из носа, временами беспокоила заложенность носа.

Выводы:

1. Основопологающим фактором возникновения тяжело протекающего острого синусита у детей является аллергические проявление в плости носа.

На фоне аллергии происходить отек слизистой оболочки полости носа, при этом нарушается вентиляции и мукоцилиарной функции слизистой оболочки, что приводить скопление секрета в пазухах, который способствует вторичному инфицированию.

2. Основное направление в лечения острого синусита на фоне АР должно быть направленно на устранение аллергии, достижение стойкой бактерицидной эффекта антибактериальных препаратов, в носу и околоносовых пазух, улучшения дренажной и вентиляционной функции околоносовых пазух.

3. Достижение хороший и стойкий эффект при тяжелом течение заболеваний можно достичь применением не инъекционных а суспензии в виде спирея. Данный вид применение лечебных средств хорошо переноситься даже детям младщего возраста, что необходимо можно рекомендовать. в качестве средств выбора у детей с острым гнойным синуитом на фоне аллергии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арифов С.С.. Далиев А.Г., Хакимжонов К.Ш. Рапространенность, факторы риска развития, ключевые аспекты патогенеза аллергического ринита у детей. //Материалы 1Y съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент 2015.стр. 62-63.
2. Ильина Н.И. Клиническая и морфологическая характеристика полипозных риносинуситов. //Рос. Ринол 1999 № 1. С.5-23.
3. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.А., Юшкина А.В., Изотовва Г.Н., Соколов С.С. Проблемы терапии острого гнойного риносинусита //Медицинрский совет о 2015. №17. стр.20-23

4. Курбанов Ф. Ф. Комплексный способ консервативного лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом. / Автореф. Канд. мед.наук. М.2011. (101 стр дис).
5. Ткаченко В.И. Особенности течения и лечения сезонных аллергических реакций у пациентов с сопутствующей патологией дыхательных путей. Академия дистанционное обучение. Укр. мед. Часопис 3 (95)-M/VI/ 2013.стр.68-71.
6. Шамсиев Ж.Ф. Сурункали риносинуситда бурун шиллиқ қавати фукционал хусусиялари. //Материалы 1Y съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент 2015.стр.
7. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, Pankey GA, Seleznick M, Volturo G, Wald ER, File TM Jr; Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. //Clin Infect Dis. 2012;54(8):e72-e112. doi:10.1093.cid.cir1043.
8. Fokkens W. J., Lund V. J., Mullol J., Bachert C. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. //Rhinol. Suppl. 2012;23 (3): 1-298.(риносинусити часто встречаются у детей,-лечения антибитиком).

Поступила 30.03. 2109

УДК: 616.155.294

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Мирбабаева Ф.А., Янгиева Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

✓ ***Резюме,***

Цель: оценить эффективность метода адресной доставки препарата к сетчатке при лечении препролиферативной диабетической ретинопатии в комплексном лечении.

Материалы и методы. Оценка эффективности лечения ретиналамином проведена у 73 пациентов с диабетической ретинопатией. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе препарат в верхне-наружный квадрант под конъюнктиву (0,5 мл раствора)в течении 10 дней. В комплексном лечение в течение 3х месяцев.

Результаты. После лечения в основной группе острота зрения улучшилась на 0, 35 по сравнению с 0, 12 в контрольной группе. Также было улучшение реографических показателей и состояния глазного дна в обеих группах. Стабилизация зрительной функции была достигнута у 71% пациентов в результате комплексного метода лечения.

Вывод: комплексный метод может быть рекомендован для применения у пациентов с препролиферативной диабетической ретинопатией для достижения стабилизации зрительных функций.

Ключевые слова: препролиферативная диабетическая ретинопатия, ретинальные геморрагии, комплексная лечения.

ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Мирбабаева, Ф.А., Янгиева, Н.Р.

Тошкент давлат стоматология институти.

✓ ***Резюме,***

Мақсади: Препролифератив диабетик ретинопатияни комплекс дори воситаларини биргаликда қўллаганда даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Препролифератив диабетик ретинопатияли 73 нафар беморда ретиналамин билан даволаш самарадорлигини баҳолаш амалга оширилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳда дори воситаси конъюнктива остига, юқори ташқи квадрантда (0,5 мл эритма) 10 кун давомида комплекс даво мажмуасида юборилди.

Натижа. Даволанишдан сўнг асосий гуруҳдаги беморларининг кўриш ўткирлиги 0,35 га контроль гуруҳда эса 0,12 га сезиларли даражада яхшиланди. Иккала гуруҳнинг кўз туби реологик кўрсаткичлари хам яхшиланди. Асосий гурухда даволанганларинг кўрув фаолиятининг стабиллашиши 71% беморларда кузатилган.

Хулоса: препролифератив диабетик ретинопатияни даволаш самарадорлигини ошириш ва кўрув фаолиятини стабиллаштириш учун мазкур комплекс даволаш усули тавсия қилиш мумкин.

Калит сўзлар: препролифератив диабетик ретинопатия, ретинал геморрагиялар.

IMPROVING THE COMPLEX METHOD FOR THE TREATMENT OF DIABETIC RETINOPATHY

Mirbabaeva, F.A., Yangiyeva, N.R.

Tashkent State Dental Institute.

✓ ***Resume,***

Objective: to evaluate the effectiveness of the method of targeted delivery of the drug to the retina in the treatment of preproliferative diabetic retinopathy.

Materials and methods. The effectiveness of treatment with retinalamin was evaluated in 73 patients with diabetic retinopathy. The patients were divided into 2 groups. In the main group, the drug is in the upper - outer quadrant under the conjunctiva (0.5 ml of solution) for 10 days. Also used internally Wobenzym 3-6 tablets 3 times a day for 3 months.

Results. After treatment in the main group, visual acuity improved by 0, 35 compared to 0, 12 in the control group. There was also an improvement in eographical indicators and the state of the fundus in both groups. Stabilization of visual function was achieved in 71% of patients as a result of a complex treatment method.

Conclusion: a comprehensive method can be recommended for use in patients with preproliferative diabetic retinopathy to achieve stabilization of visual functions.

Keywords: preproliferative diabetic retinopathy, retinal hemorrhages.

Актуальность

Сахарный диабет и его осложнения являются одной из серьезнейших медико-социальных и экономических проблем современного здравоохранения. В структуре инвалидности пациентов, страдающих диабетом, лидирующее положение занимают его поздние осложнения. Сложной и не до конца решенной является проблема лечения больных с диабетической ретинопатией. Для устранения патологических явлений на сетчатке при диабетической ретинопатии предложено довольно много медикаментозных и хирургических методик [1,2,5]. Однако, проблема повышения эффективности лечения больных с диабетической ретинопатией остается крайне актуальной, поскольку большинство методик влияют на следствия поражения сетчатки, а не на патогенетические звенья развития ретинопатии.

Нейропротекцию можно определить как комплекс терапевтических мероприятий, направленных на предотвращение, уменьшение, а в ряде случаев и обратимость процессов гибели нейрональных клеток.

Одна из значимых групп нейропротекторов - биогенные пептиды.

нейропротекторы - это комплекс водорастворимых полипептидных фракций. нейропротекторы оказывает стимулирующее действие на фоторецепторы и клеточные элементы сетчатки, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов при дистрофических изменениях, ускоряет восстановление световой чувствительности сетчатки. На этом фоне нормализуется проницаемость сосудов, активируются репаративные процессы при заболеваниях и дистрофических поражениях клеток сетчатки и зрительного нерва [2,7-10].

Таким образом, данный комплекс средств имеет показания для назначения как с профилактической, так и с лечебной целью.

У больных диабетической ретинопатией заболевание протекает с сосудистыми поражениями сетчатки, в том числе, ретинальными геморрагиями. Тяжесть геморрагий и сроки его рассасывания во многом зависят от количества излившейся крови, а также способов его рассасывания. [2-4,6].

Патогенетически обоснованным способом лечения геморрагии служит ферментативное лечение. Ферменты применяются как местно - парабульбарно, под конъюнктиву или известными физиотерапевтическими методами, так и внутрь в лечении кровоизлияния является применения ферментов [2,7].

Комбинация натуральных высокоактивных энзимов растительного (бромелаин и папаин) и животного происхождения (амилаза, липаза, трипсин и химотрипсин) с рутинном, поступая в организм энзимы всасываются в тонком кишечнике путем резорбции интактных молекул и связываясь с транспортными белками крови, попадают в кровоток. В дальнейшем энзимы, мигрируя по сосудистому руслу. Накапливаются в зоне патологического процесса [3,5].

Комбинация натуральных высокоактивных энзимов растительного и животного происхождения положительно воздействует на ход воспалительного процесса, оказывает фибринолитическое и тромболитическое действия, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных реакций, оптимизирует репаративные процессы, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Многочисленными клиническими исследованиями доказана его эффективность, безопасность и совместимость с различными лекарственными препаратами [3].

Существующие методы лечения диабетической ретинопатии наряду с рядом преимуществ (отсутствие травматического фактора, общедоступность и универсальность) имеют свои недостатки, и главный из них - отсутствие возможности воздействовать непосредственно на очаг поражения, что снижает эффективность проводимого лечения.

В связи с этим стоит актуальная задача разработки эффективного метода лечения диабетической ретинопатии, который сочетал бы в себе метод адресной доставки препарата непосредственно к сетчатке, способствовал улучшению зрительных функций и стабилизации процесса в течение длительного времени [1,4].

В этом плане особого внимания заслуживает дальнейший поиск и детальная разработка комплексного подхода для лечения этой тяжелой патологии, в основе которого лежит комбинированный механизм действия.

Цель работы: оценить эффективность метода адресной доставки нейропротекторов к сетчатке при лечении препролиферативной диабетической ретинопатии в сочетании с натуральными высокоактивными энзимами растительного и животного происхождения.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 70 пациентов (122 глаза) с сахарным диабетом 2 типа, препролиферативной диабетической ретинопатией в возрасте от 34 до 71 лет. В 82,3% случаев процесс носил двусторонний характер.

Все пациенты с препролиферативной диабетической ретинопатией были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и длительности сахарного диабета.

В 1-ю (основную) группу вошел 34 пациент (59 глаз), которым проводилось консервативное комплексное лечение, включающее введение нейропротектора (ретиналамина) по 0,5 мл. в верхне-наружный квадрант под конъюнктиву. Курс лечения - 10 дней. Применяли также внутрь натуральных высокоактивных энзимов растительного и животного происхождения по 3-6 таблеток 3 раза в день в течении 3 месяцев.

Во 2-ю (контрольную) группу вошли 42 пациента (63 глаза), которым проводилось консервативное медикаментозное лечение. Парабульбарные инъекции

только нерпротектора по 0,5 мл. Курс лечения 10 дней.

Офтальмологическое обследование включало: визометрию, компьютерную статическую периметрию, офтальмоскопию, реоофтальмографию, допплерографию, электрофизиологическое исследование.

Результат и обсуждения

Динамика остроты зрения в процессе наблюдения представлена в таблице. После проведенного курса лечения в основной группе улучшение остроты зрения произошло на 0,35 ($p<0,05$). Повышение остроты зрения наблюдали в 88,9%. К 6-му месяцу отмечали постепенное снижение показателей остроты зрения в среднем на 0,06 ($p<0,05$). Через год средний уровень остроты зрения достоверно не отличался от исходного.

В контрольной группе после проведения курса медикаментозной терапии острота зрения увеличилась на 0,12 ($p<0,01$), что на 0,23 меньше, чем в основной группе. В отдаленном периоде (6-12 месяцев) средний показатель остроты зрения снизился практически до исходного уровня ($p>0,05$) .

Таблица.

Динамика остроты зрения в процессе наблюдения		
сроки наблюдения	**острота зрения**	
	I группа	**II группа**
до лечения	0,57 ± 0,07	0,56 ± 0,03
после лечения (10 дней)	0,82 ± 0,07*	0,68 ± 0,03**
через 1 месяц	0,84 ± 0,06**	0,66 ± 0,03***
через 3 месяц	0,84 ± 0,06**	0,62 ± 0,03***
через 6 месяцев	0,78 ± 0,07*	0,60 ± 0,03***
через 12 месяцев	0,64 + 0,07***	0,58 + 0,07***
Примечание: различие по сравнению с исходными данными *p<0,05; **p<0,01; ***p>0,05		

Расширение полей зрения в основной группе происходило за счет исчезновения относительных скотом и перехода абсолютных скотом в относительные. Количество нормально воспринимаемых точек возрастало в среднем на 21% ($p<0,05$). Поля зрения непосредственно после лечения улучшились у 64% пациентов, в 36% случаев поля зрения не изменились, случаев ухудшения не наблюдалось.

В контрольной группе сразу после лечения количество относительных скотом снизилось до 13,4%. Затем их количество постепенно увеличивалось и к 6-му месяцу наблюдения практически не отличалось от исходных показателей.

В офтальмоскопической картине глазного дна у пациентов с препролиферативной диабетической ретинопатией отмечено улучшение картины глазного дна за счет исчезновения геморрагий, уменьшения количества микроаневризм.

Анализ реограмм показал достоверный рост реографического коэффициента в основной группе сразу после курса лечения в среднем на 0,61±0,07д ($p<0,05$). Более поздние контрольные исследования выявили тенденцию к стабилизации этого показателя в сроки от 3 до 6 месяцев. Через год уровень реографического коэффициента превышал исходные значения на 0,44±0,06д ($p<0,01$).

В контрольной группе после курса медикаментозной терапии был также отмечен рост реографического коэффициента в среднем по группе на 0,3±0,06д. Дальнейшее наблюдение показало, что такой уровень реографического коэффициента сохранялся от 1 до 6 месяцев, затем мы отмечали тенденцию к его снижению (уже через 12 месяцев после лечения он практически не отличается от исходного).

Значительное снижение линейных скоростей кровотока в глазничной артерии до лечения было выявлено у пациентов в основной группе. После курса лечения в основной группе максимальная скорость кровотока увеличилась на 2,8±0,9 см/с ($p<0,05$). К 6-му месяцу динамического наблюдения этот показатель стал снижаться, оставаясь, тем не менее, выше исходного уровня. Через год он приближался к показателям, регистрированным до лечения.

В контрольной группе систолическая скорость кровотока в глазничной артерии после лечения увеличилась на 1,8±0,6 см/с ($p<0,01$). После 3-х месяцев наблюдения систолическая скорость кровотока в глазничной артерии снизилась до исходных цифр - 33,3±0,7 см/с ($p>0,05$) .

При проведении общей электроретинограммы были получены следующие результаты: увеличение амплитуды "a" волны в основной группе сразу после курса лечения в среднем на 11,8±2,1 мкВ. Состояние стабилизации амплитуды "a" волны сохранялось в течение полугода, когда средние значения этого показателя определялись на уровне 37,2±1,3 мкВ. В более поздние сроки (6 месяцев) после лечения амплитуда "a" волны имела тенденцию к некоторому снижению (до 35,4±2,3 мкВ).

В контрольной группе глаз было отмечено повышение среднего уровня амплитуды "a" волны непосредственно после лечения на 9,1±0,8 мкВ. Однако, уже через полгода наблюдения выявлено снижение среднего уровня амплитуды "a" волны до 23,3±1,1 мкВ. В более поздние сроки было установлено уменьшение значений амплитуды "a" волны практически до исходного уровня.

После лечения средний показатель амплитуды "b" волны достоверно увеличился на 37,9±11,2 мкВ. Относительно высокий уровень этого показателя был отмечен и при дальнейшем наблюдении. В отдаленные сроки через 12 месяцев наблюдения, несмотря на некоторое снижение уровня амплитуды "b" волны до 233,8±10,1 мкВ, он оставался все же выше исходного.

В контрольной группе было отмечено повышение среднего уровня амплитуды "b" волны непосредствен-

но после лечения на 33,2±10,1 мкВ. Однако уже через полгода наблюдения выявлено снижение амплитуды "b" волны до 198,6±10,1 мкВ. В более поздние сроки было установлено снижение значений амплитуды "b" волны практически до исходного уровня.

Наше исследование доказало, что эффективность лечения гемофтальма напрямую зависит от локализации, объема и давности кровоизлияния в стекловидное тело. Во время проведения исследования с применением препаратов с натуральными высокоактивными энзимами растительного и животного происхождения больные переносили удовлетворительно, аллергических реакций нами не наблюдалось. Высокая терапевтическая эффективность отмечена при лечении относительно небольших кровоизлияний, особенно располагающихся в передних отделах стекловидного тела. Острота зрения с коррекцией в этих случаях повысилась в среднем с 0,1±0,03 до 0,3±0,02 ($p<0,001$) уже через один месяц после начала лечения. При А/В-сканировании глаз отмечено уменьшение характерных для гемофтальма затемнений вплоть до полной акустической прозрачности стекловидного тела. В контрольной группе резорбция гемофтальма в течение первого месяца практически не наблюдалась.

Таким образом, применение нейропротекторов и препаратов с натуральными высокоактивными энзимами растительного и животного происхождения при пролиферативной диабетической ретинопатии является патогенетически обоснованным. Достигнуто значительное улучшение зрительных функций. По-нашему мнению, это связано с фармакологическим действием лекарственных препаратов, а также способом его введения. При адресном введении лекарственного препарата возникает возможность усилить степень проникновения во внутренние стуктуры глазного яблока и добиться максимального эффекта нейропротекторов.

Отдаленные результаты лечения свидетельствуют, что стабилизация процесса на глазном дне после парабульбарных инъекций наступила в 39% случаев (контрольная группа), после комплексного метода (основная группа) у 71% пациентов.

Данный метод лечения позволяет проводить активную медикаментозную терапию, добиваясь улучшения зрительных функций, что дает возможность использовать предложенное лечение, как метод выбора при отсутствии стабилизации процесса у больных с препролиферативной диабетической ретинопатией. Методику подведения лекарственного препарата можно выполнять повторно, в любом квадранте глазного яблока.

Выводы

1. Примененный способ адресной доставки нейропротекторов виде инъекционного лекарственного препарата к заднему отрезку глаза в лечении препролиферативной диабетической ретинопатии и совместное применение с натуральными высокоактивными энзимами растительного и животного происхождения внутрь обеспечивает устойчивую стабилизацию зрительных функций у 71% пациентов в течение 12 месяцев после лечения.

2. Офтальмонейропротекция с использованием нейропротекторов у пациентов с ПДР обеспечивает не только улучшение функциональных и электрофизиологических показателей, уменьшение проницаемости сосудистой стенки, но и улучшение регионарной гемодинамики глаза (снижение компенсаторно повышенных линейных показателей скорости кровотока и уменьшение индекса резистентности). Своевременно начатое нейропротективное лечение способствует длительному сохранению зрительных функций и профилактике развития пролиферативной ДР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азнабаев Б.М., Габдрахманова А.Ф., Галлямова Г.Р., Александров А.А. Допплерографическая характеристика гемодинамики глаза при диабетической ретинопатии: //Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Актуальные вопросы офтальмологии", Оренбург, 2013. С. 17- 24.
2. Азнабаев Б.М., Габдрахманова А.Ф., Мухамадеев Т.Р., Галлямова Г.Р., Александров А.А. Офтальмонейропротекция при непролиферативной диабетической ретинопатии и гемодинамика глаза //Клиническая офтальмология. 2014. № 2 (14). С. 71-76
3. Альмешева Г. К. Применение вобэнзима в лечений патологий органа зрения // Вестник КАЗНМУ. 2012. № 2. С. 94-95
4. Астахов Ю. С., Лисочкина А. Б., Шадричев Ф. Е. Современные направления медикаментозного лечения непролиферативной диабетической ретинопатии (обзор данных литературы) // Клиническая офтальмология. - 2003. - Т. 4, № 3. - С. 24-27
5. Балашевич М.И., Измайлов А.С. Диабетическая офтальмопатия /СПб.: Человек, 2012. 396 с.
6. Азнабаев Б.М., Габдрахманова А.Ф., Галлямова Г.Р., Александров А.А. Особенности гемодинамики глаза при диабетической ретинопатии // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. № 4. С. 21-24.
7. Даниличев В.Ф., Максимов И.Б. Травмы и заболевания глаз: применение ферментов и пептидных биорегуляторов. /Минск: Наука и техника, 1994. 223 с.
8. Максимов И.Б., Анисимова Г.В. Инволюционные центральные хориоретинальные дистрофии: применение пептидных биорегуляторов в комплексном лечении. /СПб., 2002. 88 с
9. Максимов И.Б., Нероев В.В., Алексеев В.Н. и др. Применение препарата Ретиналамин в офтальмологии. /СПб., 2002. 20 с.
10. Налобнова Ю.В., Егоров Е. А, Ставицкая Т.В., Асророва Г.К. Применение цитомединов в офтальмологии //Клиническая офтальмология. 2003. № 2. С 176-178.

Поступила 03.03. 2019

УДК:612:591.1(076.5)

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖИЗНИ ПОДРОСТКА

Мустакимова Ф.А., Ахраров Х.Х.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Статья посвящена проблемам развития подростка, авторы освещают физиологические и психологические изменения в организме ребенка с тем, чтобы учителя и родители лучше понимали детей этой возрастной категории и смогли правильно выстроить свои педагогические цели и задачи.

Ключевые слова: Подросток, физиология, психология, общение, сверстники.

ЎСПИРИН ЁШЛАРНИНГ ПСИХО ФИЗИОЛОГИК ЎЗГАРИШИ

Мустакимова Ф.А., Ахраров Х.Х.

Ташкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу мақолада муаллифлар томонидан, ўспирин ёшларнинг психо физиологик ўзгаришларини ҳисобга олиб, ўқитиш ва психологик тарбиясини мужасамлаштириш қонуниятларини илмий таҳлилий кўрсатилган.

Ўспирин ёшлар педогогикаси шу даврнинг нейропсихологик шакилланиш даврига тўғри келиши қонунияти кўрсатилган.

Калит сўзлар: Ўспиринлар, физиология, психология, мулоқат, тенгдошлар.

PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CHANGES IN THE LIFE OF ADOLESCENT

Mustakimova F.A., Akhrarov Kh.H.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The article is devoted to the problems of adolescent development, the authors highlight the physiological and psychological changes in the child's body so that teachers and parents better understand children of this age category and are able to correctly structure their pedagogical goals and objectives.

Key words: Teenager, physiology, psychology, communication, peers.

Актуальность

Сегодня большинство родителей и учителей понимают особенности развития ребенка в подростковый (с 12 до 16 лет) период. Душевный мир подростка Н.К.Крупская характеризовала психологией полуребенка-полувзрослого: в своем развитии он уже "ушел" от детей, но еще не "пристал" к взрослым. Период трудный как для самого подростка, так и для окружающих его людей [4].

Подростковый возраст - самый трудный возраст ребенка, поскольку в это время происходит сильнейшее развитие организма: переход от детства к взрослому состоянию. Но подростки испытывают изменения не только в физиологическом плане, в этом возрасте дети пытаются найти себя, свой путь в жизни, свое место в жизни и социальной лестнице. Задача взрослых, родителей и педагогов, помочь ребенку пройти этот путь достойно и стать полноценным человеком и членом общества.

Становление человека как индивида и личности предполагает диалектическое взаимодействие двух относительно автономных, но неразрывно связанных рядов развития - натурального и социального. Это положение сформулировал еще в 1920-х гг. выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский. Натуральный ряд составляют процессы биологического созревания, включая половое; социальный ряд - процессы обучения, воспитания, социализации в широком смысле слова. Процессы эти всегда взаимосвязаны, но не синхронны.

Гетерохронность развития в подростковом возрасте проявляется особенно рельефно, так как наступление физической, психической и социальной зрелости во времени, как правило, не совпадает. Подростковый возраст обычно связывается с понятием физического развития, и, прежде всего полового созревания. Однако темпы физического развития подростков неодинаковы: один мальчик (или девочка) в 14-15 лет выглядит уже взрослым, а другой - еще ребенком.

Действительно, трудно переоценить важность данного жизненного этапа для молодого человека. Еще вчера ваш ребенок был послушным, ласковым, демонстрировал любовь и обожание к своим родителям и учителям, а сегодня он неуправляем, агрессивен, игнорирует все указания взрослых, демонстративно делает то, что хочет. Что же произошло? Подросток - юноша или девушка в возрасте от 12 до 17 лет, у которого происходят физиологические изменения в организме. Этот возраст также называется переходным: у девочек начинаются первые менструации, у мальчиков - рост волос на лице и теле, первые поллюции. В связи с формированием половых признаков и функций в этом возрасте дети очень заинтересованы противоположным полом и стремятся в построению общения с ним. С точки зрения физиологии

внешне трудно не заметить изменения в организме подростка. Очень многие из них активно растут, за год от 4 до 10 см. Надо сказать, что такой рост является испытанием для ребенка. Растут трубчатые кости, грудная клетка, тело может стать непропорциональным. Вслед за ростом изменяются внутренние органы - ускоряется обмен веществ, наращивается мышечная сила, активно работают половые и щитовидные железы, растет сердце и легкие. Внутренние органы развиваются неравномерно, рост кровеносных сосудов отстает от роста сердца, что приводит к нарушению ритма его деятельности и учащению сердцебиения. Легочный аппарат развивается недостаточно быстро, хотя жизненная сила (емкость) легких возрастает до 3400 куб. см. Дыхание подростка учащенное. Неравномерность физического развития детей среднего школьного возраста оказывает влияние на их поведение: они излишне жестикулируют, движения их порывисты, плохо координированы [4].

Это период полового созревания, интенсивность которого подчеркивается понятием "гормональная буря". Гормоны провоцируют первые сексуальные желания - абсолютно новые для ребенка ощущения, появляются трудности с самоконтролем и адекватностью восприятия своих действий. Физические, физиологические, психологические изменения, появление сексуального влечения делают этот период исключительно сложным и для самого стремительно вырастающего во всех смыслах подростка [4]

Следовательно, физиологические изменения в организме подростков, сводятся к следующим:

" Всестороннее половое созревание, сопровождающееся быстрым физическим ростом, изменением роста и веса, изменение пропорций тела (например, у мальчиков увеличиваются плечи, фигура становится более "мужской)

" Формируется и завершается сексуальная ориентация подростка. Формируются вторичные половые признаки (см. выше). Возрастает интерес к потенциальным партнерам.

" Трудности в кровоснабжении головного мозга, функционировании легких, сердца, связанные с быстрым ростом органов и перестройки организма.

" Появляется способности логически мыслить, оперировать абстрактными категориями, фантазировать (у детей младшего возраста нет таких способностей, они развиваются со временем). Именно поэтому в подростковом возрасте дети часто начинают заниматься творчеством: рисовать, сочинять стихи и песни, а также интересуются философскими учениями и стремятся к логическому мышлению, спорам на философские и другие темы.

" Появляется умение сопереживать, сами переживания становятся глубже, чувства - сильнее. Проявляется интерес к ранее неинтересным сферам жизни (социальной, политической и т.д.).

" Общение со сверстниками становится необходимостью, это дает возможность выразить эмоции, поделиться, а также дает возможность формирования норм поведения в обществе.

" Общение с родителями и родственниками уходит на второй план.

" Появляется потребность принадлежности какой-то группе подростков. В частности, которая приветствует определенные элементы одежды, обороты речи и т.д. При это те, кто не имеют этих признаков, могут быть не приняты в этой группе.

" Желание принять на себя обязанности и права взрослых.

" Формирование самооценки ребенка, способность принять как свои положительные, так и отрицательные черты, в т.ч. в волевой сфере.

Основные сложности подросткового возраста

" Угловатость и неуклюжесть. В связи с поэтапным ростом организма (сначала растут кисти рук и ног, затем конечности и в последнюю очередь - туловище), многие подростки становятся неуклюжими и комплексуют из-за этого.

" Частая смена настроений и физического состояния, которые возникают в организме в связи с ростом внутренних органов.

" Быстрая возбудимость, влияние эмоций на духовную жизнь.

" Обиды, озлобленность, раздраженность (особенно у подростков в тяжелой жизненной ситуации).

" Напряженные отношения с родителями, избегание общения с ними, отдавая предпочтения сверстникам, возникают в случаях, когда родители не готовы относиться к подростку как к самостоятельному, взрослому человеку, уважая его взгляды и чувства.

" Возникновение т.н. подросткового одиночества.

В результате всех этих кардинальных изменений у подростка могут возникнуть проблемы со здоровьем: головные и сердечные боли, бессонница, нестабильное артериальное давление и т.д. Некоторые психологи сравнивают психологические, гормональные, физиологические изменения с периодом беременности. Организм ребенка меняется также кардинально, как и организм женщины.

Названные физиологические изменения, конечно же оказывают влияние на психологическое состояние подростка. Он сам понимает и ощущает эти изменения и пытается жить по-новому, по-взрослому. Первые трудности, с которыми сталкивается подросток - это принятие своего нового тела. Как правило, это двойственное отношение - радость и страх, восхищение и критика. Отсюда такое пристальное изучение собственного тела - от формы носа, губ, ног до маленького прыщика. Одни подростки становятся очень неряшливыми, другие, напротив, аккуратными. У подростков наблюдается снижение самооценки. Они начинают себя все больше сравнивать со сверстниками, ощущают неуверенность в собственных силах. Ребенок становится неуравновешенным, быстрая смена настроения, то- агрессия, то - депрессия. Учатся анализировать и сравнивать. Много и всех критикуют, не слушают родителей и учителей. Поведение - демонстрационное. Начинаются проблемы в школе: снижается концентрация внимания, ухудшается успеваемость. Школа и обучение уже не на первом месте. Главное в их жизни - общение с друзьями и противоположным полом, внешний вид, интерес ко всему новому. Новые герои, идеалы. Авторитет родителей и учителей падает.

Как следствие - ухудшение отношений с родителями. В поведении наблюдается хамовитость и развязность. Быть культурным в среде подростков - удел слабаков.

Среди молодежи стал популярен японский термин "хикикомори". Нынешние подростки, называю-

щие себя "хикки", стараются максимально изолировать себя от общества, исключить все возможные социальные контакты, по возможности не покидая пределов собственной комнаты. Подросток может быть просто интровертом, в этом нет ничего плохого, но категорический отказ от любых контактов с людьми - тревожный признак. Не стоит упускать из виду, что сейчас подростки имеют возможность избегать прямых социальных контактов, не лишаясь общения с другими людьми с помощью интернета. Общаясь в социальных сетях, подросток создает себе комфортную зону, в которой очень легко контролировать общение, скрывать свои настоящие эмоции, не стесняться проявлять себя.

Некоторые черты характера, присущие интровертам, способствуют стремлению к уединению, но вряд ли могут назваться реальной причиной полной социальной изоляции.

" Индивидуализм. Само по себе это не так уж и плохо, поскольку не все могут и хотят быть частью коллектива в ущерб собственным желаниям.

" Другие жизненные ценности. Успех, признание, высокий доход, большая семья - все это может быть для подростка неважным не только в настоящем времени, но и в планах на будущее. Изменятся ли в будущем его приоритеты или нет - это целиком и полностью личное дело ребенка, главное, чтобы это был его осознанный выбор.

" Поиск себя и раскрытие творческого потенциала. Довольно редко выражается в социальной изоляции, но такой вариант не стоит исключать.

Почему ребенок не хочет общаться с людьми?

" Негативное восприятие окружающего мира. Это может быть и простое переосмысление жизни, гормональные изменения организма, но может стать и тревожным звонком. Не допустите затяжной депрессии ребенка.

" Комплекс неполноценности. Из-за него сложно адекватно оценивать свое положение в обществе - появляется страх быть осмеянным и униженным.

" Проблемы в школе. Они лишь усугубляют негативное отношение подростка к социуму.

" Маниакальное увлечение чем-то. Увлечения - это прекрасно, но когда они заменяют все остальное в жизни, это становится зависимостью.

Что делать, если подросток замкнут в себе?

Первый и главный совет всех психологов - поговорить с взрослеющим ребенком. Бывает сложно втянуть подростка на откровенный разговор. Родительский авторитет ослабевает, это сбивает с толку и раздражает обе стороны. Разговаривать нужно на равных. В разговоре не принижайте его из-за возраста, не подчеркивайте статус "иждивенца", ведь он только учится быть взрослым.

Постарайтесь выяснить причины, по которым ребенок ищет уединения. Сам подросток может и не видеть в этом никакой проблемы, объясните, как вы видите сложившуюся ситуацию. Проявите участие и не дайте ребенку повода подумать, что вы считаете его "ненормальным". Выясните, что происходит в жизни подростка, вместе решите, какие перемены пойдут ему на пользу. Важно не что ваш ребенок был популярным и общительным, а что он имеет близкого друга и может комфортно чувствовать себя в обществе.

Кроме похода к психологу, хорошим решением будет общение с небольшими группами людей по интересам. Концерты, выставки, мероприятия, не требующие обязательного личного контакта с людьми, но создающие ощущение общности и теплой атмосферы, тоже помогут разрушить барьеры на пути к комфортному общению.

Как выстраивать новые отношения с подростком учителям и родителям?

В первую очередь - уважение, считаться с его мнением. Родители должны понимать, что для них главное в школе не учеба, а общение, опередлние своего места в группе одноклассников. По возможности удовлетворять их потребности. Нельзя все время говорить - нет! Они не поймут. Это касается одежды, телефона, планшета и других очень важных вещей для подростка. Не забываем, что внешний вид им не безразличен. Нельзя критиковать девочек в присутствии мальчиков и наоборот, высмеивать. Постараться направить их в правильное русло. Для этого надо больше общаться искренне и с интересом к его мнению, слушать и слышать, вместе рассуждать и приводить жизненные примеры и примеры из своего опыта. Любую фальшь подростки чувствуют очень остро, могут отвернуться и "поставить крест" на вас. Попытаться убедить в принятии настоящих героев и идеалов, для этого самим знать биографии современных героев (Стив Джобс, Марк Цукерберг и т.д.). Поощрять занятия спортом, музыкой, компьютером (именно их выбор имеет значение). Отношение к подросткам должно быть аккуратным, неверная интонация, ложь и неискренность отдалят вас от него, и вы будете страдать и недоумевать почему так сложилось.

Заключение

Родители, не привыкшие к новому поведению своих детей-подростков, зачастую делают ошибки, настраивая их против себя. В настоящее время предлагается ряд рекомендаций родителям на тему своего поведения с детьми:

" Необходимо разработать систему поощрений и наказаний. Обязательно нужно обсудить ее с ребенком, чтобы он был в курсе и согласен с ней.

" При установлении запретов обязательно необходимо мотивировать их причину. Нужно объяснить ребенку, почему нельзя то, что вы запрещаете, к чему могут привести необдуманные действия ребенка. Вместе найдите оптимальное решение проблемы.

" Обязательно нужно проявлять заботу, участие, эмоциональную поддержку, интерес к жизни ребенка. Как можно чаще нужно проявлять свои чувства, но таким образом, чтобы не быть навязчивыми, так как подросток неохотно пускает в свой мир взрослых, но ваша забота ему очень важна.

" Общаться нужно только диалогом, на равных с ребенком. В этот период нельзя проявлять свое превосходство как взрослого человека.

" Будьте внимательны к бедам и проблемам подростка.

" Никогда нельзя сравнивать своего ребенка с другими, особенно в негативном свете. Любить их таким, какой он есть и, главное, говорите ему об этом.

" Взрослые обязательно должны говорит подростку, что очень гордится ими.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бернс Р. Развитие "Я-концепции" и воспитание. - /М. Медицина, 1986.
2. Лихачев Б.Т. Педагогика: Учебное пособие. - /М. Медицина, 1992.
3. Новикова Л.И. Школа и среда. - /М.Медицина, 1985.
4. Подласый И.П. Педагогика: 100 вопросов - 100 ответов: учеб. пособие для вузов / И. П. Подласый.. -- /М.: ВЛАДОС-пресс, 2004. - 365 с. http://pedlib.ru/Books/1/0221/1_0221-77.shtml#book_page_top.
5. Флейк-Хобсон К. и др. Мир входящему: развитие ребенка и его отношений с окружающими. - /М.Медицина, 1992.

Поступила 30.03. 2019

УДК 618.14-002.28-07

MODERN METHODS OF EARLY DIAGNOSTICS OF HYPERPLASTIC ENDOMETRY PROCESSES

Nazirova Z.M.

Andijan state medical institute.

✓ ***Resume,***

The most typical symptom of good and malignant proliferative processes of the endometrium are uterine bleeding (meno or metrorrhagia). The source of bleeding, as a rule, consists of areas of a hyperplastic endometrium with marked dystrophic changes and foci of necrosis. Typical menstrual disorders in endometrial pathology are: menorrhagia, metroragia, menometroragia, oligomenorrhea. Endometrial hyperplasia in some cases may occur against the background of amenorrhea. The most important clinical manifestation of the disease is chronic anovulation.

Key words: endometrium, hyperplastic processes, menoragia, metrorrhagia, anovulation, amenorrhea.

ЭНДОМЕТРИЙНИНГ ГИПЕРПЛАСТИК ЖАРАЁНЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАР ЁРДАМИДА ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Назирова З.М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Эндометрийнинг яхши ва ёмон сифатли пролифератив жараёнларида энг кўп учрайдиган белгиларидан бири бўлиб бачадондан қон кетиши ҳисобланади(мени ёки метроррагия). Бунда қон кетиш манбаи бўлиб, эндометрийнинг гиперплазияга учраган кучли дистрофик ўзгаришлари ва некрозланган ўчоқлари ҳисобланади. Эндометрийнинг патологиясида ҳайз циклининг бузилишларидан: менорагия, метроррагия, меноментрорагия, олигоменореялар саналади. Эндометрий гиперплазияси кўп ҳолатларда аменорея муҳитида кечади. Бу жараёнда энг асосий кўринадиган белгилардан сурункали ановуляция ҳисобланади.

Калит сўзлар: эндометрий, гиперпластик жараёнлар, менорагия, метроррагия, ановуляция, аменорея.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИИ

Назирова З.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Наиболее типичным симптомом добро и злокачественных пролиферативных процессов эндометрии являются маточные кровотечения (мено или метроррагии). Источник кровотечения, как правило, составляют участки гиперплазированного эндометрия с выраженными дистрофическими изменениями и очагами некроза. Характерными нарушениями менструальной функции при патологии эндометрии являются: менорагия, метрорагия, меноментрорагия, олигоменорея. Гиперплазия эндометрии в некоторых случаях может возникнуть на фоне аменореи. Важнейшим клиническим проявлением заболевания служит хроническая ановуляция.

Ключевые слова: эндометрий, гиперпластические процессы, менорагия, метроррагия, ановуляция, аменорея.

Introduction

The most typical symptom of good and malignant proliferative processes of the endometrium are uterine bleeding (meno or metrorrhagia).

The source of bleeding, as a rule, consists of areas of a hyperplastic endometrium with marked dystrophic changes and foci of necrosis. Typical menstrual disorders in endometrial pathology are: menorrhagia, metroragia, menometroragia, oligomenorrhea. Endometrial hyperplasia in some cases may occur against the background of amenorrhea. The most important clinical manifestation of the disease is chronic anovulation.

Complaints due to metabolic and endocrine disorders, occur in any variant of endometrial hyperplasia. The most typical complaints are headaches, excessive weight gain, abnormal hair growth, sleep disturbances, recurring thirst, pink streaky, decreased performance, irritability [1, 2, 4, 10].

One of the most important links in the prevention of uterine body cancer (rtm) is timely diagnosis and

adequate treatment of endometrial background and precancerous processes [5, 8, 9, 10].

The set of methods used to diagnose endometrial proliferative processes (pes) is significant. The main methods of investigation of the uterine cavity of the first stage are: aspiration biopsy, 32r isotope radiometry, ultrasound, dopplerometry, hysteroscopy, diagnostic curettage. To clarify the diagnosis and determine the treatment tactics, hysterosalpingography and hysterosalpingo ultrasound are used; computerized transmission and magnetic resonance imaging; lympho-, arterio-, phlebangiography; a number of special laboratory tests: immunological, immunohistochemical, endocrinological studies, the study of hormonal receptors. Discussions about the diagnostic value of each of these methods separately, their rational combination, and the sequence of application continue [1, 3, 4, 7, 9].

When conducting a screening survey, the method of cytological and histological examination of aspirate from the uterus cavity is mandatory. The diagnostic efficacy of cytological studies ranges from 58.3 to 94% [4, 6].

Among non-invasive research methods, echography, which is effective at the preclinical stage of the disease, deserves attention. The introduction of ultrasound into gynecological practice allowed us to indirectly judge the state of the endometrium by the thickness and structure of the median M-echo. Endometrial hyperplasia significantly increases these parameters. The thickness of the hyperplastic endometrium rarely exceeds 2 cm, but in some cases reaches 2.5-3 cm [4, 6, 10].

Ultrasound diagnostics for pathological processes of the endometrium has a number of restrictive criteria:

in the reproductive and perimenopausal periods, the study should be performed in the early 1st phase of the menstrual cycle;

at the same time, the middle uterine structures (M-echo) of the "normal" endometrium should not exceed 6 mm;

in postmenopausal women, the main ultrasound symptom of atrophy corresponds to the thickness of the middle uterine structures not exceeding 4 mm.

In a multicenter study that covered 930 postmenopausal patients in 18 clinics in Italy, endometrial cancer (ER) was diagnosed in 107 women. Its frequency at endometrial thickness up to 4 mm was 0.6%; 5-8 mm - 5.4%; 9-11 mm - 12.5%; more than 11 mm - 33.5% [2, 8].

An important diagnostic criterion for re is the increase in the thickness of the middle M-echo. Generalized literature data suggest that most researchers choose the thickness of an M-echo of 4 or 5 mm as the threshold criterion for postmenopausal PEP [2, 5, 9].

To improve the echographic diagnosis of neoplastic processes, one should focus not only on the thickness, but also on the structure of the endometrium. In most cases, the echogenicity of the tumor is either increased (45%) or medium (45%). Reduced echogenicity of ER is found only in 10% [2, 5].

The aim of the study was to study: the effectiveness of the treatment of diseases, clinical features, diagnosis and conservative treatment of patients with endometritis.

Materials and research methods

To solve the tasks we examined, 60 women were diagnosed with endometrial hyperplastic processes.

Results and discussion

With the development of modern diagnostic equipment, Doppler and Doppler studies have become widely available. For a quantitative assessment of the blood supply, it is advisable to use ultrasound with the calculation of the volume and three-dimensional Doppler indices, namely: vascularization index (vascularization index, VI - shows tissue saturation with vessels, expressed in%), blood flow index (flow index, FI - displays the average blood flow intensity, expressed as an integer from 0 to 100) and the relationship of vascularization to blood flow (vascularization-flow index, VFI - describes both vascularization and blood flow, and is expressed as an integer from 0 to 100).

This was confirmed by a study conducted in 2016, which showed that during aspiration biopsy, cancer diagnostics occurred in 45% of cases, while with ECDs - in 30% of cases, that is, more than a third of cases of endometrial cancer were missed during complete curettage of the cervical canal and uterine cavity

Conclusions

1.Thus, the possibilities of modern diagnostics and treatment of endometrial hyperplastic processes are constantly being improved, opening up new perspectives for their treatment.

2. Summarizing the above, it can be concluded that the success of the treatment of endometrial hyperproliferative processes is the correct interpretation of the results of histological research and understanding of the etiology and pathogenesis of the identified changes. Important stages of the diagnostic process are transvaginal ultrasound, Doppler, hysteroscopy, as well as the use of unified modern classifications of HE. In the near future, it is also possible to use genetic diagnostic methods, which make it possible to predict to a certain extent the course of the process and the response to therapy, which can be an aid in the choice of treatment tactics.

3. The proven possibility of developing iatrogenic changes in the endometrium dictates the need for a balanced approach and careful prescription of any hormonal drugs. With the development of modern pharmacology and the introduction of the method of creating artificial menopause with the help of gonadotropin-releasing hormone agonists, the possibilities of effective organ-preserving treatment of complex types of hyperplasia increased while the total hormonal load was reduced.

4.Thus, at present there are a sufficient number of informative methods for early diagnosis and timely prevention of PES, which helps prevent the development of oncopathology with the correct system of medical and organizational measures.

LITERATURE:

1. Ablation of the endometrium during proliferative processes of the endometrium / Yu. A. Golova, V. G. Breusenko, B. I. Baisova [and others] // Mother and Child: Materials X Vseros. forum. - M., 2009. - P. 382-383.
2. Isaeva L. V. Long-term results of treatment of recurrent endometrial hyperplastic processes in patients with metabolic syndrome / L. V. Isaeva //Mother and Child: Materials X Vseros. forum. - M., 2009. - p. 315.
3. Minchenko E. K. Constitutional features of women with hyperplastic diseases of the uterus / E. K. Minchenko, V. B. Tskha, V. G. Nikolaev // AG-INFO. - 2007. - № 4. - P. 34-36.

4. The presence of metabolic syndrome in women with hyperplastic processes of the uterus depending on the somatotype / V. G. Nikolaev, V. B. Tskhay, T. A. Makarenko [and others] // Family Health - XXI century: materials of the VII International Scientific conference. - Perm (Russia) - Valletta (Malta), 2003. - C.201-202.
5. Evaluation of the risk of endometrial cancer in patients with endometrial hyperplastic processes and uterine myoma at different age periods / N.V. Bochkareva, L. A. Kolomiets, I. V. Kondakova [and others] // Tumors of the female reproductive system. - 2009. - № 1-2. - pp. 102-107.
6. The role of doplerometry in the differential diagnosis of endometrial pathological processes / A.I. Pashov, V. B. Tskhay, Yu. A. Dykhno [and others] // Sib. honey. review. - 2002. - № 4. - p. 18-25.
7. Tskhay V. B. Hysteroscopy in the diagnosis of the morphological variant of endometrial cancer / V. B. Tskhay, A. I. Pashov, Yu. A. Dykhno // Sib. oncol. journals - 2007. - № 1. - p. 173-174.
8. The frequency of benign diseases of the uterus (uterine fibroids and endometriosis) in patients with benign and malignant transformation of the endometrium / V. B. Tskha, A. I. Pashov, Yu. A. Dykhno [and others] // Tyumensky honey. journals - 2003. - № 3-4. - p. 18-19.
9. Echography and dopplerometry in the differential diagnosis of morphological variants of endometrial cancer / A.I. Pashov, N. A. Leitis, V. B. Tskha [et al. [// Current Issues in Oncoradiology: Proceedings of the Interregional Conference. - Krasnoyarsk, 2004. - P. 113-115.
10. Hysteroscopy for asymptomatic postmenopausal women with sonographically thickened endometrium / T. Schmidt, M. Breidenbach, F. Nawroth [et al.] // Maturitas. - 2009. - Vol. 62, No. 2. - P. 176-178.

Поступила 28.03. 2019

УДК:616.248:616.13/14-002.151:613.84-085

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИМОСТИ ОТ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КУРЕНИЯ

Олимхонова К.Н., Ортикбоев Ж.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В работе изучены про и противоспалительные цитокины ИЛ -4 и ИЛ-8 у больных с бронхиальной астмой, в зависимости от статуса курения. . Курения является значимым фактором риска, отягощающим как течение БА, так и выраженность воспаления в период обострения заболевания. Активность последнего взаимосвязана с выраженностью обструкции бронхов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, интерлейкины, воспаление, цитокины,

ТИЗИМЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ ВА ЧЕКИШГА ҚАРАБ БРОНХИАЛ АСТМА КЕЧИШИНГ КЛИНИК ФУНКЦИОНАЛ ЖИҲАТЛАРИ

Олимхонова К.Н., Ортикбоев Ж.О.

Ташкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу лаборатория бронхиал астма бўлган беморларда тамаки чекиш ҳолатига, яллиғланиш қарши ва эрта яллиғланишга қарши ИЛ-4 ва ИЛ-8 цитокинлари. Муҳим хавф омиларидан бири бронхиал астма зўриқиш даврида ва яллиғланиш кучайтирадиган омил бу тамаки маҳсулотларини истеьмол қилиш. Бу эса уларининг фаолиятини бронхлар обструкциясига боғлиқ.

Калит сўзлар: бронхиал астма, интерлейкины, интерлейкины, яллиғланиш, цитокинлар.

CLINICAL AND FUNCTIONAL ASPECTS OF THE FLOW OF BRONCHIAL ASTHMA DEPENDING ON SYSTEMIC INFLAMMATION AND SMOKING

Olimxonova K.N., Ortikboev J.O.

Tashkent pediatric medical institute.

✓ ***Resume,***

In this study, pro-and anti-inflammatory cytokines IL-4 and IL-8 were studied in patients with bronchial asthma, depending on the status of smoking. . Smoking is a significant risk factor that aggravates both the course of asthma and the severity of inflammation during an exacerbation of the disease. The activity of the latter is interrelated with the severity of bronchial obstruction.

Key words: bronchial asthma, interleukins, inflammation, cytokines,

Актуальность

Бронхиальная астма (БА) - хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей с участием клеток (тучных, эозинофилов, Т-лимфоцитов), медиаторов аллергии и воспаления, сопровождающееся гиперреактивностью и вариабельной обструкцией бронхов, что проявляется приступом удушья, появлением хрипов, кашля или затруднения дыхания, особенно ночью и/или ранним утром [1,2,3,4,5].

В основе хронического воспаления дыхательных путей при БА лежат иммунные и неиммунные механизмы. В развитии воспаления участвуют все иммунокомпетентные клетки (эозинофилы, макрофаги, нейтрофилы, тучные клетки, Т-лимфоциты и т.д.) [6,7]. Бронхиальное воспаление - ключевая характеристика у большинства пациентов с БА. Длительное тече-

ние воспалительного процесса приводит к ремоделированию дыхательных путей (Lemanske RF, 2002).

Цитокины и хемокины - белковые медиаторы, которые играют ключевую роль в управлении патофизиологическими процессами при бронхиальной астме (БА). На данный момент известно около 50 таких цитокинов и хемокинов [8,9]. Цитокины участвуют в развитии хронического воспалительного процесса и отвечают за характер течения воспалительной реакции.

Цель исследования

Изучить клинико-функциональные особенности бронхиальной астмы во взаимосвязи с уровнем про- и противовоспалительных цитокинов в периферической крови, в зависимости от курения.

Материал и методы

Изучение объекта исследования проводилось на базе РСНПЦТ и МР имени Н.А.Семашко, отделения пульмонологии г. Ташкент, во время стационарного лечения, осуществляемого исследователем.

В начале исследования была отобрана общая группа пациентов в количестве 60 человек. Количественный состав исследуемых пациентов выглядел следующим образом:

1 группа - пациенты, страдающие формой бронхиальной астмой с курением (30 человека).

2 группа - больные, страдающие формой бронхиальной астмой без курения (30 человек).

3 группа - контрольная группа (15 человек), практически здоровый респондент, без признаков проявления аллергии.

Тяжесть заболевания и уровень контроля оценивались в соответствии с критериями, установленными в GINA (2015, 2016). Из общего количества у 51 (85%) больных была установлена БА среднетяжелого течения, у 9 (15%) - легкого течения. Возраст больных находился в пределах от 22 до 80 лет и составил в среднем 62±0,74 года. Курящие больные составили 23 (34,3%), некурящие 37 (61,7%) человек.

Всем больным проводились исследование функции внешнего дыхания (показатели ЖЕЛ, $ОФВ_1$, ПСВ, МОС25, МОС50) в покое на спирографе "SPIROSIFT SP-5000" (Fukuda DENSHI, Япония) с автоматической обработкой параметров. Для проведения исследований уровня интерлейкин-4 и интерлейкин-8 (ИЛ) в сыворотке крови, использовали тест-системы Humareader HS (производство Германия), твердофазного ИФА.

Результат и обсуждение

При изучении показателей спирометрии установлены статистически значимые различия по всем исследуемым параметрам в обеих группах в сравнении с контролем (табл 1.).

Таблица 1

Изменения ФВД больных с легким и среднетяжелым течение БА

Показатель	Некурящие(n=37)	Курящие(n=23)	Контроль(n=15)
ЖЕЛ	63(42;90)	55,2(46;78)	87,5(90;84)
ОФБ1	60,4(43;93)	54,4(44;77)	78,7(83;77)
ПСВ	59,1(34;89)	48,2(40;70)	72,5(75;70)
МОС50	42(21;68)	45,4(30;62)	97,9(107;92)
МОС25	51,9(31;105)	47,1(41;54)	86,3(95;80)

Курение у больных БА способствовало ухудшению показателей функций внешнего дыхания (табл 1). Так, у больных БА с увеличением продолжительности заболевания и курения происходило снижение показателей ЖЕЛ, $ОФВ_1$, что свидетельствовало о повышении степени бронхиальной обструкции.

Проанализировав уровень ИЛ-4 в периферической крови у курящих и некурящих больных с легким и среднетяжелым течением БА, существенно превышал значения контроля и составил 7,73 мг/л (против 0,6 мг/л в контроле). Вместе с тем по сравнению с контролем в обеих группах наблюдалось повышение содержания ИЛ-4 за период наблюдения больных. Несмотря на то, что ИЛ-4 относится к противовоспалительным цитокинам, такие его свойства, как повышение цитотоксической активности макрофагов, способствует миграции в очаг воспаления нейтрофилов. (табл 2.)

Таблица 2

Уровень цитокинов в периферической крови у курящих и некурящих больных легкого и среднетяжелого течения БА в период обострения.

Показатель	Период наблюдения	Курящие (n=23)	Некурящие(n=37)	Контроль(n=15)
ИЛ-4,мг/л	После 10 дней наблюдения	4,2(4,4;5,9)	3,53(1,9;10,9)	0,6(3,3;0,6)
ИЛ-8,мг/л	После 10 дней наблюдения	8,1(8,3;44)	6,52(6;18,3)	5,1(8,5;6,5)

Изучив уровень ИЛ-8 в плазме крови курящих больных БА легкого и среднетяжелого течения свидетельствует о повышении (по сравнению с таковыми у некурящих пациентов) уровня ИЛ-8 в период обострения заболевания. Повышение уровня ИЛ-8 в период обострения заболевания в группе курящих больных может свидетельствовать об активном участии нейтрофилов в формировании воспалительного процесса в дыхательных путях (табл.2).

Подводя итог по исследованию ИЛ-4, ИЛ-8 при БА следует отметить, что изменения уровня изучаемого параметра, по-видимому, отражает состояние иммунной системы, характерного для каждого клинико-патогенетического варианта заболевания. Дисбаланс цитокинового статуса поддерживает хроническое аллергическое воспаление, а также связанный с ним процесс апоптоза, приводящего к развитию интерлейкин зависимого вторичного иммунодефицитного состояния.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии у больных с легким и среднетяжелым течением БА повышенного уровня цитокинов. Повышение уровней ИЛ-4 в группе курящих и некурящих больных и ИЛ-8, только в группе курящих больных через 10 дней наблюдения БА легкого и среднетяжелого течения может косвенно свидетельствовать об активном участии нейтрофилов в формировании хронического персистирующего воспаления.

Выводы

1. У курящих больных бронхиальной астмой наблюдаются нарушения вентиляционной функции легких по смешанному характеру с присоединением рестриктивного компонента и прогрессивным снижением показателей легочных объемов и емкостей, которое можно объяснить ухудшением эластических свойств легких, возникновением хронического воспаления, истощением респираторных мышц.

2. Курения является значимым фактором риска, отягощающим как течение БА, так и выраженность воспаления в период обострения заболевания. Активность последнего взаимосвязана с выраженностью обструкции бронхов.

3. Уровень цитокина IL-4 у больных БА в группе курящих и некурящих с легким и среднетяжелым течением заболевания характеризуется повышенным уровнем. Цитокин ИЛ-4 стимулируют синтез IgE, играющего решающую роль в развитии аллергических реакций. Больные БА с курением и без, имели аллергический компонент в развитии болезни, это учитывалось по повышенному уровню IgE в крови. Значительно повышенный уровень ИЛ-8 отмечался только в группе курящих больных, что может свидетельствовать об активном участии нейтрофилов в формировании воспалительного процесса в дыхательных путях, с дальнейшим ремоделированием бронхов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Боярко, В.В. Цитологический состав индуцированной мокроты и бронхиальных смывов у больных бронхиальной астмой / В.В. Боярко, Л.И. Волкова, Ю.О. Саликаева // Материалы 11 национального конгресса по болезням органов дыхания - М., 2001. - С. 27.
2. Булкина, О.З. Клинико-иммунологическая характеристика больных с круглогодичным аллергическим ринитом с очагами хронической инфекции рото- и носоглотки / О.З. Булкина, Т.П. Маркова / Иммунология 2007. - №1. - С. 46-49.
3. Гельман, В .Я. Медицинская информатика / В.Я. Гельман. СПб., 2001.-465 С
4. Маркелова Е.В. и др. // Динамика противовоспалительных цитокинов у больных с патологией легких / Аллергология и иммунология. - 2000. - том1- № 2. - С.77 - 78
5. Козина О.В., Андрушкевич В.В., Сазонов А.Э. и др. Клинико-биохимические аспекты развития обструкции бронхов при бронхиальной астме. Пульмонология.-М.: 2008.-№2.-С.52-56.
6. Агеева, Е.С. Механизмы программированной гибели лимфоцитов, эозинофилов и нейтрофилов у больных бронхиальной астмой : автореф. дис. . канд. мед. наук / Е.С. Агеева. Томск, 2006. - 19 с.
7. Тугуз А.Р. и др. // Динамика содержания TNFα , IL-1β, IL-6, IL-4 и IL-8 в раннем послеоперационном периоде у больных раком желудка // Иммунология, 2002. - том 23. - № 1. - С. 59 - 61.
8. Wang G., Tschoi M., Spolski R. et al. In vivo antitumor activity of interleukin 21 mediated by natural killer cells // Cancer Res. - 2003. - Vol. 63, № 24. - P. 9016-90
9. Sibbald, B. Familial inheritance of asthma and allergy/ B. Sibbald / / Allergy Aller. Dis.-Oxford: Blackwell Science, 2007.- P. 1177 1186.

Поступил 03.03. 2019

УДК;616.831-002;616.145-085

ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Ортикбоева Ш.О., Ортикбоев Ж.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Проведенное клиническое исследования показали что прием Метаксаза уменьшает уменьшает частоту и выраженность головных болей, шума в голове, зрительных, церебральных венозных нарушений, вестибулоатактических, церебрастенических проявлений. Прием метаксаза у большинства больных способствовал клиническому улучшению в виде нивелирования клинических признаков либо снижения выраженности признаков. Также в ходе проведение терапии у больных отмечалось позитивное динамика по другим показателям тоже.

Ключевые слова: инвалидность, вазодилятация, везнозный компонет, гипоксия, дисциркуляторная энцефалопатии.

ДИСКУЛЯТОР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИ ВА ВЕНОЗ ЭТИШМОВЧИЛИГИДА ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛАШТИРИШ

Ортикбоева Ш.О., Ортикбоев Ж.О.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Клиник тадқикотлар шуни кўрсатадики, Метаксаз бош оғриги, бошдаги шовқин, церебрал веноз этишмовчилиги, вестибулоатактик, церебрастеник шундай белгиларни камайтиради. Кўпгина беморларда метаксаз қабул қилиниши клиник белгиларни камайшига ёки симптомлар даражасини пасайтириш шаклида клиник яхшиланишига ёрдам беради. Шунингдек беморларининг даволаш жараёнида ҳам, бошқа кўрсаткичларнинг ижобий динамика қайд этди.

Калит сўзлар: ногиронлик, вазодилятация, веноз компонент, гипоксия, дисциркулятор энцефалопатия.

OPTIMIZATION OF VENOUS INSUFFICIENCY THERAPY IN DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Ortiqboeva Sh.O., Ortiqboev J.O

Tashkent pediatric medical institute.

✓ ***Resume,***

A clinical study showed that taking metaxax reduces the frequency and severity of headaches, noise in the head, visual, cerebral venous disorders, vestibuloatactic, cerebrastenic manifestations. Acceptance of metaxase in most patients contributed to clinical improvement in the form of leveling clinical signs or reducing the severity of symptoms. Also during the course of therapy, patients showed a positive trend in other indicators, too.

Key words: disability, vasodilation, vesnos component, hypoxia, dyscirculatory encephalopathy.

Актуальность

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются одной из важнейших проблем современной клинической неврологии в мире и в нашей стране. Проблема приобретает большое социальноэкономическое значение, что обусловлено тяжестью течения ЦВЗ, их значительной долей в структуре болезней системы кровообращения (35%) и общей смертности (20%), тяжелой и стойкой инвалидизацией, наступающей у больных вследствие острых форм этих процессов [1, 2, 3, 4, 5, 7, 17, 19, 21].

Это определяет актуальность и приоритетность изучения различных аспектов проблемы сосудистых заболеваний головного мозга. Наиболее актуальными из них являются вопросы разнообразных механизмов, приводящих к развитию ЦВЗ, а также изучение доинсультных форм сосудистой патологии головного мозга, в частности хронической ишемии мозга - дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ).

Клиническая картина различных форм ДЭ определяется не только нарушениями в артериальной системе головного мозга, но и в значительной мере расстройствами венозного кровообращения [1, 3, 5, 10, 16, 21, 23,24,].

Постепенно в ангионеврологии утверждается концепция венозной дисфункции в формировании сосудистой патологии головного мозга. Нарушение венозной циркуляции при ДЭ закономерно ввиду анатомофункционального единства артериальной и венозной систем мозга. Ведущим патофизиологическим моментом ДЭ является гипоксия, которая влечет за собой, по принципу порочного круга, увеличение PaCO2, тканевый ацидоз, блокаду натриевого насоса, вазодилатацию, замедление артериального кровотока, затруднение ликвороциркуляции и венозного оттока из полости черепа [3, 10, 11].

До недавних пор изучение венозного компонента мозгового кровообращения значительно отставало по своему объему от исследований артериальной гемодинамики. Трудности прижизненной диагностики нарушений венозного кровообращения мозга явились причиной ложного представления многих клиницис-

тов о редкости этой патологии, а следовательно, и о второстепенной значимости ее изучения.

Вместе с тем становится очевидным, что при нарушениях мозгового кровообращения наиболее важное патогенетическое значение имеют два фактора: 1) недостаточность притока крови к тканям мозга в бассейне стенозированной или закупоренной артерии; 2) недостаточность или задержка венозного оттока. Эти два процесса тесно взаимосвязаны, так как при нарушениях кровообращения в артериях мозга, как правило, в той или иной степени затрудняется венозный отток. В свою очередь, патология вен мозга приводит к нарушению артериальной гемодинамики и метаболизма мозга [1, 3, 11, 16,14,13]. По данным исследователей у 71,5% больных с артериальной гипертензией (АГ) УЗ-методом обнаруживается компрессия внутренних яремных, брахиоцефальных, позвоночных вен, а у ряда больных - веногипотония, недостаточность клапанов в устьях вен и аномалии их строения. По данным МР-венографии, у больных с тяжелой и злокачественной АГ признаки нарушения венозного оттока головного мозга встречаются в 91 % случаев, а у больных с АГ 1-2-й стадии - в 55 % случаев. [15,20,22].

Это выдвигает проблему борьбы с ликворно-венозными нарушениями у больных с ДЭ в число приоритетных и определяет актуальность поиска терапевтических воздействий, направленных на снижение венозного давления в мозге.

Цель исследования

Нами было проведено исследование, целью которого стало изучение клинической эффективности и переносимости препарата Метаксаз в комплексной терапии пациентов с ликворно-венозными нарушениями при хронической ишемии мозга (ДЭ).

Материал и методы

Нами было проведено обследование и лечение 30 больных с ликворно-венозными нарушениями при ДЭ гипертонического генеза в возрасте от 19 до 45 лет. Церебральная венозная патология встречалась у женщин практически в 2 раза чаще, чем у мужчин. Из всех обследованных женщин было 18, мужчин - 12. У большинства больных давность заболевания составляла от 1 года до 10 лет (73 %) и развивалось оно в возрасте до 40 лет.

Клинико-неврологическое обследование включало изучение частоты и выраженности субъективной и объективной неврологической симптоматики. Анализировались следующие симптомы: головная боль, шум в голове, зрительные нарушения, утренняя отечность лица, отечность под глазами, цианоз кожных покровов лица, снижение памяти, неустойчивость внимания, нарушение сна.

ТКД проводили на аппарате Sci med производства фирмы Medata (Швеция). Регистрировали линейную скорость кровотока (ЛСК) в сифоне внутренней сонной артерии (ВСА), средней мозговой (СМ) и в интракраниальных сегментах позвоночной артерии (ПА). Определяли индекс пульсации и асимметрии ЛСК.

Оценивали также скоростные параметры в венах Розенталя по методике В.Г. Лелюк, С.Э. Лелюк (2003). Повышение усредненной по времени максимальной скорости кровотока (TAMAX) в венах Розенталя более 15 см/с расценивали как проявление внутричерепной гипертензии и нарушение венозной циркуляции.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методов описательной статистики (для количественных показателей - n, среднее арифметическое, медиана, стандартное отклонение, минимальное и максимальное значения; для качественных показателей - частота и доля в %), критериев Фишера - Стьюдента.

Все пациенты получали базисную терапию (согласно стандартам лечения больных с хронической ишемией мозга), включающую гипотензивные, гиполипидемические средства, антиагреганты, при необходимости, - седативные препараты, а также физиотерапевтические процедуры. Наряду с базисной терапией пациенты получали препарат с венотонизирующим и ангиопротекторным действием - метаксаз, содержащее диосмин (450 мг) и гесперидин (50 мг). Метаксаз повышает тонус вен, уменьшает их растяжимость и, тем самым, уменьшает венозный застой и отек. Снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их резистентность.

Венодиол назначался по 1 таблетке 2 раза в день, днем и вечером на протяжении 60 дней.

Эффективность действия метаксаза оценивали на основании динамики клинико-неврологического статуса, показателей ТКД.

Результат и обсуждение

Для обследованных больных характерным было возникновение в ночные или утренние часы головной боли с ощущением тяжести в затылке, с иррадиацией в лобно-глазничную область, давлением изнутри на глазные яблоки. С нарастанием интенсивности головная боль становилась распирающей, приобретала характер диффузной, постоянной. Помимо этого, пациенты жаловалась на головокружение, шум в голове, закладывание в ушах, ощущение "сетки", "пелены", "мушек" перед глазами, расстройство сна, раннее пробуждение от интенсивной головной боли. Отмечалось снижение памяти, быстрая утомляемость, снижение внимания, работоспособности. У больных была заметна пастозность лица, век, больше выраженная в утренние часы, отечность под глазами, синюшность губ, изредка кончика носа, мочек ушей, расширение вен кожи лица, приступообразное покраснение или побледнение лица. Выраженность признаков у больных соответствовала 2-3 баллам. Очаговых расстройств в неврологическом статусе не было, или они носили единичный, рассеянный характер.

По данным ТКД признаки венозной дисциркуляции проявлялись наличием ретроградного потока по ГВ, увеличением ЛСК в базальной вене Розенталя на 18-20% и прямом синусе на 20-25% (TAMAX в венах Розенталя в исходном состоянии была от 16 до 23 см/с, среднее значение - 19,57 ± 1,84 см/с).

Динамика выраженности субъективной и объективной симптоматики и гемодинамических показателей по данным ТКД в процессе приема метаксаза у больных с ликворно-венозными нарушениями при ДЭ отмечалась четкая положительная динамика по данным клинико-неврологического статуса и показателям ТКД.

Прием метаксаза у большинства больных способствовал клиническому улучшению в виде нивелирования клинических признаков либо снижения выраженности признака. Отмечалось уменьшение головных болей, головокружений, шума в голове, зрительных нарушений, признаков венозных нарушений, улучшение памяти, внимания, нормализация формулы сна и неврологической симптоматики. Выраженность признаков в среднем составляла 0,2-0,4 балла и была не более 1 балла.

Позитивная динамика отмечена и по показателям ТКД. Увеличивалась ЛСК в сосудах сонных и позвоночных артерий, выравнивались гемодинамические асимметрии, нормализовался индекс пульсации. Положительное влияние метаксаза на венозную гемодинамику отмечено в виде нормализации кровотока по базальной вене Розенталя и в прямом синусе, перехода ретроградного кровотока в антероградный по ГВ. ТАМАХ в венах Розенталя статистически значимо уменьшалась в конце курса лечения. Среднее значение ТАМАХ в венах Розенталя снизилось на 36% - с 19,57±1,84 см/с до 12,48 ± 1,07 см/с.

Метаксаз не оказывал влияния на показатели периферической крови, функциональное состояние поджелудочной железы, печени, почек.

Таким образом, Метаксаз хорошо переносился пациентами, являлся эффективным и безопасным в лечении ликворно-венозных нарушений у больных с ДЭ.

Выводы

1. В патогенезе цереброваскулярных заболеваний значительное место занимают ликворно-венозные нарушения, что определяет актуальность терапевтических воздействий, направленных на улучшение венозного кровотока в мозге.

2. Результаты клинических исследований позволяют сделать вывод, что прием Метаксаза уменьшает частоту и выраженность головных болей, шума в голове, зрительных, церебральных венозных нарушений, вестибулоатактических, церебрастенических проявлений; улучшает показатели ТКД.

3. Метаксаз хорошо переносится, является эффективным и безопасным в лечении ликворно-венозных нарушений у больных с ДЭ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабенков Н.В. Нарушения венозного кровообращения мозга: патогенез, клиника, течение, диагностика //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М., 1984. - Т. 84, вып. 2. - С. 281288.
2. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. - /М.Медицина, 2004. - 432 с.
3. Бердичевский М.Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга. - /М.Медицина, 1989. - 224 с.
4. Варакин Ю.Я. Распространенность и структура цереброваскулярных заболеваний в различных регионах СССР по данным одномоментного эпидемиологического исследования // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2005. - № 11. - С. 710.
5. Волошин П.В. К вопросу о классификации сосудистых заболеваний головного мозга / П.В. Волошин, Т.С. Мищенко // Укра҆нський вксник психоневрологкч. - 2002. - Т. 10, вип. 2 (31). - С. 1217.
6. Волошин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. - /М.: Медпрессинформ, 2005. - 688 с.
7. Волошин П.В. Современная организация инсультной помощи: образовательные программы, активная тактика в остром периоде и полноценная реабилитация / П.В. Волошин, В.В. Яворская, Ю.В. Фломин и др. // Лкки Укра҆ни. - 2005. - С. 119.
8. Гехт А.Б. Лечение больных инсультом в восстановительный период / А.Б. Гехт, Е.И. Гусев // Доктор. - 2003. - № 3. - С. 3335.
9. Григорова И.А. Лечение мозгового инсульта в начале третьего тысячелетия / И.А. Григорова, С.М. Виничук и др. // Здоров'я Укра҆ни ХХѓ сторкччя. - 2006. - № 10. - С. 2628.
10. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М., 2001. - 328 с.
11. Шишкин А.Н. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия / А.Н. Шишкин, М.Л. Лындина // Артериальная гипертензия. - 2008. - Т.4. - С.315-319.
12. Демографический ежегодник России. Статистический сборник. - М., 2007. - 30 с.
13. Ворлоу Ч.П. Инсульт. Монография / Ч.П. Ворлоу, М.С. Деннис, Ж. Ван Гейн, Г.Ж. Ханпий, П.А.Г. Салдерконн, Ж.М. Балефорд, Ж. Ворлоу. - 629 с.
14. В.В. Машин. Кардиогенная энцефалопатия: Клиника поражения головного мозга и церебральная гемодинамика у больных с различной патологией сердца / В.В. Машин, В.Вл. Машин, А.В. Фонякин и др. // Труды I Национального конгресса "Кардионеврология". - 2008. - С. 6065.
15. Коваленко В.М. Серцевосудиннк захворювання у жкнок: пкдводна частина айсбергу / В.М. Коваленко // Нова медицина. - 2005. - № 4 (21). - С. 1213.
16. Коркушко О.В., Лишневская В.Ю. Терапевтические возможности лечения хронической венозной недостаточности // Здоров'я Укра҆ни. - Кичв, 2004. - № 9. - С. 3.
17. Лущик У.Б., Алексиива Т.С. Чому сьогоднк не зменшуються показники захворюваностк та смертностк, пов'язанк кз серцевосудинною патологкю // Практична ангкологкя. - № 3 (32), 2010. - С. 511.
18. Мищенко Т.С. Применение танакана в терапии когнитивных нарушений у постинсультных больных / Т.С. Мищенко, Е.В. Дмитриева, В.Н. Мищенко. - 2009. - № 7(18). - С. 2731.
19. Мкщенко Т.С. Епкдемкологкя мозкового кнсульту в Укра҆нк / Т.С. Мкщенко, ґ.В. Здесенко, О.ґ. Коленко [та кн.] // Укра҆нський вксник психоневрологкч. - 2005. - Т. 13, вип. 1(42). - С. 2328.
20. Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // Международный неврологический журнал. - 2007. - № 2 (12). - С. 2630.
21. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрошенко П.Р. Стратегкя боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // Укра҆нський вксник психоневрологкч. - 2001. - Т. 9, вип. 1(26). - С. 57.
22. Путилина М.В. Диагностика и терапия легких и умеренных когнитивных расстройств у пациентов пожилого возраста с гипертонической энцефалопатией / М.В. Путилина // Практична ангкологкя. - 2010. - № 7(36). - С. 2933.
23. Стан неврологкчноч служби Укра҆ни в 2011 роцк. - Харккв, 2012. - 10 с.
24. Сучасна дкагностика к лккування в неврологкч та психкатркч / За редакцкю Т.С. Мкщенко, В.С. Пкдкоритова // Довкдник лккаря "Неврологпсихкатр". - К.: ТОВ "Доктормедиа", 2008. - 624 с.

Поступила 03.03. 2019

УДК: 616.155.14-07-08

EFFICIENCY OF TREATMENT IN DISEASE OF MEGALOBLAST ANEMIA

Sodikova D.T., Artikova SG, Yunusova Z.V.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Anemia associated with a violation of the synthesis of DNA and RNA is a large group of both hereditary and acquired diseases. These anemias combine presence in Bone marrow of megaloblasts - peculiar large cells of a red row with a delicate structure and an unusual arrangement of chromatin in the nucleus.

Synthesis of DNA is disrupted with a deficiency of vitamin B12, folic acid, and some rare hereditary diseases.

Key words: anemia, bone marrow, cells megaloblast, DNA and RNA.

МЕГАЛОБЛАСТ АНЕМИЯЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Содиқова Д.Т., Артиқова С.Г., Юнусова З.В.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

ДНК ва РНК синтезининг бузилиши билан боғлиқ бўлган анемиялар ирсий ва орттирилган касалликларнинг катта гурухини ташкил қилади. Бу анемиялар тўғридан тўғри суяк кўмиги патологияси билан бирлашади. Мегалобластлар - ўзига хос тузилишга ва қизил ядро хроматинида ажойиб жойлашиши билан ажралиб турувчи катта ҳужайралар ҳисобланади.

Калит сўзлар: анемия, суяк кўмиги, ҳужайра,мегалобласт, ДНК ва РНК.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ

Содикова Д.Т., Артикова С.Г., Юнусова З.В.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК и РНК, - большая группа как наследственных, так и приобретенных заболеваний. Эти анемии объединяет присутствие в

костном мозге мегалобластов - своеобразных больших клеток красного ряда с нежной структурой и необычным расположением хроматина в ядре.

Синтез ДНК нарушается при дефиците витамина B12, фолиевой кислоты, некоторых редких наследственных заболеваниях.

Ключевые слова: анемия, костный мозг,клетка, мегалобласт, ДНК и РНК.

Relevance

Anemia is a clinical and hematological syndrome, characterized by a decrease in the number of red blood cells and hemoglobin in the blood. A variety of pathological processes can serve as the basis for the development of anemic conditions, and therefore anemia should be considered as one of the symptoms of the underlying disease. The prevalence of anemia varies considerably in the range from 0.7 to 6.9%. The cause of anemia can be one of three factors or a combination of them: blood loss, insufficient red blood cell formation or increased destruction (hemolysis).

Among the various anemic conditions, iron deficiency anemia are the most common and constitute about 80% of all anemias.

Iron deficiency anemia is a hypochromic microcytic anemia that develops as a result of an absolute decrease in iron reserves in the body. Iron deficiency anemia occurs, as a rule, in chronic blood loss or inadequate intake of iron in the body.

According to the World Health Organization, every 3rd woman

Iron is an indispensable biometal that plays an important role in the functioning of the cells of many body systems. The biological value of iron is determined by its ability to reversibly oxidize and regenerate. This property ensures the participation of iron in the processes of tissue respiration. Iron makes up only 0.0065% of body weight. The body of a man weighing 70 kg contains about 3.5 g (50 mg / kg body weight) of iron. The iron content in the body of a woman weighing 60 kg is about 2.1 g (35 mg / kg body weight). Iron compounds have a different structure, have characteristic only for them functional activity and play an important biological role. The most important iron-containing compounds include: hemoproteins, which is a structural component of heme (hemoglobin, myoglobin, cytochromes, catalase, peroxidase), enzymes nonheme group (succinate dehydrogenase, acetyl-CoA-dehydrogenase, xanthine oxidase), ferritin, hemosiderin, transferrin. Iron is part of the complex compounds and is distributed in the body as follows:

— heme iron — 70%;

— iron depot — 18% (intracellular accumulation in the form of ferritin and hemosiderin);

— functioning iron — 12% (myoglobin and iron-containing enzymes);

— transported iron — 0.1% (iron associated with transferrin).

There are two types of iron: heme and non-heme. Heme iron is a part of hemoglobin. It is contained only in

a small part of the food ration (meat products), is well absorbed (by 20-30%), other components of food practically do not affect its absorption. Non-heme iron is in the free ionic form - bivalent (Fe II) or ferric iron (Fe III). Most of the dietary iron is non-heme (mainly found in vegetables). The degree of its absorption is lower than that of heme, and depends on a number of factors. Only divalent non-heme iron is absorbed from food products. In order to "turn" trivalent iron into bivalent, a reducing agent is necessary, the role of which in most cases is played by ascorbic acid (vitamin C). In the process of absorption in the cells of the intestinal mucosa, ferrous iron Fe2 + turns into oxide Fe3 + and binds to a special carrier protein, transferrin, which transports iron to hematopoietic tissues and iron deposition sites.

Iron is stored in proteins ferritin and hemosiderin. If necessary, iron can be actively released from ferritin and used for erythropoiesis. Hemosiderin is a ferritin derivative with a higher iron content. From hemosiderin, iron is released slowly.The incipient (pre-absent) iron deficiency can be determined by a reduced ferritin concentration even before the iron reserves are exhausted, while the serum levels of iron and transferrin remain normal.

Megaloblastic anemia is a heterogeneous group of disorders with common morphological features. Megaloblastosis is a universal concept, a violation of the nucleation of the nucleus is observed in all rapidly dividing cells of the body, for example, cells of the gastrointestinal mucosa or uterine mucosa [2].

The etiology of megaloblastic anemia is diverse. The most common causes are folate and cobalamin deficiencies (vitamin B12). Of the causes of cobalamin deficiency, the most frequent are pernicious anemia (PA), impaired cobalamin absorption in the terminal ileum, and the effect of drugs (cytostatics). Folate deficiency is more common due to malnutrition (lack of raw vegetables in the diet), during pregnancy and the use of drugs with antifolate action (methotrexate, 6-mercaptopurine, antiretroviral drugs, etc.). Myeloproliferative diseases and viral infections (for example, HIV), disrupting DNA synthesis, can also lead to megalo-blastosis. Many chemotherapeutic, protivosudorozhennye drugs (phenytoin), contraceptives can cause megaloblastosis.

The molecular basis of megaloblastosis is a violation of the synthesis and assembly of DNA. Despite all the available information, biochemical pathways are not fully understood. This is especially true for cobalamin-associated neuropathy, which can exist independently of hematological changes. Recent studies have shown that folic acid deficiency can also cause neurological damage [3].

A sign of megaloblastic anemia is ineffective erythropoiesis, as evidenced by erythroid hyperplasia in the bone marrow, a decrease in reticulocytes at the periphery, an increase in LDH and indirect bilirubin.These laboratory parameters are a consequence of the internal destruction of brittle and improperly formed erythroid precursors.

People cannot synthesize cobalamin and folic acid, so they depend on the intake of these substances from food. Cobalamin is associated with internal factor (HF), and absorbed in the terminal ileum. After absorption, cobalamin joins another protein, transcobalamin II, and is transported to storage sites. Violations at any stage of transport can lead to shortages. The body contains a significant amount of cobalamin; this explains why the years go by before the deficit develops [3].

Although the absorption and transport of folic acid is difficult, violations rarely occur at these stages, most often the deficit is caused by a dietary deficiency. The amount of folate in the body is small, so the deficit may develop within a few months after stopping folate intake with food. Folic acid deficiency can occur in patients with celiac disease, Crohn's disease, small intestinal lymphoma, amyloidosis, and small intestinal lesions in systemic scleroderma.

Recently began to allocate food-related malabsorption of cobalamin (SPMK). In this condition, cobalamin in sufficient quantities comes from food into the stomach, but its separation from food and absorption do not occur. It should be noted that, according to literary data, SPMK is much more common than it is diagnosed. The reason for the low diagnosis in the absence of a sensitive and specific test for this pathology. Until 2003, the Schilling test was practiced in the United States, but due to the high cost and the failure of insurance companies to pay for it, this test was refused.

In the Schilling test, cobalamin was first taken alone on an empty stomach,

then cobalamin along with HF, and if SPICA was required to be removed, everything was mixed with food. Lack of absorption before adding HF means pernicious anemia (PA), absorption problems after adding HF - diseases of the small intestine, lack of absorption of cobalamin mixed with food - SPMK.

With SPMK, clinical manifestations of cobaminamin deficiency develop much more slowly than with perinitic anemia, since cobalamin absorption from bile is maintained.

A number of authors point to positive clinical dynamics of SPMK after treatment with antibiotics directed against H. ru ^ n [4]. This type of SPHM is considered to be associated with H. ru-yy-associated gastritis, but one should not forget that the majority of patients infected with H. ru ^ n have no clinical and biochemical manifestations of cobalt deficiency. The data requires further study [5].

The frequency of PA - 0.25-0.5 cases per 1000 people over 60 years. Other forms of megaloblastosis are rare. The people of the white race suffer from PA several times more often than people of the Asian and African American races.

Complaints with megaloblastic anemia, which are rarely paid attention to:

- pain in the tongue and mouth;
- change of gait, loss of memory, paresthesia in the fingers and, above all, the legs;
- visual impairment;
- appeals to a psychiatrist;
- diarrhea.

Nutritional features and previous treatment require detailing in the collection of anamnesis. Dietary deficiency is the most common cause of folate deficiency [6]. A typical patient is an elderly person whose diet is poor in raw vegetables and fruits, or who prepares food in large quantities of water with excessive heat. It is also important to register all the drugs the patient is taking (methotrexate, 6-mercaptopurine, antiretroviral drugs).

PA is an autoimmune disease that can be combined with other autoimmune diseases (autoimmune

thyroiditis, type I diabetes, Addison's disease, hypoparathyroidism, autoimmune hemolytic anemia).

The operated stomach or small intestine predisposes to the development of a deficiency of cobalamin. With a total gastrectomy of 3-5 years, with partial gastrectomy approximately 12 years pass before the development of a deficiency of cobalamin. After surgery, blind loop syndrome may develop.

Zollinger-Ellison syndrome can cause megaloblastosis, because an excess of hydrochloric acid makes it impossible to activate pancreatic enzymes, the action of which is necessary for the cobalamin to be released from its association with the r-factor (contained in saliva) before it is combined with HF. Cutting and / or eating raw fish in the past requires eliminating invasion with tapeworm (wide tapeworm).

In patients with psoriasis and ecfoliative dermatitis, folate is further required due to increased exfoliation of epidermal cells. With full parenteral nutrition and hemodialysis, folate deficiency develops because folate is lost in dialysate fluid. It is known that megaloblastosis occurs in people with alcoholism due to folate deficiency due to the competition of alcohol dehydrogenase with folate. Folate deficiency develops in infants when fed with goat milk (low folate content) and some synthetic mixtures.

Objective data. In addition to the symptoms related to the anemic syndrome (shortness of breath, tachycardia, weakness, etc.), symptoms characteristic only of megaloblastic anemias can be observed. Pale skin with a lemon-yellow tint due to a combination of lower hemoglobin with an increase in indirect bilirubin, skin hyperpigmentation and depigmentation of the hair due to increased melanin synthesis is possible.

Characterized by a smooth tongue due to smoothing papillae, the appearance of glossitis. A number of patients have hepatolienal syndrome.

Neuropsychiatric signs of cobalamin deficiency: peripheral neuropathy, irregular gait, loss of balance, loss of proprioception and vibration, blindness due to optic nerve atrophy, loss of memory, mental disorders (depression). Neuropsychiatric complications of folate deficiency are usually limited to irritability.

Patients with PA may have signs of other autoimmune disorders (autoimmune thyroiditis, type I diabetes, Addison's disease, hypoparathyroidism, autoimmune hemolytic anemia).

Erythrocytes are larger in size, oval and have a larger nucleus in relation to the cytoplasm compared to normal erythrocytes. Neutrophils are hypersegmented (b and more lobules in the nucleus); in the megaloblasts of the bone marrow, the maturation of the nucleus is lagging behind the normally maturing cytoplasm. Macrocytic anemia, thrombocytopenia, decrease in reticulocytes are usually observed. The average volume of the erythrocyte is from 100-150 fL and more.

Macrocytosis may be masked by the presence of thalasemia or iron deficiency (anemia will become normocytic). However, neutrophil hypersegmentation may persist.

LDH is a very convenient test for determining hemolysis, a decrease in LDH indicates a positive dynamic and effect of therapy. The ratio of LDH 1 (LDH1) and

LDH 2 (LDH2) increased, with LDH1 / LDH2> 1. It is imperative to investigate serum iron and ferritin, since the treatment of megaloblastic anemia will slow down due to iron deficiency.

Blood cobalamin should be tested as early as possible; if this is not possible for technical reasons, the serum should be frozen until the time of the test. Falsely elevated levels of cobalamin can occur in myeloproliferative diseases, congenital anomalies of cobalamin metabolism, after using nitrous oxide. Falsely low values of cobalamin occur with folate or iron deficiency, with vegetarians, with high doses of ascorbic acid, with pregnant women, with congenital tra-crapalamine deficiency I.

You also need to determine the level of folic acid, as a low level of folate reduces the level of cobalamin. Serum levels of methylmalonic acid and homocysteine in serum increase with cobalamin deficiency, falsely high values of these indicators appear in renal failure.

Antibodies to parietal cells of the stomach are rarely determined, the test is positive in 90% of patients with PA. However, this test is positive for other autoimmune disorders (a test with good specificity but low sensitivity).

Antibodies to HF are extremely rare. Measurement of gastrin and pepsinogen I is used (a test with good sensitivity, but low specificity).

The study of bone marrow is best carried out in the early stages of diagnosis to exclude myelo-dysplasia, and before the appointment of treatment, since the bone marrow changes within 24 hours from the start of treatment. Bone marrow is hypercellular. An increase in the erythroid sprout is manifested by a change in the myeloid-erythroid ratio. Erythroid progenitors with megaloblastic hematopoiesis are larger in size and have a nucleus lagging behind in maturation. Cytoplasmic maturation is normal; Howell-Jolly bodies can be observed in the cytoplasm [7].

Cobalamin deficiency rarely requires immediate treatment and allows for diagnostic testing within a few days. For a long time, for months, existing anemia leads to the development of compensatory mechanisms. Even elderly patients with hemoglobin 50 g / l do not tolerate this condition. Immediate cobalamin parenteral administration requires severe neurological disorders (marked sensory deficiency and gait disturbances), since irreversible changes are possible. An immediate red blood cell transfusion is required only for symptoms of myocardial ischemia, brain, or the threat of heart failure. Unreasonable erythrocyte mass transfusion can enhance hemolysis, so often seen in B12-deficient anemia.

American sources recommend the following: in severe forms, cyanocobalamin (1000 μg) is administered parenterally daily for 2 weeks, then 1 time per week until hematocrit normalizes, then 1 time per month for life. This dose is large, but it is justified in most cases, because 250 mg is deposited in the depot. Patients with neurological complications should receive cyanocobalamin in a dose of 1000 mcg (sometimes more) every day for 2 weeks, then once every 2 weeks for 6 months, and monthly for a lifetime.

Materials and methods

To solve the tasks, we examined 101 patients diagnosed with IDA in the clinic of the Medical Institute.

The results of the study

The oral form of cobalamin (1000 xg) can be prescribed to patients with hemophilia. You can begin treatment with parenteral cobalamin with the transition to oral.

Cobalamin therapy is sometimes required in patients

with a serum cobalamin borderline value and minor neurological impairment. These patients need 50 xg of oral cyanocobalamin daily. When using injectable forms of cobalamin, allergic reactions are more common, requiring the use of anti-histamine or steroid preparations.

A number of authors recommend the administration of potassium preparations during treatment with cobalamin, since potassium is consumed by newly formed red blood cells and the development of hypokalemia is possible. Transfusion of liquids should be limited during the administration of cobalamin.

The currently recommended folic acid supplements for pregnant women and the elderly have reduced folic acid deficiency. A prophylactic dose of folate (1 mg / day) is recommended to be prescribed during pregnancy and the perinatal period, in case of chronic hemolysis.

Currently, folic acid supplementation is recommended for the prevention of atherosclerosis and thromboembolic events, since folic acid reduces blood homocysteine levels. The effect of folic acid on female and male reproductive function has also been proven. Folate (1-5 mg) is prescribed orally.

In no case is it recommended to prescribe a therapeutic dose (1-5 mg / day) of folic acid, if the cause of megaloblastosis is not clear. It is proposed to prescribe a physiological dose of folate 100-400 mcg, since cobalamin deficiency does not respond to such a dose, but it will lead to positive symptoms in patients with folate deficiency.

Consultation specialists. Consultation with a hematologist - if the cause of macrocytosis is unclear, if there is no response to therapy, if there are neurological complications. Consultation of a neurologist - in the presence of neurological complications. Consultation with a gastroenterologist - to exclude PA, blind loop syndrome. The diagnosis of pernicious anemia requires periodic oncological examination of the patient due to the increased risk of developing stomach tumors.

Conclusions

1. Despite the appearance of a surge of strength in the first 24 hours after the administration of cobalamin, hematological changes begin to disappear only a few days later and the first objective criterion is an increase in the level of reticulocytes within 3-5 days with a peak after 4-10 days. In the absence of an increase in reticulocyte levels, an incorrect diagnosis or a concomitant iron deficiency must be assumed.

2. Elevated levels of LDH and indirect bilirubin decrease rapidly. Hemoglobin levels should increase by approximately 1 g / l / week. If hemoglobin does not increase at approximately this rate and does not reach normal numbers within 2 months, there is another reason for anemia.

Leukocytes and platelets are usually restored within days of several days from the start of therapy, and hypersegmented neutrophils may persist for 10-14 days.

3. Reduction of LDH and reticulocytosis are excellent parameters of the effectiveness of therapy in the early stages. The final criterion for the effectiveness of treatment is the normalization of the average red blood cell volume (MCV) by the 8th week of treatment.

LITERATURE:

1. Alpidovskiy V. K. Anemias: strategy and tactics of diagnostic search. - Consilium medicum. - 2002. - V. 2, No. 6.
2. Carmel R. Efficacy and safety of fortification and vitamin B12 supplementation: biochemical and physiologic effects. - Food Nutr Bull .- 2008. - Vol. 29 (suppl.). - P. S177 - S187.
3. Chan C. W. J., Liu S. Y. H., Kho C. S. B. et al. Diagnostic clues to megaloblastic anaemia without macrocytosis. - Int J Lab Hematol. - 2007. - Vol. 29. - P. 163-171.
4. Dierkes J., Ebert M., Malfertheiner P., Luley C. Helicobacter pylori infection, vitamin B12 and homocysteine: a review. - Dig Dis. - 2003. - Vol. 21. - P. 237-244.
5. Carmel R. J Nutr. - 2007. - Vol. 137. - p. 2481-2484.
6. Antony A. C. Vegetarianism and vitamin B12 (cobalamin) deficiency. - Am J Clin Nutr. - 2003. - Vol. 78. - P. 3-6.
7. Reynolds E. Vitamin B12, folic acid, and the nervous system. - Lancet Neurol. - 2006. - Vol. 5. - p. 949-960.
8. Carmel R., Sarrai M. Diagnosis of cobalamin deficiency: advances and controversies. - Curr Hematol Rep. - 2006. - Vol. 5. - P. 23-33.

Поступила 28.03. 2019

УДК 616-036.86(571.14)

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЦИСТИТОВ У ДЕТЕЙ

Солиева М.О., Арзибекова У.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В статье изложен аналитический обзор литературы о хроническом цистите у детей. Освещены актуальность данной проблемы, этиология и патогенез. Рассмотрены основные этапы диагностики. Подробно представлен основной метод диагностики - цистоскопия с биопсией слизистой мочевого пузыря, описана схема лечения хронического цистита. Продемонстрированы различные методы местного лечения, проанализированы их преимущества и недостатки, обоснован выбор оптимального способа эндотерапии хронического цистита.

Ключевые слова: цистит, диагностика, лечение, дети.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЦИСТИТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Солиева М.О., Арзибекова У.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ушбу мақолада болаларда сурункали циститларни аналитик адабиётлар шархи келтириб ўтилган. Бу касалликни долзарблиги, этиологияси ва патогенези ҳақида сўз боради. Бундан ташқари ташхисотига алоҳида ёндошиб ўтилган.- цистоскопия, сийдик пуфаги шиллиқ қаватидан биопсия олиш, касалликни даволаш схемаси ёзиб ўтилган. Маҳаллий даволашнинг турли усуллари тахлил қилиниб, ундаги камчиликлар ёритилган ва эндотерапиянинг оптимал услублари ҳақида тушунча берилган.

Калит сўзлар: цистит, ташхис, даволаш, болалар.

CLINICAL FEATURES, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC CYSTITIES IN CHILDREN

Soliev M.O., Arzibekova U.A.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

In the article the analytical review of the literature on a chronic cystitis at children is stated. The urgency of the given problem, etiology and pathogenesis are covered. The basic stages of diagnostics are considered. The basic method of diagnostics - cystoscopy with a bladder mucous biopsy is presented in details. The scheme of chronic cystitis treatment is described. Various methods of local treatment are shown, advantages and disadvantages are analyzed and substantiations of a choice of an optimum bladder therapy are given.

Key words: cystitis, diagnosis, treatment, children

Актуальность

Хроническое воспаление мочевого пузыря (МП) занимает важное место в структуре урологических заболеваний у детей, а проблема диагностики и лечения хронического цистита (ХЦ) по-прежнему весьма актуальна [2]. Дети с ХЦ составляют значительную часть (19-21%) от общего числа госпитализированных больных [1]. Риск развития инфекции мочевыделительной системы в течение первых 10 лет жизни возникает у 1 % мальчиков и 3% девочек [4]. Критерием хронического течения является либо сам факт возникновения периодических обострений воспалительного процесса в стенке МП без учета их количества, либо развитие 2-х и более обострений в год [1,3,5].

Опасность хронического цистита (ХрЦ) многие авторы видят не только в его рецидивирующем течении (при адекватной комплексной терапии), но и в возможности развития пиелонефрита в результате восходящей урогенитальной инфекции [5]. Так, у 16% детей, страдающих ХрЦ обнаруживается пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Более того, ХрЦ выявляется у 92% больных пиелонефритом (ПН). В литературе обсуждается роль ХрЦ в развитии новообразований при рецидивирующем его течении у взрослых [2,6]. Тесная взаимосвязь циститов с хронической патологией женской-репродуктивной системы позволяет говорить об опасности данного заболевания не только для самих женщин, но и для их будущих детей. Основы здоровья будущих матерей закладываются именно в детском возрасте, что делает своевременную терапию ХрЦ у девочек особенно актуальной [1,4].

Цистит большинством авторов определяется как воспалительное заболевание стенки мочевого пузыря. Считается, что при остром цистите преимущественно поражаются слизистый и подслизистый слои, тогда как при хроническом воспалительном процессе затрагивается и более глубокий мышечный слой. Критерием хронического течения является либо сам факт возникновения периодических обострений воспалительного процесса в стенке мочевого пузыря без учё-

та их количества, либо развитие 2 и более обострений в год [1,8].

Причины формирования хронического инфекционного процесса у детей достаточно интенсивно дискутируются в литературе. Многие авторы видят их в наличии структурных, морфологических и функциональных изменений со стороны мочевого пузыря [7]. Бактериальная инвазия является лишь предпосылкой к развитию хронического воспалительного процесса [1,7]. Однако, до настоящего времени большинство исследователей признают бактериальную обсеменённость основным фактором, вызывающим неспецифическое воспаление мочевого пузыря (МП). О механизмах проникновения микроорганизмов в мочевой тракт мнения различных авторов расходятся. Выделяют, в основном три пути инфицирования МП: гематогенный, лимфогенный и восходящий [6,8].

Цистоскопия является наиболее достоверным методом диагностики ХрЦ [5,7]. Она позволяет оценить степень и характер поражения слизистой оболочки МП, а также состояние устьев мочеточников. В литературе ссылки на проведение биопсии стенки МП с последующей верификацией морфологических изменений встречаются редко, хотя именно гистологическая картина позволяет определить тип местной терапии [3,5]. На основании исследования биоптата, полученного при цистоскопии (ЦС), возможен наиболее адекватный подбор метода терапии конкретного пациента.

На сегодняшний день врачами-педиатрами, нефрологами и урологами, особенно зарубежными, отдаётся предпочтение массивной и длительной системной антибактериальной терапии ХрЦ, что приводит к частому развитию аллергических реакций, а также "воспитанию" резистентной флоры [2]. В противовес этому ещё в начале прошлого столетия применялись инсталляции МП [3,7]. В настоящее время внутрипузырная терапия в виде инсталляций мочевого пузыря широко применяется в нашей стране для лечения ХрЦ у детей [3,4].

В литературе встречается достаточно много вариантов внутрипузырной терапии ХрЦ [6]. По мнению некоторых авторов, такое разнообразие обусловлено отсутствием стойкого клинического эффекта при каком-либо из предложенных методов лечения [4,7], что требует проведения дальнейших исследований в плане подбора рациональной местной терапии.

В связи с широкой распространенностью ХрЦ с этой патологией приходится сталкиваться врачам различных специальностей, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Поэтому поиск новых схем внутрипузырной терапии, дифференцированный подход к выбору вводимых препаратов на основании особенностей клиники и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования у конкретного больного, страдающего ХрЦ, представляются нам весьма актуальными.

Цель исследования: разработать дифференцированный подход при лечении хронических циститов у детей на основании выделения клинико-эндоскопических вариантов.

Материал и методы

Проведено обследование, наблюдение и лечение 163 девочек, страдающих хроническим циститом, на базе АОДБ, отделении нефрологии.

В исследование были включены дети 4-16 лет, страдающие ХрЦ, подтверждённым эндоскопически, не имеющие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Обследованным пациентам первичный диагноз инфекции мочевыводящих путей было установленно от 2 до 5 лет назад. Терапия, проводимая им по месту жительства (введение пероральных и парентеральных уроантисептиков, инсталляции антисептических, иммуномодулирующих и стимулирующих репарацию препаратов) по поводу ХрЦ, не имела стойкого эффекта.

Результат и обсуждения

У детей обеих групп мы сравнивали между собой клинику и характер поражения слизистой оболочки МП. Достоверных различий выявлено не было. Однако частичное дневное недержание мочи у детей с гранулярным ХрЦ встречалось относительно чаще, чем у пациентов с буллезным ХрЦ.

При лабораторном обследовании у детей обеих групп выявлялась лейкоцитурия преимущественно массивного характера. Различий в степени выраженности лейкоцитурии при гранулярном и буллёзном ХрЦ обнаружено не было.

При микробиологическом исследовании мочи наиболее часто встречалась кишечная палочка (36%). Несколько реже - Entfaecalis и Klebsiella pneumoniae (11% и 8%, соответственно). Смешанная флора определялась в 19% случаев. Она состояла из вышеупомянутых микроорганизмов и синегнойной палочки. В 21% исследований посевы мочи не давали роста, что вероятно было связано с предшествующей (по месту жительства) антибактериальной терапией.

После проведённого лечения болезненность при микции исчезла у всех детей с данной симптоматикой в обеих группах. Дизурические проявления в виде полного или частичного дневного или ночного недержания мочи подвергались постепенной регрессии по мере проведения очередных курсов комплексной терапии ХрЦ.

В ходе проведения курса комплексной терапии при буллёзном ХрЦ лейкоцитурия нормализуется у детей I группы за 7 дней, а у детей II группы за 14 дней ($p<0,01$). При гранулярном ХрЦ тот же эффект наблюдается за 7 и 11 дней соответственно в обеих группах ($p<0,05$). Болезненности при введении инстиллята, содержащего энтеросгель, не регистрировалось. Кроме того, использование данного метода лечения позволяет уменьшить концентрацию диоксидина в 2 раза. Достижение эндоскопической ремиссии наступает после 3-5 курса комплексной терапии ХрЦ. За 1,5-2 летний период катамнестического наблюдения у пациентов с эндоскопической ремиссией после комплексной терапии ХрЦ рецидивов заболевания не было.

Детям обеих групп по показаниям назначались системные уроантисептики. В группе I они применялись у 90 (76%) девочек, а в группе II - у 39 (89%). Не было необходимости назначать уроантисептики 29 (24%) и 5 (11%) пациенткам I и II групп, соответственно.

При изолированном проведении инсталляций различий в сроках купирования лейкоцитурии практически не выявлялось. Это связано с малым количеством наблюдений в группе II, так как им чаще приходилось назначать уроантисептики (89% по сравнению с

76% группы I из-за невысокой эффективности инсталляций. При сопутствующем назначении уроантисептика лейкоцитурия у детей I группы достоверно чаще исчезала быстрее, чем у детей II группы ($p<0,01$).

Купирование лейкоцитурии у детей I группы наступало в среднем на 6 дней раньше, чем у детей II группы ($p<0,01$).

В ходе исследования была выделена группа детей, у которых после проведения курса комплексной терапии лейкоцитурия сохранялась, хотя и снизилась с массивной до умеренной. У всех девочек отмечался гранулярный ХрЦ. Гранулы с точки зрения морфологии представляют собой скопления лимфоидно-гистиоцитарных и плазматических клеток. Это позволило нам предположить заинтересованность вирусов в развитии гранулярного ХрЦ.

Дополнительное обследование, направленное на обнаружение вирусов простого герпеса 4 и 2 типов и цитомегаловируса проведено 10 девочкам с гранулярным ХрЦ и, в качестве сравнения, 4 девочкам с буллёзным ХрЦ. У 5 девочек с гранулярным ХрЦ обнаружено превышение концентрации IgG к вирусу простого герпеса 1 типа на порядок от верхней границы нормы. Остальные 5 детей также имели увеличение концентрации IgG к цитомегаловирусу на порядок от верхней границы нормы. Одна из этих пациенток выделяла цитомегаловирус с мочой. У 4 девочек с буллёзным ХрЦ все результаты были в пределах допустимых значений.

Таким образом, у девочек с гранулярным ХрЦ выявлена заинтересованность вирусов герпетической группы (цитомегаловируса и вируса простого герпеса 1 типа) в развитии заболевания. В то же время при буллёзном ХрЦ этих вирусов обнаружено не было.

Цистоскопия является ключевым методом исследования при ХрЦ. Однако далеко не всегда удаётся точно верифицировать характер поражения слизистой оболочки МП, что требует проведения биопсии воспалительных элементов с последующей их микроскопией для уточнения морфологической картины.

Биопсия гранул слизистой оболочки МП проведена 8 девочкам с гранулярным ХрЦ. При световой микроскопии полученного материала выявляются узелки (гранулы), которые представляют собой скопления лимфоидно-гистиоцитарных и плазматических клеток в собственной пластинке слизистой оболочки (лимфоидные фолликулы). На электронной микроскопии этих биоптатов в уротелии были найдены внутриядерные включения, похожие на крупные вирусы.

Биопсия булл выполнена 2 пациенткам с буллёзным ХрЦ. При проведении световой микроскопии видны отёк и разволокнение коллагевовых структур собственного слоя слизистой и подслизистого слоя с очаговой и диффузной мононуклеарной инфильтрацией.

Выше изложенное приводит к мысли о вкладе вирусов герпетической группы в снижение местных факторов защиты при гранулярном ХрЦ. При буллёзном ХрЦ играют роль с точки зрения этиологии исключительно бактерии, хотя и при гранулярном ХрЦ их значение немаловажно. Мы пришли к выводу о том, что буллёзный и гранулярный ХрЦ не являются стадиями одного заболевания, а по существу это этиопатогенетически и морфологически различные процессы, требующие индивидуального терапевтагческого подхода.

Для более чёткого разграничения различных вариантов ХрЦ (вероятность сходной картины при цистоскопии) и оценки степени поражения слизистой оболочки МП предлагается при диагностической цистоскопии проводить биопсию воспалительных элементов с последующей световой микроскопией последних. Рекомендуется пациентам с гранулярным ХрЦ проведение исследования, направленного на обнаружение вирусов герпетической группы.

В связи с полученными результатами при гранулярном ХрЦ комплексная терапия была модифицирована. Они получали инсталляции пастой энтеросгель 20 мл в сочетании с 0,05% водным раствором хлоргексидина 20 мл (оба препарата смешиваются в одном шприце перед введением в МП). Курс терапии состоял из 10 - 14 процедур. Инсталляции проводились перед сеансом физиотерапии. Применение хлоргексидина было обосновано тем, что препарат обладает противовирусным действием. Кроме того, всем больньм этой группы назначали человеческий рекомбинантный интерферон альфа - 2Ь (виферон) в виде ректальных свечей в возрастной дозе 2 раза в день (на курс №20), а в промежутках между курсами инсталляций - индуктор эндогенного интерферона (циклоферон в возрастной дозировке по схеме).

Смена диоксидина на водный раствор хлоргексидина обусловлена наличием у последнего в концентрациях от 0,01% и выше не только бактерицидного действия, но и вирулицидного. Использование интерферона в свечах при лечении гранулярного ХрЦ осуществлялось с целью получения противовирусного эффекта во время активного этапа терапии (инсталляции на фоне физиотерапии). Последующее назначение индуктора эндогенного интерферона призвано нивелировать снижение или даже способствовать повышению продукции собственного интерферона после введения экзогенного.

На фоне проведённого курса комплексной терапии лейкоцитурия у всех 10 девочек с гранулярным ХрЦ была купирована полностью.

Лейкоцитурия в группе с модифицированной терапией купировалась в среднем за 6 дней, что не имеет достоверной разницы по сравнению с группой I (7 дней). Таким образом, в группе с модифицированной терапией у всех детей было достигнуто купирование мочевого синдрома. При сравнении группы II и группы с модифицированной терапией, кроме полного исчезновения лейкоцитурии во втором случае, эффект наступал на 5 дней быстрее (11 и 6 день, соответственно) ($p<0,01$).

Окончательно диагноз подтверждается данными цистоскопии при обнаружении воспалительных изменений слизистой оболочки МП. Характер поражения желательно уточнять, исследуя биоптат слизистой оболочки МГ1 с целью подбора адекватней местной терапии.

При терапии обострения ХрЦ вне зависимости от его вида назначается диета №5 по Певзнеру. Питьевой режим определяется потребностью больного.

Уроантисептики рекомендуется применять по строгим показаниям с учётом чувствительности выделенной флоры, курсом, достаточным для купирования мочевого синдрома. При отсутствии результатов посева мочи препаратами выбора являются: фосфомицина трометамол, защищенные полусинтстические аминопенициллины, цефалоспорины 2-3 поколений. Показанием для назначения уроантисептиков

является необходимость проведения инвазивных исследований, таких как цистография и цистоскопия.

Дальнейшая терапия определяется эндоскопическим вариантом ХрЦ. При буллёзном ХрЦ назначаются инсталляции МП пастой энтеросгель 20 мл в сочетании с 1% раствором диоксидина 20 мл (оба препарата смешиваются в одном шприце перед введением в МП), на курс 10-14 процедур. Инсталляция проводится перед сеансом физиотерапии.

При гранулярном ХрЦ применяются инсталляции пастой энтеросгель 20 мл в сочетании с 0,05% водным раствором хлоргексидина 20 мл (оба препарата смешиваются в одном шприце перед введением в МП), 10-14 процедур на курс терапии. Инсталляция проводится перед сеансом физиотерапии. Кроме того, во время курса инсталляций вводится человеческий рекомбинантный интерферон альфа - 2Ь в виде ректальных свечей в возрастной дозе 2 раза в день (на курс №20).

Вне зависимости от вида ХрЦ после инсталляции проводится физиотерапевтическая процедура (УВЧ на область МП), направленная на расслабление детрузора. Кроме того, физиотерапевтические воздействия благотворно влияют па воспалительный процесс, улучшая микроциркуляцию в МП и прилегающих тканях. Количество физиотерапевтических воздействий соответствует числу инсталляций.

Курсы инсталляций проводятся в стационаре с интервалом 2 месяца. Для полного купирования воспалительного процесса в слизистой МП, как правило, необходимо не менее трёх курсов. Это связано с тем, что, вопервых, часть возбудителей располагается в под слизистом слое и не может быть полностью элиминирована за 1 курс. Во-вторых, важно обеспечить не только удаление патогенных микроорганизмов из МП, но и полное восстановление поврежденной слизистой оболочки, а также системы местной иммунологической защиты. В противном случае возможно рецидивирование хронического воспалительного процесса. В межгоспитальном периоде необходим контроль лейкоцитурии в общем анализе мочи не реже 1 раза в 10 дней. В случае обнаружения лейкоцитурии более 20 лейкоцитов в поле зрения назначаются уроантисептики, желательно с учётом чувствительности выделенной флоры. У пациентов, страдающих гранулярным ХрЦ, в промежутках между курсами инсталляций применяется индуктор эндогенного интерферона (циклоферон в возрастной дозировке по схеме).

Дифференцированный комплексный подход при терапии различных вариантов ХрЦ приводит к более быстрому наступлению клинико-лабораторной ремиссии, а, следовательно, улучшению качества жизни не только ребёнка, но и родителей (терапевтический эффект). Кроме того, методика приводит к сокращению койко-дней и уменьшению потребности в уроантисептиках (экономический эффект).

Выводы

1. В общей структуре хронических циститов у детей ведущим этиологическим фактором является кишечная палочка (36%) Определена заинтересованность вирусов герпетической группы (цитомегаловируса и вируса простого герпеса 1 типа) в развитии гранулярного хронического цистита у детей.

2. У детей с хроническим циститом отсутствуют достоверные клинико-морфологические параллели между гранулярным и буллёзным хроническим циститом.

3. При первичном поступлении в клинику детей с подозрением на хронический цистит рекомендовано добавить в схему обследования цистоскопию с биопсией воспалительных элементов с последующей световой микроскопией полученного биоптата.

4. Применения сорбента энтеросгель в составе инстиллята является эффективным компонентом терапии в комплексном лечении хронических циститов у детей.

5. Эффективность лечения хронических циститов у детей повышается при дифференцированном подходе к их терапии с учётом характера возбудителя и морфологической картины заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Е.В. Мелёхина, О.Л. Чугунова, А.В. Филинов, М.Б. Сагалович Фармакотерапия хронических циститов у детей //Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. - 2006. т. 3, № 1. - с. 4952.
2. О. Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В Филипов, М.Б. Сагалович, А.Ю. Резников К вопросу о вирусной этиологии хронических циститов у детей //Детские инфекции. Материалы конгресса "Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей". -2006.-е. 191 - 192.
3. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, ^.В. Филипов, М.Б. Сагалович Лечение хронических циститов у детей // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. - 2007. т. 4, №3. - с. 44 -48.
4. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В. Филипов, М.Б. Сагалович, В.Д. Кулаев Особенности лечения хронических циститов у детей //Вопросы практической педиатрии. - 2007. т. 2, №3. - с. 74 - 77.
5. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В. Филипов, М.Б. Сагалович, В.Д. Кулаев Новый подход к местному лечению хронических циститов у детей // Материалы 6 Российского Конгресса по детской нефрологии. - 2007. - с. 108 - 109.
6. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В. Филипов, М.Б. Сагалович, В.Д. Кулаев Дифференцированный подход к этиотропной терапии хронических циститов у детей //Материалы 14 Конгресса детских гастроэнтерологов России. - 2007. - с. 324 - 328.
7. О.Л. Чугунова, А.В. Филипов, Е.В. Мелёхина Роль вирусов в развитии инфекции мочевой системы у детей //Сборник аннотированных докладов Всероссийской научно-практической конференции "Инфекционные аспекты соматической патологии у детей". - 2008. - с. 82 -83.
8. А.В. Филипов, О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, М.Б. Сагалович Современные аспекты местной терапии хронического цистита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. №3. - с. 77-82.

Поступил 29.03. 2019

УДК 616.11/.12-002-07.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ДИАГНОСТИКА

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Тургунова Д.З., Усмонова Г.А., Махмудова К.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Вопросы своевременной диагностики, лечения и реабилитации женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки не теряют своей актуальности и сегодня. Основными причинами, приводящими к временной нетрудоспособности у женщин, являются воспалительные заболевания придатков матки, доброкачественные опухоли матки и ее придатков, дисфункциональные маточные кровотечения. Сальпингоофориты составляют 60-65% в структуре гинекологической заболеваемости.

Ключевые слова: Репродуктив возраст, гнойно - воспалительные, матка, придатка матка.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ОРТИҚЛАРИНИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ, ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Турғунова Д.З., Усмонова Г.А., Махмудова К.Ш.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон ортиқларини йирингли - яллиғланиш касалликларини ўз вақтида ташхислаш, даволаш ва реабилитацияси масалалари ўзининг долзарблигини бугунги кунда йўқотгани йўқ. Аёлларда вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини бачадон ва унинг ортиқларининг яллиғланиш касалликлари, бачадон ва унинг ортиқларининг яхши сифатли ўсмаси, бачадондан дисфункциональ қон кетишлар сабаб бўлмоқда. Сальпингоофоритлар гинекологик касалликларнинг 60 - 65% ни ташкил қилмоқда.

Калит сўзлар: Репродуктив ёш, йирингли - яллиғланиш, бачадон, бачадон ортиғи.

NFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPENDAGES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE DIAGNOSTICS

Suleymanova N.A., Yakubova O.A., Turgunova D.Z.,Usmonova G.A., Makhmudova K.Sh.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The issues of timely diagnosis, treatment and rehabilitation of women with inflammatory diseases of uterine appendages do not lose their relevance today. The main causes of temporary disability in women are inflammatory diseases of the uterus, benign tumors of the uterus and its appendages, dysfunctional uterine bleeding. Salpingoophoritis is 60-65% in the structure of gynecological morbidity.

Key words: Reproductive age, inflammatory - inflammatory, uterus, uterine appendage.

Актуальность

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) у женщин представляют собой сложную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями [1-4]. Вопросы своевременной диагностики, лечения и реабилитации женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки не теряют своей актуальности и сегодня. Основными причинами, приводящими к временной нетрудоспособности у женщин, являются воспалительные заболевания придатков матки [1,2,4], доброкачественные опухоли матки и ее придатков [6], дисфункциональные маточные кровотечения. Сальпингоофориты составляют 60-65% в структуре гинекологической заболеваемости [11].

Воспалительные заболевания придатков матки в настоящее время протекают атипично, не имеют классической клинической картины. При небольших размерах патологического процесса, наличии спаек в малом тазу, ожирении, нетипичном расположении образования, клинические методы обследования являются малоинформативными и дают лишь общее представление о наличии патологического образования в малом тазу. Для постановки конкретного диагноза необходимо проведение дифференциальной диагностики, дополнительных диагностических тестов. Несмотря на развитие современных технических диагностических средств, процесс клинического обследования не утратил своей важности.

По данным мировой статистики воспалительные заболевания придатков матки отмечаются у каждой десятой женщины репродуктивного возраста, среди них гнойные процессы выявляются у 15-30%. В настоящее время подавляющее большинство больных гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) - женщины раннего и среднего фертильного возраста, что обусловлено, в основном, увеличением частоты ИГГПП.

Среди многих вопросов, имеющих отношение к изучению проблемы ГВЗПМ, особое место принадлежит совершенствованию диагностики и проведению оперативных пособий у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией, когда, с одной стороны, необходимо обеспечить адекватность вме-

шательства, с другой - сохранить, по возможности, детородные органы.

В настоящее время отсутствует единое мнение по поводу медико-организационных аспектов ведения этих больных с учетом отдаленных результатов. Следует отметить, что отраслевые стандарты оказания неотложной помощи гинекологическим больным несовершенны, рекомендации относительно их ведения недостаточно четки.

Сказанное свидетельствует об актуальности проблемы, необходимости разработки более информативных критериев диагностики и тактики, а также адекватности комплексной поэтапной стратегии ведения данного контингента женщин в репродуктивном возрасте.

Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения пациенток репродуктивного возраста с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки.

Материал и методы

Для решения поставленных задач мы обследовали 55 больных с диагнозом гнойная воспалительная заболевания придатка матки.

Результат и обсуждения

В результате проведенной терапии у всех больных с ВЗОМТ наступило клиническое выздоровление. Средняя продолжительность лечения у больных 1-й группы составила (M±m) 15,3±0,4 дня, а у больных 2-й группы - 17,1±0,5 дней. Эффективность проведенной терапии больным основных групп в сравнении с традиционными методами лечения представлена на рисунке1.

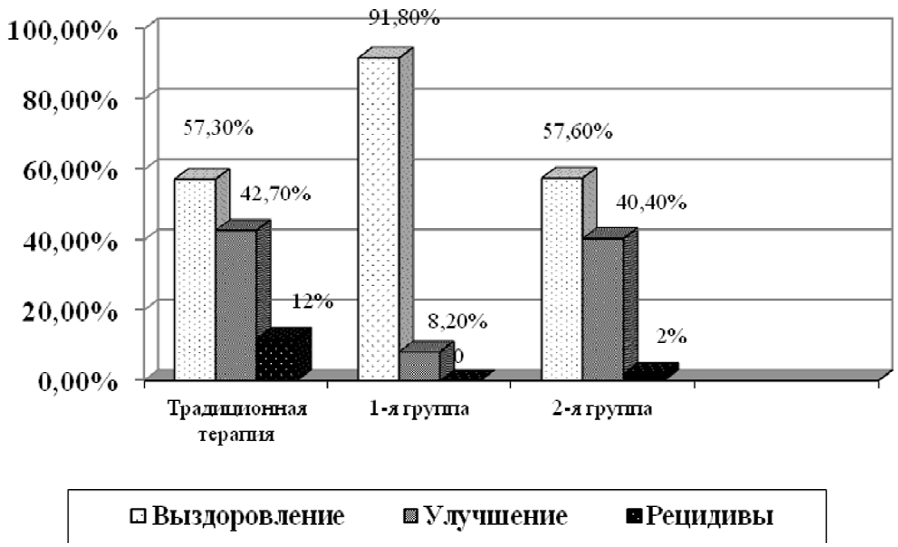


Рис. 1. Эффективность проведенной терапии

Анализ отдаленных результатов показал, что при лечении по предложенной программе, полное выздоровление больных с острыми ВЗПМ наступило в 91,8% наблюдений, улучшение - у 8,2% пациенток, что оказалось достоверно выше, чем при использовании традиционных методик (p<0,0001). При курации женщин по разработанной схеме случаев перехода острого воспалительного процесса в хронический не наблюдалось. Отдаленные результаты лечения представлены на рисунке 2.

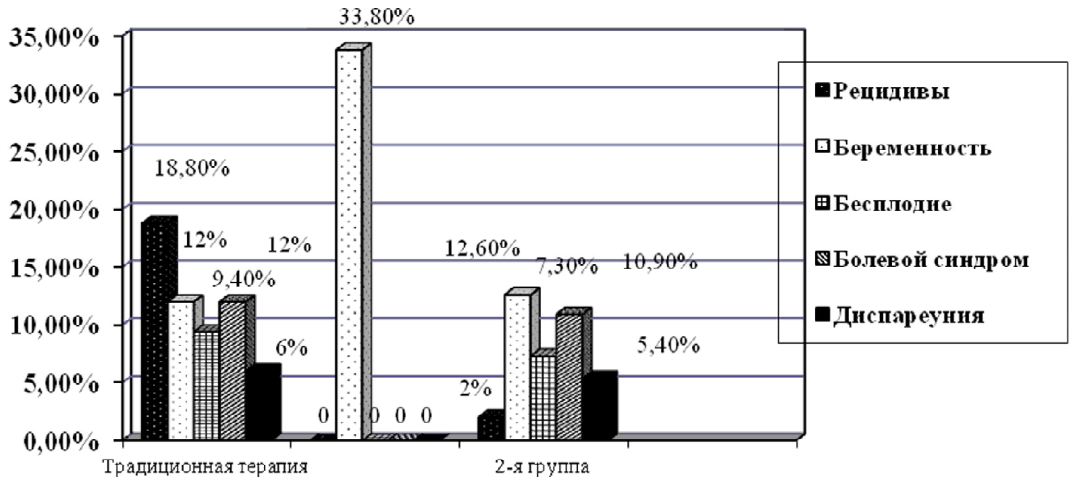


Рис. 2. Отдаленные результаты лечения

Выводы

1. Воспалительные заболевания придатков матки в большинстве случаев характеризуется стертым течением воспалительного процесса, без существенного нарушения общего состояния, а также малой информативностью общепринятых методов лабораторного исследования, у 74,5% пациенток они протекают по типу обострения хронического воспалительного процесса и у 72,8% - развиваются на фоне дисбиотических состояний влагалища.

2. Разработанная и предложенная тактика ведения больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями придатков матки, включающая двухэтапную антибактериальную терапию, а также три этапа реабилитации репродуктивной функции, имеет высокую клиническую эффективность, уменьшает число осложнений и предупреждает возможность перехода заболевания в хроническую форму, тем самым, способствуя сохранению у многих больных с данной патологией репродуктивной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки (этиология, клиника, диагностика, терапия): Автореф. дис. □ д-ра мед. наук: 14.00.01. - М., 1990. - 52 с.
2. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика. СПб: "ЭЛБИ - СПб". - 2001. - 173 с.
3. Уткин Е.В. Система мероприятий по реабилитации репродуктивной функции при терапии воспалительных заболеваний придатков матки /Е.В. Уткин, Т.А. Ващенкова // Бюллетень СО РАМН. - 2008. - Приложение №1. - С. 88-92.
4. Уткин Е.В. Современные особенности клинического течения воспалительных заболеваний придатков матки / Е.В. Уткин, В.А. Кулавский // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - Красноярск, 2008. - С. 146-149.
5. Ель-Кхарабшек Хуссейн. Состояние протеолитической системы у больных раком почки, мочевого пузыря и предстательной железы: Автореф. дис. кандидата мед. наук: 03.18.01 / Витебский гос. мед. университет. - Витебск, 2000. - 17 с.

Поступила 29.03. 2019

УДК 618.19-006.6-091.8

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

Хаитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В обзорной статье описаны главные методы диагностики рака пищевода в комплексном использовании. Дается наиболее важная информация о специфичности, точности диагностических методом, а также их недостатки. Комплексное применение методов, имеющих различные параметры специфические, позволяет вовремя определить новообразования в стенке и просвете пищевода. Разработанные современные серологические и гематологические методы дают возможность определить метастатический характер раковой опухоли, разработать индивидуальный алгоритм лечения больного и оценить дальнейший исход заболевания.

Ключевые слова: пищевод, рак, опухоль пищевода, диагностика.

ҚИЗИЛЎНГАЧ КАСАЛЛИГИНИНГ ЗАМОНАВИЙ КОМПЛЕКС УСУЛДА ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Хаитова О.Ш., Рашидова Ш.У., Рахимова К.М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Тадқиқотлар натижасида тайёрланган ушбу мақолада қизилўнгачнинг саратон касаллигига комплекс ташхисининг асосий усуллари келтирилган. Ташхис усулининг ўзига хослиги, аниқлиги ва камчиликлари ҳақида энг муҳим маълумотлар берилган. Ҳар хил параметрларга эга бўлган усулларни комплекс ишлатиш неоплазмаларнинг деворда ва қизилўнгачнинг ўсмасини ўз вақтида аниқланишига имкон беради. Замонавий серологик ва гематологик усуллар ишлаб чиқилиб, саратон касаллигининг метастатик хусусиятини аниқлаш, беморни даволаш учун алоҳида алгоритм ишлаб чиқиш ва касалликнинг кейинги натижаларини баҳолаш имконини беради.

Калит сўзлар: қизилўнгач, саратон, қизилўнгач шиши, ташхис.

MODERN COMPLEX METHODS DIAGNOSTICS OF EDUCATION CANCER

Khaitova O.Sh., Rashidova S.U., Rakhimova K.M.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

This article describes the main diagnostics methods for detecting esophageal cancer in their integrated application. Much attention is paid to the specificity and accuracy of the diagnostic methods as well as their shortcomings. Integrated application of the methods which have different specific parameters enables to detect neoplasms in the esophageal wall and lumen. New serological and hematological methods give an opportunity to define metastatic character of tumors, to work out an individual algorithm for treatment of a patient and to estimate the outcome of the disease.

Key words: esophagus, cancer, esophagus tumor, diagnosis.

Актуальность

Рак пищевода считается одним из наиболее неблагоприятных заболеваний пищеварительного тракта у человека. Злокачественные новообразования пищевода занимает 14 место в структуре общей заболеваемости населения и 7 место в структуре смертности среди всех онкологических форм [5]. Согласно статистическим данным рак пищевода развивается значительно чаще у мужчин, чем у женщин (соотношение 510:1), а лица старше 70 лет составляют около 40 % от общего числа заболевших, при этом пик заболеваемости приходится на возраст 50-60 лет [6]. Летальность при раке пищевода крайне высокая и составляет свыше 60% [8].

Это обусловлено целым рядом факторов и в первую очередь низкой эффективностью лечения пациентов раком пищевода по сравнению с дистальными формами онкологических заболеваний, что объясняется более поздней диагностикой заболевания и особенностями прогрессии рака пищевода [2,4]. Эти факторы объясняют довольно частую запущенность заболевания раком пищевода у больных (госпитализация на III-IV стадиях), невозможность своевременного выполнения радикального лечения и их низкой эффективность. Все это, в свою очередь, требует решения вопросов разработки современных методов ранней и уточняющей диагностики рака пищевода.

Частым аспектом этой большой проблемы является несвоевременное выявление у пациентов доброкачественной патологии пищевода, таких как ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, развитие подслизистых доброкачественных опухолей и дивертикулов пищевода. [2]. В то же время, несмотря на их доброкачественный характер, все они требуют проведения своевременного лечения, при отсутствии, или несвоевременном проведении которого, как правило, развиваются тяжелые осложнений.

Среди онкологов все более актуальным становится изучение вопросов своевременной диагностики и ле-

чения грыж пищеводного отверстия диафрагмы ввиду непрерывного роста их количества [3,6,8]. Одновременно наблюдается рост осложнений заболевания, наиболее тяжелыми из которых являются пептическая язва, стриктура пищевода и кишечная метаплазия Барретта, составляющие от 11% до 50% случаев [9].

Больные со злокачественными новообразованиями пищевода, поздно обращаются за врачебной помощью, большинство из них госпитализируется в клиники с III-IV стадии заболевания [2]. Основным методом лечения рака пищевода в XX веке был хирургический, последствия которого не всегда имели желаемые результаты. Усовершенствование данного метода позволило увеличить резектабельность области поражения до 50% и уменьшить послеоперационную летальность до 10-15%. В то же время результаты его использования в клинической практике не могут удовлетворить ни врачей, ни больных, т.к. даже в специализированных клиниках показатели 5-летней выживаемости прооперированных не превышают 20-25% [8]. Основной причиной летальности пациентов после радикального лечения являются регионарных рецидивов, которые встречаются у 50-60% случаев [5].

Цель исследования.

Улучшение ближайших и отдаленных результатов диагностики больных раком пищевода путем совершенствования методологических и технических аспектов.

Материал и методы

1. Физические (лучевые) методы диагностики. 2. Ультразвуковой метод диагностики. 3. Рентген-эндоскопический метод. 4. Видеоэндоскопическая техника. 5. Нелучевые диагностические методы.

Результат и обсуждения

Уровень поражения злокачественной опухолью пищевода является основным критерием, детерминирующим выбор хирургического лечения.

Даже в случае своевременного использования комплексного диагностического обследования, включающего такие современные высокоинформативные методы, как компьютерная и ультразвуковая томография, разные варианты ангиографии, радиоизотопное и эндоскопическое исследования число больных раком пищевода, которым выполняются эксплоративные операции, по-прежнему составляет от 13 до 40% [4].

В настоящее время только при совокупном использовании разных методов диагностики возможно правильно оценить степень распространенности злокачественной опухоли в пищеводе на дооперационном этапе. Несмотря на развитие эндоскопических технологий, данные рентгенологического метода исследования играют, по-прежнему, ведущую роль в выборе операционной тактики. Пространственные изменения, и деформация стенки пищевода позволяют объективно оценить уровень подслизистой раковой инвазии [2,7].

Лучевые методы исследования имеют важное значение в диагностике и оценке стадии развития опухолей пищевода и желудка [4]. Однако, при диагностике опухолей эпителиального происхождения клиницисты отдают предпочтение проведению эндоскопии с биопсией ткани, а при подслизистых опухолях придерживаются другой диагностической тактики сочетанных использования рентгенологического и эндоскопического методов исследования [3,6]. И все же эти методы не позволяют определить характер инвазии опухоли за пределы пищевода, оценить состояние регионарных лимфатических узлов, а также визуализировать отдаленные метастазы [1,5].

Долгие годы для оценки распространенности рака в грудном отделе пищевода оставался рентгенологический метод, хотя специалисты по-прежнему оставались не удовлетворены результатами данного метода, в частности его специфичностью [3,7]. Рентгенологическое исследование больных раком пищевода позволяло определить локализацию или форму злокачественного новообразования, выяснить распространенность рака по окружности и длине стенки пищевода. Но онкологам не удавалось достоверно диагностировать стадию данного заболевания, точно устанавливать распространение (пенетрацию, инвазию) опухолей в окружающие ткани и соседние органы [5].

Целью уточнения степени инвазии опухолевого процесса активно использовались дополнительные рентгенологические методы исследования: продольная томография, азигография, пневмомедиастинография, париетоэзофаготомография. Но и такой сочетанный подход в диагностике не давал желаемых результатов [7].

С появлением компьютерной томографии, появилась возможность повысить достоверность диагностики. Данные компьютерной томографии позволяют получить дополнительно 40-60% информации, а также увеличить точность определения стадии развития опухолевого процесса [1,8]. Но и в этом случае сами авторы указывают на недостатки специфичности метода. В частности субъективная визуальная оценка КТ-сканов не позволяет четко дифференцировать слои стенки пищевода, а предложенные авторами нативные признаки инфильтрации опухолью прилежащих к пищеводу структур могут встречаться как в норме, а также у истощенных больных [2,9].

Более объективным методом диагностики распространенности рака пищевода на окружающие структуры считается компьютерная томография с денситометрической обработкой изображения. Многократное использование метода в онкологии дало возможность специалистам выделить несколько важных аспектов в диагностике рака пищевода. В частности определяемые нечеткость, неровность внешних очертаний стенки пищевода, частичное или полное исчезновение параэзофагеальной жировой ткани, не могут считаться объективными критериями распространенности опухоли за пределы стенки пищевода. Отсутствие разграничительной прослойки между опухолью пищевода и трахеобронхиальным деревом с признаками развития вторичной деформации также не являются признаком их поражения. В отличие от этого анализ и изучение профильных гистограмм плотности изображения позволяет определять степень инвазии рака пищевода в окружающую ткань с высокой чувствительностью и специфичность (более 85-87%). Однако для оценки степени распространенности рака пищевода на легочную ткань, перикард и плевру, метод денситометрии оказался неэффективным [4].

Спиральная компьютерная томография (СКТ) с болюсным контрастным усилением особо показана больным, у которых во время эндоскопического или рентгенологического исследований было обнаружено обширное распространение опухоли. Основной целью СКТ является определение распространения опухоли и его степени за пределы пищевода [3].

Использование возможностей метода совмещенной ПЭТ-КТ (позитронная эмиссионная томография-компьютерная томография) позволяет в течение одного обследование оценить степень морфологических и функциональных изменений. На Т1-Т2 стадиях совмещенная ПЭТ-КТ существенно превосходит возможности классической КТ, так как позволяет выявить патологические изменения (гиперфиксацию радиофармацевтических препаратов, РФП) еще до развития структурных изменений в стенках данных органов, видимых при КТ. В Т3 и Т4 стадиях рака пищевода диагностические возможности ПЭТ-КТ и КТ существенно не различаются. Однако метод ПЭТ-КТ имеет свои недостатки, в частности дает ложноположительные результаты при визуализации гиперметаболизма фосфатдегидрогеназы (ФДГ) в воспалительных участках [4,25]. Данный диагностический метод является более точным при обнаружении пораженных регионарных лимфатических узлов, вследствие избирательного накопления в его клетках используемого радиофармпрепарата.

2. Ультразвуковой метод диагностики.

Среди основных достоинств ультразвукового метода необходимо подчеркнуть высокую информативность, неинвазивность и безвредность для пациентов. Данное диагностическое исследование можно неоднократно проводить с целью изучения динамики патологического опухолевого процесса и повышения эффективности комплексного диагностического обследования заболеваний пищевода. Применение УЗИ позволяет существенно уменьшить дозу лучевой нагрузку на организм пациента [1].

Трансабдоминальный вариант ультразвукового диагностического исследования позволяет детально визуализировать абдоминальный отдел пищевода. Метод позволяет визуализировать все слои стенки пищевода и прилежащих частей желудка, пищеводно-желудочный переход у лиц среднего и пожилого возраста. У лиц нормостенического типа, гиперстеников и пожилых обследуемых визуализация слоев стенки пищевода затруднена и основными ультразвуковыми симптомами онкологического заболевания становятся изменение толщины и просвета органа, наличие дополнительных образований в стенке и просвете пищевода.

У лиц с избыточной массой тела или гиперстеническим типом телосложения часто отмечается неудовлетворительная визуализация дистальной части пищевода. В связи с этим пациентам рекомендуется заполнить желудок жидкостью для получения дополнительного акустического фона.

Эндоскопическое диагностическое исследование пищевода и желудка целесообразно выполнять у всех пациентов при первом подозрении на опухолевое поражение пищевода, которое должно быть дополнено прицельной биопсией. На первом этапе проводится уточнения топографических особенностей абдоминального отдела пищевода и его ориентиров, а на втором измеряется длинна, диаметр, толщина стенок, ширина просвета дистального отдела пищевода и пищеводно-желудочного перехода. При этом визуализируется и осуществляется дифференцировка слоев стенки данного полого органа. При раке кардиоэзофагеальной области УЗИ позволяет исключить или подтвердить степень инвазии опухоли из пищевода в стенку желудка, то является важным преимуществом метода [2].

3. Рентген-эндоскопический метод.

Ведущим диагностиким методом при развитии доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода в настоящее время является рентгено-эндоскопический. Проведение во время обследования гибкой эндоскопии позволяет дополнительно с прицельной биопсией оперативно установить правильный диагноз даже при первичном осмотре, что чрезвычайно важно для своевременного начала патогенетически обусловленной специальной терапии. Точность диагностики в данном случае составляет:

1) при рубцовых стриктурах - 58% случаев,
2) при стриктурах анастомозов - 63 % случаев
3) при пищеводе Барретта - 75 % случаев
4) при стенозирующем пептическом эзофагите - 76% случаев.

Для диагностического определения характера поражений пищевода проводиться тщательная оценка минимальных морфологических изменений слизистой оболочки пищевода и получение биопсийного материала, даже в случае отрицательного заключения специалиста о наличии воспалительного процесса в пищеводе и желудке. Если в ходе диагностического исследования обнаруженная зубчатая линия находится выше пищеводно-желудочного перехода производится забор биоптатов ткани из любых 4 точек по окружности пищевода через каждые 2 см, а также из участков слизистой, характеризующихся выраженными нарушениямм рельефа, изменением окраски или ограничением подвижности [1]. При отсутствии признаков метаплазии и дисплазии эпителия пищевода проводить диагностическое эндоскопическое исследование с биопсией рекомендуется не реже 1 раз в 2 года. Если при гистологическом исследовании в эпителиальной ткани определяются клетки метаплазированного по кишечному типу цилиндрического эпителия, необходимо установить соответствующий диагноз (пищевод Баррета), а эндоскопическое исследование с биопсией выполнить не реже 1 раза в год, если при гистологическом исследовании биоптатов диагностируется дисплазия легкой степени.

Если при повторном исследовании выявляется легкая степень дисплазии, показано проведение лечения лазерной коагуляцией, а при дисплазии тяжелой степени (на протяжении до 1,0 см) проводится эндоскопическая резекция слизистой. В том случае, если выявлен объем поражения пищевода более 1,0 см, показано немедленное хирургическое лечение, проводимое в объеме стандартной резекции слизистой [16].

Несмотря на высокую информативность эндоскопических и рентгенологических методов в диагностике рака пищевода, не всегда удается установить истинную причину сужения его просвета, распространённость опухолевого процесса, а также глубину опухолевой инвазии в стенку органа, и, наконец, особенности взаимоотношений опухоли с окружающими ее органами и тканями. Глубина поражения опухо-

лью стенки органа всегда является основным параметром при выборе адекватного метода лечения данного заболевания. Поэтому, поиск диагностических методов, которые могли бы расширить возможности уточняющей диагностики при выявлении патологических злокачественных образований или деформаций стенки пищевода или желудка по-прежнему остается актуальным. Одной из таких комбинированных диагностических методик является эн-досонография, совмещающая преимущества эндоскопического и ультразвукового методов исследования.

4. Видеоэндоскопическая техника.

Данный метод объективного обследования больных, получив широкое признание в хирургической практике, находит более широкое использование в онкологических клиниках. В настоящее время видеолапаро- и видеоторакоскопия широко используются в онкологической практике в качестве диагностического, а также учебно-диагностического методов [8].

Накопленный онкологами опыт использования физических диагностических методов показал, что комбинированная тораколапароскопия высоко информативна в случаях установления распространения злокачественного процесса в органы брюшной (92% случаев) и грудной (90% случаев) полости. При определении распространённости рака пищевода с целью определении резектабельности опухоли основным методом выбора, в сравнении с данными УЗИ и КТ, становится лапароскопия. Использование дивеоэндоскопической техники позволило существенно снизить частоту эксплоративных вмешательств и улучшить результаты лечения больным раком пищевода [2].

5. Нелучевые диагностические методы.

Использование лучевых методов диагностики не предназначено для выявления и определения начальных стадий клеточной трансформации (малигнизации), а также установления типов гистологического образования пищевода, или раковой опухоли. Для решения этой конкретной задачи используются методы биопсийные, молекулярно-биологические и цитологические диагностические методы, большинство из которых характеризуют определенные биологические особенности клеток опухоли, специфику их пролиферации, способность к последующему метастазированию и инвазии [9].

Применение различных иммуногистохимических методов в диагностике пищевода Барретта, например, является высокоинформативным методом, а использование специфичных маркеров (в частности, цитокератинов 7 и 20) позволяет в 100% случаев и оперативно установить правильный диагноз [2].

Морфологическое изучение опухолей дает возможность оценить степень их дифференцировки, что, в сочетании с использованием других диагностических методов, является важным прогностическим критерием течения и исхода заболевания. Большое прогностическое значение имеют глубина или степень инвазии и обнаружение метастазов в регионарных лимфоузлах. Однако было показано, что у больных с одинаковой стадией заболевания индивидуальный прогноз сильно варьирует [9], т.е. проблема прогнозирования индивидуального развития, течения и исхода опухолевого процесса, по-прежнему остается до конца не изученной.

Среди основных диагностических критериев распространенности рака пищевода рассматривается такой параметр, как количество пораженных раковыми клетками лимфоузлов и распространенность процесса по лимфатическим зонам [3,7]. Метастазы в лимфатические узлы чревного ствола диагностируют у 16% пациентов (IV стадия).

Онкологи выделяют "критическое число пораженных лимфоузлов", количественное превышение которого свидетельствует о целесообразности, т.е. условной радикальности выполнения операции. По данным разных авторов, критическое число пораженных лимфоузлов составляет от 2-3 до 8. Дополнительно онкологами учитывается процент пораженных лимфоузлов, удаленных во время операции, хотя прогностическая значимость удаления различных групп лимфоузлов при расширенных операциях по поводу рака пищевода окончательно не выявлена.

При установлении отдельных критериев распространенности рака пищевода ряд диагностически важных положений все еще не установлены окончательно. Недостаточно обоснованы использование у больных раком пищевода методы видеолапароскопии и видеоторакоскопии, остаются неизученными вопросы сравнительной информативности и объективности результаты УЗИ, КТ, ВЛ1 и ВТ.

Вывод

Таким образом, уточняющая диагностика стадии рака пищевода имеет важнейшее значение в правильном отборе кандидатов на проведение эндоскопического и других видов лечения. Большое внимание в диагностике рака пищевода онкологи уделяют эндоскопическим, УЗИ и КТ методам, тогда как морфологические (в частности биопсийные) исследования эффективно и своевременно подтверждаются данными специфических иммуноцитохимических исследований.

Более того, разрабатываются методы ранней гематологической диагностики и, в частности, выявление биомаркеров рака пищевода, т.е. использование комплекса методов, оценивающих характер развития и течения онкологического процесса и исход заболевания абсолютно необходимы для эффективного стандартизированного лечения рака пищевода.

Для разработки индивидуального алгоритма лечения больного раком пищевода необходимо знать степень и характер развития злокачественной опухоли, для чего активно разрабатываются и используются комбинированные схемы диагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдихакимов А.Н. Рак желудка с метастазами в парааортальные лимфатические узлы: возможности хирургического лечения /А.Н. Абдихакимов, М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов [и др.] //Вопросы онкологии. - 2003. - Т.49, №2. - С.209-216.
2. Бурмистров М.В. Диагностика и лечение доброкачественной патологии пищевода : //Дисс...д.м.н. - М., 2005. - 206 с.
3. Васильев В.Ю. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.Ю.Васильев //Consilium-medicum. - 2002. - №1. - С. 510.
4. Гаврилов В.О. Роль компьютерной томографии в оценке местной распространенности рака грудного отдела пищевода // Дисс.к.м.н.: 14.00.19: Лучевая диагностика, лучевая терапия. - М., 2002. - 106с.
5. Гафтон Г.И. Гастрокардиоэзофагеальный рак (клиника, диагностика, лечение, реабилитация) //Дисс....д.м.н. - СПб., 2003. -330 с.
6. Герштейн Е.С. Молекулярные маркеры прогноза в лекарственной чувствительности рака молочной железы /Е.С. Герштейн,

Н.Е.Кушлинский ; /В кн. : "Новое в терапии рака молочной железы" ; Под ред. Н.И. Переводчиковой. - М., 1998. - С. 19-24.
7. Гранов А.М. Применение позитронно-эмиссионной томографии с 18-F -фтордезоксиглюкозой в клинической онкологии / А.М. Гранов, Л.А. Тютин, М.С. Тлостанова [и др.] // Вопросы онкологии. - 2003. - Т. 49, №5. - С. 563-573.
8. Давыдов М.И. Хирургическое лечение рака проксимального отдела желудка: эволюция стандартов / М.И. Давыдов [и др.] // Материалы V Ежегодной Российской Онкологической Конференции. - М., 2002.
9. Ивашкин В.Т. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ивашкин В.Т. - /М.Медицина, 2002. -128 с.

Поступила 30.03. 2019

УДК: 616.441-006-036-073.43

СОВРЕМЕННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Я.М. Мамадалиева, Х.Х. Хушназаров

Ташкентский институт усовершенствования врачей.

✓ ***Резюме,***

В статье приводятся результаты исследования 120 пациентов с очаговыми образованиями щитовидной железы. На основании проведенного комплексного ультразвукового исследования пациентов, авторы определяют основные специфические диагностические критерии, применение которых позволяет выявлять эхографические признаки рака щитовидной железы на ранних стадиях. Было выявлено, что комплексное ультразвуковое исследование, включающее В-режим, ЭДК, ЦДК, спектральный допплер и эластографию способствует повышению качества исследования в раннем выявлении рака щитовидной железы.

Ключевые слова: опухоли щитовидной железы, комплексное ультразвуковое исследование.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗИ ЎЧОҚЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИ ЗАМОНОВИЙ КОМПЛЕКС УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИ

Я.М. Мамадалиева, Х.Х. Хушназаров,

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти.

✓ ***Резюме,***

Мақолада қалқонсимон бези ўчоқли ҳосилали 120та беморларнинг ташҳислаш ва даволаш натижалари келтирилган. Беморларни комплексли ультратовуш текширувлари асосида муаллифлар муҳим диагностик мезонларни аниқлайди. Ушбу мезонларни кўлланиши беморларда қалқонсимон бези саратонини эрта даврда аниқлаш имконини беради. Комплексли ультратовуш текширувнинг Б - режимда, ЭДК, РДК, спектрли доплер ва эластографияси ёқилган вақтда сифати ошади ва қалқонсимон бези ракини эрта аниқлашга ёрдам беради.

Калит сўзлар: қалқонсимон бези ўсмалари, комплекс ультратовуш текшируви.

MODERN COMPLEX ULTRASOUND STUDIES IN FOCAL THYROID GLANDS

Ya.M. Mamadalieva, H.H.Khushnazarov

Tashkent Institute of Postgraduate education of doctors.

✓ ***Resume,***

The article presents the results of diagnosis and treatment of 120 patients with focal thyroid masses. Based on a complex study of patients, authors determine the main specific diagnostic criteria, the use of which allows to detect thyroid cancer in their early stages. It was educed, that multiself-reactance ultrasonic research, including B-mode, EDC, DDC, spectral Doppler and elastography assist upgrading of research in the early exposure of chasse of thyroid.

Key words: thyroid tumors, complex ultrasound diagnostics

Актуальность

Среди эндокринный патологии часто встречеатся образование щитовидной железы. По сводным данным частота встречаемости узловых образований ЩЖ за последние 30 лет увеличилась с 4-9% до 5-22%, а за последние 10 лет рак ЩЖ участился в 2 раза, являясь причиной смерти 1% онкологических больных [7]. При этом, среди всех доброкачественных и злокачественных новообразований головы и шеи на долю патологии щитовидной железы приходится от 1,5 до 3,5%. В связи с этим, на сегодняшний день актуальны вопросы о ранней и дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы Таким образом вопросы ранней и дифференциальной диагностики всех узловых образований щитовидной железы остаются актуальными [1,4]. Особое место на современном этапе занимает высокая информативность эхографии, что позволяет применять ультразвуковую визуализацию для диагностики заболеваний на ранних и даже доклинических стадиях заболевания [19,16,21,23]. Ведущими специалистами эндокринологами отмече-

на универсальность и высокая информативность ультразвукового исследования на всех этапах диагностики и лечения, а также после хирургических вмешательств или при диспансерном наблюдении [11,20]. Не маловажную роль в динамическом наблюдении и раннем выявлении заболеваний щитовидной железы конечно играет и последовательное и четкое соблюдение принятых протоколов обследования врачами ультразвуковой диагностики и понимание ультразвуковых феноменов специалистами-эндокринологами [6,10].

Увеличения факторов риска, высокая вероятность злокачественного видоизменения доброкачественных образований, склонность к возникновению скрытых форм рака, особенность в слабо выраженности и неспецифичности клинических симптомов опухоли придают особое значение проблеме. К сожалению даже при использовании новейших ультразвуковых технологий при попытках классифицировать эхографическую семиотику и систематизировать данные при дифференцировке ультразвкуовых признаков рака щитовидной железы и морфологических форм рака до настоящего времени вопрос считается открытым, а проблема актуальной [1,11,14]. Внедрение инновационных технологий открывают новые перспективы в уточняющей диагностике узловых образований [2,3,5,24]. Однако, роль и место высоких технологий эхографии изучены недостаточно.

Цель исследования. Улучшение дифференциальной и уточняющей диагностики очаговых образований щитовидной железы путем современного комплексного ультразвукового исследования.

Материал и методы

Под наблюдением находились 120 пациентов, направленных на УЗИ для уточнения характера узловых образований в щитовидной железе. Возраст пациентов варьировал от 20 до 70 лет. Среди обследованных пациентов мужчины и женщины составили 42 (35%) и 78 (65%) соответственно (рисунок 1).

Распределение по полу

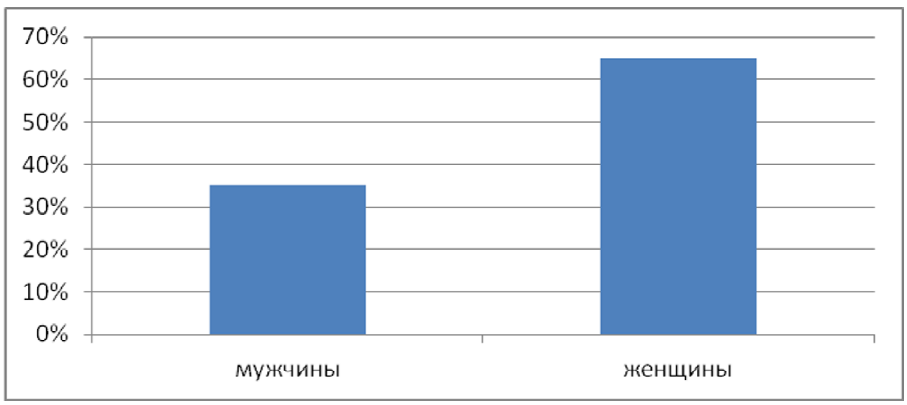


Рисунок № 1

УЗИ выполняли на современных ультразвуковых аппаратах "MINDRAY ДС-8" (Китай), Logiq S8 XD clear GE Healthcare (США), HI VISION Preirus (Hitachi Medical Corporation, Япония) и Samsung-Medison WS 80 AC ELITE (Южная Корея) с диапазоном частот линейного датчика 5-13 МГц, обеспечивающих визуализацию в реальном режиме серой шкалы, получение характеристик допплеровских исследований, эластографии. Ультразвуковое исследование выполняли по стандартной методике с проведением серошкального исследования, допплерографии (ЦДК, ЭДК, спектрального допплера), а также режима эластографии, с помощью которого оценивалась жесткость очаговых образований щитовидной железы.

Пациенты были разделены на 4 группы:

В 1-ю группу (n=30) вошли пациенты, при обследовании которых был обнаружен очаг диаметром до 10 мм. Пациенты данной группы находились на диспансерном наблюдении от 6 до 12 месяцев.

2-ю группу (n=30) составили пациенты, при обследовании которых были обнаружены узлы диаметром от 10 до 25 мм, а морфологически анализ не указал на злокачественную опухоль.

3-ю группу (n=30) было проведено оперативное вмешательство узловых образований, а результаты морфологического исследования дали сомнительный результат.

4-ю группу (n=30) составили больные, которые были оперированы с последующей верификацией злокачественности процесса в щитовидной железе.

При этом папиллярный рак констатирован у 23 (19,1%), фолликулярный рак - у 4 (3,3%), медуллярный рак у 2 (1,6%) и первичный очаг с поражением региональных лимфатических узлов у 1 (0,1%) больного.

Результат и обсуждение

У 62 (52 %) обследованных были выявлены единичные узлы щитовидной железы, у 58(48%) выявлены множественные узловые образования (рисунок 2).

Поражение щитовидной железы преимущественно наблюдалось у 66(55%) женщин репродуктивного возраста.

Наибольшую группу, из обследованных (n=54) 45%, составили различные варианты диффузно-узлового зоба.

Из 120 пациентов изменение размера, в сторону увеличения железы были у 82(68,3%), неровность контуров наблюдалось у 43(35,8%) пациентов, неравно-

Распределение по количеству очаговых образований.

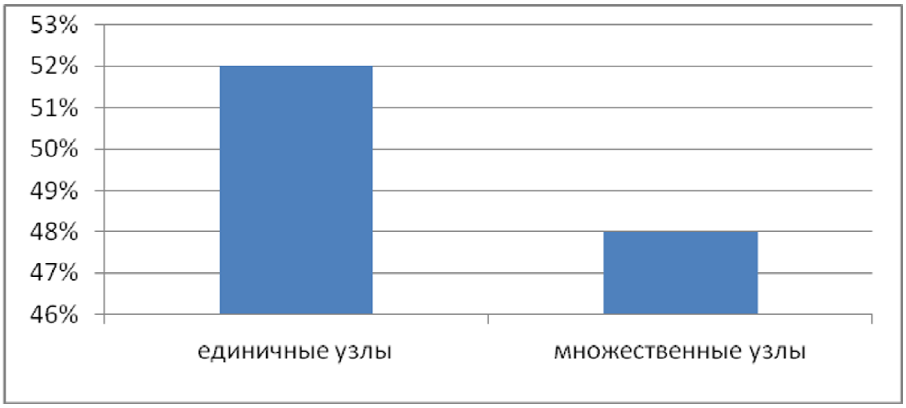


Рисунок №2

мерная эхогенность - у 57(47,5%), ободок "хало" - у 81(67,5%), увеличение объема щитовидной железы у 94(78,3%), кальцинаты у 41(34,2%), гиперваскуляризация у 103(86%) пациентов. Показатели эластичности ткани щитовидной железы были выше 163 кПа (норма 6,7-19,8 кПа.) у 104(86,6%) больных из 3 и 4 группы (рисунок 3).

Процентное распределение наиболее часто встречаемых эхопризнаков в исследуемой группе.

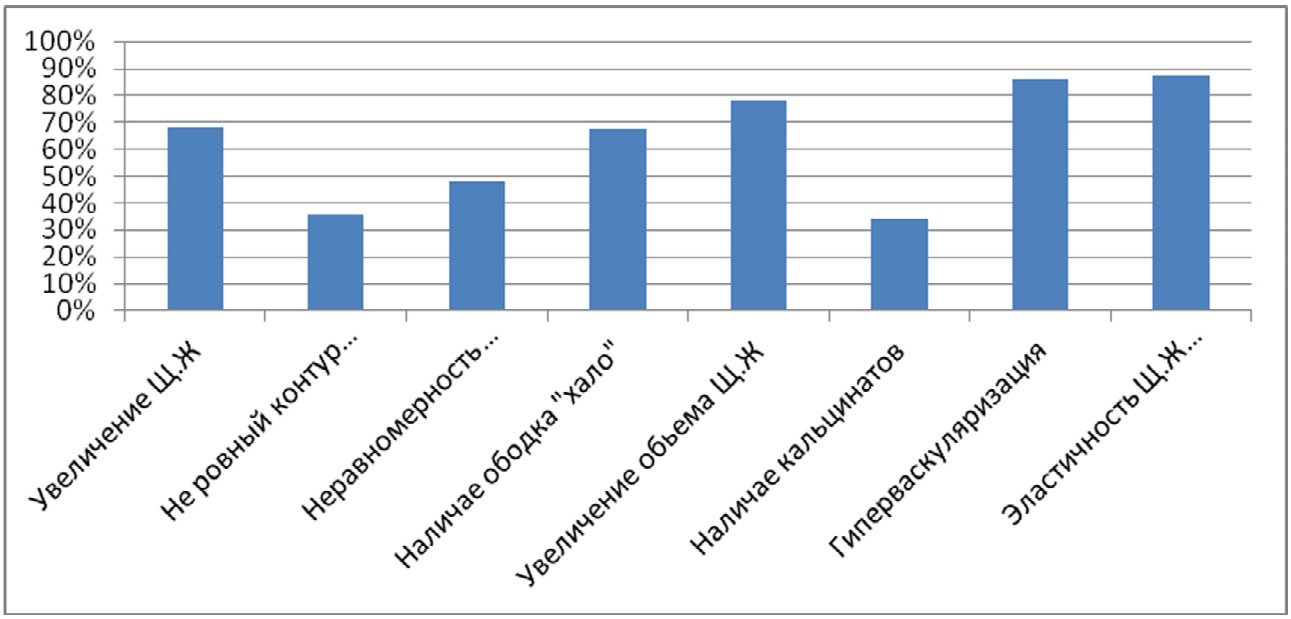


Рисунок № 3

Характерными ультразвуковыми признаками наиболее часто встречаемого папиллярного рака (n = 23) ЩЖ являлись: неправильная форма, неровные границы, нечеткие контуры, пониженная эхогенность, неоднородность эхоструктуры образования; сохранность капсулы ЩЖ; гиперваскулярность узла, асимметричность, хаотичность, дезорганизованность сосудистого рисунка в его структуре, патологическая трансформация сосудов. Фолликулярный рак (n=4) ЩЖ чаще, чем остальные формы, характеризовался гиперэхогенными и средней эхогенности узлами, структура которых также была чаще неоднородной; реже, чем при других формах, встречались кальцинаты, чаще - ободок отграничения. Также чаще встречались аваскулярная и гиповаскулярная формы.

Медуллярный рак (n= 2) ЩЖ в отличие от других форм часто определялся как овальной формы гипоэхогенное образование, чаще по сравнению с другими формами эхоструктура узлов была однородной. Васкуляризация всегда была высокая.

При проведении эластографии нормативный диапазон составил 18,4±7,8 кПа. При доброкачественных образованиях среднее арифметическая жесткость составила 47,5±10 кПа, что достоверно выше нормы: ($p<0,05$). Гипоэхогенные очаговые образования при эластографии, размерами 6-15 мм характеризовались равномерным окрашиванием в синий цвет.

При выявлении очаговых образований смешанной эхогенности размерами превышающие 10 мм, а также изоэхогенных образований с гипоэхогенным обод-

ком по периферии цитологические и гистологические заключения были фолликулярные аденомы без пролиферации. Образования имели мозаичную структуру окрашивания с преобладанием участков синего цвета и нескольких более жестких участков зеленого цвета. В 3-й группе на эластограммах выявлялся смешанный тип картирования с преобладанием жестких участков, прокрашиваемых на эластограммах синим цветом. Жесткость составила 169,2±24,3 кПа, что достоверно выше нормы, и достоверно выше показателей жесткости, чем во 2-й группы ($p< 0,01$).

Выводы

Комплексная ультразвуковая диагностика образований щитовидной железы с применением эластографии значительно повышает возможности ранней диагностики. При ультразвуковом исследовании очаговых заболеваний щитовидной железы наиболее информативным ультразвуковым критерием явилось неровность контуров, увеличение объема, наличие кальцинатов, гиперваскуляризация и снижение эластичности пораженной ткани. Комплексное ультразвуковое исследование, включающее В-режим, ЭДК, ЦДК, спектральный допплер и эластографию способствует повышению качества исследования в раннем выявлении рака щитовидной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Островский К.А Аденома - узловая форма заболевания щитовидной железы. /Островский К.А., Шмейс С.Н., Островский А.Г., и др. //Тенденции развития науки и образования. 2018. Т. 37. № -5. С. 39-44.
2. Амирова Т.Е., Бобылев Д.А. Возможности узи и сцинтиграфии в диагностике очаговых поражений щитовидной железы.//Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 11. С. 1223.
3. Гуминский А.М., Демидчик Ю.Е., Кушнеров А.И.Дифференциальная ультразвуковая диагностика опухолевых заболеваний щитовидной железы.//Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2011. № 1 (5). С. 75-80.
4. Федотов Ю.Н. Диагностика злокачественных опухолей щитовидной железы / Федотов Ю.Н. и др.. // Фомина Н.Ю., Санкт-Петербургского университета. Серия 11.-Медицина.-Вып. 3.-2017.-С. 211-215.
5. Рыжих О.В. Заболевания щитовидной железы. Ультразвуковая и морфологическая диагностика. /Рыжих О.В , Е. А. Трошина [и др.] ; //под общ. ред. Г. А. Мельниченко ; М-во здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ФГУ Эндокринологический науч. центр. Москва, 2008.
6. Хитарьян А.Г. Заболевания и лечение щитовидной железы. / Хитарьян А.Г., Гурцкой Р.А., Чумбуридзе И.П., и др.//Ростов-на-Дону, 2016.
7. Глушаков Р.И. Заболевания щитовидной железы и риск возникновения нетиреоидной патологии. /Глушаков Р.И., Козырко Е.В., Соболев И.В., и др.//Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. № 1. С. 77-84.
8. Ионова Е.А., Абалмасов В.Г. Артериальное кровоснабжение щитовидной железы при одиночных узловых образованиях // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2008. - №2. - С. 37-45.
9. Котляров П.М., Харченко В.П., Александров Ю.К., Могунов М.С., Сенча А.Н., Патрунов Ю.Н., Беляев Д.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. - М.: ВИДАР, 2009. - 239 с.
10. Котова Е.В., Шитухина Е.В. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике очаговых образований щитовидной железы.// Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2018. Т. 8. № 3. С. 113.
11. Косянчук Н.М., Черных А.В., Гусева Т.В. Значение ретрощитовидных отростков в диагностике и хирургии щитовидной железы.//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2015. Т. 18. № 3 (54). С. 48-52.
12. Митьков В.В., Митькова М.Д. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной.//Ультразвуковая и функциональна диагностика. - 2015. - № 2. - С. 94-108.
13. Кузнецова Е.С. Оценка диагностической точности выявленных ультразвуковых моделей с показателями цитологического исследования.//Врач-аспирант. 2009. Т. 30. № 3. С. 252-258.
14. Маркова Е.Н., Башилов В.П., Зубарев А.В. 3D эхография как основа виртуальной хирургии узловых образований щитовидной железы // Медицинский журнал "SonoAce-Ultrasound". 2010. - № 20. - С. 89-92.
15. Маслихина Г.А., Тюльганова В.Н., Емельянова Н.Б. Морфологическая верификация заболеваний щитовидной железы./ /Вестник Челябинской областной клинической больницы. 2011. № 2 (13). С. 54-55.
16. Матвеев Г.А., Копина М.Н. Ультразвуковое исследование щитовидной железы как скрининговый метод диагностики ее изменений.//Ученые записки Новгородского государственного университета. 2015. № 2 (2). С. 16.
17. Муравьёва А.П., Нестеренко З.А., Мосолова М.Ю. Применение ультразвуковой эластографии в диагностике заболеваний щитовидной железы.//В сборнике: Актуальные вопросы и достижения науки и образования в XXI веке (естественные и технические науки) Материалы международной научно-практической конференции НИЦ "Поволжская научная корпорация". 2018. С. 126-131.
18. Одинцов В.А. Ультразвуковой телемониторинг пациентов с заболеваниями щитовидной железы.//Лучевая диагностика и терапия. 2014. № 3. С. 79-82.
19. Соловьев Н.А. Оптимизация диагностики рака щитовидной железы на ранней стадии в дооперационном периоде. /Соловьев Н.А., Иванов Ю.В., Нечаева О.Е., и др.//Хирург. 2011. № 5. С. 24-31.
20. Пикин И.Н. Особенности лечебно-диагностической тактики при компрессионном синдроме у больных железы доброкачественными заболеваниями щитовидной. /Пикин И.Н., Вилков А.В., Давыдкин В.И., и др.//Таврический медико-биологический вестник. 2017. Т. 20. № 3-2. С. 221-226.
21. Ito Y. A solid thyroid benign nodule that showed a significant decrease in size and ultrasonographic findings mimicking papillary carcinoma during 16-year follow-up / Ito Y. et al.. // Endocr J. 2011. - Vol. 58(1).-P. 7-12.
22. Atiq100. M.T. Analysis of post operative complications following total thyroidectomy / Atiq100. M.T. et al.. // Mymensingh Med. J. 2011. - Vol. 20 (2). - P. 238-244.
23. Paschke R. Epidemiology, pathophysiology, guideline-adjusted diagnostics, and treatment of thyroid nodules / Paschke R. et al.. // Med. Klin. (Munich). -2010. Vol. 105 (2). - P. 80-87.
24. Pezzolla A. Incidental carcinoma in thyroid pathology: our experience and review of the literature / Pezzolla A. et al.. // Ann. Ital. Chir. 2010. - Vol. 81 (3). - P. 165-169.

Поступила 30.03. 2019

УДК: 616.36-002.2: 618.2

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИНГ КЕЧИШИ

Шокирова С. М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Вирусли гепатит С бугунги кунда замонавий акушер - гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Ҳомиладорларда вирусли гепатитлар ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан оғир кечади. Ўз навбатида, она ва ҳомила учун жиддий хавф туғдиради. Бу гуруҳга кирувчи аёллар гестация даврида асоратларнинг оғир кечиши билан хавф гуруҳига кирадилар(она ва ҳомила учун).

Калит сўзлар: вирус, гестация, ҳомила, гепатит.

ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ

Шокирова С. М.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Вирусный гепатит и беременность остаётся одной из актуальных проблем в акушерстве.

У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у небеременных, и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска, так как гестация у данного контингента женщин сопровождается большой частотой осложнений (как со стороны матери, так и со стороны плода).

Ключевые слова: вирус, гестация, плод, гепатит.

VIRAL HEPATITIS C CURRENT IN PREGNANCY

Shokirova S. M.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Viral hepatitis and pregnancy remain one of the actual problems in obstetrics.

In pregnant women, viral hepatitis is more severe than non-pregnant, and represents a serious danger to the mother and fetus. Pregnant women with this disease are considered to be at high risk, since gestation in this contingent of women is accompanied by a high incidence of complications (both from the mother and from the fetus).

Key words: virus, gestation, fetus, hepatitis.

Долзарблиги

Гепатит С ҳозирда кўп мамлакатлар аҳолиси орасида кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. У жигар ҳужайралари ичига жойлашиб (А ва В вируслардан фарқли равишда), уларни аста-секинлик билан емириб боради ва вақтида аниқланилмаса, сурункали тусга ўтиб, оғир асоратларга олиб келиши мумкин бўлган касалликдир.

Гепатит С касаллиги ер юзида кенг тарқалган касалликлар гуруҳига кириб, дунё аҳолисининг 3% га яқини гепатит С касаллигига чалинган. Гепатит С касаллиги кўп ҳолларда симптомсиз кечиб, сурункали турга ўтиши, жигар сиррози ва карциномаси билан асоратланиши мумкин [1].

Бу касалликда, таҳминан 17- 25% ҳолларда "Гепатит С" касаллигининг ўткир шакли билан касалланган беморларда спонтан соғайиш кузатилади, қолган беморларда касаллик ўз вақтида ташхисланмаслиги ва даволанмаслиги боис, жигар ҳужайраларининг сурункали яллиғланиши ривожланиб, оғир асоратларга олиб келади [2].

Бугунги кунда дунёда 2 миллиарддан ортиқ одамда гепатобилиар патологиялар қайд этилган. Улардан 300-350 миллион беморлар вирусли гепатит В билан ва тахминан 170 миллиони гепатит С билан оғриган. Ўзбекистонда ҳам охирги 10 йилда сурункали гепатитлар ва жигар циррози, сурункали холециститлар сони кўпайган ва гепатобилиар тизим касалликлари нафас тизими ва юрак қон-томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринни эгалламоқда.

Гепатит С гепатитнинг энг оғир шакли бўлиб, асосан қон қуйиш орқали юқади. Айрим ҳолларда жинсий алоқа орқали ва ҳомиладор аёлдан ҳомилага ўтиши мумкин. Бу касаллик юқишидан намоён бўлгунга қадар 2 ҳафтадан 26 ҳафтагача ўтиш мумкин. Бу дегани касал юқтириб олган одам ўзи билмаган ҳолда бошқаларга юқтириб юриши хавфи бор. Айрим ҳолларда тана ҳарорати ошиши кузатилиши мумкин. Лекин жигар учун у жуда зарарли бўлиб, вақт ўтиб жигар шишига олиб келиши мумкин. Гепатит С нинг зарарли томони шундаки, у доимий симптомсиз касалликка айланиши мумкин. Бунда жигар йиллар мобайнида вирусдан таъсирланиб рак касаллигига учраши мумкин.

Бу касаллик ҳам клиник ва эпидемиологик жиҳатдан гепатит А ва В га ўхшаш кечади. Шунга қарамасдан, гепатит С устида олиб борилган илмий тадқиқотлар бу асосан қон воситасида, беморларнинг нажаси, сийдиги ва бошқа турли чиқиндилари билан ифлосланган сув, озиқ- овқатлар ҳамда уй-рўзғор ашёлари воситасида юқиши исботланган,

Гепатит С кўпроқ ўрта ёшдаги (19-29), ишга лаёқатли одамларни зарарлайди. Касаллик ёз ва куз ойларида кўп тарқалади. Ўғил болаларни суннат (хатна) қилганда, қиз болалар, қулогини тешганда, баданнинг турли қисмларига игна ва туш бўёғи билан ҳар хил расмлар ва ёзувлар солганда, сартарошхонада соч тарошлаганда, соқол-мўйлов олдирганда, қош терганда, қўл ва оёқ тирноқларини пардозлаганда асбоблар яхши стерилланмаган бўлса, вирусли гепатит В ва С осонгина юқади. Демак, гепатит С ҳам кўпроқ тери ва шиллиқ қаватларнинг бузилиши билан кечадиган барча жараёнларда юқади.

БЖССТ вирусли гепатит С касаллигининг ҳомиладор аёлларда кечишига ва улар орасида кескин кўпайиб бораётганига алоҳида эътибор қаратмоқда. ВГС ҳомилага вертикал йўл орқали узатилиши соғликни сақлаш тизимининг долзарб муаммоси бўлиб келмоқда. Онадан болага ВГС инфекцияси нинг юқиши вертикал йўл яъни, ҳомиладорлик вақтида онадан ҳомилага, туғиш жараёнида, туғруқ вақтида ва постнатал даврда юқиши мумкин. Агар ҳомиладор аёллар доимий равишда шифокор кузатуви

остида бўлишса, ҳомиладорлик гепатит С касаллигининг кечишига, касаллик эса она ва бола умумий аҳволига таъсир қилмайди. Касалликнинг сурункали шаклларида ҳомила ривожланишининг ортда қолиши ва чала туғилиш ҳоллари учрайди. Ҳомиладорлик даврида гепатит С вирусига нисбатан ишлаб чиқарилган антителолар ҳомилага йўлдош орқали ўтиши мумкин. Одатда антителолар қонда 12-15 (айрим ҳолларда 18) ой давомида айланиб юради.

Илмий тадқиқот мақсади: илмий тадқиқотдан асосий мақсад - ҳомиладор аёллар ўртасида кузатилаётган гепатит С хасталигини кечишини ўрганиш ва уларда замонавий ташхис қўйиш ва даволаш масалаларини ишлаб чиқишдан иборт.

Материал ва усуллар

Биз ўз олдимизга қўйиб олган вазифамизни бажариш учун Андижон вилояти 2 - туғруқ комплексига мурожаат қилиб келган, анамнезидан гепатит С билан хасталанган бемор аёллардан жами 45 нафари танлаб олинди.

Натижа ва таҳлил

Текширув мақсадларида олинган гурухдаги ҳомиладор аёлларнинг 17% биринчи ҳомиладорлик, 83% такрорий ҳомиладорлик аниқланган. Уларнинг яшаш манзилгоҳлари текширилганда 66% туман аҳолиси, 34% шаҳар аҳолиси эканлиги аниқланди. Эпидемиологик анамнези таҳлил этилганда, 3,8% бошидан турли операцияларни ўтказганлиги, 22,5% турмуш ўртоғи ўз иши юзасидан хориж давлатларида бўлганлиги, 15,6% биринчи туғруқ кесар-кесиш операцияси орқали амалга оширилганлиги, 21% беморлар тишларини даволатганлиги, 25,7% доимий равишда педикюр ва маникюр хизматидан фойдаланиши аниқланди. Беморларнинг 11,4% касаллик сабабларини аниқлаш имкони бўлмади.

Беморларда касалликнинг қуйидаги шакллари аниқланди: беморларнинг 27,5% касалликнинг ўткир шакли, 72,5% касалликнинг сурункали шакли аниқланди. Касалликнинг ўткир шакли 11,7% ҳолда енгил, 68,3% ҳолда ўрта оғир, 20,4% ҳолда оғир шаклда ўтди. Айрим беморларда касалликнинг атипик шакллари кузатилди: 9,8% беморларда сариқсиз шаклда, 23,7% ҳолда касалликнинг билинар билинмас шакли аниқланди.

"Сурункали гепатит С" ташхиси бўйича беморлар қуйидаги оғирлик даражалари бўйича тақсимланди: "Минимал фаоллик даражаси"-3 беморда, "Паст фаоллик даражаси"-5, "Ўртача фаоллик даражаси"-3, "Юқори фаоллик даражаси"-2 беморда аниқланди.

Кузатув давомида аёллардан 13,3% ҳомиланинг "Гепатит С" касаллиги билан зарарланиши кузатилган. 20% беморларда ҳомиладорлик даврида уйқучанлик, ҳолсизлик, иш қобилиятининг пасайиши, кўнгил айниши, иштаханинг пасайиши, тана вазнининг камайиши, ўнг қовурға равоғи остида дискомфорт ҳисси кузатилган. 23,7% беморларда клиник белгилар кузатилмагани ҳолда қондаги ферментлар миқдорининг ўзгариши ва гестозлар аниқланган. 3,7% беморларда касаллик теридаги тошмалар ва бўғим оғриклари белгилари кузатилиши билан намоён бўлган. 33,6% беморларда қусиш, кўнгил айниши, ўнг қовурға равоғи остида оғриқ, сийдик рангининг ўзгариши, тери қопламлари ва склеранинг сарғайиши, жигар ва талоқ ўлчамларининг катталашиши аниқланган. Бироқ туғруқ ўз вақтида бошланиб, ҳомиланинг соғлом дунёга келиши қайд этилган. 17% беморларда касаллик оғир кечганлиги боис, ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳомиланинг муддатидан олдин туғилиши (2 аёлда), ўлик ҳомила туғилиши (3 аёлда), ҳомиладорликнинг эрта даврларида бола ташлаш (2 аёлда) ҳолати юз берган.

Лаборатор текширувлардан беморларга умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили,умумий ахлат таҳлили, қон биохимияси, ПЗР (полимераз занжирли реакция) текшируви ўтказилган. Беморларнинг барчасида ҲСВ антитела мусбат топилган. Қон биохимиясида билирубин миқдорининг 29,9 дан 320 мм/лгача ошганлиги, тимол синамасининг ошганлиги (8,9 ммол/лгача), сулема синамасининг 2,2 дан 1,48 гача пасайганлиги аниқланади. Қонда умумий оқсил миқдори 4,5 г/лгача камайганлиги қайд этилган. Умумий қон таҳлилида беморларнинг 100% да камқонлик аниқланилган. Шулардан ўрта даражали камқонлик (70-90г/л) 67,7% беморларда, оғир даражадаги камқонлик (70-55 г/л) камқонлик 33,3% беморларда аниқланди.

Таҳлилларга кўра, айрим ҳомиладор аёлларда қон зардобида трансаминазалар миқдори камайиши (32,8%), қондаги айланиб юрган вирус миқдори ҳам пасайиши аниқланган (24,6%). Бу ҳолат ҳомиладор аёллар имммун тизимининг ўзгариши ва қонда жинсий гормонлар эстерогенлар миқдорининг ортиши билан боғлик.

Биз текшиган ҳомиладор аёлларда эса, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида жуда оғир кечиши (3-16, 4%) беморларда кузатилди. Ҳомиладор аёлларда касалликнинг енгил кечиши фақат 3,9% да, оғир кечиши эса 28,2% да кузатилди.

Хасталикнинг оғир кечиши ҳомиладорликнинг иккинчи ярми, бевосита туғруқдан кейинги давр, ҳамда аёлларнинг эмизикли даврларида кузатилди.

Текширган ҳомиладор аёларимизда сариқлик даврининг 4-6 кунларида бемор аёлнинг аҳволи оғирлашиб, ниҳоятда ҳолсизланиши, кўнгил айниб, тез-тез қусиши кузатилди. Беморнинг юрак уриши сусайиб, томир уриши тезлашди. Жигар юмшоқланиб, ҳажми кичрайиб кетди. Бемор оғиздан ҳам жигарнинг ҳиди

кескин сезилиб турди. Бемор аёлларда туғруқ (чала туғиш ёки бола ташлаш) содир бўлганда ҳам 1-3 чи кунида касалликнинг кечиши кескин оғирлашди.

Хулоса

1. Ҳомиладор аёлларнинг 28% да ўткир гепатит С, 72% да сурункали гепатит С касаллиги аниқланилган. 88,6% беморларда парентерал аралашув анамнезида борлиги тасдиқланган. Вирусли гепатит С касаллигида ҳомиладор аёллар доимий равишда акушер-гинеколог, терапевт ва инфекционист кузатуви остида бўлишлари лозим. 23,7% беморларда касалликнинг клиник белгилари кузатилмаган. Уларда туғруқ жараёни ва туғруқ усули касалликнинг кечишига қараб аниқланиши лозим. Гепатит С касаллигининг вируслари она сути орқали юқмаслигини эътиборга олган ҳолда кўкрак сути билан эмизишни тўхтатмагани маъқул.

2. Ҳомиладор лекин гепатит С хасталилига чалинган аёлларда ўтказилган таҳлиллар натижаларига кўра, айрим ҳомиладор аёлларда қон зардобида трансаминазалар миқдори камайиши (32,8%), қондаги айланиб юрган вирус миқдори ҳам пасайиши аниқланган (24,6%). Бу ҳолат ҳомиладор аёллар имммун тизимининг ўзгариши ва қонда жинсий гормонлар эстерогенлар миқдорининг ортиши билан боғлик.

3. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, гепатит С вируси она сутида қон зардобига нисбатан кам миқдорда бўлади. Шу боис ҳам она сути билан болани эмизиш бола соғлигига хавф туғдириши тўғрисидаги фактлар ўз тасдиғини топгани йўқ. Бироқ она кўкрагидаги шилинишлар болага касаллик ўтиш хавфининг ортишига олиб келади.

4. Ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит С кузатилганида ҳар ойда уларнинг биохимик текширув таҳлиллари ўтказилиб, ҳамрох касалликлар ва улардаги асоратлар қатъий назорат остида даволаниб бориши талаб этилади. Бу эса ўз навбатида аёлларни туғруқ билан боғлиқ муаммоларини, чақалоқнинг асоратли туғилиш хавфини ва она - бола ўлимини олдини олади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Лысенко И. К вопросу о патогенезе анемии при хроническом вирусном гепатите С /И. Лысенко. - /М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. - 423 с.
2. Мигунов, А. И. Гепатит. Современный взгляд на лечение и профилактику: моногр. /А.И. Мигунов. - /М.: ИГ "Весь", 2017. - 128 с.
3. Мигунов, А. И. Гепатит. Современный взгляд на лечениие и профилактику / А.И. Мигунов. - /М.: ИГ "Весь", 2014. - 128 с.
4. О. Тарасова Острый алкогольный гепатит тяжелого течения / Тарасова Ольга, Павел Огурцов und Наталья Мазурчик. - / М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. - 116 с.
5. Павлова Т. Гепатит С. Лечение природными средствами /Т. Павлова. - /М.: Диля, 2012. - 824 с.
6. Подымова, С. Д. Хронический гепатит /С.Д. Подымова. - /М.: Медицина, 2016. - 280 с.
7. Пол Н.Л. Гепатит С для чайников /Пол Нина Л.. - /М.: Диалектика Вильямс, 2016. - 874 с.

Поступила 26.03. 2019

УДК: 616.155.294:616.8-06

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

Юлдашева Н.Э., Кучкаров А.И., Валиева Ш.С., Абдураимов М.М., Эрназарова З.Р.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Всевозможные заболевания крови (геморрагические) - распространенное явление в современной медицине. Около 50% случаев из них составляет тромбоцитопеническая пурпура, причины которой многочисленны и не схожи между собой. Эта болезнь поражает организм человека в любом возрасте.

В последнее десятилетие отмечается отчетливая тенденция к росту хронически текущего заболевания, тогда как ранее, острая форма ИТП считалась прогностически наиболее благоприятной и зачастую требовала только симптоматической терапии. Среди провоцирующих факторов, в основном, рассматриваются различные вирусные инфекции, в том числе и детские.

Ключевые слова: Тромбоцитепения, кровь, коррекция, осложнения.

ЎТКИР ТРОМБОЦИТОПЕНИК ПУРПУРА КАСАЛЛИГИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ, КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Юлдашева Н.Э., Қўчқоров А.И., Валиева Ш.С., Абдураимов М.М., Эрназарова З.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ҳар қандай қон касалликлари (геморрагик) - замонавий тиббиётда кенг тарқалган ҳодиса. Уларнинг 50% и тромбоцитопеник пурпурадир, уларнинг сабаблари кўп ва бир-бирига ўхшамайди. Ушбу касаллик ҳар қандай ёшдаги инсон танасига таъсир қилади. Ўтган ўн йил мобайнида сурункали оқим касалликларида тобора ошиб бораётган тенденция кузатилган бўлсада, илгари ИТПнинг ўткир шакли прогностик жиҳатдан энг қулай ва тез-тез талаб қилинадиган симптоматик терапия сифатида баҳоланди. Таъсир этувчи омиллар орасида болаларни турли инфекциялари, шу жумладан болаликдаги инфекциялар, асосан кўриб чиқилади.

Калит сўзлар: Тромбоцитлар, қон, коррекция, асоратлар.

MODERN ASPECTS OF CORRECTION, CLINICAL FLOW AND THERAPY OF ACUTE THROMBOCYPOPHIC PURPLE

Yuldasheva NE, Kuchkarov A.I., Valiyeva Sh.S., Abduraimov MM, Ernazarova Z.R.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

All kinds of blood diseases (hemorrhagic) - a common phenomenon in modern medicine. About 50% of cases of them is thrombocytopenic purpura, the causes of which are numerous and not similar to each other. This disease affects the human body at any age.

In the last decade, there has been a clear upward trend in chronically current illness, whereas previously, the acute form of ITP was considered prognostically the most favorable and often required only symptomatic therapy. Among the provoking factors, various viral infections, including childhood infections, are mainly considered.

Key words: Thrombocyte, blood, correction, complications.

Актуальность

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) - аутоиммунное заболевание крови, характеризующееся снижением уровня тромбоцитов < 150х105/л вследствие образования антител к собственным тромбоцитам больного и преждевременным их разрушением макрофагально-моноцитарной системой и проявляющееся кожным геморрагическим синдромом (петехии, пурпура, экхимозы) и различными кровотечениями из слизистых оболочек.

Острая форма тромбоцитопенической пурпуры у детей является наиболее распространенным вариантом заболевания, с частотой встречаемости, по данным разных авторов, в разных странах от 1,52:100 000 до 3-4:10 000 случаев в год среди детей до 15 лет.

Несмотря на то, что ИТП впервые была описана еще в ХУШ веке, многие вопросы остаются спорными и недостаточно изученными.

В последнее десятилетие отмечается отчетливая тенденция к росту хронически текущего заболевания, тогда как ранее, острая форма ИТП считалась прогностически наиболее благоприятной и зачастую требовала только симптоматической терапии. Среди провоцирующих факторов, в основном, рассматриваются различные вирусные инфекции, в том числе и детские. Ряд зарубежных авторов указывают на влияние вакцинных препаратов в развитии тромбоцитопенической пурпуры у больных; в отечественной литературе таких публикаций нет.

В последнее время нами отмечено увеличение частоты возникновения вакциноиндуцированной ИТП у детей, как осложнения профилактических прививок. Кроме того, нами наблюдались случаи развития ИТП у детей после введения туберкулина (пробы Манту).

На сегодняшний день отсутствуют единые подходы к лечению острой ИТП, не выработаны четкие критерии по выбору метода и схем терапии.

Поэтому мы решили изучить современное состояние проблемы острой формы ИТП у детей, влияние этиопатогенетических факторов, в том числе и вакцин, на развитие заболевания; причины развития подобных осложнений, изучить особенности иммунной системы детей с ИТП и отличия в течении вакциноиндуцированной ИТП от ИТП, вызванной другими факторами; выработать алгоритмы подхода к терапии и прогнозу заболевания в зависимости от этиопатогенетического фактора, вызвавшего его, определить возможные причины хронизации ИТП у детей.

Цель исследования

Изучить особенности этиопатогенеза, клинического течения и терапии острой тромбоцитопенической пурпуры у детей на современном этапе; выработать программу реабилитации детей, перенесших ИТП.

Материал и методы

Под нашим наблюдением за период с 2016 по 2018 годы на базе гематологического отделения Клинике АГМИ 88 больных в возрасте от 18 до 55 лет с различными вариантами острой формы ИТП. Все эти больные, в зависимости от выявленного этиопатогенетического фактора развития заболевания, были распределены на четыре группы наблюдения.

Кроме традиционных методов обследования (подробный анамнез, клиническое исследование, лабораторные исследования периферической крови, биохимии крови, анализ мочи, ультразвуковое исследование) проводился ряд специальных лабораторных и инструментальных методов обследования: исследование миелограммы, иммунного статуса больного (клеточный, гуморальный, специфический иммунитет), определение уровня анти-ДНК и антинуклеарного фактора, исследовалась кровь на наличие оппортунистических инфекций. Для подтверждения диагноза, выбора тактики лечения и оценки эффективности терапии проводилось исследование антитромбоцитарных АТ.

Результат и обсуждения

Для оценки полученных результатов мы использовали методы вариационной статистики. Устанавливали средний арифметический показатель и его среднюю ошибку (М + м), среднее квадратичное отклонение (+8), коэффициент корреляции (г). Степень достоверности различий средних величин в сопоставляемых группах определялась путем использования критерия Стьюдента.

В периоды кровотечений назначают местные и общие кровоостанавливающие средства: витамин С и хлорид кальция (0,5-1 г аскорбиновой кислоты в 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно); во избежание резкой реакции организма хлорид кальция можно давать внутрь по 10-12 стол/л. 5% раствора в сутки; назначают также витамин Р - цитрин по 0,05 г и рутин по 0,025 г 3-4 раза в день. Действие всех этих средств основано на уплотнении сосудистого эндотелия.

Для повышения свертываемости крови применяют витамин К по 10-20 мг 2-3 раза в день во время еды или 0,3% раствор викасола по 5 мл внутримышечно. Местными гемостатическими свойствами обладают сухой тромбин (см.) и гемостатическая губка (см.).

Возможность консервативного лечения появилась в связи с введением в практику кортикостероидных гормонов - кортизона, преднизолона. Малые и средние дозы стероидных гормонов (преднизолона 25-50 мг), не влияя существенно на количество кровяных пластинок, содействуют прекращению кровотечений и повышению резистентности капилляров. Большие дозы кортикостероидных гормонов (преднизолона 50-100 мг в день) способствуют не только прекращению кровотечений и наступлению клинической ремиссии, но и нормализации количества кровяных пластинок и улучшению показателей геморрагического синдрома.

Наиболее эффективные, но временные результаты терапии кортикостероидными гормонами отмечаются главным образом при присоединении иммунного компонента к тромбоцитопенической пурпуре, устойчивые результаты - при иммуноаллергических тромбоцитопениях, особенно у детей до 8-летнего возраста. Благоприятный эффект, получаемый от кортикостероидов при тромбоцитопенических кровотечениях, объясняется в первую очередь уменьшением сосудистой проницаемости. При иммуноаллергических тромбоцитопениях основное значение имеет угнетающее влияние гормонов на процессы иммуногенеза. В этих случаях длительное применение гормонов в больших дозах может привести к полному клиническому и "биологическому" (с исчезновением иммунных антител) выздоровлению.

Переливание крови в дозах 100-150 мл применяют как гемостатическое средство, в больших количествах (250-500 мл) - при подготовке больного к операции. При тромбоцитопенических кровотечениях с успехом применяют трансфузии пластиночной массы (по 40-60 мл).

Радикальным методом лечения болезни Верльгофа считается спленэктомия.

Эта операция является могучим фактором, стимулирующим образование кровяных пластинок мегакариоцита ми костного мозга. Уже через 2 часа после спленэктомии отмечается оживление пластинообразовательной функции мегакариоцитов костного мозга (рис. 4), а через 48 час. (рис. 5 и 6) - гипертромбоцитоз в крови; одновременно исчезают все геморрагические явления. Максимальное увеличение числа кровяных пластинок в крови происходит к концу первой недели после операции, что совпадает с моментом наивысшего распада мегакариоцитов в костном мозге; отшнуровавшиеся пластинки образуют целые "кучки" и "хвосты", отходящие от мегакариоцитов.

Максимальное увеличение числа кровяных пластинок в крови после спленэктомии у больных тромбоцитопенической пурпурой достигает 1,2-1,5 млн. в 1 мм3. В дальнейшем, обычно со 2-6-й недели после спленэктомии, число кровяных пластинок медленно уменьшается (рис. 8и 9) до нормальных и субнормальных цифр.

Геморрагический синдром исчезает немедленно после операции. Свертываемость крови, длительность кровотечения, ретракция кровяного сгустка становятся нормальными, что следует поставить в связь с увеличением количества кровяных пластинок. Провокационные пробы (щипка, жгута и пр.) становятся

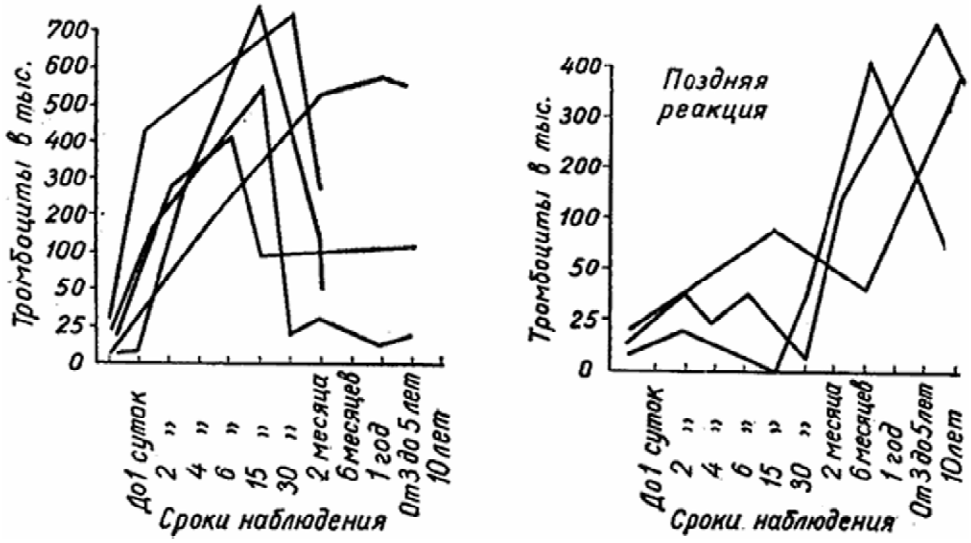


Рис. 1. Динамика числа тромбоцитов после спленэктомии (от 1-го дня до 10 лет) (по Шведскому).

отрицательными. Отдаленные наблюдения (до 13-17 лет) показывают, что более чем у 2/3 оперированных количество кровяных пластинок хотя и ниже нормального уровня, но держится на цифрах выше "критических", т. е. превышает 30 000, и явления кровоточивости не возобновляются.

В вопросе о показаниях к спленэктомии следует придерживаться принципа неотложности этой операции в случаях упорных тромбоцитопенических кровотечений, угрожающих жизни больного и не поддающихся консервативным мероприятиям. При благоприятно протекающих формах тромбоцитопенической пурпуры с длительными ремиссиями и умеренными кровопотерями, не сопровождающимися анемизацией больного, показания к спленэктомии относительны. Спленэктомия не показана при легких, "стертых" формах тромбоцитопенической пурпуры, проявляющихся в основном в виде кожных геморрагий, без кровотечений из слизистых оболочек, а также при иммуноаллергических и медикаментозных тромбоцитопениях. При постановке показаний к спленэктомии следует тщательно дифференцировать другие сходные клинические формы - острую апластическую анемию или острый лейкоз, при которых операция противопоказана. Показания к спленэктомии могут возникнуть при вторичной тромбоцитопенической пурпуры, осложняющей течение гепато-лиенального синдрома или инфекционного заболевания, протекающего с выраженной спленомегалией и явлениями гиперспленизма.

При подготовке больного к операции необходимым условием являются предварительные переливания крови (по 250-300 мл) или эритроцитной массы (по 100- 150 мл). Предварительная подготовка больных к операции гемотрансфузиями, улучшение хирургической техники снизили послеоперационную летальность до 2%.

Наиболее частыми причинами смерти после спленэктомии являются кровотечение в брюшную полость, поддиафрагмальные нагноения, распространенные тромбозы брюшных сосудов. Последние возникают чаще всего на 8-12-й день после операции, что соответствует периоду максимального увеличения в крови числа кровяных пластинок.

Эффективность спленэктомии в смысле прекращения кровотечения и практического выздоровления больных составляет от 80 до 98%.

Особого внимания требуют те формы тромбоцитопенической пурпуры у женщин, при которых единственным проявлением геморрагического диатеза служат мено- и метроррагии. В отличие от дизовариальной пурпуры, где хороший эффект достигается применением женских половых гормонов, при тромбоцитопенической пурпуре, протекающей под маской "ювенильных" (вернее, виргинальных) маточных кровотечений, гормональная терапия (препараты желтого тела, прогестерон) абсолютно неэффективна, как и выскабливание полости матки. Спленэктомия в этих случаях приводит к клиническому выздоровлению.

Вывод

Таким образом, лечение пациентов с сочетанной патологией предполагает участие нескольких специалистов, таких как врач-педиатр, врач-гематолог, более детальный сбор анамнеза и эффективное осуществление мероприятий по профилактике и устранению патологий, связанных с зубочелюстной системой. При составлении плана лечения данной группы пациентов необходимо учитывать особенности течения и проявления заболевания непосредственно в полости рта для предотвращения возможных осложнений и рациональной коррекции аппарата.

Болезнь Верльгофа, осложнения которой очень опасны, обязательно нуждается в строгом медицинском наблюдении. К осложнениям относятся: кровоизлияние в мозг; желудочное и почечное кровотечение; тяжелое менструальное кровотечение в подростковом возрасте.

Когда пациенту поставлен диагноз "тромбоцитопеническая пурпура" это означает, что для собственного здоровья придется отказаться от многих привычек, как вредных, так и обычных, изменение образа жизни. Профилактические мероприятия направлены на поддержание уровня тромбоцитов и гемоглобина за счет насыщенного рациона, а также исключение таких травмирующих факторов: плавание; активный

спорт; жесткие диеты для похудения; стрессопасные ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Longo L.D. Harrison's Hematology and Oncology. /McGraw-Hill Medical, 2010 г.
2. Абдулкадыров К.М. Гематология. /М.: ЭКСМО, СПб.: Сова, 2004 г.
3. Алексеев Н.А. Анемии. /СПб.: Гиппократ, 2004 г.
4. Альпидовский В.К. и др. Миелопролиферативные заболевания. /Москва: РУДН, 2012 г.
5. Андерсон Ш., Поулсен К. Атлас гематологии. /М.: Логосфера, 2007 г.
6. Булатов В.П., Черезова И.Н. и др. Гематология детского возраста. 2-е изд., доп. и перераб. - /Казань: КГМУ, 2005 г.
7. Воробьев А.И. (ред.). Руководство по гематологии. Том 3. /М.: Ньюдиамед, 2005 г.
8. Дроздова М.В. Заболевания крови. /СПб, Звезда, 2009 г.
9. Кобец Т.В., Бассалыго Г.А. Курс лекций по детской гематологии. /Симферополь: КМУ им. С. И. Георгиевского, 2000 г.
10. Козинец Г.И. (ред.) Практическая трансфузиология. /М.: Практическая медицина, 2005 г.
11. Кузнецова Е.Ю., Тимофеева Л.Н. (сост.) Внутренние болезни: гематология. /Красноярск: КрасГМУ, 2010 г.
12. Луговская С.А., Почтарь М.Е. Гематологический атлас. /Тверь: Триада, 2004 г.
13. Мамаев Н.Н. Гематология: руководство для врачей. /СПб.: Спец Лит, 2008 г.
14. Ермолов С. Ю. Основы клинической гематологии. Ермолов С. Ю., Курдыбайло Ф. В., Радченко В. Г., /М.Медицина 2018.
15. Рукавицын О. А., Шилова Е. Р. - Под ред. Радченко В. Г. Справочное пособие. - /М.: Диалект, 2003 г.
16. Соловьев А.В, Ракита Д.Р. Гематология. /Рязань: РязГМУ, 2010 г.
17. Телевная Л.Г., Грицаева Т.Ф. и др. Интерпретация результатов автоматизированного гематологического анализа (клинико-лабораторные аспекты). /Омск: ОГМА, 2008 г.

Поступила 30.03 2019

УДК 614.88; 331.483; 364.444

КРАНИООРБИТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ ИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИИ

Н.Р. Янгиева, Ф.А. Мирбабаева, С.С. Агзамова, А.А.Файзуллахужаев

Ташкентский государственный стоматологический институт.

✓ ***Резюме,***

Цель исследования. Изучить нарушения зрительной функции у больных с переломом стенок орбиты в зависимости от их локализации.

Материал и методы. изучен анализ комплексного клинического обследования 62 пациента в возрасте от 16 до 60 лет, с краниоорбиталным повреждением, находившихся на стационарном лечении в отделениях Челюстно - лицевой хирургии стоматологической клиники Ташкентского государственного стоматологического института и 2- клиники Ташкентской медицинской академии.

Результаты и обсуждения. Комплексное обследование пациентов позволило исключить наличие патологии органа зрения при травме орбиты, сочетанной с ЧМТ легкой степени тяжести, что должно обеспечить объективный подход в квалификации степени тяжести вреда здоровью. Проведение реконструктивных операций в раннем периоде краниоорбитальной травмы позволяет добиться регресса глазодвигательных нарушений в 98,4%%, дистопии глазного яблока - в 82,5%, диплопии - в 86,5% и получить хорошие косметические исходы.

Ключевые слова: орбитальная травма, реконструктивная хирургия, степень тяжести вреда здоровью.

KRANIOORBITA SOHANI DAVOLASHDA OPHTALMIK DIAGNOSTIKASINING SAMARADORLIGI

N.P. Yangiev, F.A. Mirbabaeva, S.S. Agzamova, A.A.Fayzullaxujaev

Toshkent davlat stomotologiya instituti.

✓ ***Resume,***

Tadqiqotning maqsadi. Orbital devor sindromi bo'lgan bemorlarda ularning lokalizatsiyasiga qarab tartibsizliklarning ingl. Vazifasini o'rganish.

Materiallar va usullar. Toshkent Davlat Dental Institutining stomatologik shifoxonasining Maksillofasiyal jarrohlik bo'limida va Toshkent tibbiyot akademiyasining 2 klinikasida statsionar davolanishda bo'lgan 16 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 62 yoshgacha bo'lgan 62 nafar bemorning to'liq klinik tekshiruvi tahlili o'rganildi. .

Natijalar va munozaralar. Bemorlarning keng ko'lamli so'rovnomasi bizga jarohatlarning og'irligini aniqlashda ob'ektiv yondashuvni ta'minlash uchun engil zo'ravonlikning miya shikastlanishi bilan birga, orbitadagi ko'rish travma organining patologiyasini yo'q qilishimizga imkon berdi. Kranioserebral jarohatlarning dastlabki davrida rekonstruktiv operatsiyalar 98,4% da o'mulyashar kasalliklarining regressiyasi, ko'zning dipopiyasi - 82,5%, diplopiya - 86,5% va yaxshi kosmetik natijalarga erishish mumkin.

Kalit so'zlar: orbital travma, rekonstruktiv jarrohlik, jarohati og'irligi.

THE EFFICIENCY OF OPHTHALMIC DIAGNOSTICS IN THE TREATMENT CRANIOORBITAL DAMAGE

N.P. Yangiev, F.A. Mirbabaeva, S.S. Agzamova, A.A.Fayzullakhuzhayev

Tashkent State Dental Institute.

✓ ***Resume,***

Purpose of research. To study visual function of disorders in patients with orbital wall fracture depending on their localization.

Material and methods. Analysis of a comprehensive clinical examination of 62 patients aged 16 to 60 years, with cranioorbital injury, who were on inpatient treatment in the departments of Maxillofacial surgery of the dental clinic of the Tashkent State Dental Institute and 2 clinics of the Tashkent medical Academy were studied.

Results and discussions. A comprehensive survey of patients allowed us to exclude the presence of pathology of the organ of vision trauma of the orbit, combined with traumatic brain injury of mild severity, which should ensure an objective approach in qualifying the severity of the injury. Reconstructive operations in the early period of craniocerebral trauma can achieve regression of oculomotor disorders in 98.4%, dystopia of the eyeball-in 82.5%, diplopia-in 86.5% and get good cosmetic outcomes.

Keyword orbital trauma, reconstructive surgery, severity of injury.

Переломы скуло-орбитального комплекса занимают второе место по частоте возникновения повреждения после переломов нижней челюсти. Они составляют от 16-25% от всех травм челюстно-лицевой области и отвечают общим тенденциям травматизма: постоянное увеличение числа пострадавших, рост сложных типов переломов, омоложение контингента больных, утяжеление травмы за счет ее сочетаемости [1,3]. Устранение деформации скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса представляет наиболее трудную задачу ввиду того, что в непосредственной близости от него расположен такой важный орган, как глаз и система слезных путей. [2,4]. Объем проводимого офтальмологического осмотра пострадавших с травмами орбиты, играет значительную роль в оценке тяжести нарушений зрительных функций при травмах данной области. В клинической практике не редко встречаются "легкие" формы переломов стенок ор-

биты, при которых отсутствует комплекс основных симптомов и имеется благоприятный функциональный исход. Тем не менее, ряд авторов утверждают, что травма глазницы с вовлечением глазного яблока и его вспомогательных органов среди всех травм лицевого скелета составляет от 36 до 64% [1,5]. Особенно высок уровень нарушения бинокулярного зрения при переломах нижней стенки орбиты, причем это наиболее распространенный вид среди всех переломов орбиты [3]. В связи с чем, необходимость активного участия офтальмологов в диагностике и реабилитации пациентов с переломами орбиты подчеркивается многими исследователями [1,2,4,].

Цель исследования - изучить нарушения зрительных функций у пациентов с переломом стенок орбиты в зависимости от их локализации.

Материал и методы

В основу работы положен анализ комплексного клинического обследования 62 пациентов с краниоорбитальными повреждениями, находившихся на стационарном лечении в отделениях Челюстно - лицевой хирургии стоматологической клиники Ташкентского государственного стоматологического института и 2-клиники Ташкентской медицинской академии. Среди обследованных пациентов мужчин было 46 (74%), женщин 16 (26%). Возраст пациентов колебался от 16 до 60 лет, средний возраст составил 39,8±5,8 лет. Изолированные повреждения стенок глазниц встречались у 20 (32,4%), сочетанные повреждения (скулоорбитальные) у 42 (67,4%) пациентов. Сочетанная травма орбиты включала повреждения глазного яблока (32 пациента), головного мозга (ЧМТ - 5 пациентов), ЛОР-органов (носа - 5 пациентов). Повреждения органа зрения, во всех изучаемых нами случаях, носили односторонний характер. Придаточные пазухи были изменены почти у всех пациентов, так как комплекс травмы орбиты включал переломы стенок орбиты, а, следовательно, и изменения синусов. По сроку травма орбиты была условно подразделена на травму раннего периода (до 1 месяца после травмы) - 47 пациентов и травму позднего периода (более 1 месяца после травмы) - 15 пациентов.

С целью предотвращения осложнений со стороны органа зрения при переломах орбиты, офтальмологами была проведена комплексная оценка офтальмологического статуса в сроки от 2 недель до 3 месяцев после полученных травм: стандартные методы - визометрия, рефрактометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, исследование бинокулярного зрения, офтальмоскопия и специальные методы - ультразвуковое обследование глазного яблока (А и В-метод), сканирование орбитального пространства, а также был применен один из высокоточных современных методов оценки состояния сетчатки и зрительного нерва - оптическая когеррентная томография (ОКТ). Объем офтальмологического обследования зависел от тяжести состояния больного. Пациентам с ясным сознанием определяли остроту зрения, цветовое зрение по таблицам Рабкина, проводили периметрию, офтальмоскопию. Больным с угнетением сознанием до умеренного и глубокого оглушения остроту зрения проверяли по ручной таблице Розенблюма, а периметрию приводили контрольным способом. Больным с угнетением сознания до сопора и комы выполняли лишь офтальмоскопию.

Критерием для исключения проведения ОКТ явились, сопутствующая тяжелая травма других органов, в том числе среднетяжелая и тяжелая ЧМТ (ушиб головного мозга тяжелой и средней степени, внутричерепные гематомы, проникающие переломы свода и основания черепа).

Результаты исследования

Травмы были получены при нападении, в драке, от ударов кулаком и ногами, в результате падения, автотравмы и др. Во всех случаях возникновения перелома орбиты травма наносилась тупым объектом достаточной плотности.

Наиболее характерной для больных с травмой орбиты явилась жалоба на двоение рассматриваемых объектов: постоянное или при отведении глаз в стороны.

При внешнем осмотре положение глаза на травмированной стороне у 29 пациентов было правильным (таблица). У остальных глаз был смещен: у 18 пациентов книзу, экзофтальм без смещения глазного яблока наблюдали у 5 пациентов, энофтальм - у 10 пациентов. У обследованных нами пациентов ширина глазной щели колебалась от 6 до 12 мм и в среднем составила 10±1,6 мм.

Клиническим признаком, характеризующим тяжесть посттравматических повреждений в орбите, является нарушение подвижности глазного яблока в деформированной орбите, развивающееся вследствие повреждений двигательных нервов, либо в результате ущемления мышц в области перелома, либо вследствие снижения функциональной активности при мышечных гематомах.

Нами были выявлены нарушения окуломоторики у 25 (41,9%) пациентов, дистопия глазного яблока -18 (29,0%) пациентов. Нарушение подвижности глазного яблока и его положения в орбите у 18 (29,0%) пациентов вызвало появление диплопии.

При нарушении окуломоторики определяли ограничение подвижности глазного яблока по 4 основным (вверх, вниз, кнаружи, кнутри) и по 4 промежуточным меридианам. При обследовании, наиболее часто встречались нарушения подвижности вверх - 4 (16%) и комбинированные формы - 1 (14,3%). Видом дистопии глазного яблока у больных в остром периоде ЧМТ был экзофтальм. Он определялся у 5 пациентов, что составило 8,06% от всех пациентов и 27,77% от всех дистопий глазного яблока.

Ультразвуковое исследование глазницы выявило у 8 (12,8%) пациентов признаки контузии глазодвигательных мышц, такие как увеличение толщины и неоднородность их эхоструктуры.

Анализ данных визометрии показал, что острота зрения не была изменена у 8 (12,9%) пациентов. Острота зрения (с максимальной коррекцией) равная 1,0 наблюдалась у 42 (67,7%) пациентов, острота зрения 0,7-0,9 у 7 (11,3%) пациентов, острота зрения 0,5-0,6 у 5 (8,1%) пациентов. Однако нами были выявлено, что низкие показатели остроты зрения во всех случаях были связаны с наличием сопутствующей патологии органа зрения, не связанной с травмой: начальной катарактой, дистрофическими изменениями сетчатки и стекловидного тела, обусловленные миопи-

Таблица

Распределение пациентов по характеру выявленных офтальмологических изменений

Симптомы	Кол-во больных	%
Косметический дефект	62	100%
Офтальмологическая симптоматика:		
Нарушение окуломоторики	25	41,9%
Дистопия глазного яблока	18	29%
Ограничение движений глазного яблока	18	29%
Положение глаз в орбите		
Правильное положение	29	46,77%
Смещение к низу	18	29,03%
Энофтальм	10	16,12%
Экзофтальм	5	8,06%
Острота зрения с максимальной коррекцией:		
Visus=1,0	42	67,7%
Visus=0,7-0,9	7	11.3%
Visus=0,5-0,6	5	8,1%
Изменения глазного дна:		
Ангиоретинопатия	14	22,58
Отек зрительного нерва	5	8,1%
Передняя ишемическая нейропатия	4	6,5%
Задняя ишемическая нейропатия	2	3,2%
Берлиновское помутнения сетчатки	1	1.6%

ей высокой степени, а также возрастной макулярной дегенерацией. Надо отметить, что субъективно 29 (46,8%) пациентов отмечали снижение зрения в первые часы (дни) после травмы, однако на момент комплексного офтальмологического обследования (сроки после травмы от 2 недель до 3 месяцев) субъективное ухудшение зрения отмечали только 8 (12,9%) пациентов.

Основной причиной нарушения зрения было наличие травматической оптической нейропатии. Из 62 пациентов травматическая оптическая нейропатия была выявлена у 14 (22,6%) пациентов. Часто единственным глазным нарушением травматической оптической нейропатии являлся относительный афферентный зрачковый дефект. Второй причиной нарушения зрения были контузии глазного яблока различной степени тяжести (58,8%). Контузии легкой степени тяжести выявлены в 42,5% наблюдений, средней степени тяжести - в 48,1%, тяжелой - в 9,4%.

Проведение офтальмоскопии позволило выявить изменения картины глазного дна у 25 (40,3%) пациентов. Травматическая ангиоретинопатия была диагностирована у 14 (22,58%) пациентов, отек диска зрительного нерва вследствие его сдавления - у 5 (8,1%), передняя ишемическая нейропатия - у 4 (6,5%), задняя ишемическая нейропатия - у 2 (3,2%), Берлиновское помутнение сетчатки - у 1 (1,6%) пациента.

При проведении периметриии изменения периферического поля зрения было выявлено у 7 (11,3%) пациентов, из них 1 (14,5%) с травматической оптической нейропатией.

Внутриглазное давление у всех пациентов находилось в пределах нормальных значений и составило в среднем 17,5±1,3 мм рт.ст. При изучении параметров гидродинамики было установлено, что у всех пациентов показатель секреции внутриглазной жидкости и коэффициент Беккера находились в пределах нормальных значений.

Изучение морфометрических параметров сетчатки и зрительного нерва методом ОКТ показало, что толщина сетчатки в трех областях - фовеа, парафовеа, перифовеа, а также состояние слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) у большинства пациентов (70%) соответствовали норме, у 13 (20,9%) пациентов отмечались отклонения 1-2 показателей, а в 6 (9,6%) случаях - отклонения более двух показателей. Во всех случаях отклонения были незначительными.

Все пациенты получали комплексную консервативную терапию, включающую кортикостероидные, гемолитические, антибактериальные, ноотропные, нейропротекторные, антиоксидантные и улучшающие микроциркуляцию препараты, витаминотерапию, физиотерапию (электрофорез по Бургиньону) со 2-й недели от начала заболевания, комплекс упражнений для экстраокулярных мышц, массаж глазного яблок.

Хирургическое лечение - реконструкция стенок орбиты было проведено у 47 (77%) пациентов. Закрытую репозицию скуловой кости с фиксацией крючком Лимберга проводили при переломе скуловой кости со смещением 30 (62,5%) пациентам, реконструктивные вмешательства, комбинированными имплантами 14 (39,1%) пациентам. При наличии показаний, выполняли пластику стенок орбиты с использованием титановой пластинки и мини пластинки с сеткой 4 (8,3%) пациентам (рис 1).

У пациентов с тяжелой ЧМТ и тяжелой сочетанной травмой реконструктивные операции проводили в отсроченном периоде, после стабилизации состояния. При стабильном состоянии пациентов операции были выполнены в первые двое суток у 27 (56,2%) пострадавших, до 7 суток - у 8 (16,6%), до 14 суток -

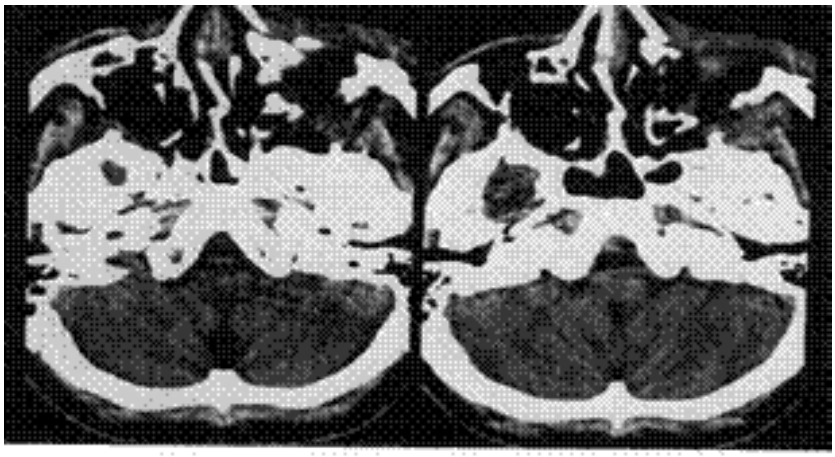




Рис.1. Состояние во время проведения операции по установке титановой пластины.

у 10 (20,9%) и спустя две недели и более - у 3 (6,25%) пациентов (рис 2).

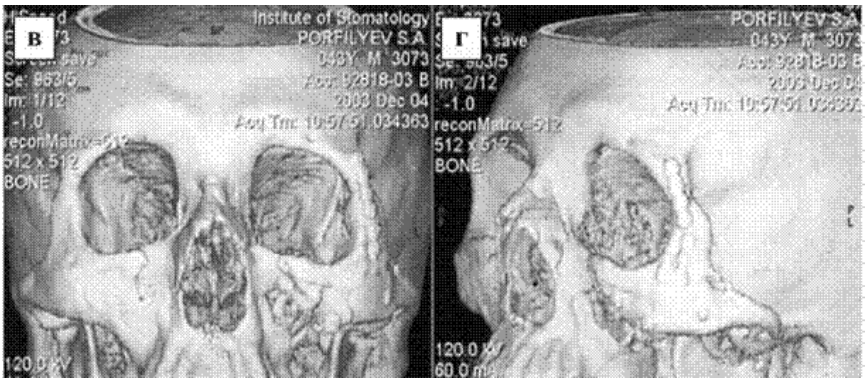


Рис. 2. Тот же пациент через 4 месяца после операции. Трехмерная реконструкция изображения СКТ лицевого черепа в прямой (в) и косой (г) проекциях. Восстановлена целостность орбитального кольца титановыми минипластинами).

Обсуждение

В результате реконструктивных операций к моменту выписки положение глаза восстановлено полностью или частично у 60 (96,7%), что составило 81,3% от числа оперированных больных, глазодвигательные нарушения регрессировали у 61 (98,4%) больных, что составляет 83,9% от числа оперированных пациентов.

Зрительные функции у больных с краниоорбитальными повреждениями восстановились полностью у 70,5% ($p<0,05$) пациентов, частично - у 25,1%.

ВЫВОДЫ

1. Основными офтальмологическими симптомами при орбитальной травме, повлекшими стойкую утрату общей трудоспособности, являются дистопия глазного яблока, нарушения окуломоторики и диплопия.

2. Комплексное офтальмологическое обследование пациентов с использованием традиционных и специальных методов позволяет исключить наличие патологии органа зрения при сочетании черепномозговой травмы легкой степени тяжести с травмой орбиты, что должно обеспечить объективный подход в квалификации степени тяжести.

3. Проведение реконструктивных операций в раннем периоде краниоорбитальной травмы позволяет добиться регресса глазодвигательных нарушений в 98,4% ($p<0,05$), дистопии глазного яблока - в 82,5% ($p<0,05$), диплопии - в 86,5% ($p<0,05$) и получить хорошие косметические исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. - С. 560.
2. Гундорова Р.А., Капелюшникова Н.И. Структура глазного травматизма. // Новые технологии в пластической хирургии придаточного аппарата глаза и орбиты в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф: матералы науч.-практ.конф. - М., 2007. - С. 152-154.
3. Мошетова Л.К., Кочергин С.А., Кутровская Н.Ю., Левченко О.В, Шалумов А.З., Хамидова Л.Т. Офтальмологическая диагностика и лечение краниоорбитальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы. - //Клиническая офтальмология. № 3.Том 10, 2009. - С. 89-93.
4. Николаенко В. П., Астахов Ю. С. Эпидемиология и классификация переломов нижней стенки орбиты//Офтальмологические ведомости. № 2.Том II. 2009. - С 56-70.
5. Siritongtaworn P., Tongsawas S., Siltharm S. Diplopia in facial fractures // J. Med. Assoc. Thai.. -Vol. 84, suppl. 2. 2001. - P. 491-494.

УДК: 616-036.22

ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРНИ СПОРТНИНГ АРАЛАШ ТУРИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНИШИДА АЙРИМ ИММУНОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Атабеков Н.С., Атахажиев М.С, Юнусов М.М.

Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш институти, Андижон Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Дунё мамлакатлари ўртасида одам иммун танқислик вируси инфекциясининг эпидемияси XX-асрнинг 80 йилларида бошланиб, унинг тарқалиш муаммоси ҳозирги вақтгача инсониятнинг соғлигига таҳлид қилаётган хавфлардан бири ҳисобланади. ОИВ инфекциясининг эпидемик ривожланиш хусусиятлари ўзининг географик, социал, иқтисодий ва маданияти билан характерланиб, вақт ўтиши билан тарқалишида эпидемик ҳолати ўзгариб бормоқда. ОИВ инфекциясининг касаллик манбаи бу ОИВ инфекцияси билан касалланган бемор ҳисобланиб, касалликнинг барча босқичларида соғлом шахсларга юқтириши мумкин.

Бу ўз навбатида ушбу касаллик билан беморларни даволашнинг қимматлиги ва касалликнинг ижтимоий-иқтисодий оқибатлари долзарб муаммолигича қолмоқда. Ҳозирги кунда дунё бўйича ОИВ-инфекцияси билан яшовчи шахсларнинг ярмини аёллар ташкил этади ва уларнинг 60% Африка Давлатининг Саҳрои Кабирнинг жанубига тўғри келади. Кейинги 10 йил ичида жаҳонда ОИВ-инфекцияси билан яшовчи шахслар ичида аёллар улуши барқарорлиги кузатилди.

Калит сўзлар: ОИВ инфекция, спорт, бола, иммун, СД-4 ҳужайралар.

SOME IMMUNOLOGICAL CHANGES IN HIV-INFECTED CHILDREN ENGAGED IN MIXED SPORTS

Atabekov N.S., Atahajiyev M.S, Yunusov M.M.

SRI of epidemiology, microbiology and infection diseases, Andijan state medical institute.

✓ ***Resume,***

The epidemic of human immunodeficiency virus in the world began in the 80s of the 20th century, and its pervasive problem is one of the threats to human health. The epidemic status of an HIV infection is characterized by its geographic, social, economic, and cultural characteristics, and its epidemiological status changes over time. The source of HIV infection can be HIV-infected and can infect healthy people at all stages of the disease.

This, in turn, is a topical issue of the cost of treating patients with this disease and the socio-economic consequences of the disease. Currently, about half of all people living with HIV worldwide are women, and 60% of them are descendants of South Africa in southern Kabir. Over the past 10 years, the proportion of women in the world has been stable among HIV-infected.

Key words: HIV infection, sport, children, CD4 cells.

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ ЗАНИМАЮЩИМИСЯ СМЕШАННЫМИ ВИДАМИ СПОРТА

Атабеков Н.С., Атахажиев М.С, Юнусов М.М

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Эпидемия вируса иммунодефицита человека в мире началась в 80-х годах 20-го века, и его распространяющаяся проблема является одной из угроз для здоровья человека. Эпидемический статус ВИЧ-инфекции характеризуется ее географическими, социальными, экономическими и культурными особенностями, а ее эпидемиологический статус изменяется с течением времени. Источник ВИЧ-инфекции может быть ВИЧ-инфицированным и может инфицировать здоровых людей на всех стадиях заболевания.

Это, в свою очередь, является актуальной проблемой стоимости лечения пациентов с этим заболеванием и социально-экономических последствий заболевания. В настоящее время около половины всех людей, живущих с ВИЧ во всем мире, составляют женщины, и 60% из них являются потомками Южной Африки в южной части Кабира. За последние 10 лет доля женщин в мире была стабильной среди ВИЧ-инфицированных.

Ключевые слова: ВИЧ- инфекция, спорт, дети, СД- 4 клетки.

Долзарблиги

Дунё мамлакатлари ўртасида одам иммун танқислик вируси инфекциясининг эпидемияси XX-асрнинг 80 йилларида бошланиб, унинг тарқалиш муаммоси ҳозирги вақтгача инсониятнинг соғлигига таҳлид қилаётган хавфлардан бири ҳисобланади. ОИВ инфекциясининг эпидемик ривожланиш хусусиятлари ўзининг географик, социал, иқтисодий ва маданияти билан характерланиб, вақт ўтиши билан тарқалишида эпидемик ҳолати ўзгариб бормоқда [5,10]. ОИВ инфекциясининг касаллик манбаи бу ОИВ инфекцияси билан касалланган бемор ҳисобланиб, касалликнинг барча босқичларида соғлом шахсларга юқтириши мумкин[3,12].

Бу ўз навбатида ушбу касаллик билан беморларни даволашнинг қимматлиги ва касалликнинг ижтимоий-иқтисодий оқибатлари долзарб муаммолигича қолмоқда [2,3,5,8,11]. Ҳозирги кунда дунё бўйича ОИВ-инфекцияси билан яшовчи шахсларнинг ярмини аёл-

лар ташкил этади ва уларнинг 60% Африка Давлатининг Саҳрои Кабирнинг жанубига тўғри келади. Кейинги 10 йил ичида жаҳонда ОИВ-инфекцияси билан яшовчи шахслар ичида аёллар улуши барқарорлиги кузатилди. [6,8,9]

Мазкур инфекциянинг мустақил давлатлар ҳамдўстлиги давлатлари (МДҲ) аҳолиси, жумладан болалар ўртасида турли даражада тарқалган, жумладан Россия давлатида кейинги 10 йил давомида ОИВ инфекция билан зарарланган ота-оналардан 41 мингга яқин болалар туғилган. Замонавий тиббиётни ривожланиши туфайли 98-99% ҳолатларда уларнинг фарзандлари соғлом туғилган[2,6].

Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинининг ислоҳ қилиниши муносабати билан аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ва сурункали касалликлар профилактикасига катта эътибор қаратилган. Айниқса, жамиятда юқумли касалликлар ОИВ инфекциясини тарқалишини камайтириш ва олдини олиш бўйича фаол ишлар олиб борилмоқда. Шунга қарамасадан аҳолининг барча қатламлари орасида ушбу инфекцияни маълум даражада тарқалиши кузатилган[1].

ОИВ инфекциясини болалар аҳолиси ўртасида тарқалишида ОИВ инфекцияли болаларни жисмоний ва руҳий ривожланиши билан бирга тенқурлари орасида спорт машғулотларига қатнашишида ҳам қатор муаммолар кузатилмоқда [4,6,8,11].

Ишнинг мақсади:

Мактаб ёшидаги ОИВ инфекцияли болаларни спортнинг аралаш тури билан мунтазам шуғулланиш жараёнида иммун статус ҳолатини аниқлашнинг носпецифик усули СД-4 хужайралар сонини динамикаси ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар

Илмий изланишларни ўрганиш жараёнларида 475 нафар ОИВ инфекцияли болалар назорат гурухига олинган, улардан 53 нафари (11,1%) спортнинг аралаш тури билан мунтазам шуғулланган.Беморлардан иммун статус ҳолатини аниқлашнинг носпецифик усули қон намуналарида СД-4 лимфоцитларнинг миқдори моноклонал антителолар ёрдамида оқимли цитофлюориметрларда аниқланди. Лаборатор таҳлиллар спорт машғулотлари бошланиши ва якунида олинган. Ҳар бир бемор билан текширув жараёнлари ихтиёрийлик, анонимлик ва махфийлик тартибида олиб борилди. Текширув материаллари статистик усулда тахлил қилинди.

Натижа ва таҳлил

Болаларнинг жисмоний ривожланиши уларнинг саломатлигини белгиловчи асосий мезон ҳисобланади. Унинг мукаммал ривожланишида спорт машғулотларига қатнашиш алоҳида аҳамиятга эга [4]. Спорт машғулотлари турлари ичида аралаш спорт турига эркин кураш, каратэ, валейбол, футбол, бадиий гимнастика, белбоғли кураш ва шашка ҳамда шахмат турлари киради. Бу машғулотлар билан шуғулланувчи болаларнинг гавда мушаклари, қорин пресси ва қўлоёқлари бир хилда жисмоний оғирлик олади. Бошқа спорт турларидан фарқли равишда хотирани кучайтириб ва фикрни жамлаш билан бирга ақлий системага ижобий таъсир этади [4,6].

Илмий кузатув натижаларига кўра,спорт машғулотлари турларига қараб ўзига хослик билан ифодаланди. Аралаш спорт турининг ичида эркин кураш билан 7 нафар ($p<0,10$) ўғил болалар 1 йил 5 ой давомида мунтазам шуғулланган. Машғулотларни бошланиш даврида CD4+ ҳужайралари сони 529,5 тани аниқланди.Кузатув жараёнида мунтазам спортнинг эркин кураш машғулоти билан шуғулланиши ҳисобига 1 йил 5 ойдан сўнг назорат гурухидаги болаларда чарчаш, ҳолсизланиш белгилари билан иммун тизимида салбий ўзгаришлар кузатилди. Машғулотякунига кўра 259,6 та ($p>0,10$) 51,1% камайиш кузатилди.СД-4 ҳужайралар сонининг аста-секин камайиши - касалликнинг клиник латент босқичига мос келади. Бу босқичда ҳам оппортунистик инфекцияларнинг клиник белгилари пайдо бўлди.Бу спорт турида фақат ўғил болалар шуғулланган. Спорт турилари ичида каратэ спорт тури довюраклик ва мўлжалга олиш, харакат активлиги ҳамда иродалик хиссиётларни ривожанитириши туфайли бошқа машғулотларидан ўзига хослиги билан ажралиб туради[4]. Каратэ спорт машғулоти билан 5 нафар ($p>0,10$) ўғил болалар шуғулланган. Машғулотлар 2 йил давомида олиб борилган. Бу спорт тури билан шуғулланган болаларни иммун тизими кўрсаткичлар тахлилидаCD4+ ҳужайралари сони 482,6 тани ташкил этган. Бу ёшдаги ОИВ инфекцияли болалар каратэ спорт машғулоти билан 2 йилмунтазам шуғулланиши натижасида юқори нафас йўлларини тез-тез ялиғланиши ва ҳолсизланиш ҳолатлари кузатилди. Шундан сўнг CD4+ ҳужайралари сонини текширилгандаўртача 255,8 тага ($p>0,10$)46,6% юқори фоизда камайганлиги аниқланди.

Илмий кузатувлар давомидааралаш спорт турлари ичида танянч ҳаракат ва бўғим бойлам системасини ривожланишига ижобий таъсир этувчи волейбол спорт машғулоти билан 4 нафар ($p>0,10$)ўғил ва 2 нафар($p>0,10$) қиз ОИВ инфекцияли болалар 1 йил 2 ой давомида шуғулланган. Ўғил болаларни машғулот билан шуғулланишни бошланиш даврида CD4+ ҳужайралари сони 38,6 тани ташкил этиб, машғулот якунида 250,5та 34,8% ($p>0,10$) камайган. Қиз болаларни машғулот бошланиш даврида CD4+ ҳужайралари сони 536 тадан бир йилдан сўнг 272 тага 49,2% камайган. Бу ўз навбатида организмда вирус сонининг кўпайиб бориши иммун тизим емирилишини тезлаштиради.

Футбол спорт тури билан умумий машғулотда 5 нафар ($p>0,10$) ўғил болалар шуғулланган. Машғулот бошида CD4+ ҳужайралари сони 695,5тани ташкил этиб, динамикада1 йил 6 ойдан сўнг иммун тизимида салбий ўзгаришлар кузатилган. Назорат гурухидаги болаларни текширилганда CD4+ ҳужайралари сони 416тага ($p>0,10$)40,1% камайиши кузатилган.

Кейинги навбатда спортнинг аралаш турилари ичида жинси бўйича машғулотга жалб этадиган турлардан бадиий гимнастика турида 14 нафар($p>0,05$)ОИВ инфекцияли қиз болалар мунтазам шуғулланган. Назорат гурухидаги болаларни умумий ҳолати текшириб борилганда, холсизланиш ва чарчаш, спорт машғулотига иштиёқи пасайганлиги кузатилган. Тиббий кўрсатмага асосан лаборатор текширув ўтказилганда CD4+ ҳужайралари сони 480 тани ташкил этиб, динамикада кўрилганда 337,2 та ($p<0,05$) 29,7 % камайганлиги аниқланди.

Илмий кузатувлар давомида белбоғли кураш билан 5 нафар (p>0,10) ўғил болалар 1 йил 3 ой давомида шуғулланиши натижасида организмида патологик ўзгаришлар келиб чиқа бошлаган. Тахлил натижаларига кўра машғулот бошлангич даврида CD4+ ҳужайралари сони 547,8 тани (p<0,05) ташкил этиб, динамикада кўрилганда 344,7тага 18,2% камайган. Бу ўз навбатида организмда вирус сонининг кўпайиб бориши иммун тизим емирилишини тезлаштиради.

Спорт турилари ичида асаб системасида диққатни жамлаш, фикрлаш ва кўрув анализоторлари ишлаш фаолиятини фаолаштиришга ижобий таъсир этувчи тури бу шашка ва шахмат турлари бошқа спорт турларидан фарқланади[4]. Шашка спорт тури бўйича 5 нафар (p>0,10) қиз болалар 2 йил 3 ой давомида шуғулланган. Динамикада кўрилганда CD4+ ҳужайралари сони 632 тани ташкил этиб, бошқа спорт турларга қараганда нисбатан (p>0,10) 7,2%га (586 та)камайган. Кейинги навбатда шахмат спорт турида 1 нафар ўғил бола ва 5 нафар (p>0,10) қиз болалар шуғулланган. Ўғил болада CD4+ ҳужайралари сони машғулот бошида 384та бўлган бўлса, динамикада 348 тага(p>0,10) 9,3%га камайган. Қиз болаларда эса CD4+ ҳужайралари сони 527 тадан (p>0,10) 448 та 14,9%га камайган.- Бу спорт турларида бошқа спорт турларига нисбатан CD4+ ҳужайралари сонини кескин камайиши кузатилмади.

Аралаш спорт турлари билан шуғулланган ОИВ инфекцияли болаларда иммун тизимининг мослашиш босқичларининг синфланиши бўйича декомпенсация босқичи кузатилиб,иммун тизимининг тикланиш босқичи кузатилмади. Оппортунистик инфекцияларни клиник белгилари намоён бўлди. Уларга АРВТ муолажалари тавсия этилди.

Хулосалар:

1. ОИВ инфекцияли болаларни мунтазам симметрик спорт турлари билан шуғулланиши ва жисмоний юкламаларни соғлом болалар билан бир меъёрда олиши натижасида организмда СД-4 ҳужайралар сонининг кескин камайиб кетиши аниқланди. Айниқса эркин кураш спорт тури билан шуғулланган ОИВ инфекцияли болаларда биринчи навбатда қисқа муддатда иммун тизимида СД-4 ҳужайраларини юқори фоизда камайиши кузатилди.

2. Спортнинг волейбол, футбол ва бадиий гимнастикаси машғулотларида ҳам юқори фоизларда СД-4 ҳужайралар сонини камайиши натижасида касалликнинг клиник ифодаланган босқичига мос клиник белгилар намоён бўлди. Кузатувлар натижасида вирус таъсирида СД-4 ҳужайраларининг доимий равишда зарарланиши оқибатида иммунтанқислик ҳолати ривожланиши юзага келди.

3. ОИВ инфекцияли болаларни ижтимоий мослашув жараёнларида инсонлар ва ташқи мухит таъсирлари асосий омил ҳисобланади. Ўсмирлик даврларда ОИВ инфекцияли болаларни жисмоний тарбия ва мунтазам спорт билан шуғулланишига алоҳида эътибор қаратиш лозим. Уларни ижтимоий мослашув даврида назоратдаги ОИВ инфекцияли болаларни ўз тенгқурлари билан бир хил жисмоний юкламалар олиши организимида тез чарчаш ва иммун танқислик ҳолатларига олиб келди. Бу ўз навбатида ОИВ инфекцияли болаларда оппортунистик инфекцияларни ривожланиши рухий эмоционал чекинишни юзага келтирди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Атабеков Н.С., Маткаримов М.Д., Ражабов Г.Хи др.. ВИЧ-инфекция в Узбекистане и её эпидемиологические особенности в современных условиях. //Ўзбекистон тиббиёт журнали 2013; 5: 36-37.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 году. /Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ руководитель -Покровский В.В. 1-4.
3. ДаминовТ.О., Тўйчиев Л.Н ва бошқалар. ОИВ-инфекцияси. / Услубий қўлланма Тошкент - 2011: 9-15.
4. Икрамов А.И. Аҳмедова Д.И. Баркамол авлодни шакллантиришда жисмоний тарбия ва спортнинг тиббий асослари. / Услубий қўлланма Тошкент - 2011: 9-15.
5. Лигман Г., Макадон Х.Дж. ВИЧ-инфекция /Москва-2012: 17-18.
6. Пельменев В.К., Никитин Н.С., Никитина А.С.Физкультура-оздоровительные технологии. //Вестник Балтийского федерального университета им.И.Канта 2011:11:101-105.
7. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. /М. Медицина -2010:17-18.
8. Цыган В.Н.,Скальный А.В., Мокеева Е.Г. Спорт иммунитет питание. /Санк-Петербург-2012:18-19.
9. Dzuraev N. HIV epidemiological situation among labour migrants in Uzbewkistan, 2009 //Central Asian Sentinel Surveillance Conference, Almaty, Kazakhstan, May 2010.-pp19-20.
10. Bhaskaran K., Mussini C., Antinori A., et al. Changes in the incidence andpredictor of HIV-associated dementia in the era of HAART ann //Neurol, 2008.-№ 63.-pp. 213-221.
11. Piatt L., Sutton AJ., Vickerman P., Koshkina E., Maximova S., Latishevskaya N et al. Measuring risk of HIV and HCV among injecting drug users in the Russian Federation //Eur J Public Health.- 2009, August.-№ 19(4).-pp.428-432.
12. Grubb JR.,Moorman Ac.,Baker RK.,Masur H.the changing spectrum of pulmonary disease in patients with HIV infection on antiretroviral therapy//AIDS.2006.-№12.-pp.1095-1097.

Поступила 29.03. 2019

УДК: 616.36 - 002.1.2.

HCV-ИНФЕКЦИЯ ДАВОСИДА АНТИВИРУС ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИ

Нарзиев И.И., Облоқулов А.А., Фармонова М.А., Элмурадова А.А., Абдуллаев М.З.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Бухоро вилояти поликлиникаларида диспансер назоратида бўлган 319 нафар беморлар эпидемиологик нуқтаи назардан ўрганилиб, беморларнинг 110 нафарини эркаклар (34.5%) ва 209 (65.5%) нафарини аёллар ташкил қилди.

Барча беморлар занжирли полемераз реакцияси услубида ўрганилганда, кузатув остидаги беморларнинг 204 нафарида 1 чи генотип, 18 нафарида 2 чи генотип, 70 нафарида 3 чи генотип ташкил қилган бўлса, 27 нафарида генотип аниқланмаган. Антивирус терапия бошлангунга қадар назорат гуруҳда 113 нафар (61%) бемор текширилди: 22 нафар касалда (20%) F0 даражадаги фиброз намоён бўлган, F1 даража - 30 нафар беморда (27%), F2 даража- 36 нафар касалда (31.8%), 23 нафар (21%) беморда F3 даражадаги фиброз қайд этилган. F4 даражадаги фиброзланиш эса 2 нафар беморда (0.2%) намоён бўлди. Бевосита таъсир қилувчи Софосбовир+ледипасвир препарати ёрдамида 195 (95.6%) тез вирусологик жавоб 204 (100%) эртанги вирусологик жавоб берилишига эришилиб, 200 нафар (98%) беморларда HCV РНК бутунлай элиминацияси қайд қилинди.

Калит сўзлар: HCV-инфекция, фибраскан, софосбовир, ледипасвир.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИВИРУСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ HCV-ИНФЕКЦИИ

Нарзиев И.И., Облоқулов А.А., Фарманова М.А., Элмурадова А.А., Абдуллаев М.З.

Бухарский Государственний медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме,***

Изучены эпидемиологические особенности, больных с HCV-инфекцией, которые находились под диспансерным наблюдение в поликлиниках Бухарской области, количество больных 319, из них 110 (34,5%) больных мужчин и 209 (65,5%) женщин. Этиологическая диагностика ХГС проводилась путём выявления РНК и генотипа вируса HCV-инфекции в сыворотке крови методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Выявлены у 63,9% (n=204) больных первый генотип вируса, 0,5% (n=18) второй; у 21,9% (n=70) в третий, у 0,8% (n=27) четвертый. До противовирусной терапии в основной группе больных у 22 (20%) выявлен фиброз F0, у 30 (27%) F1, у 36 (31,8%) F2, у 23 (21%) больных F3. Фиброз F4 стадии отмечен у 2 (0,2%) пациентов. С применением препаратов софосбовир+ледипасвир быстрый вирусологический ответ отмечено у 195 (95,6%) пациентов, ранний вирусологический ответ у 204 (100%), из них 200 (98%) пациентов достигнута полная элиминация РНК HCV.

Ключевые слова: HCV-инфекция, фиброскан, софосбовир, ледипасвир.

EFFICIENCY OF ANTI-VIRUS TREATMENT OF HCV-INFECTION

Narziev I.I., Oblokulov A.A., Farmanova M.A., Elmuradova A.A., Abdullaev M.O.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume,***

There were studied epidemiological features of patients with HCV-infection who were under dispensary observation in clinics located in Bukhara Region, number of patients was 319, 110 (34.5%) of them were men and 209 (65.5%) were women. Etiological diagnostics of Chronic Hepatitis C was performed by the development of RNA and genotype of HCV infection in blood serum by the method of real-time polymerase chain reaction. It was detected that 63.9% (n. 204) of the patients had first, 0.5% (n = 18) of them had second, 21.9% (n =70) - third, 0.8% (n = 27) - fourth genotype of the virus. Before antiviral therapy, in 22 (20%) in the main group of patients it was detected F0 fibrosis, so in 30 (27%) patients F1, in 36 (31.8%) patients F2 and in 23 (21%) patients F3. Fibrosis of F4 stage was revealed only in 2 (0.2%) patients. With the use of sofosbovir + ledipasvir, rapid virologic response was observed in 195 (95.6%) patients, early virological response - in 204 (100%), 200 (98%) of the patients achieved complete elimination of HCV RNA.

Key words: HCV-infection, fibroscan, sofosbovir, ledipasvir.

Долзарблиги

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, бутун дунё бўйича 150 млн га яқин одам гепатит С вируси билан касалланган. Касалликнинг то цирроз белгилари бошлангунига қадар юқори даражада вирулентлиги, узоқ муддат латент кечиши, асоратларининг юқори частотаси билан бирга етарли даражадаги мавжуд бўлган юқори эффектли препаратларнинг йўқлиги билан бу касаллик жуда хавфли ҳисобланган. Сурункали ГС билан касалланган беморларда цирроз ёки жигар саратони ривожланиши мумкин. Гепатит С билан ўлим кўрсаткичи йилига 500 минг кишидан ошади [4].

HCV- инфекцияси вируси тўғри таъсир қиладиган дорилар синез қилиниб, тезлик сурат билан улар доираси кенгая бошлади. Боцепревир кейин амалиётга телепревир (биринчи авлод дориси) кириб келди, 2 йилдан сўнг - софосбувир (иккинчи авлод дориларининг биринчиси) савдога кирди. Сўнги йиллар HCV-

инфекциясини даволаш учун янги дориларни ишлаб чиқишда муҳим аҳамиятберилди. 2014 йил биринчи марта интерферонсиз бевосита вирусга таъсир қилувчи софосбувир+рибавирин HCV-инфекциясини даволаш тизмаси амалиётга қўлланилди. Худди шу йили симепревир ва даклатасвир (1- ва 4-тип генотипни даволаш учун), шунингдек, уларнинг софосбувир билан интерферонсиз комбинацияси жорий қилинди. HCV-инфекциясининг 1- ва 4- генотиплари учун EASL қўлланмада 4 та интерферонсиз схема кўзда тутилган: софосбувир/ледипасвир, омбитасвир/паритапревир/ритонавир +дасабувир, симепревир/софосбувир ва софосбувир/даклатасвир (AASLD) тавсия қилинган.

Ҳозирги кунда HCV-инфекциясини даволашда 99% ҳолларда барқарор вирусологик жавоб (БВЖ) га эришиш, вирусни тўлиқ йўқотиш имконияти пайдо бўлди (6).

Тез вирусологик жавоб остида қон зардобида даволанишнинг 4-ҳафтасининг охирида сезгир усул билан текширганда (15-50 МЕ/мл дан кам) РНК миқдорининг пасайиши тушунилади. Агар энг "эртанги вирусологик жавоб" атамаси даволашнинг 12-ҳафтасида бошланғич даражага нисбатан 100 марта ёки ундан ортиқ (>2log10) бўлган омиллардан бири билан вирус юкини камайтиришга ишора қилади. "Секин вирусологик жавоб" (СВЖ) бошланғич даражага (тўлиқ бўлмаган ВЖ) ва унинг ва унинг 24- ҳафтасигача тўлиқ йўқолишига нисбатан 12-ҳафтада 100 марта ёки ундан ортиқ (2 log10) бўлган вирус миқдорини камайишидир [1, 2, 3]. Шундай қилиб, HCV-инфекцияси антивирус терапиядан тугагандан кейин 99% беморларни соғайтирганда барқарор вирусологик жавоб пайдо бўлади [5], агар ВГС РНКси бемор организмида даволангандан кейин 12 (БВЖ-12) ёки 24 (БВЖ-24) ҳафта ўтгандан кейин аниқланмаса, вирус элиминацияси юзага келган деб ҳисобланади [4, 7].

Илмий ишнинг мақсади: Сурункали гепатит С билан оғриган беморларда амбулатор шароитда вирусга қарши препаратлар қабул қилиш вақтида тезкор ва эртанги вирусологик жавоб реакциясини аниқлаш.

Материал ва усуллар

Текшириш учун 18-71 ёш оралиғидаги HCV-инфекцияси билан касалланган ва илгари антивирус терапия олмаган вилоят поликлиникасида диспансер назоратида бўлган 319 нафар беморлар олинди.

Тадқиқотга киритиш меъзонлари қуйидагилар: ИФА усули ёрдамида антитела HCV нинг гепатит С борлигига серологик тасдиқланиши, HCV РНК си сифат ва миқдорининг ПЗР ёрдамида аниқланиши, қон шакллантирувчи органлар томонидан ўзгаришнинг йўқлиги, буйрак, қалқонсимон без, нейтрофиллар миқдорининг 3х109/л дан юқори бўлиши, тромбоцитлар 100х109/л дан юқори, гемоглобин аёлларда 110 г/л дан юқори, эркакларда 120 г/л дан кўпроқ, креатинин ва ТТГ нинг нормал бўлиши.

Гепатитларнинг этиологик верификацияси серологик усул ёрдамида ўтказилиб, анти-HCVcore аниқланиши билан, шаклланмаган NS3, NS4, NS5 оқсиллар, молекуляр-биологик усул- полимер занжир реакцияси (ПЗР) Амплификатор DTLITE аппаратида вирусларнинг сифатий, миқдорий кўрсаткичлари ва генотиплари аниқланди. Жигарнинг бундай фиброзланиш даражаси (METAVIR шкаласи бўйича- F0, F1, F2, F3, F4) ультратовуш эластометрия усули билан баҳоланди.

Аниқланган 1 генотипли беморларни даволашда таркибида софосбовир ва ледипасвир сақлаган препаратлар (Софолед, Софас, Вирпас) буюрилди. Беморларда тезкор вирусологик жавоб 4 ҳафтадан, эртанги вирусологик жавоб 12 ҳафтадан сўнг аниқланди. Антивирус терапия эффективлиги тез вирусологик жавобнинг мавжудлиги бўйича - 100 марта ва ундан кўпроқ вирусемиянинг ошиши (>2 log10) 4 ҳафта давомида даво муолажаси олгандан кейин, эртанги вирусологик жавоб - 100 марта ва ундан кўпроқ вирусемиянинг ошиши (>2 log10) 12 ҳафта давомида даво муолажаси олгандан кейин, бевосита вирусологик жавоб- антивирус терапия якунлангандан кейин HCV-РНК нинг бўлмаслиги (24 ёки 48 ҳафта мобайнида вирусли гепатит С генотипига қараб).

Натижа ва муҳокама

Клиник текшириш учун танлаб олинган 319 нафар беморлар эпидемиологик нуқтаи назардан ўрганилиб, унинг маълумотлари жадвалда келтирилган. Жадвал маълумотларига кўра назоратга олинган беморларнинг 110 нафарини эркаклар (34.5%) ва 209 (65.5%) нафарини аёллар ташкил қилди.

Беморлар шаҳар ва туманлар бўйича таҳлил қилинганда жадвал маълумотлари асосида қуйидагича тақсимланди:

Таҳлиллар кўрсатишича Бухоро шаҳарида 50 нафарни ташкил этиб, шундан 72% аёллар ва 28% эркаклар, Ғиждувон тумани эса 36 нафар 69.4% ва 30.6%, Бухоро тумани 29 нафар, шундан 62% ва 38%, Пешку туманида эса 31 нафар 51.6% ва 48.4% юқори кўрсаткичларни ташкил қилган. Касалланишнинг паст кўрсаткичлари эса Қоровулбозор тумани 7 нафар, 42.8% ва 57.2%, Шофиркон туманида эса 10 нафар, 70% ва 30% қайд этилган.

Жадвалда келтирилган ЗПР маълумотлари таҳлил қилинганда кузатув остидаги беморларнинг 204 нафарида 1 чи генотип, 18 нафарида 2 чи генотип, 70 нафарида 3 чи генотип ташкил қилган бўлса, 27 нафарида генотип аниқланмаган. Генотиплар субтиплар салмоғи ўрганилганда, 1 генотипли беморларда 1а генотипи 15 (7.4%), 1в 185 (90.7) ҳамда 1ав эса 4 (1.9%) ҳолатларда аниқланган. 3 генотипли беморларда эса 3а 20 (28.6%), 3в 15 (21.4%), 3ав 22 (31.4%) субтиплар аниқланган бўлса, 13 (18.6%) нафарида субтиплар аниқланмади.

Назоратдаги беморлар орасида юқори вирусли юклама (400000 МЕ/МЛ дан кўпроқ) 9 нафар беморда кузатилди (43%), паст вирусли юклама 12 нафар беморда кузатилди (57%). Назорат гуруҳдаги кўпчилик беморларда паст вирусли юклама намоён бўлди.

Сурункали вирусли гепатит С вақтида жигарнинг фиброзланиш даражасини баҳолаш, асосан, клиник амалиётда даво муолажасига кўрсатма қилиш ва прогнозини аниқлаш учун муҳим ҳисобланади. Бундан ташқари, бундай беморларда кўпинча морфологик мезонлардан даволаш натижаларини баҳолаш учун фойдалинилади. Антивирус терапия бошлангунга қадар назорат гуруҳда 113 нафар (61%) бемор текширилди: 22 нафар касалда (20%) F0 даражадаги фиброз намоён бўлган, F-1 даража - 30 нафар беморда (27%), F2 даража- 36 нафар касалда (31.8%), 23 нафар (21%) беморда F3 даражадаги фиброз қайд этилган. F4 дара-

Жадвал

Вилоят шаҳар ва туманларида вирусли гепатит С инфекциясининг эпидемиологик кўрсаткичлари (абс.)

Шаҳар ва туман	жами	жинси		ёш бўйича				I генотип			III генотип				II генотип		Генотип аниқланмаган
		аёл	эр.	18-30	31-40	41-50	51 <	1B	1A	1AB	3A	3	3B	3AB	2	2B	
Ғиждувон туман	36	25	11	6	4	8	18	25	2	-	2	1	1	4	1	-	-
Когон туман	23	18	5	3	4	5	11	14	1	1	2	1	-	2	-	2	-
Бухоро туман	29	18	11	3	7	7	12	17	1	-	1	2	2	2	-	-	4
Жондор туман	27	18	9	2	3	7	15	9	4	1	1	1	2	2	1	1	5
Ромитан туман	28	16	12	5	4	4	15	20	-	-	3	1	2	1	-	1	-
Шофиркон туман	10	7	3	1	1	3	5	7	-	-	-	-	1	-	2	-	-
Коровулбозор туман	7	4	3	1	1	2	3	4	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Вобкент туман	11	7	4	3	2	2	4	8	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Пешку туман	31	16	15	2	5	10	14	17	2	-	2	-	2	3	1	1	3
Коракул туман	15	10	5	3	2	3	7	8	1	-	1	1	1	1	1	-	1
Олот туман	25	18	7	2	3	8	12	14	-	-	1	1	2	1	1	1	4
Когон шахар	27	16	11	2	4	7	14	15	-	1	3	2	1	3	1	-	1
Бухоро шахар	50	36	14	3	6	17	24	27	4	-	4	2	1	2	1	1	8
Жами	**319**	**209**	**110**	**36**	**46**	**83**	**154**	**185**	**15**	**4**	**20**	**13**	**15**	**22**	**10**	**8**	**27**

жадаги фиброзланиш эса 2 нафар беморда (0.2%) намоён бўлди. Назоратда бўлган беморларда F2 ва F3 даражадаги фиброзланиш билан касалланганлар кўпчиликни ташкил қилган. Жинслар, генотиплар, вирусли юклама, жигарнинг фиброзланиш даражасининг ифодаланиши бўйича баҳоланди.

Беморларда тезкор вирусологик жавоб даволаниш бошлангандан 4 ҳафта ўтгач баҳоланди. Даволаш вақтида 4 ҳафта давомида кузатув остидаги беморларнинг 90 нафарида (44.1%) HCV РНК си аниқланмади, 90 нафар (44.1%) беморда вирусли юкламанинг 2 log пасайиши кузатилди: 195 нафар беморда (95.6%) тез виросологик жавоб берилишига эришилди.

Эртанги вирусологик жавобни таҳлил қилишда (даво муолажаси бошлангандан 12 ҳафта давомида) назорат остидаги беморларда HCV РНК бутунлай элиминацияси 200 нафар (98%) беморда ўтган, вирусли юкламанинг 2 log ва кўпроқ пасайиши 4 нафар беморда эришилди; шундай қилиб, бу гуруҳда эртанги вирусологик жавоб барча беморларда қайд қилинди (100% ҳолда).

Хулосалар:

1. Вилоятда қайд этилган СВГларнинг аксариятини гепатит С вирусининг 1 генотиплари чақирган.

2. Амбулатор даволашда бевосита таъсир қилувчи вирусга қарши препарат-софосбовир+ледипасвир ўз самарасини кўрсатиб, 98% беморларда барқарор вирусологик жавоб чақириб, вируслар элиминациясини юзага келтирган.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Богомолов, П. О. Эффективность лечения больных хроническим гепатитом С с 1-м генотипом вируса стандартным интерфероном а / П. О. Богомолов, А. О. Буеверов, Н. В. Дубинина / / Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. - 2011. -№ 6. - С. 17-22.
2. Сапронов Г. В. Новые перспективы персонифицированной терапии хронического вирусного гепатита С // Г. В. Сапронов, Л. И. Николаева // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2013. - № 3. - С. 27-36.
3. Сюткин, В. Е. Новые возможности повышения эффективности противовирусной терапии больных хроническим гепатитом С / В. Е. Сюткин // Инфекционные болезни. - 2009. - № 2. - С. 55-58.
4. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis 2014. April 2014 [Electronic resource]. - URL: htpp: // files.easl.eu/easl-recommendations-on-trearment-of-hepatitis-C.pdf.
5. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015. European Association for Study of Liver // J. Gastroenterology. - 2015. - Vol. 63 (1). - P. 199-236.
6. EASL: Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection / European Association for the Study of the Liver / A. Craxi [et al.] // J. of Hepatology. - 2011. - Vol. 55. - P. 245-264.
7. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection / / J. Hepatol. - 2011. - Vol. 55. -P. 245-264.

Келиб тушган вақти 29.03. 2019

УДК: 613-053.2

ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШ БОРАСИДАГИ ТАДБИРЛАР ҲАҚИДА

Ходжаев Н.И.[1], Рахимова Ш.Ҳ.[1], Ахмедова М.Д.[2]

Самарқанд Давлат тиббиёт институти[1]
Республика Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий тадқиқот институти[2]

✓ ***Резюме,***

Давлат дастурларини амалга ошириш репродуктив саломатликни яхшилаш, туғма нуқсон ва хасталиклар билан туғилишларнинг олдини олиш, тиббиёт муассасалари моддий-техника базасини ва кадрлар салоҳиятини мустаҳкамлашда хизмат қилмоқда.

Калит сўзлар: Соғлом она, соғлом бола, репродуктив саломатлик, ўсмир, дастур.

О МЕРАХ ЗАЩИТЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Ходжаев Н.И.[1], Рахимова Ш.Х.[1], Ахмедова М.Д.[2]

Самарқандский Государственный Медицинский институт[1]
Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний РУз.[2]

✓ ***Резюме,***

Выполнение государственных Программ служит улучщению репродуктивного здровья, предвращению рождаемости с дефектамы и недугами, развитию материально-технической базы медицинских учреждений и поднятию уровьня медицинских кадров.

Ключевые слова: здоровое поколение, здоровой ребенок, репродуктивное здоровье, подросток, программа.

ON MEASURES OF PROTECTION OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD

Hodjaev N.I.[1], Rahimova Sh.I.[1], Ahmedova M.D.[2]

Samarkand state medical institute[1]
Research Institute of Epidemiology, Microbiology and Infectious Diseases[2]

✓ ***Resume,***

Implementation of state programs serves to improve reproductive health, prevent births with defects and ailments, develop the material and technical base of medical institutions and raise the level of medical personnel.

Key words: healthy generation, healthy child, reproductive health, teenager, program.

Долзарблиги

Биринчи Президентимиз Ислом Каримов таъкидлаганидек, биз таянчимиз ва суянчимиз, гуруримиз ва ифтихоримиз бўлмиш болаларимизга, фарзандларимизга ишонч билан, ҳурмат-эътибор билан қарашни келажагимизга бўлган ишонч, миллатимизга, халқимизга бўлган ҳурмат-эҳтиром ифодаси, деб биламиз.

Маълумки, 2016 йил Биринчи Президентимиз ташаббуси билан "Соғлом она ва бола йили" деб эълон қилинган эди.

Бу борада давлат дастури тасдиқланиб, кўплаб тадбирлар амалга оширилди. Бу ҳар томонлама соғлом авлодни вояга етказиш йўлидаги ишларимизни изчил давом эттириб, янада юксак боскичга кўтаришга хизмат қилмоқда.

Биринчи навбатда, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, барқарор ривожланаётган давлатнинг негизи бўлган оила институтини мустаҳкамлаш мақсадида қонунчилик ва норматив-ҳуқуқий база янада кучайтирилди.

Хусусан, жорий йилда қабул қилинган "Ёшларга оид давлат сиёсати тўғрисида"ги қонун ушбу соҳанинг асосий йўналишлари бўлган ижтимоий, иқтисодий, ҳуқуқий ва ташкилий чора-тадбирларни аниқ белгилаб берди.

Соғлом болани вояга етказишнинг муҳим шарти бўлган репродуктив саломатликни яхшилаш, туғма нуқсон ва хасталиклар билан туғилишларнинг олдини олиш, тиббиёт масканларининг моддий-техник базаси ва кадрлар салоҳиятини янада мустаҳкамлаш учун тизимли ишлар амалга оширилди.

Таҳлил мақсади — мамлакатимизда, шу жумладан вилоятда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш ҳамда "Соғлом она ва бола йили"да амалга оширилган тадбирларнинг натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар

Ўзбекистон Республикаси Президентининг соҳага оид Фармон ва Қарорлари, "Соғлом она ва бола йили" Давлат дастури ва вилоят ҳокимлиги соғлиқни сақлаш бошқармаси материаллари олиниб статистик усулларда таҳлил қилинди.

Натижа ва таҳлил

"Соғлом она ва бола йили" Давлат дастури доирасида қатор йирик тадбирлар ва кенг кўламли ишлар амалга оширилди.

Мамлакатимиздаги тиббиёт муассасаларини замонавий диагностика ва даволаш ускуналари билан жи-

ҳозлаш учун жорий йилда 80 миллион доллар қийматидаги кредит ва грант маблағлари йўналтирилди.

Дастурда белгиланган тадбирлар бўйича 9 миллион яқин фарзанд кўриш ёшидаги аёллар ва 10 миллионга яқин болалар тиббий кўрикдан ўтказилиб, соғломлаштирилди.

Жумладан, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт марказида эшитиш бўйича нуқсони бўлган 350 дан ортиқ болада кохлеар имплантация операциялари амалга оширилди. Бунинг учун 21 миллиард сўм маблағ сарфланди.

Ана шундай ишлар қаторида 700 минг нафар бола пневмокок инфекцияси ва бошқа юқумли касалликларга қарши эмланди. Дастур доирасида аёлларимиз учун зарур шароитлар яратиш, қишлоқ жойларда намунавий лойиҳалар асосида замонавий уй-жойлар, ижтимоий инфратузилма объектлари барпо этиш борасида ҳам катта ишлар қилинди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2014 йил 1 августдаги "2014-2018 йилларда Ўзбекистонда аҳолининг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш, оналар, болалар ва ўсмирлар соғлигини муҳофаза қилиш борасидаги Давлат дастури тўғрисида"ги ПҚ-2221-сонли қарори асосида 2014 - 2018 йилларда Ўзбекистонда аҳолининг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш, оналар, болалар ва ўсмирлар соғлиғини муҳофаза қилиш бўйича бир қатор ишлар амалга оширилди. Шу жумладан, аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлиқни сақлаш тизимининг барча босқичларида оналар, болалар ва ўсмирлар соғлиғини муҳофаза қилиш бўйича сифатли тиббий хизматлардан кенг ва бир хил фойдаланишни таъминланди. Нонормал ривожланган болаларни тиббий-ижтимоий реабилитация қилиш сифатини ошириш, ногирон болалар ва ўсмирларни соғломлаштириш, уларнинг жамият ҳаётида тўлақонли қатнашишлари учун зарур шарт-шароитлар яратиш борасида маълум ишлар амалга оширилди. Тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларида, айниқса, соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғин муассасаларида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш соҳасидаги тиббий кадрлар салоҳиятини мустаҳкамлашга катта эъибор берилди. Аҳолини оналар, чақалоқлар, болалар ва ўсмирларни парваришлаш бўйича ўтказилаётган тадбирлар ва дастурларда иштирок этишга фаол жалб этилмоқда. Соғлом турмуш тарзига амал қилиш, соғлом ва аҳил оила қуриш афзалликларини тарғиб қилинмоқда. Аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлашга эътибор оширилди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2014 йил 27 октябрдаги "Республиканинг қишлоқ туманларида оналар ва болалар репродуктив саломатлигини мустаҳкамлашга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида"ги 297-сонли қарори билан ҳомиладор аёлларни таркибида шу жумладан фолий кислотаси бўлган махсус поливитамин комплекслар билан бепул таъминлаш тартиби 2014-2016 йиллар даврига узайтирилди.

Фақат 2014 йил давомида Самарқанд вилояти миқёсида 116659 нафар ҳомиладор аёлларга 513584 упаковка поливитамин комплекси тарқатилди, бу 93% қамровни ташкил этди.

Тиббий патронаж хизмати самарадорлигини янада ошириш мақсадида вилоятимизда "Тиббий патронаж хизматининг бугунги ҳолати ва истиқболлари, бу йўналишда жойларда фаолият юритаётган "Саломатлик секторлари"нинг ишини янада кучайтириш, аҳолининг тиббий маданиятини юксалтириш борасидаги долзарб вазифалар"га бағишланган семинар ва анжуманлар ўтказилди.

Аҳолига бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифати ва самарадорлигини янада оширишда патронаж хизматининг алоҳида ўрни бор. Замонавий тиббиётнинг муҳим йўналиши бўлган мазкур тизим нафақат тиббий-профилактика, балки инсон саломатлигини муҳофазалашга хизмат қиладиган кўплаб тармоқларни қамраб олгани билан аҳамиятлидир. Мамлакатимизда аҳолига бу йўналишда самарали ёрдам кўрсатиш бўйича мукаммал тизим яратилган. Бугунги кунда уч мингга яқин қишлоқ врачлик пункти, юздан зиёд оилавий поликлиникада ўн мингдан ортиқ умумий амалиёт врачи, 17 мингдан зиёд ҳамшира фаолият кўрсатмоқда. Ушбу тиббиёт масканларининг моддий-техник базаси йилдан-йилга такомиллашиб бораётир.

Бирламчи тиббий-профилактика тизимида патронаж ҳамшираларининг фаолияти йўлга қўйилгани аҳоли орасига чуқур кириб, оиланинг тиббий-ижтимоий аҳволини ўрганиш, оналик ва болаликни муҳофаза қилишда муҳим омил бўлмоқда. Самарқанд вилоятида кичик мутахассисларнинг малака ва маҳоратини ошириш, жаҳон тиббиётининг илғор технологияларини уларнинг иш жараёнига татбиқ этиш мақсадида патронаж ҳамшираларнинг ишини рейтинг баҳолаш тизими жорий этилди.

Айни вақтда хорижий сармоялар иштирокида қишлоқ аҳоли пунктларини ичимлик суви билан таъминлаш, туман ва шаҳарлардаги сув тармоқларини модернизация қилиш мақсадида 100 миллион доллар маблағ жалб этилди.

Юртимизда болалар спортини ривожлантириш, айниқса, қиз болалар ўртасида спортни оммалаштириш борасидаги ишларнинг давоми сифатида умумтаълим мактабларида 220 дан зиёд спорт заллари барпо этилди.

Ёш оилалар, тадбиркор аёллар, коллеж битирувчилари, оилавий бизнес ва ҳунармандчиликни қўллаб-қувватлаш учун тижорат банклари томонидан йил давомида 2 триллион сўмдан ортик кредитлар ажратилди.

Албатта, "Соғлом она ва бола йили" Давлат дастури доирасида амалга оширган ишларимиз ҳақида айтадиган бўлсак, ана шу мақсадлар учун барча манбалар ҳисобидан 7 триллион 480 миллиард сўм ва 190 миллион доллардан зиёд маблағ сарфланди. Бу ўз навбатида 2015 йил - "Соғлом бола йили" Давлат дастури доирасида амалга ошириладиган тадбирларга 4 509,2 миллиард сўм ва 302,9 миллион АҚШ доллари миқдорида маблағ сарфланганига нисбатан 1,5 баробар кўпдир.

"Соғлом она ва бола йили"да мамлакатимизда олиб борилаётган ишларни аниқ ва равшан кўрсатиш, ижрочилар ва сарф-харажатлар манбаларини белгилаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 9 февралдаги "Соғлом она ва бола йили" Давлат дастури тўғрисида"ги ПҚ-2487 сонли Қарори қабул қилинди. Шуниси диққатга сазоворки, бундан олдин эълон қилинган "Аёллар йили", "Соғлом авлод йили", "Сиҳат-саломатлик йили", "Ёшлар йили", "Баркамол авлод йили", "Мустаҳкам оила йили", "Обод турмуш йили", "Соғлом бола йили" муносабати билан қабул қилинган Давлат дастурлари

ўзаро узвийлик касб этиб, уларнинг амалга оширилиши натижасида оилаларнинг иқтисодий ва маънавий асослари янада мустаҳкамланди. Тиббиёт муассасаларининг моддий-техник базаси яхшиланди. Халқимиз саломатлик кўрсаткичлари йил сайин ошиб, касалликлар сони камайиб бормоқда.

Мамлакатимизда аҳоли саломатлигини сақлаш, уларнинг тиббиётга бўлган ишончини мутаҳкамлаш, муносабатини ўзгартириш, одамларни рози қилиш каби масалалар халқ манфаатларини ифода этиб, давлат сиёсати даражасига кўтарилмоқда.

Юртимизда соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислоҳотлар жараёнида тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янада яхшилаш, оналар ва болалар соғлиғини мустаҳкамлаш, уларни патронаж тизими билан қамраб олиш, аҳолининг тиббий маданиятини ошириш, уларни ижтимоий муҳофаза қилишни кучайтириш, оила манфаатларини таъминлаш, соғлом авлодни шакллантириш бўйича амалга оширилган умумдавлат чора-тадбирлари республикадаги ижтимоий-демографик вазиятни сезиларли даражада яхшилаш имконини беради.

Аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш уларни тўлиқ патронаж тизими билан қамраб олиш, касалликларнинг олдини олиш, оналар ва болалар соғлиғини мустаҳкамлаш, сурунали касаллилкар билан оғриган беморларни диспансеризациядан ўтказиш, аҳолининг тиббий маданиятини ошириш борасида жойларда олиб борилаётган ишлар таҳлилини ташкил этиш ва мониторинг ўрнатиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2017 йил 18 мартдаги 112-сонли "Аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, аҳолини патронаж хизмати ва профилактик кўриклар билан қамраб олиш юзасидан амалга оширилган ишларни янада такомиллаштириш тўғрисида"ги буйруғи қабул қилинди.

Мазкур буйруқ асосида жорий йилнинг март ойидан бошлаб соғлиқни сақлаш вазирлиги, жойлардаги вилоят соғлиқни сақлаш бошқармалари, шаҳар ва туман тиббиёт бирлашмаларида "Аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, аҳолини патронаж хизмати ва профилактик кўриклар билан қамраб олиш" штаби ташкил қилинди. ушбу штабларнинг тузилмаси, таркиби ва штаб аъзоларининг ҳудудлар тақсимоти ишлаб чиқилди.

Шунингдек аҳолини патронаж хизмати билан қамраб олиш бўйича асосий йўналишлар ҳамда патронаж ҳамшира томонидан амалга оширилидиган ҳаракатлар алгоритми, аҳолини чуқурлаштирилган тиббий кўриклардан ўтказиш алгоритми, аҳолини патронаж хизмати билан қамраб олиш бўйича асосий йўналишлар, репродуктив саломатлик кўрсаткичлари бўйича мониторинг натижасининг кунлик ва ойлик ҳисоботлари ҳамда аҳолини чуқурлаштирилган тиббий кўриклардан ўтказиш ҳолати бўйича мониторинг жадваллари ва бунинг баробарида юқоридаги вазифалар бўйича амалга оширилган ишлар юзасидан маълумотларни тегишли штабларга тақдим этиб бориш тизими йўлга қўйилди.

Ушбу буйруқ аҳоли саломатлигини сифат жиҳатидан яхшилаш, жамиятда тиббий маданиятни юксалтириш ва амалга оширилган ишларни тизимли, таҳлилий назорат қилиб бориш имконини берди. Албатта, бу каби соҳага оид чиқарилаётган барча меъёрий ҳужжатлар замирида инсон саломатлиги ва унинг турмуш фаровонлигининг мужассам эканлиги яққол намоён бўлмоқда.

Хулоса

1. "Соғлом она ва бола йили" Давлат дастури доирасида барча манбалар ҳисобидан 7 триллион 480 миллиард сўм ва 190 миллион доллардан зиёд маблағ сарфланди ёки 2015 йил - "Соғлом бола йили" Давлат дастури доирасида амалга оширилган тадбирларга 4 509,2 миллиард сўм ва 302,9 миллион АҚШ доллари миқдорида маблағ сарфланганига нисбатан 1,5 баробар кўпдир.

2. "Соғлом бола йили", "Соғлом она ва бола йили" Давлат дастурларини амалга ошириш ўз навбатида репродуктив саломатликни яхшилаш, туғма нуқсон ва хасталиклар билан туғилишларнинг олдини олиш, тиббиёт масканларининг моддий-техник базаси ва кадрлар салоҳиятини янада мустаҳкамлаш учун хизмат қилмоқда.

3. Ўзбекистон Республикаси Президентининг соҳага оид Фармон ва Қарорларини амалга ошириш натижасида вилоятда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бўйича тиббий патронаж, саломатлик секторлари ва бошқа хизмат турлари барпо қилинган.

4. "Соғлом она ва бола йили"дан олдин эълон қилинган "Аёллар йили", "Соғлом авлод йили", "Сиҳат-саломатлик йили", "Ёшлар йили", "Баркамол авлод йили", "Мустаҳкам оила йили", "Обод турмуш йили", "Соғлом бола йили" муносабати билан қабул қилинган Давлат дастурлари ўзаро узвийлик касб этиб, уларнинг амалга оширилиши натижасида оилаларнинг иқтисодий ва маънавий асослари янада мустаҳкамланди. Тиббиёт муассасаларининг моддий-техник базаси яхшиланди. Халқимиз саломатлик кўрсаткичлари йил сайин ошиб, касалликлар сони камайиб бормоқда.

Фойдаланган адабиётлар:

1. Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 2014 йил 1 августдаги "2014-2018 йилларда Ўзбекистонда аҳолининнг репродуктив саломатлигини янада мустаҳкамлаш, оналар, болалар ва ўсмирлар соғлигини муҳофаза қилиш борасидаги Давлат дастури тўғрисида"ги ПҚ-2221-сонли Қарори.
2. Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 2016 йил 9 февралдаги "Соғлом она ва бола йили" Давлат дастури тўғрисида"ги ПҚ-2487 сонли Қарори.
3. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 7 декабрдаги "Қонун устиворлиги ва инсон манфаатларини таъминлаш - юрт тараққиёти ва халқ фаравонлигининг гарови" мавзусидаги маърузаси.
4. Ўзбекимтон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2014 йил 27 октябрдаги "Республиканинг қишлоқ туманларида оналар ва болалар репродуктив саломатлигини мустаҳкамлашга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида"ги 297-сонли Қарори.
5. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2017 йил 18 мартдаги 112-сонли "Аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, аҳолини патронаж хизмати ва профилактик кўриклар билан қамраб олиш юзасидан амалга оширилган ишларни янада такомиллаштириш тўғрисида"ги буйруғи.
6. Самарқанд вилоят ҳокимлиги соғлиқни сақлаш бошқармаси материаллари.

УДК: 616.31+576.854-008

РАПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Ражабов О.А, Камалов Ж.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ ***Резюме,***

Развитие нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности, многообразие и сложность технологических процессов переработки нефти, возрастающая численность занятых в ней рабочих, ставят перед здравоохранением проблемы углубленного и всестороннего изучения их воздействия на лиц, имеющих контакт с ними, в целях максимального оздоровления условий труда и снижения заболеваемости рабочих. На сегодняшний день широко изучено влияние неблагоприятных факторов нефтеперерабатывающего производства на организм рабочих.

Цель исследования - изучение патологии полости рта у рабочих и населения, проживающего в окрестностях нефтеперерабатывающего производства, и совершенствование методов профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний (кариес зубов, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта).

Ключевые слова: нефтеперерабатывающая производства, кариес зубов, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта, нефтехимической промышленности

НЕФТНИ ҚАЙТА ИШЛАШ ЗАВОДИ ИШЧИЛАРИ ОРАСИДА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТАРҚАЛИШИ.

Ражабов О.А, Камолов Ж.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ ***Резюме,***

Нефтни қайта ишлаш ва нефткимё саноатининг ривожланиши, нефтни қайта ишлашнинг хилма - хил ва мураккаб технологик жараёнида иштирок этувчи ишчилар сонининг ошиши меҳнат шароитини максимал соғломлаштириш ва ишчиларнинг касалланишини камайтириш мақсадида соғлиқни сақлаш олдига чуқур муаммо ва уларнинг организмга таъсирини ўрганишни қўяди. Бугунги кунда нефтни қайта ишлаш саноатининг ишчилар организмига салбий таъсир қилувчи омиллари кенг ўрганилган.

Тадқиқот ишининг мақсади - нефтни қайта ишлаш заводи атрофида яшовчи аҳоли ва ишчиларнинг оғиз бўшлиғи патологиясини ўрганиш ва стоматологик касалликларнинг (тилар кариеси,пародонт тўқимаси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари) профилактикаси ҳамда даволаш усулларини мукаммаллаштириш.

Калит сўзлар:нефтни қайта ишлаш саноат тармоғи, тилар кариеси,пародонт тўқимаси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари,нефткимё саноати.

PREVALENCE OF DENTAL DISEASES IN WORKING OIL REFINING MANUFACTURE

Rajabov O.A, Kamalov J.

Bukhara State Medical Institute

✓ ***Resume,***

The development of the oil refining and petrochemical industries, the diversity and complexity of oil refining technological processes, the increasing number of workers employed in it, pose to the public health the problem of in-depth and comprehensive study of their impact on people who have contact with them in order to maximize the improvement of working conditions and reduce the incidence of workers. To date, the effect of adverse factors of oil refining production on the workers' organism has been widely studied.

The purpose of the study is to study the pathology of the oral cavity among workers and the population living in the vicinity of the oil refining industry, and improving methods of preventing and treating major dental diseases (dental caries, periodontal disease and the oral mucosa)

Keywords: oil refining industry, dental caries, periodontal diseases and oral mucosa, petrochemical industry

Актуальность

В Узбекистане намечено дальнейшее развитие нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности. Развитие перечисленных видов промышленности, многообразие и сложность технологических процессов переработки нефти, возрастающая численность занятых в ней рабочих, ставят перед здравоохранением проблемы углубленного и всестороннего изучения их воздействия на лиц, имеющих контакт с ними, в целях максимального оздоровления условий труда и снижения заболеваемости рабочих. [2,4,5.].

На сегодняшний день широко изучено влияние неблагоприятных факторов нефтеперерабатывающего производства на организм рабочих [1,3,5.]. Однако имеющиеся литературные источники по вопросу воздействия продуктов переработки нефти на ткани полости рта рабочих малочисленны, а данных о состоянии полости рта населения, проживающего в районах размещения

нефтеперерабатывающего производства, во все отсутствуют. [3,4.].

Цель исследования: Изучение патологии полости рта у рабочих и населения, проживающего в окрестностях нефтеперерабатывающего производства, и совершенствование методов профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний (кариес зубов, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта).

Материал и методы

Как указывалось выше, для изучения состояния полости рта рабочих, занятых переработкой нефтепродуктов и населения, проживающего в окрестностях Бухарского нефтеперерабатывающего завода, нами было проведено обследование 1038 рабочих и 1250 населения в районе данного предприятия в течение 2001-2006 гг.

Обследованию подверглись как рабочие ведущих производственных участков (615 человек), так и вспомогательных цехов (423 человек), составляющие вместе основную группу. В контрольную группу из 978 человек вошли работники этого же района, неподвергавщих неблагоприятным производственным факторам, но близкие по возрастному и социальному признакам к основной группе.

Обследование проводилось по общепринятым в стоматологии методам. Использовались методы клинического обследования стоматологического больного, такие как, осмотр, пальпация мягких тканей полости рта, зондирование твердых тканей, перкуссия, определение глубины пародонтальных карманов, наличие отделяемого от них, степень обнажения шеек, корней зубов и рентгенологический метод (прицельные дентальные снимки, ортопантомограмма). На каждого обследованного заполняли зубную формулу, высчитывали показатели распространенности кариеса в % и интенсивности кариозного процесса (индекс КПУ), для распространенности воспалительно-деструктивного поражения тканей пародонта использовали индекс CPITN, определяли индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной (1982). При осмотре слизистой оболочки полости рта уделяли особое внимание её цвету, рельефу, наличию патологических образований и т.п.

Для оценки структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов использовали метод Т.А. Рединовой и соавт. (1982), электропроводность твердых тканей зубов изучали по методу Г.Г. Ивановой (1984), состояние тканей пародонта оценивали с помощью пробы Шиллера-Писарева, стойкость капилляров десны определяли по методу В.И. Кулаженко (1960).

Состояние местного иммунитета полости рта оценивалось путем определения активности лизоцима слюны, содержания секреторного иммуноглобулина А слюны (sIgA) и содержание отдельных видов микрофлоры слизистой оболочки полости рта (стрептококков, стафилококков, грибов и др.). Активность лизоцима слюны определялась методом диффузии в жидкости Дефко по Каграмоновой - Ермоловой (1966), содержание sIgA слюны - по методу радиальной иммунодиффузии (Манчини, 1965) и содержание микрофлоры полости рта - по методу Г.А. Шальновой (1962).

Результат и обсуждения

Санация полости рта работникам данного производства ранее не проводилась. Обследование полости рта рабочих Бухарского нефтеперерабатывающего производства показало, что 99,0±0,44% из них имели какие-либо заболевания полости рта, в то время как в контрольной группе стоматологическая заболеваемость составила 93,0±2,55% (P<0,05).

Распространенность основных стоматологических заболеваний у рабочих изучаемого производства представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распространенность основных стоматологических заболеваний у рабочих нефтеперерабатывающего производства

Стоматологическая заболеваемость	Число больных в % от общего количества обследованных		P
	Основная группа	Контрольная группа	
Кариес	96,05±0,60	82,11±1,22	<0,01
Заболевания пародонта	97,69±0,47	41,31±1,57	<0,001
Из них:			
Пародонтит	52,60±1,55	29,45±1,46	<0,001
Пародонтоз	8,57±0,87	3,27±0,60	<0,05
Гингивиты	36,42±1,49	18,71±1,25	<0,001
Заболевания слизистой оболочки полости рта	34,87±1,48	4,60±0,67	<0,001
В том числе:			
Кератозы	23,60±1,32	3,37±0,58	<0,001
Хейлиты	11,27±0,98	1,23±0,35	<0,01

Примечание: В контрольной группе в 1,0% случаев наблюдался хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Ниже приведена частота распространенности кариеса в зависимости от возраста (рис.1), стажа работы (рис.2), профессии (рис.3), типа производственного участка (рис.4) и пола.

Анализ рис.1 показал, что наиболее высокая распространенность осложненного кариеса отмечалась в возрастной группе 20-29 лет (34,39±3,79%). Из них пульпит составлял 18,47±3,09%, периодонтит

15,92±2,92%. В возрастной группе 30-39 лет распространенность осложненного кариеса отмечалась в 23,39±3,23% (пульпит 15,78 ±2,78%, периодонтит 7,0±2,02%) и была близкой к распространенности осложненного кариеса в возрастной группе 40-49 лет - 25,19±3,79% (пульпит 9,16±2,52%, периодонтит 16,03±3,20%). Наименьшей распространенность осложненного кариеса оказалась в возрастной группе 50 лет и старше - 17,07±5,04% (пульпит 7,31± 4,06%, периодонтит 9,75±4,63%).

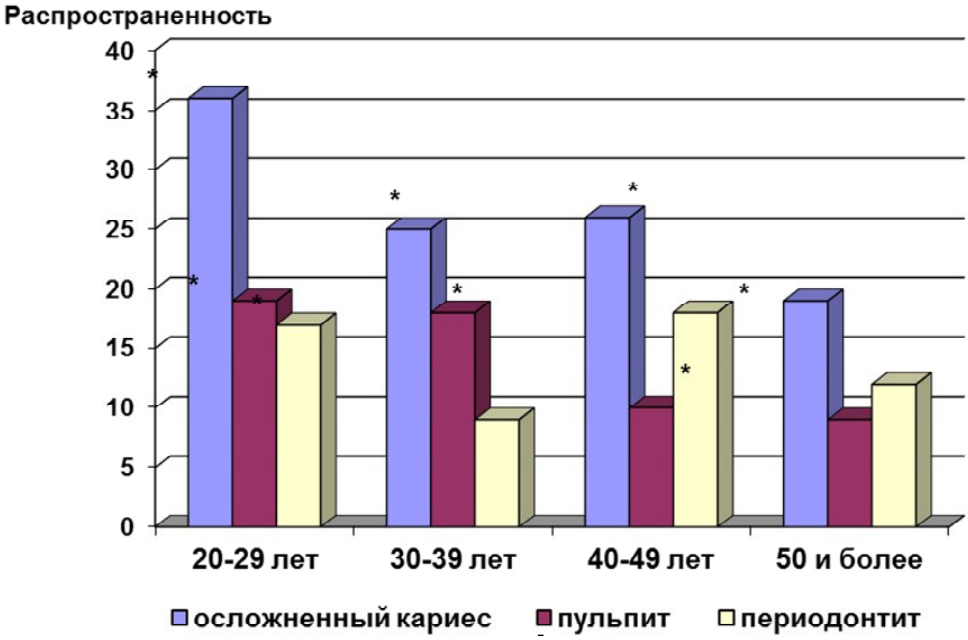


Рис. 1. Распространенность осложненного кариеса у рабочих нефтеперерабатывающего производства в зависимости от возраста. * - случаи достоверного отличия P<0,05.

Таким образом, наиболее уязвимым оказался возраст 20-29 лет и менее - возраст 50 лет и старше. Во всех обследуемых возрастных группах распространенность осложненного кариеса была выше таковой в контроле (14,0± 3,46%), что достоверно (P<0,01), кроме группы 50 лет и старше (P>0,05).

Как видно из рисунка 2, в группе работников производства со стажем до 3 года, до 5 лет и до 8 лет распространенность осложненного кариеса была приблизительно на одном уровне, но выше его распространенности в контроле (14,0±3,46%). Разница в распространенности осложненного кариеса в этих группах была статистически достоверной (P<0,01).

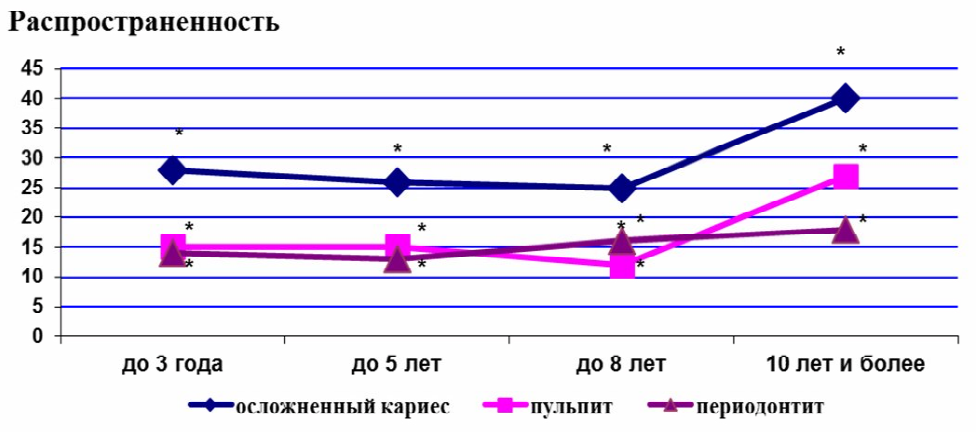


Рис. 2. Распространенность осложненного кариеса у рабочих нефтеперерабатывающего производства в зависимости от стажа работы. * - случаи достоверного отличия P<0,05.

Так, распространенность осложненного кариеса в группе со стажем до 3 года была 26,70±3,33% (пульпит 13,63±2,58%, периодонтит 13,06±2,52%), в группе со стажем до 5 лет - 25,30± 3,41% (пульпит 13,58±2,69%, периодонтит 11,72±2,51%) и в группе со стажем до 15 лет - 23,93±3,22% (пульпит 10,25±2,79%, периодонтит 13,67±3,16%). Наиболее высокий уровень распространенности осложненного кариеса отмечался у рабочих с большим стажем работы (10 лет и более) и составил 40,90±7,41% (пульпит 25,0±6,52%, периодонтит 15,90±5,51%).

Распространенность осложненного кариеса у работников нефтеперерабатывающего производства в зависимости от профессии приведена на рис.3. Анализ его демонстрирует высокий процент распространенности осложненного кариеса у рабочих наиболее вредных профессий - машинистов, сливщиков и операторов, меньший у группы "прочие рабочие".

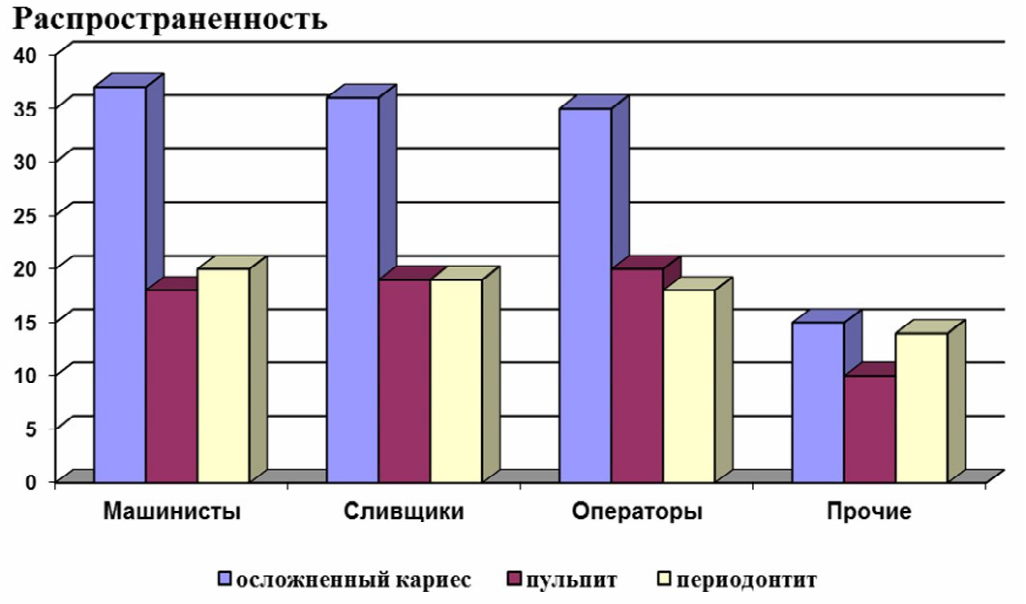


Рис. 3. Распространенность осложненного кариеса у рабочих нефтеперерабатывающего производства в зависимости от профессии.

Так, у машинистов распространенность осложненного кариеса составляла 34,88±5,14% (пульпит 15,11±3,86% и периодонтит 19,76±4,29%) у сливщиков - 33,33±13,61% (пульпит и периодонтит по 16,66±10,76%), у операторов - 30,59±3,11% (пульпит 18,26±2,61% и периодонтит 12,32±2,22%) и у "прочих" -18,03±2,84% (пульпит 7,65±1,96% и периодонтит 10,38±2,25%). Различия по группе машинистов и операторов достоверны (P<0,01).

Из рисунка 4.4 видно, что наибольшая распространенность осложненного кариеса отмечалась у рабочих ведущих производственных участков предприятия (установки 35/13, ДМТ, 35/12, СПГК), рабочие которых контактируют с отрицательными факторами в течение всего рабочего дня. У рабочих других производственных участков (ТСБ, очистные сооружения, вспомогательные участки), которые реже соприкасаются с отрицательными производственными факторами, распространенность осложненного кариеса была меньшей.

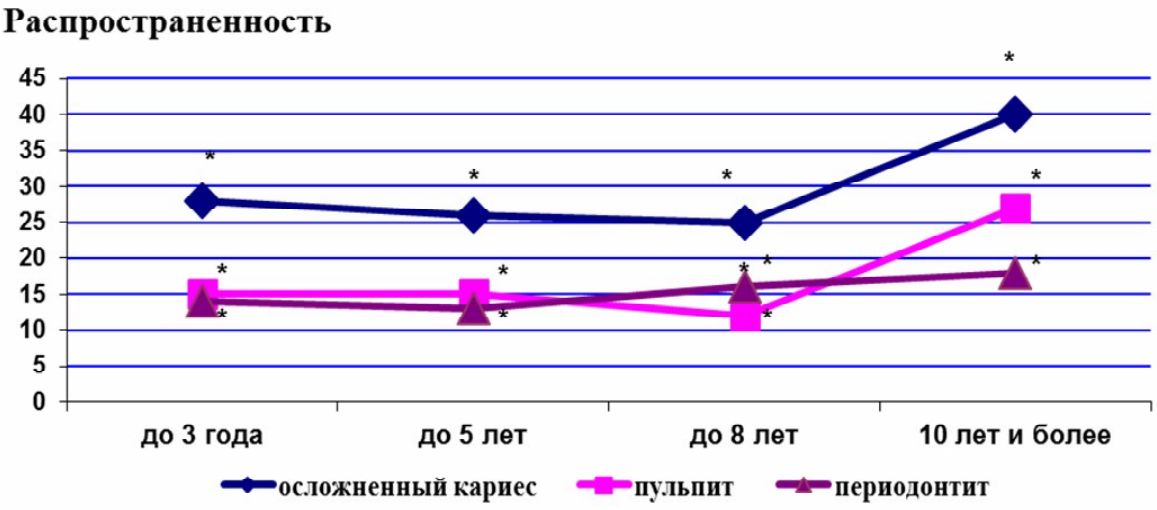


Рис. 4. Распространенность осложненного кариеса у рабочих нефтеперерабатывающего производства в зависимости от типа производственного участка.

Так, распространенность осложненного кариеса у рабочих установки 35/13 составляла 46,15±6,91% (пульпит 28,8±6,28%, периодонтит 21,15±5,66%), ДМТ - 38,63±7,45% (пульпит 20,45±6,08%, периодонтит 18,18±5,81%), установки 35/12 -37,50±6,98% (пульпит 25,0±6,95%, периодонтит 12,50 ±4,77%), установки СПГК - 31,0±7,26% (пульпит 12,19±5,11%, периодонтит 19,5±6,18%). У рабочих очистных сооружений осложненный кариес выявлялся в 22,41±5,47% (пульпит 12,06±4,27%, периодонтит 10,34±3,99%), ТСБ - 19,44±4,66% (пульпит 11,11±3,70%> периодонтит 8,33 ±3,25%), у рабочих вспомогательных участков 18,91±2,87% (пульпит 8,10±2,0%, периодонтит 10,81±2,28%). У рабочих всех обследованных производственных участков распространенность осложненного кариеса была достоверно выше таковой в контроле (14,0±3,46%, P< 0,001).

Выводы

Установлено, что вредные выбросы нефтеперерабатывающего производства (ароматические углеводороды и газоконденсаты) обусловливают высокую частоту у рабочих и населения кариеса зубов, заболеваний пародонта, в том числе и слизистой оболочки полости рта, которые встречаются у рабочих предприятия в 1,2-7,5 раза, а у населения в 1,3-13,9 раза чаще, чем в контроле.

2. Установлены особенности течения патологических процессов оболочки полости рта, определена зависимость частоты поражения слизистой оболочки полости рта от условий производства, селитебности населенных пунктов от завода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азизходжаев А.Р., Искандарова Г.Т., Азазходжаев А.А. и др. Условия труда и состояние здоровья, рабочих, занятых добычей и транспортировкой многосернистой нефти и нефтепродуктов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.-2004.-№3.-С.32-36.
2. Ваганова Л.Н. Состояние и пути совершенствования стоматологического обслуживания работников с радиационно-вредными условиями труда на примере Объединенного института ядерных исследований: Автореф. дис. ... канд.мед. наук.- М.,2002.-22 с.
3. Вусатый В.С., Алимский А.В. Особенности обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в учреждениях социальной защиты населения Москвы и Московской области //Стоматология.-2006.- №1.-С.74-78.
4. Гарус Я.Н., Олесова В.Н., Сорокоумова Г.Л. Интенсивность кариеса у рабоников с вредными условиями труда на Лермонтовском горнометаллургическом заводе //Рос. стом.журн.-2005.-№6.-С. 37-38.
5. Гаффаров С.А. Особенности минерального состава твердых тканей зубов у рабочих Ферганского завода химического волокна //Рос. стом. журн.-2004.-№6.-С.47-48.

Поступила 29.03. 2019

УДК: 616.36-002.951.21(611.36)-616-089

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Шамсиев А.М., Рахманов К.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

✓ ***Резюме,***

Основу для исследования составили 371 больной с эхинококкозом печени, поступивших в отделения хирургии 1-ой и 2-ой клиники Самаркандского Государственного медицинского института. Применение внедренного комплекса лечения способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 13,1 до 4,3%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза. Только за счет интраоперационной обработки остаточной полости глицерином комнатной температуры удалось снизить частоту рецидива эхинококкоза с 27,2 до 7,3%, а применение горячего глицерина в сочетании с послеоперационной химиотерапией позволило случаи рецидива свести к нулю.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, хирургическое лечение, химиотерапия.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК АЛГОРИТМ

Шамсиев А.М., Рахманов К.Э.

Самарқанд давлат медицина институти

✓ ***Резюме,***

Самарқанд давлат медицина институтининг 1-чи ва 2-чи клиникаларининг хирургия бўлимларида операция ўтказган 371 нафар бемор тадқиқот асосини ташкил қилди. Амалиётга тадбиқ этилган комплекс даволаш чоралари натижасида операциядан кейинги эрта асоратлар 13,1% дан 4,3% гача камайди, хирургик амалиёт давомийлиги қисқарди, беморларнинг стационарда даволаниш куни икки маротабага камайди. Операция вақтида эхинококкэктомиядан кейинги жигар қолдиқ бўшлиғини уй ҳароратидаги глицерин билан ишлов бериш натижасида эхинококкоз қайталаниши 27,2% дан 7,3 % гача камайди, 700С гача қиздирилган глицерин билан ишлов бериб, операциядан кейин химиотерапия ўтказиш натижасида эса касаллик қайталаниши кузатилмади.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози, хирургик даволаш, химиотерапия.

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH LIVER ECHINOCOCCOSIS

Shamsiev A.M., Rakhmanov K.E.

Samarkand State Medical Institute

✓ ***Resume,***

The basis for the study was 371 patients with liver echinococcosis, admitted to the departments of surgery of the 1st and 2nd clinic of the Samarkand State Medical Institute. The use of the introduced complex of treatment helped to reduce the frequency of postoperative complications from 13.1 to 4.3%, reduce the duration of surgical intervention, and reduce the duration of inpatient treatment by half. Only through intraoperative treatment of the residual cavity with glycerin at room temperature was it possible to reduce the frequency of recurrence of echinococcosis from 27.2 to 7.3%, and the use of hot glycerin in combination with postoperative chemotherapy allowed the cases of relapse to be reduced to zero.

Key words: liver echinococcosis, surgical treatment, chemotherapy.

Актуальность

Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день не удалось заметно продвинуться в вопросах профилактики рецидива заболевания [2, 6, 10]. Среди хирургов отсутствует единое мнение в определении понятия, причин, формы и характера рецидива, не достигнут консенсус в вопросах интраоперационной противопаразитарной обработки стенки фиброзной капсулы, недостаточное внимание уделяется роли резидуальных кист [3, 5, 8, 12].

Высокая частота заболеваемости эхинококкозом, неуклонный рост числа его осложненных форм диктуют необходимость дальнейшего совершенствования способов ранней диагностикаи, лечения и профилактики этого распространенного и тяжелого заболевания [1, 4, 7, 9, 11]. Не решены вопросы выбора оптимальной тактики хирургического лечения, повышения радикальности и антипаразитарности вмешательства, снижения его травматичности, проведения послеоперационной реабилитации и диспансерного наблюдения больных с эхинококкозом, что, безусловно, подтверждает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования

Улучшение качества лечения эхинококкоза печени путем совершенствования хирургической тактики

и разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания.

Материал и методы

Основу для исследования составили 371 больной с эхинококкозом печени, поступивших в отделения хирургии 1-ой и 2-ой клиники Самаркандского Государственного медицинского института.

Из 371 больного у 311 (83,8%) пациентов эхинококкоз печени был выявлен впервые и у 60 (16,2%) больных эхинококкоз был рецидивным. В зависимости от количества кист в основном преобладали больные с одиночными паразитарными кистами печени - 278 (74,9%). Множественные паразитарные кисты печени встречались у 93 (25,1%) больных.

Размеры кист в печени варьировали от 2 до 30 см в диаметре и содержали от нескольких миллилитров до 3 литров жидкости, основную массу (58,5%) составляли пациенты с кистами от 3 до 10 см.

Осложненных кист было 102 (27,5%). В структуре перечисленных осложнений в половине случаев констатированы цистобилиарные свищи - у 50 (49,0%) больных. Нагноение содержимого кисты наблюдалось у 32 (31,4%) больных. Из-за прорыва кисты во внутрипеченочные желчные протоки, у 3-х (2,9%) больных была механическая желтуха. У 4 (3,9%) больных имело место такое грозное осложнение, как прорыв кисты в брюшную полость.

В 2005-2008 гг. мы оперировали 145 (39,1%) больных, у которых обработка остаточной полости проводилась 2-5% раствором формалина. Эти пациенты составили контрольную группу. Во 2-ю группу сравнения включены 111 (29,9%) больных, оперированных в 2009-2012 гг., у которых для обработки остаточной полости использовали 80-100% глицерин комнатной температуры. В 3-ю основную - группу вошли 115 (31,0%) больных, оперированных в 2013-2017 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, подогретый до 700С, а при осложненном - горячим глицерином в сочетании с УЗНЧ. Кроме того, тактика лечения больных основной группы отличалась от таковой в контрольной и группе сравнения тем, что выбор оптимального хирургического доступа к кисте был более дифференцированным.

Комплекс обследования больных включал как общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования, так и морфологические исследования кистозных образований. Для оценки результатов диагностики и хирургического лечения наряду с рутинным комплексом обследования применены современные методы, включающие лучевые и лабораторные методы. Полученные результаты были статистически обработаны с акцентом на оценку достоверности полученных результатов.

В хирургии эхинококкоза печени с 2013 г. мы начали широко применять так называемый "топический минидоступ" с учетом индивидуальной особенностью для каждого пациента.

На основе методов исследования и клинического течения заболевания нами разработан и внедрен в клиническую практику оптимальный лечебно-диагностический алгоритм ведения больных эхинококкозом печени (рис. 1).

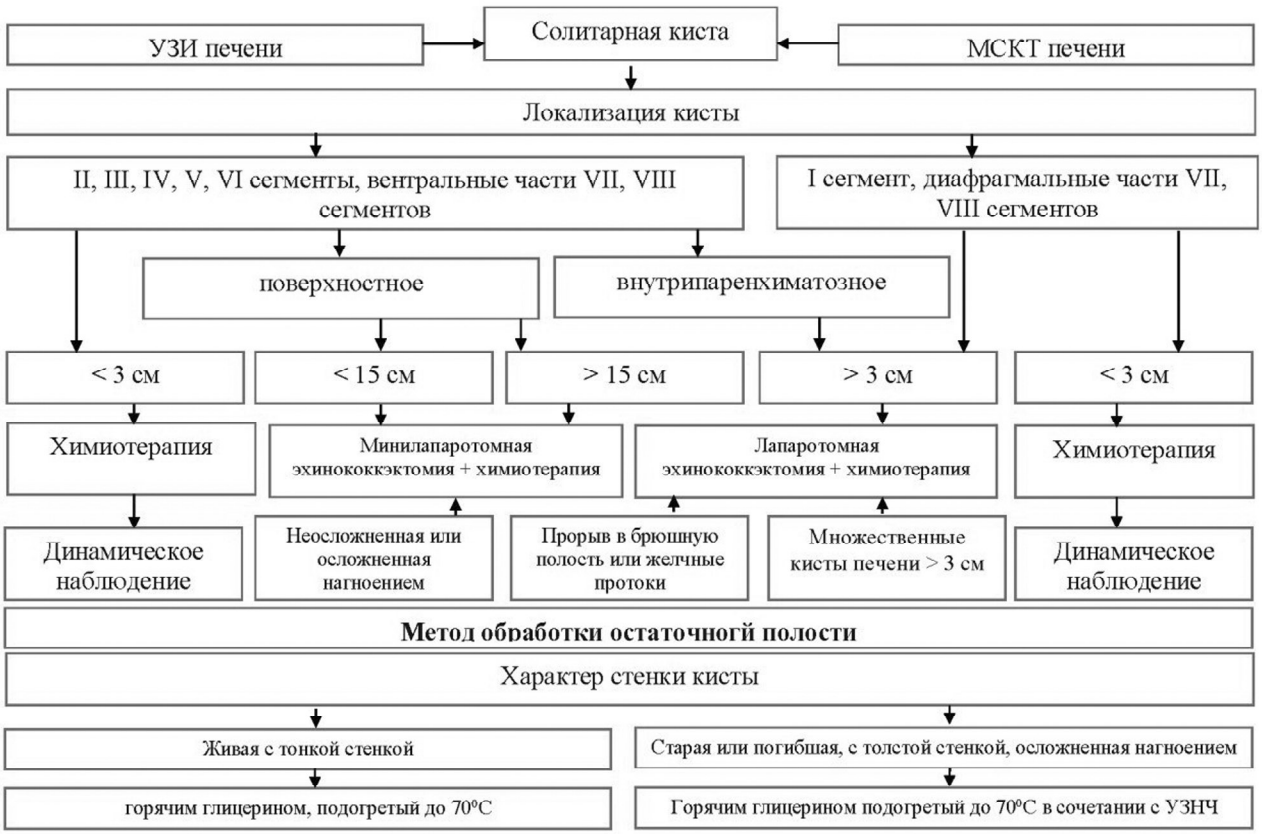


Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных эхинококкозом печени

Абсолютное большинство выполненных нами эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, и только у 1 (0,2%) пациента пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. В подходящих ситуациях мы не упускали возможность выполнения идеальной эхинококкэтомии - 2 (0,3%) паразитарных кист было удалено вылущиванием целой хитиновой оболочки.

В наших наблюдениях 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) полости фиброзных капсул ушиты полузакрытым методом на дренаже.

Из 115 больных основной группы 97 (84,3%) больных подверглись дооперационной химиотерапии. 18 (15,7%) больных с осложненным эхинококкозом из-за срочности выполнения операции дооперационную химиотерапию не принимали.

Послеоперационную противорецидивную химиотерапию альбендазолом мы начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. 41 (35,6%) больному (из 115) послеоперационная химиотерапия проводилась по традиционной схеме.

Из 41 у 15 (36,6%) больных мы заметили повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии соответственно до 0,55±0,05 и 0,88±0,08 ммоль/л. При этом особо следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз характерно было для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени, особенно перенесших вирусный гепатит.

Противопоказание химиотерапии в профилактических целях рецидива некоторым больным перенесших эхинококкэктомию, побудило нас к поиску эффективной терапевтической дозы альбендазола, не оказывающую токсического действия (глава III).

5 больным страдающими хроническими заболеваниями печени химиотерапию проводили в дозе 5-7 мг/кг массы тела в сутки в течении 4 недель. Эти больные находились под нашим контролем в течении 2 лет. Каждые 6 мес. проводили УЗИ и по необходимости КТ. У этих больных в течении 2 лет рецидива эхинококкоза не наблюдали.

Учитывая губительное действие альбендазола в дозе 5 мг/кг/сут на эхинококкоз в зародышевой стадии по результатам экспериментального исследования, а также благоприятного отдаленного результата у 5 больных получивших химиотерапию в выше указанной дозе с 2015 года 69 больным во избежание токсического действия альбендазола химиотерапия проводилась в дозе 5-7 мг/кг/сут в течении 4 недель.

Результаты и обсуждения

По сравнению с 2005-2008 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,1 до 4,3%, т.е. в 3 раз. Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 6 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), не было поддиафрагмальных абсцессов. Продолжительность хирургического вмешательства уменьшился в среднем на 21 мин. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции - с 21,2±1,2 до 10,9±0,3 дня. Со снижением частоты нагноений остаточных полостей и случаев образования желчных свищей положительно сказалось и на частоте случаев выписки больных из стационара с дренажной трубкой - этот показатель снизился в 5 раз. Дренажные трубки из остаточных полостей стали удалять в среднем на одну неделю раньше.

Нами были проанализированы отдаленные результаты у 236 (63,6%) из 371 оперированных больных по поводу эхинококкоза печени. При изучении характера рецидива нами сопоставлялись локализация первично оперированной и повторно выявленной кист, сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства, количество, размеры и осложненность первичных кист. Из 236 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 31 (13,1%) больного, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2008 гг., этот показатель достигает 27,2%. В последующем благодаря применению вышеперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить в группе сравнения до 7,3%, а в основной группе до 1,3% (таб. 1).

Таблица 1.

Сравнительный анализ локализации рецидивных кист

Локализация рецидивной кисты		**Группа больных**						**Всего**, n=236	
		контрольная, n=92		сравнения, n=68		основная, n=76			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
У больных солитарным эхинококкозом печени									
В оперированной доле	Рецидив в области первичной локализации	2	11,8	-	-	-	-	2	10,0
	Рецидив в соседнем сегменте	9	52,9	2	66,7			11	55,0
В контралатеральной доле		5	29,4	1	33,3			6	30,0
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости		1	5,9	-	-	-	-	1	5,0
Всего		17	100	3	100	-	-	20	100
У больных с множественным эхинококкозом печени									
В оперированной доле		4	50,0	2	100,0	-	-	6	54,5
В контралатеральной доле		2	25,0	-	-	1	100,0	3	27,3
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости		1	12,5	-	-	-	-	1	9,1
В легких		1	12,5	-	-	-	-	1	9,1
Всего		8	100	2	100,0	1	100,0	11	100
Всего		**25**	**100**	**5**	**100**	**1**	**100**	**31**	**100**

Выводы

Применение внедренного комплекса лечения способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 13,1 до 4,3%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза.

Только за счет интраоперационной обработки остаточной полости глицерином комнатной температуры удалось снизить частоту рецидива эхинококкоза с 27,2 до 7,3%, а применение горячего глицерина в сочетании с послеоперационной химиотерапией позволило случаи рецидива свести к нулю.

Применение противорецидивной химиотерапии в послеоперационном периоде производными бензимидазольных карбаматов (альбендазол) в дозе 5-7 мг/кг/сут в течении 4 недель явилось эффективной профилактической дозой, без токсического действия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаффаров У. Б. и др. Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте //Детская хирургия. - 2008. - №. 5. - С. 48-52.
2. Курбаниязов З. Б. и др. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких //Актуальные вопросы современной пульмонологии. Ма. - 2018. - С. 107.
3. Рахманов К. Э. и др. Профилактика и медикаментозное лечение эхинококкоза легких //Актуальные вопросы современной пульмонологии. Ма. - 2018. - С. 142.
4. Стреляева А. В. и др. Лечение эхинококкоза печени взрослых больных, осложненного пециломикозом и ХОБЛ //Хирургическая практика. - 2014. - №. 1. - С. 37-42.
5. Стреляева А. В. и др. Лечение эхинококкоза легких, осложненного пециломикозом, у взрослых больных //Хирургическая практика. - 2014. - №. 1. - С. 43-50.
6. Шамсиев А. М. и др. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени //Вқсник наукових дослқджень. - 2016. - №. 1.
7. Шамсиев А. М. и др. Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени //Проблемы современной науки и образования. - 2017. - №. 37. - С. 75-79.
8. Шамсиев Ж. А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European Science. - 2017. - №. 7. - С. 49-54.
9. Azamat S. et al. The role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //European science review. - 2016. - №. 5-6.
10. Minaev S. V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery. - 2017. - Т. 41. - №. 12. - С. 3218-3223.
11. Shamsiyev A. et al. The role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //European science review. - 2016. №. 5-6. С. 143-144.
12. Shamsiyev A. M. et al. Development of surgical treatment of echinococcosis of the liver (literature review) // Modern innovation: current areas of research. - 2017. - С. 45-49.

Поступила 29.03. 2019

УДК 616.1: 796.071

К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ

(обзорная статья)

Исмаилова М.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

Резюме,

Патология сердечно-сосудистой системы у спортсменов занимает одно из первых мест в структуре их общей заболеваемости. Известно, что хорошо сбалансированная регуляция мышечной деятельности позволяет спортсмену при наличии должного уровня мотивации максимально использовать свои функциональные возможности, обеспечивает необходимую экономизацию функций при работе на выносливость и определяет быстроту восстановительных процессов. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы служит ранним признаком срыва адаптации организма спортсмена к нагрузкам и ведет к снижению работоспособности, что в итоге проявляется теми или иными клиническими признаками заболеваний данной системы.

Ключевые слова: спорт, физические нагрузки, кардиоваскулярные нарушения

SPORTCHILARDA KARDIYOVASKULYAR KASALLIKLAR RIVOJLANISHI MUAMMOLARI HAQIDA

(adabiyot sharqi maqola)

Ismailova M.Yu.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Rezyme,

Sportchilarning yurak-qon tomir tizimi patologiyasi ularning umumiy tarqalish tizimida birinchi o'rinda.Ma'lumki, mushaklar faoliyatini muvozanatli tartibga solish sportchiga o'zlarining funktsional qobiliyatlarini yuqori motivatsiya darajasida maksimal darajaga ko'tarish imkonini beradi, chidamlilik uchun ishlashda zarur funktsiyalarni tejashni ta'minlaydi va tiklash jarayonlarining tezligini belgilaydi.

Yurak-qon tomir tizimining buzilgan vazifasi sportchining tanasining stressga moslashuvining dastlabki belgisi bo'lib, natijada bu tizimning kasalliklarining ma'lum klinik belgilarida o'zini namoyon qiladi.

Kalit so'zlar: sport, jismoniy faoliyat, yurak-qon tomir kasalliklari

TO THE ISSUE OF DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES AT ATHLETES

(review article)

Ismailova M.Yu.

Bukhara State Medical Institute

Resume,

Pathology of a cardiovascular system at athletes is high on the list in structure of their general incidence.

It is known that well balanced regulation of muscular activity allows the athlete in the presence of the due level of motivation as much as possible to use the functionality, provides a necessary economization of functions during the work on endurance and defines speed of recovery processes. Dysfunction of a cardiovascular system is a precursory symptom of failure of adaptation of an organism of the athlete to loadings and leads to decrease in working capacity that as a result is shown by these or those clinical signs of diseases of this system.

Keywords: sport, physical activities, cardiovascular violations

Актуальность

В большом спорте спортсмену свойственны физические и психоэмоциональные нагрузки, которые нередко являются чрезмерными, так как превышают возможности организма человека к их выполнению. Чрезмерные нагрузки вызывают перенапряжение в функционировании многих органов и систем, нарушают нейроэндокринную регуляцию и способствуют развитию патологических изменений, в первую очередь, со стороны сердечнососудистой системы. В связи с этим сегодня одним из актуальных направлений в области спортивной кардиологии является изучение причин срыва механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы спортсменов к физической нагрузке.

Заболевания сердечно-сосудистой системы имеют такие синдромы: синдром сердечной недостаточности, гипертонический (гипертензионный); кардиологический; аритмический; гипотонический (гипотензионный). У всех симптомов есть свои признаки, например, кардиологический синдром характеризуется болью в сердце. Кардиологический синдром, может развиваться из-за врожденных патологий и заболеваний других органов. При кардиологическом синдроме нарушается коронарное кровообращение, возникает стенокардия. В результате силового спорта, например бокса, вполне возможно получить тяжелые травмы различного характера с последующим повреждением органов. Ведь удары головы при нокдауне и нокауте для боксеров не проходят бесследно. При травмах такого характера повышается и нарушается артериальное давление. При аритмическом синдроме, нарушается ритм сердца. У пациентов присутствуют жалобы на учащающееся сердцебиение. Нарушается ритм.

При аритмическом синдроме наблюдается синусовая тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, асистолия желудочков, мерцание (фибрилляция) предсердий.

В любом случае, при неправильном отношении к нагрузкам и неадекватном выборе вида спорта проблем можно приобрести очень много. Смертельные случаи среди спортсменов встречаются нередко. Однако, всего можно избежать. При неправильной работе сердца, которая может возникнуть с приобретением заболевания сердечнососудистой системы, человек будет ощущать разные проявления неправильной работы сердца. Если боль, аритмия, экстрасистолия, отдышка и прочие ощущения появляются при физических нагрузках, то необходимо прекратить занятия. Если симптомы не прекращаются, а наоборот усиливаются, после тренировок необходимо обратиться к врачу и пройти диагностическое обследование. Если проблема невелика, то при правильном лечении ее можно устранить и снова вернуться к спортивным соревнованиям.

Патологическое изменение в миокарде обычно вызывается чрезмерным напряжением, этот факт приводит к развивающейся сердечной недостаточности. Если не прекратить нагрузки, то изменения станут необратимыми. У спортсменов наблюдается некроз мышечных волокон. Из-за резких нарушений функций проводимости при трепетании желудочков, может наступить внезапная смерть. Если смерть не наступила, тогда развивается кардиосклероз, то есть в местах некроза мышечных волокон, особенно в левом желудочке, развивается соединительная ткань в виде рубцов. Вследствие этого, развивается хроническая сердечная недостаточность, ограничивается работа сердца. Только от поведения больного зависят сроки развития описанных процессов. Патологическое изменение сердца может выражаться в дистрофии миокарда. Влиять на процесс может не только физическая нагрузка, но и тяжелая умственная работа, эмоциональное состояние, стрессы. Для спортсменов очень важным является исключение патологических и предпатологических изменений состояний. Для этого проводят специальные объективные исследования. Даже у здорового человека при нерациональных нагрузках, чрезмерных физических упражнениях вполне могут развиваться заболевания сердечно-сосудистой системы. Это и нарушения ритма, и гипертоническое, и гипотоническое состояние, тонзиллокардиальный синдром, и многое другое. Заболевания сердечнососудистой системы у спортсменов требуют пристального внимания со стороны спортивного врача и тренера.

То ли человек любительски занимается спортом, то ли профессионально, факторы патогенеза и этиологии не будут иметь расхождения.

В 1960-70 гг. в зарубежной литературе для обозначения поражения сердца у спортсменов использовался термин "heartstrain" - перенапряжение сердца. В своей классификации дистрофий миокарда это поражение сердца у спортсменов Г.Ф. Ланг назвал "дистрофия миокарда, вследствие физического перенапряжения" (1936 г.) [10]. На протяжении многих лет этот термин широко использовался в нашей стране, как в многочисленных научных исследованиях, так и в клинической практике [2,4,7].

Современный спорт связан со значительными физическими и психологическими нагрузками, усложнениями техники выполнения спортивных упражнений, зачастую превышающими адаптационные возможности организма. Адекватные физические нагрузки повышают функционирование сердечно-сосудистой системы, позволяют спортсмену при наличии должного уровня мотивации максимально использовать резервы организма. В то же время избыточная интенсивность или длительность тренировочного процесса и недостаток времени, отведенного на восстановление функционального состояния аппарата кровообращения, способны вызвать нарушение адаптации и несут в себе опасность перенапряжения [5,6]. Исследование сердечной гемодинамики занимает центральное место в спортивной медицине. Именно состояние сердечнососудистой системы как определяет максимальную работоспособность здоровых спортсменов, так и ограничивает их достижения [7,11]. Возможность начала спортивной карьеры или продолжение участия спортсменов высоких квалификаций в соревнованиях, имеющих кардиоваскулярные нарушения, обсуждается в различных спортивных ассоциациях, однако стандарты медицинского наблюдения и контроля до конца не разработаны. Необходимо учитывать все резервные возможности организма спортсменов, стремящихся улучшить свой спортивный результат [3,12,13]. Использование современных методов функциональной диагностики в выявлении ранних нарушений гемодинамики и физической работоспособности является определяющим в оценке адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы [1].

В настоящее время хорошо изучено влияние различного типа физических нагрузок на сердце спортсмена, что связано с широким внедрением в практику эхокардиографии. Адаптационные изменения формируются только при систематических регулярных (более 1 года) тренировках и в основном характеризуются умеренным увеличением объема камер сердца на фоне неизмененной систолической и диастолической функции левого желудочка [19].

Анализируя данные ЭХОКГ, B.M. Pluim (2000) [25] отмечал преобладание толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) у спортсменов, тренирующих качество силы, по сравнению со спортсменами, тренирующими качество выносливости - 11,8 мм и 10,5 мм соответственно [23]. В 2002 году были определены нормативные значения параметров ЭХОКГ у спортсменов. Согласно рекомендациям толщина миокарда у лиц мужского пола не должна превышать 13 мм, КДР ЛЖ - не более 65 мм; у лиц женского пола - 11 и 60 мм соответственно [20,23]. Более специфичным изменением у спортсменов является формирование умеренной дилатации полостей сердца, что обеспечивает адекватный нагрузкам ударный объем, а наличие ГЛЖ не является обязательным компонентом спортивного сердца. По данным последних исследовательских работ было установлено, что компенсация гиперфункции сердца спортсмена может происходить и без гипертрофии миокарда, за счет других механизмов [24].

Столь пристальное внимание к вопросам гипертрофии миокарда у спортсменов обусловлено прежде всего тем, что в структуре причин внезапной смерти в спорте 90% занимают сердечно-сосудистые заболевания, из них около 40% приходится на гипертрофическую кардиомиопатию [21, 22].

Сегодня одним из самых актуальных направлений в области спортивной кардиологии является изучение причин срыва механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы спортсменов к физической нагрузке. Патогенез этого состояния большинством специалистов признается малоизученным [27]. Наряду с распространенным мнением о вовлеченности в патологический процесс симпатоадреналовой системы [7,26], практически не изучен вклад ренин-ангиотензиновой системы (РАС).

Исследовательская группа Harmon K.G. и др. [15] на основании анализа базы данных Национальной Ассоциации Атлетов Университетов за 2003-2013 года, включавшей 514 случаев внезапной смерти, сделала ряд интересных выводов. Согласно полученным данным, наиболее частой причиной внезапной смерти у спортсменов являются несчастные случаи, такие как автокатастрофа, утопление, падение с высоты и др. (N-257; 50%) и лишь на втором месте находятся заболевания (N-147; 29%), из которых большинство составляют сердечно-сосудистые (N-7; 15%). Наиболее частой находкой на аутопсии была внезапная необъяснимая смерть без морфологических изменений (N-16; 25%), а также гипертрофическая кардиомиопатия (N-5; 8%).

По данным Maron B.J. и соавторов [16-17], изучавших Национальный (США) реестр внезапной смерти у атлетов за период с 2002 по 2011 год из числа 152 умерших спортсменов (средний возраст 20+1.7 лет, 85% мужчины, 64% представители белой расы) зарегистрировано 31 случай суицида, 21 случай смертельного отравления алкоголем и 64 случая внезапной сердечной смерти. При аутопсии у спортсменов, умерших в результате сердечно-сосудистых заболеваний, в 21 случае причиной смерти была гипертрофическая кардиомиопатия и в 8 случаях - врожденная аномалия коронарных сосудов.

Те же ученые в более раннем и более масштабном исследовании [15, 17], захватившим период1980 по 2006 годы, проанализировали причины 1866 случаев внезапной смерти у спортсменов. Выяснилось, что вклад сердечно-сосудистых заболеваний в структуру смертности среди спортсменов является наибольшим (N-1049; 56%). Впрочем, в данное число исследователи включали также случаи травмы сердца и теплового удара (N=416; 22%). При этом 937 (89%) умерших были мужского пола и только 112 (11%) женского(-хотя, нужно учитывать, что женщины реже занимаются спортом). Внезапная сердечная смерть чаще встречалась у небелых атлетов, чем у представителей белой расы (64% против 51%, p=0.001). Среди умерших были представители 38 видов спорта, однако, наибольшая смертность была выявлена у занимающихся баскетболом (N=349; 33%) и футболом (N=281, 25%). Внезапная сердечная смерть возникала преимущественно во время тренировок или участия в состязаниях (N=844; 80%), в то время как во время обычной бытовой активности, отдыха и сна количество смертей было в 4 раза меньше (N=205; 20%). В этом исследовании, как и в описанных ранее, наиболее частыми причинами смерти вследствие сердечно-сосудистых заболеваний были гипертрофическая кардиомиопатия и врожденные аномалии коронарных сосудов.

В Европе большую работу по изучению структуры смертности среди спортсменов провели итальянские исследователи Corrado D. и соавторы [18]. С 1979 по 1999 года ими изучалась популяция молодых людей (в возрасте от 12 до 35 лет) итальянской области Венето (крупнейший город - Венеция). За время наблюдения средняя численность молодежи составляла 1386600 лиц, из них представителей мужского пола - 692100, а женского - 694500. Из них спортсменов было 112790 (8%), в т.ч. мужского пола - 90690 и женского 22100. В течение 21 года было зарегистрировано 300 случаев внезапной смерти в общей популяции, что составило 1:100000 в год. У лиц мужского пола смертность была большей, чем у представительниц женского пола в 1,5 раза. При этом в 55 случаев (18%) умершие были спортсменами. Больший риск внезапной смерти у спортсменов ассоциировался с врожденной патологией коронарных сосудов, аритмогенной дисплазией правого желудочка и ранним коронарным атеросклерозом. Низкую частоту гипертрофической кардиомиопатии при аутопсии, которая противоречит результатам американских исследователей, Corrado D. и соавторы объясняют систематическими скрининговыми обследованиями спортсменов перед соревнованиями, которые практикуются в регионе Венето более 20 лет. На основании проведенного исследования авторы сделали вывод, что занятия спортом связаны с большим риском внезапной смерти как у мужчин, так и у женщин. При этом они считают, что спорт не является непосредственной причиной смертности, а скорее предрасполагает к появлению жизнеугрожающих желудочковых аритмий.

Заболевания сердечно-сосудистой системы в последние годы все чаще наблюдается при медицинском обследовании. Однако, многие светила науки наоборот убеждены, что занятия спортом избавляют человека от различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Ученые говорят, что у спортсменов идет адаптация, их сердце приспосабливается к нагрузкам и считается более выносливым, а сердце могло быть повреждено до начала упражнений. Однако, с такой точкой зрения нельзя согласиться полностью. Сомнения на этот счет были и будут. Где находится истина, определяющая заболевания сердечно-сосудистой системы у спортсменов, на сегодня не известно. Масса вопросов по этому поводу, еще будет возникать.

Для решения этой проблемы требуется детальное углубленное изучение патогенетических механизмов развития поражения сердца у спортсменов, выявление ранних диагностических критериев и разработка профилактических мероприятий для предупреждения данного заболевания. Это будет способствовать сохранению здоровья, физической работоспособности спортсменов со снижением риска внезапной смерти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоцерковский З.Б. Эргометрические и кардиологические критерии физической работоспособности у спортсменов. - М.: Советский спорт, 2005. - 312 с.
2. Бутченко Л.А., Пред патологические состояния и патологические изменения при нерациональных занятиях спортом // Спортивная медицина. - /М.: Медицина, 1984. - с.152-169.
3. Гаврилова Е.А. Спортивное сердце. Стрессорная кардиомиопатия. - /М.: Советский спорт, 2007. - 200 с.
4. Дембо А.Г., Земцовский Э.В., О значении исследований сердечного ритма в спортивной медицине. -//Теория и практика физической культуры, 1980, N3, с.13-15.
5. Иорданская Ф.А., Юдинцева М.С. Мониторинг здоровья и функциональная подготовленность высококвалифицированных

спортсменов в процессе учебно-тренировочной работы и соревновательной деятельности. - /М.: Советский спорт, 2006. -184 с.
6. Козленок А.В., Березина А.В. Диастолическая дисфункция левого желудочка как ранний признак нарушения адаптации к физической нагрузке у спортсменов //Артериальная гипертензия. -2006. - Том 12, №4. - С. 319-322.
7. Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. - /М.: Медицина, 1988. - 256 с.
8. Меерсон Ф.З., Сатыкова В.А., Диденко В.В. и др. //Кардиология 1984; 24(5): 61-68.
9. Михайлова А.В., Смоленский А.В. Кардиальные факторы, лимитирующие физическую работоспособность спортсменов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2009. - №7 (67). -С. 22-26.
10. Ланг Г.Ф. Вопросы кардиологии. М.: Медицина, 1936. - С. 189.
11. Якобашвили В.А., Макарова Г.А. Сердце в условиях спортивной деятельности. - М.: Советский спорт, 2006. -С. 128-141.
12. Baggish A.L., Wood M.J. Athlete's heart and cardiovascular care of the athlete: scientific and clinical update. // Circulation. - 2011. - Vol. 123. - P. 2723-2735.
13. To A.C.Y., Dhillon A., Desai M.Y. Cardiac Magnetic Resonance in Hypertrophic Cardiomyopathy //J Am CollCardiolImg. - 2011. - Vol. 4 (10). - P.1123-1137.
14. Silvia G. Priori S.G., Carina Blomstrom-Lundqvist C., Mazzanti A., et al. 2015 ESCGuidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death // European Heart Journal.-2015.-87p.
15. Harmon K.G., Asif I.M., Maleszewski J.J. et al. Incidence, cause, and comparative frequency of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association Athletes // Circulation. - 2015. - Vol. 132. - P. 10-19.
16. Maron B.J., Haas T.S., Murphy C.J., Ahluwalia A., Rutten-Ramos S. Incidence and causes of sudden death in U.S. college athletes. // J Am CollCardiol. - 2014. - Vol. 63. - P. 1636-1643.
17. Maron B.J., Doerer J.J., Haas T.S., Tierney D.M., Mueller F.O. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980-2006. //Circulation. - 2009. - Vol. 119. - P. 1085-1092.
18. Corrado D., Basso C., Rizzoli G., Schiavon M., Thiene G. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? //J Am CollCardiol. - 2003. - Vol. 42. - P. 1959-1963.
19. Knudsen, C.W. Diagnoctic value of B-Type natriuretic peptide and chest radiographic findings in patients with acute dyspnea. / C.W Knudsen, T. Omland, P. Clopton // Am. J. Med. -2004. - Vol. 116 (6). -P. 363-368.
20. Cardiological protocols on evaluation of fitness for competitive sports / P. Delise, U. Guiducci, P. Zeppilli et al. // Ital.Heart J. -2005. -Vol.6 (8). -P. 502-546.
21. Chevalier, L. Sudden unexpected death in young athletes: reconsidering "hypertrophic cardiomyopathy" / L. Chevalier // Eur. J. Cardiovasc. -2009. -Vol.3. -P. 23-28.
22. Mancia, G. The role of blood pressure variability in end-organ damage. / G. Mancia, G. Parati // J. Hypertens. -2003. -Vol. 21 (6). -P. 17-23.
23. McAdoo, W.G. Race and gender influence hemodynamic responses to psychological and physical stimuli. / W.G. McAdoo, M.N. Weinberger, J.Z. Miller // J. Hypertens. -1990. -Vol. 8. -P. 961-967.
24. The relationship between visitto-visit variability in systolic blood pressure and allcause mortality in the general population: Findings froom NHANES III, 1998 to 1994. / P. Muntner, D. Shimbo, M. Tonelli et al. // Hypertension. -2011. -Vol. 57. -P. 160-166.
25. Pluim, B.M. The athlete's heart a meta-analysis of cardiac structure and function / B.M. Pluim // J. Circulation. - 2000. - Vol. 101. - № 3. - P. 336-344.
26. Winnick J., Davis JM., Welsh R., Carmichael M., Murphy E. & Blackmon J. (2005). Carbohydrate feeding during teams sport exercise preserve physical and CSN function. Medicine and Science in Sports and Exercise. 37. 306-315.
27. Green D.J., Spence A., Rowley N., Thijgssen D.N.J. etal. (2012). Vascular adaption at athletes: is there an "athletes"' artery? Experimental physiology, 97 (3), 295-304

Поступила 25.03. 2019

УДК 616.37-053.2

ЗАВИСИМОСТЬ СЕКРЕЦИИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА И ТЕМПЕРАТУРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Кадиров Ш. К., Мирзарахимова М.А., Кодиров А.Н.

Андижанского Государственного медицинского институт.

✓ ***Резюме,***

Высокая температура и инсоляция как климатический фактор оказывают значительное влияние на организм. Реакция организма на действие высокой температуры и инсоляции чрезвычайно многообразна и сложна. Под их воздействием нарушается водно-солевой обмен, что приводит к глубоким изменениям в деятельности сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и выделения, изменяются морфологический состав и свойства крови.

Ключевые слова: Секреция ферментов, поджелудочная железа, высокая температура, инсоляция, времена года.

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ ФЕРМЕНТЛАРИ СЕКРЕЦИЯСИНИНГ МАВСУМИЙ ВА ТАШҚИ МУҲИТ ҲАРОРАТИГА БОҒЛИҚЛИГИ

Қодиров Ш.К., Мирзарахимова М.А., Қодиров Н.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Оргнаизмга юқори ҳарорат ва инсоляция иқлимий омил сифатида таъсир ўтказади. Бунга нисбатан организмнинг жавоби эса турлича ва мураккабдир. Бу омил таъсирида сув - туз алмашинуви бузилади бу эса ўз навбатида юрак - қон томир тизимига чуқуртаъсир ўтказади ва унинг меъёрий фаолиятини бузади. Бундан ташқари бу омиллар ҳазм тракти фаолиятига ҳам таъсир ўтказади. Қоннинг хусусиятларини ва морфологик таркибини ўзгартиради.

Калит сўзлар: ферментлар секрецияси, ошқозон ости бези, юқори ҳарорат, инсоляция, мавсум.

DEPENDENCE OF SECRECTION OF PANCREATIC ENZYME ENZYMES FROM THE TIME OF THE YEAR AND THE TEMPERATURE OF THE ENVIRONMENT

Kadirov Sh.K., Mirzarakhimova MA, Kodirov A.N.

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

High temperature and insolation as a climatic factor have a significant effect on the body. The reaction of the body to the action of high temperature and insolation is extremely diverse and complex. Under their influence, water-salt metabolism is violated, which leads to profound changes in the activity of the cardiovascular system, digestive organs and secretion, the morphological composition and properties of the blood change.

Key words: secretion of enzymes, pancreas, high temperature, insolation, seasons.

Актуальность

Высокая температура и инсоляция как климатический фактор оказывают значительное влияние на организм. Реакция организма на действие высокой температуры и инсоляции чрезвычайно многообразна и сложна. Под их воздействием нарушается водно-солевой обмен, что приводит к глубоким изменениям в деятельности сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и выделения, изменяются морфологический состав и свойства крови [1, 2, 4, 11, 12, 13, 14, 15].

Высокая температура и инсоляция в нашем регионе рассматривается как один из важнейших факторов внешней среды. Оказывающий в умеренной дозе положительное - адаптивное, в значительной - повреждающее влияние воздействуя на нервные окончания, меланоциты и другие образования кожи, опосредованно вызывает различные структурные перестройки во внутренних органах..

Обще гистологическими, гистохимическими, ультрамикроскопическими методиками исследован экзокринный отдел поджелудочной железы крыс в норме и в различные стадии их острого перегревания в термокамере [8, 9]. В строме этого отдела у перегретых крыс выявлено: увеличение количества и суммарной площади сечения функционирующих капилляров, венозная гиперемия, стаз крови, плазморрагия, отек и разволокнение междольковой соединительной ткани, ее периваскулярная и диффузная, преимущественно лимфоцитарная, инфильтрация, увеличение количества тканевых базофилов.

Учитывая сложный механизм, как физиологического, так и патологического влияния высокой темпе-

ратуры и инсоляции, а также весомый вклад ферментов поджелудочной железы в гидролизе пищевых продуктов мы определили цель настоящего исследования.

Целью исследования явилась оценка ферментного гомеостазиса и секреция ферментов поджелудочной железой крыс при высокой температуре и инсоляции.

Методика и техника проведения экспериментов и наблюдений

Эксперименты были выполнены на белых лабораторных беспородных крысах самцах, весом 180-200г, в разные периоды года - осенью (при температуре внешней среды 200 - 250 С) и летом (при температуре внешней среды 370 - 400 С).

Летом изучали сочетанное влияние высокой температуры и инсоляции. В течении всей продолжительности крысы подвергались влиянию инсоляции на солнце площадке каждодневно в 1200 - часов дня, в течении 30 минут. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы. Первая группа интактные животные (контрольная группа), не подвергались никаким воздействиям. Вторая группа животных подвергалась острой инсоляции на солнце площадке. Исследовано влияние однократной 30 минутной экспозиции на солнце в летнее время (июль) с мощностью излучения 10 ват (За 30 минут 18000 ват), при температуре воздуха 370 - 400 С.

Питание контрольных и экспериментальных крыс было одинаковое белково- углеводное. В клетке постоянно находился сосуд с питьевой водой. Крысы непосредственно перед забоем находились под эфирным наркозом и забивались они путем декапитации, собиралась их кровь.

После забоя животных у них извлекалась поджелудочная железа. В гомогенате поджелудочной железы и в сыворотке крови определялись ферменты - амилаза, общая протеолитическая активность, липаза и общий белок. Ферментативная активность и содержание общего белка относилась к 1 г ткани желез, и считали это как выделение (дебит) данного фермента и общего белка. Полученные данные сравнивались с показателями контроля.

Результаты и обсуждения

В поджелудочной железе за 1 час в расчете на сухое вещество синтезируется 20 мг ферментов или 107 молекул синтезирует аценоцит в 1 мин [10]. S. Rhotman с соавт. [16] считают такой темп синтеза ферментного белка поджелудочной железой нереальным и по их расчетам, значительная часть поступивших в кишку ферментов резорбируется в кровь, а из нее железой вновь выделяется в составе секрета, то есть существует энтеропанкреатическая циркуляция ферментов, подобная энтеропеченочной циркуляций желчных кислот. У человека в составе панкреатического секрета поступает в двенадцатиперстную кишку за 1 сутки 6-20г пищеварительных ферментов [3].

Как видно из таблицы 1 при комфортной температуре (контрольная группа) в гомогенате поджелудочной железы крыс больше всего имеется амилолитическая активность 1427±64,6 ед/г. Этот фермент, синтезируется ациноцитами, гидролизует α-1-4-глюкозидные связи полисахаридов. В результате гидролиза крахмала образуется амилоза, мальтотриоза, солодовой сахар и декстрины. Гидролиз полисахаридов, начатый в желудке карбогидразами слюны, энергично продолжается панкреатической α- амилазой и завершается несколькими кишечными дисахаридами.

На втором месте по активности в гомогенате поджелудочной железы крыс общая протеазы 221,0±13,3 ед/г. Протеолитические ферменты синтезируются и выделяются ациноцитами в неактивной, зимогенной форме в виде трипсиногенов, химотрипсиногенов, прокарбоксипептидаз, проэлатаз. В такой форме они транспортируется по протоковой системе железы в полость двенадцатиперстной кишки. В зоне щеточной каемки ее энтероцитов фиксирована энтеропептидаза - энтерокиназа. Эта пептидаза отщепляет от молекулы трипсиногенов гексопептид, в результате чего трипсиногены превращаются в соответствующие трипсины. Активация трипсиногена развивается и наращивается по скорости первыми порциями образовавшихся трипсинов. В последнее время показано [7], что энтероциты синтезируют и транслоцируют на мембрану своих микроворсинок проэнтеропептидазу (проэнтерокиназу), которая под действием еще одного энтерального фермента - дуоденазы превращается в активную энтеропептидазу - активатор трипсиногена. Остальные протеолитические ферменты активируется трипсином.

В гомогенате поджелудочной железы крыс (Таблица 1) активность липазы намного меньше чем предыдущие ферменты. Ее величина 65,4±3,1 ед/г. Этот фермент синтезируется и выделяется ациноцитами в активном состоянии. Панкреатическая липаза является основным и по существу единственным липолитическим ферментом, расщепляющим пищевые триглицериды, составляющие 90% принимаемых людьми пищевых жиров. В отличие от протеиназ и фосфилипаз, липаза не способна лизировать аценоцит или другие части железы, так как специфична в своей активности, гидролизуя только триглицериды в эмульгированном состоянии. Существенное значение в кишечном липолизе имеет колипаза. Она связывается с липазой в присутствии желчных кислот, которые повышают активность липазы и снижают оптимум действия фермента с 9 до 6-7, то есть до реального pH химуса в начальной части тонкой кишки. Колипаза способствует адсорбции липазы на слизистой оболочке тонкой кишки, чем повышаются ее активность в зоне щеточной каемки, и предотвращается аборальный транспорт в составе химуса.

В гомогенате поджелудочной железы определили также количество общего белка, его величина в контрольной группе крыс оказался 4.4±0,4 мг/г. В поджелудочной железе синтез белка осуществляется с очень большей скоростью. Примерно 90% секреторного белка продуцируется ацинозными клетками и является белком ферментов [3].

Следующий компонент, определенный нами в гомогенате поджелудочной железы, это бикарбонаты. Величина его в гомогенате поджелудочной железы оказалось 11,0±0,4 ммоль/г. Неорганические компоненты сока в основном выделяются клетками протоковой системы поджелудочной железы. Основным компонентами дуктулярной системы является вода и растворенные в ней гидрокарбонаты, в основном натрия, за счет которых панкреатический секрет имеет основную реакцию - pH 7.5-8.8. Чем больше напряжение секреции, тем больше концентрация в соке HC03-

и соответственно дебит гидрокарбонатов, выше pH. Такая прямая зависимость наблюдается в некоторых пределах.

Электролиты секрета выполняют несколько функций. Ощелачивают кислое желудочное содержимое, перешедшее в двенадцатиперстную кишку и, таким образом останавливает кислое кишечное пищеварение и переводит его в кишечное пищеварение сначала при относительно нейтральной, а затем щелочной реакции. При этом инактивируется пепсин (в этом принимает участие желчь), в противном случае он бы начал переваривать ферментные белки панкреатического сока в двенадцатиперстной кишке. Электролиты обеспечивают pH оптимум для гидролиза нутриентов в полости тонкой кишки посредством панкреатических и кишечных ферментов. Электролиты поддерживают изотонию кишечного содержимого, что немаловажно для реализации пищеварительных функций (моторики, секреции, всасывания, механизмов их регуляции).

Секреция ферментов поджелудочной железой в зависимости от температуры внешней среды

Такие факторы окружающей среды, оказывающие значительное влияние на организм, как температура, влажность воздуха, тепловая и ультрафиолетовая солнечная радиация в совокупности образуют так называемое климатическое раздражение.

Таблица 1

Секреция ферментов поджелудочной железой и в зависимости от температуры внешней среды (M±m, p <)

Ферменты	Температура 20-25^{0}C (контроль)	Температура 37-40^{0}C без инсоляции	Температура 37-40^{0}C с инсоляцией
Амилаза ед/г	$\frac{1427 \pm 64,6}{100}$	$\frac{199,9 \pm 5,7(0,001)}{14 \pm 0,4(0,001)}$	$\frac{425,3 \pm 10,0(0,001)}{30 \pm 2,7(0,001)}$
Липаза ед/г	$\frac{65,4 \pm 3,1}{100}$	$\frac{43,0 \pm 2,5(0,001)}{66 \pm 3,7(0,001)}$	$\frac{72,0 \pm 3,1(0,1)}{110 \pm 4,8(0,1)}$
Общая протеаза ед/г	$\frac{221,0 \pm 13,3}{100}$	$\frac{75,9 \pm 1,6(0,001)}{34 \pm 0,7(0,001)}$	$\frac{129,0 \pm 5,7(0,01)}{58 \pm 2,8(0,001)}$
Общий белок мг/г	$\frac{4,4 \pm 0,8}{100}$	$\frac{1,7 \pm 0,07(0,05)}{39 \pm 1,6(0,001)}$	$\frac{0,9 \pm 0,09(0,05)}{20 \pm 2,0(0,001)}$
Бикарбонаты ммоль/л	$\frac{11,0 \pm 0,4}{100}$	$\frac{3,5 \pm 0,2(0,001)}{32 \pm 1,8(0,001)}$	$\frac{7,0 \pm 0,2(0,01)}{64 \pm 2,3(0,001)}$

Примечание: - числитель ед./г
- знаменатель в процентах к показателям контроля.

Определенное значение, как климатической фактор, имеет высокая температура. Под ее воздействием нарушается водно-солевой обмен, что приводит глубоким изменениям в деятельности всех систем, в том числе органов пищеварения.

Мы исследовали ферментную активность гомогената поджелудочной железы при высокой внешней температуре (370 - 400 С) и солнечного облучения (инсоляции).

Изменение ферментного спектра ткани поджелудочной железы при действии высокой температуры и инсоляции приведены в таблице 1. Из этой таблицы видно, что высокая температура внешней среды подавляет активность всех изученных нами ферментов. Но под действием теплового фактора неодинаково изменяется продукция различных панкреатических ферментов. Так, при высокой внешней температуре ферментативная активность составляла в процентах (против контрольных данных, принятых за 100%) 14±0,4 для амилазы, 66±3,7 для липазы и 34±0,4 для протеаз.

Следовательно, под действием теплового фактора происходит диссоциация между скоростями протеинсинтеза различных ферментов, то есть, тепловой стресс по-разному влияет на протеинсинтез различных ферментов у одного и того же вида животных, что вероятно, нужно учитывать при составление режимов питания в условиях воздействия на организм теплового фактора.

В экспериментах с экспозицией крыс на солнце, т.е. когда воспроизводилось солнечно- тепловое воздействие, получены несколько иные результаты, чем при экспериментах с действием только одного тепла. При солнечно-тепловом воздействии липолитическая активность поджелудочной железы остается без изменений, а активность остальных ферментов снижается, но снижение амилолитической и протеолитической активности менее выражены, чем при действии только одного теплового фактора.

Ферменты крови при различной внешней температуре и инсоляции

Поставщиками гидролитических ферментов в кровь из числа пищеварительных желез являются слюнные, желудочные железы, поджелудочная железа, печень и тонкая кишка [3]. Панкреатические ферменты транспортируются в кровь посредством нескольких доказанных механизмов: из просвета тонкой кишки, из разрушенных ациноцитов, просвета протоковой системы железы и путем инкреции ферментов панкреатическими ациноцитами. Количественное соотношение этих

путей транспорта может изменяться в зависимости от функционального состояния железы и тонкой кишки, проницаемости их гистогематических барьеров, уровня кровоснабжения железы.

Полученные нами результаты по ферментам крови у крыс в зависимости от температуры внешней среды и воздействия инсоляции приведены в таблице 2.

Таблица 2

Фермента крови у крыс в зависимости от температуры внешней среды (M±m, p <)

Ферменты	Температура 20-25^{0}C (контроль)	Температура 37-42^{0}C без инсоляции	Температура 37-42^{0}C с инсоляцией
Амилаза	$\frac{529,0 \pm 14,0}{100}$	$\frac{227,1 \pm 0,99(0,001)}{43 \pm 0,4(0,001)}$	$\frac{253,2 \pm 2(0,001)}{48 \pm 0,4(0,001)}$
Липаза	$\frac{15,1 \pm 0,2}{100}$	$\frac{4,9 \pm 0,6(0,001)}{32 \pm 3(0,001)}$	$\frac{3,2 \pm 0,1(0,001)}{21 \pm 2(0,001)}$
Общий белок	$\frac{67,3 \pm 4,3}{100}$	$\frac{61,8 \pm 4,2(0,1)}{92 \pm 6(0,1)}$	$\frac{34,0 \pm 3,9(0,01)}{51 \pm 5,1(0,001)}$

Примечание: - числитель ед./мл.
- знаменатель в процентах к показателям контроля.

Как видно из этой таблицы при комфортной температуре (200 - 250 С, контрольная группа) в крови активность амилазы достаточно высокая, она равняется 529,0±14,0. В крови липолитическая активность намного ниже, чем ее амилолитической активности.

В крови повторяется закономерность по выраженности активности ферментов амилазы и липазы в гомогенате поджелудочной железы, т.е. амилолитическая активность намного высше, чем его липолитическая активность. Но, активность их в крови неоднократно ниже, чем в гомогенате поджелудочной железы. Это еще раз подтверждает мнение о том, что поджелудочная железа является одним из источников ферментов крови.

Содержание общего белка в крови 67,3±4,3. Значит в крови этот показатель, содержание общего белка намного высшее, чем в гомогенате поджелудочной железы. В крови циркулируют не только ферментные белки, но содержатся и другие.

При высокой температуре окружающей среды активность ферментов в крови снижается. Амилолитическая активность крови экспериментальных животных в 2,3 раза, а липолитическая активность в 3,1 раза меньше чем такие показатели контроля. Значит, высокая температура подавляет не только секрецию ферментов, а также снижает их инкрецию в кровь.

Содержание общего белка при высокой температуре остается без изменений.

Несколько иные результаты получены при сочетанном влиянии высокой температуры и инсоляции. При этом активность ферментов в крови снижается, но выраженность их неодинаковы.

При сочетанном их влиянии на экспериментальных животных, снижение амилолитической активности менее выражено, чем при воздействии только теплового фактора. А липолитическая активность крови на оборот более подавлена при сочетанном солнечно-тепловом воздействии, чем при действии одного тепла. Отсюда заметно, что между этими ферментами наблюдается как бы конкуренция, подавление активности одного из них усиливает синтез другого. Видимо, протеинсинтез этих ферментов осуществляется из одного общего субстрата, усиленный расход на синтез одного из них приводит к уменьшению синтеза другого.

Одновременное воздействие тепла и инсоляции снижает содержание общего белка в крови. Значит, сочетанное влияние солнечно-теплового воздействия больше подавляет протеинсинтез в организме экспериментальных животных. При этом замедляется протеинсинтез всех белков, не только ферментного белка.

Таблица 3

Зависимость между содержанием ферментов крови и активностью их в гомогенате поджелудочной железы при различной температуре внешней среды (r ё mr)

Времени года / Ферменты	Лето (июль)	Осень (октябрь)	Зима (январь)	Весна (апрель)
Амилаза	0,82±0,18	0,62±0,18	0,48±0,13	0,54±0,19
Липаза	0,20±0,03	0,56±0,19	0,42±0,17	0,43±0,18
Общий белок	0,11±0,04	0,17±0,03	0,24±0,06	0,67±0,15

Корреляционный анализ между активностью ферментов крови и гомогената поджелудочной железы при различной температуре внешней среды и инсоляции (табл.3.) показали, что при комфортной температуре (20-250С, контрольная группа) имеется прямая зависимость между амилолитической активностью крови и поджелудочной железы. Коэффициент корреляции при этом высокий, положительный (r = 0.62±0.18).

При высокой температуре окружающей среды зависимость амилолитической активности крови от уровня ее в поджелудочной железе возрастает, коэффициент корреляции равны r = 0,82±0,17.

При сочетанном воздействии солнечно-теплового фактора зависимость амилолитической крови от уровня ее в поджелудочной железе остается высокой, положительной, коэффициент корреляции r = 0,71±0,15.

При комфортной температуре внешней среды (200 -250 С) наблюдается прямая зависимость между активностью липазы крови и гомогената поджелудочной железы, коэффициент корреляция положительный (r=0,45±0,20). Эти данные еще раз подтверждают панкреатическое происхождение липазы крови. При воздействии на экспериментальные животных теплового фактора в отдельности и в сочетание его с инсоляцией коэффициент корреляции становится низким, но положительным (r=0,20±0,03; r=0,20±0,17, соответственно). Видимо, сочетанное и отдельное влияние этих факторов снижают не только секрецию липазы, а также нарушают инкрецию и энтеропанкреатическую циркуляцию ее.

В контрольной и экспериментальной группе животных подверженных только тепловому воздействию, наблюдали очень низкую зависимость содержания общего белка в крови от уровня его в гомогенате поджелудочной железы. Это естественно, белки крови синтезируются в печени, циркулируют между кровью и поджелудочной железой в основном ферментные белки. Когда животные подвергались сочетанному влиянию высокой температуры и инсоляции коэффициент корреляции между содержанием общего белка крови и гомогената поджелудочной железы становится достаточно высоким (r=0.58±0.23), положительным. Видимо, сочетанное влияние этих факторов изменяет гистогематический барьер и это приводит к усилению проницеамости белков из крови в поджелудочную железу и обратно.

Выделение ферментов поджелудочной железой в зависимости от времени года

Общеизвестно, что физиологические процессы в большой мере зависят от времени года. В этом отражается периодичность температурных воздействий, длительности светового дня, особенностей трудовой деятельности человека. Нами отмечена зависимость секреции поджелудочной железы от времени года (табл. 4).

Полученные результаты сравнивались с показателями летнего времени. Колебание активности ферментов по сезонам различались.

Таблица 4

Выделение ферментов поджелудочной железой интактных крыс в зависимости от сезона года (M±m, p <)

Сезоны года / Ферменты	Лето (июль)	Осень (октябрь)	Зима (январь)	Весна (апрель)
Амилаза	199,9 ± 5,7 / 100	1427 ± 64(0,001) / 717 ± 28(0,001)	151128 ± 281(0,001) / 75564 ± 99(0,001)	420000 ± 995(0,001) / 210000 ± 250(0.001)
Липаза	43,0 ± 2,5 / 100	65,4 ± 3,1(0,001) / 152 ± 2(0,001)	29,0 ± 2,1(0,01) / 67 ± 5(0,01)	37,1 ± 3,8(0,1) / 86 ± 9(0,1)
Общая протеаза	75,9 ± 1,6 / 100	221,0 ± 13,3(0,001) / 290 ± 12(0,001)	144,9 ± 3,7(0,001) / 191 ± 3(0,001)	132,9 ± 1,7(0,001) / 175 ± 2(0,001)
Общий белок	1,7 ± 0,07 / 100	4,4 ± 0,8(0,05) / 258 ± 26(0,01)	5,0 ± 0,01(0,5) / 295 ± 2(0,001)	5,3 ± 0,3(0,05) / 312 ± 6(0,001)
Бикарбонаты	3,5 ± 0,2 / 100	11,0 ± 0,4(0,001) / 315 ± 13(0,001)	10,9 ± 0,4(0,001) / 311 ± 12(0,001)	15,3 ± 0,9(0,001) / 437 ± 26(0,001)

Примечание: - числитель ед./мл.
- знаменатель в процентах к показателям летнего времени.

Зависимость активности амилазы гомогената поджелудочной железы была более выраженной. Между максимальной (весной) и минимальной (летом) величиной активность амилазы этой железы различалась более в двое тысяча раз. На втором и третьем мест активность была зимой и осенью соответственно.

Колебание активности других ферментов различалась незначительно и иначе распределялась по временам года их активность. Активность липазы была максимальной осенью, минимальной зимой и весной.

Активность общей протеазы имела максимальную величину осенью, минимальную летом.

Содержание общего белка и бикарбонатов в гомогенате поджелудочной железы также колебались в зависимости от сезона года. Максимальное количество их было весной и минимальное летом.

Полученные данные позволяют заключить, что секреция поджелудочной железой существенно зависит от времени года. Для разных ферментов выраженность их сезонной зависимости проявлялась в разной мере. Эти колебания были однонаправленными для амилазы и общей протеазы. Аналогичные по направлению были изменения содержания общего белка и бикарбонатов. Липолитическая активность в тканях поджелудочной железы изменялась по сезонам, имея противоположную направленность вышеуказанным ферментам.

Содержание ферментов и общего белка в крови в зависимости от времени года

Общеизвестно, что количество ферментов крови зависит от морфофункционального состояния железпродуцентов, в частности ациноцитов поджелудочной железы. Как мы отметили, что секреторная деятельность поджелудочной железы зависит от сезона года. При этом можно ожидать изменение не только экскреции ферментов поджелудочной железы, но и изменение инкреторной ее деятельности. Отсюда большой интерес предоставляет изучение ферментного спектра крови в зависимости от времени года.

Полученные результаты показали (табл. 5), что активность ферментов и содержание общего белка в крови имеет сезонную зависимость, но выраженность их проявлялась неодинаково.

Больше всего колебалась амилолитическая активность в крови, максимальная ее величина была весной, а минимальная летом. Примерно такие же изменения мы наблюдали (табл. 4) в активности амилазы в тканях поджелудочной железы в зависимости от сезона года.

Таблица 5

Содержание ферментов и общего белка в крови интактных крыс в зависимости от сезона года (M±m, p <)

Сезоны года / Ферменты	Лето (июль)	Осень (октябрь)	Зима (январь)	Весна (апрель)
Амилаза	227,1 ± 0,99 / 100	529,0 ± 14,0(0,001) / 233 ± 6(0,001)	486,1 ± 2,1(0,001) / 214 ± 1(0,001)	807,8 ± 7,3(0,001) / 581 ± 5,0(0,001)
Липаза	4.9 ± 0.6 / 100	15,1 ± 0,17(0,001) / 308 ± 3(0,001)	12,3 ± 0,1(0,001) / 251 ± 2(0,001)	14.0 ± 0.7(0,001) / 255 ± 5,0(0,001)
Общий белок	61,8 ± 4,2 / 100	67,3 ± 4,3(0,1) / 108 ± 7(0,1)	234,4 ± 13,0(0,001) / 386 ± 16(0,001)	399,8 ± 16,4(0,001) / 645 ± 23(0,001)

Примечание: - числитель ед./мл.
- знаменатель в процентах к показателям летнего времени.

Таблица 6

Зависимость между содержанием ферментов крови и активностью их в гомогенате поджелудочной железы в разные времени года (r±mr)

Времени года / Ферменты	Лето (июль)	Осень (октябрь)	Зима (январь)	Весна (апрель)
Амилаза	0,82±0,18	0,62±0,18	0,48±0,13	0,54±0,19
Липаза	0,20±0,03	0,56±0,19	0,42±0,17	0,43±0,18
Общий белок	0,11±0,04	0,17±0,03	0,24±0,06	0,67±0,15

Наличие высокой корреляционной зависимости (табл. 6) между амилолитической активностью крови и ткани поджелудочной железы еще раз подтверждает роль последней в поддержании гомеостаза амилазы в крови. Корреляционная зависимость возрастает, особенно при резких однонаправленных колебаниях ак-

тивности амилазы в крови и гомогената поджелудочной железы.

Липолитическая активность крови также имеет сезонную зависимость. Летом ее активность в крови примерно в 2,5-3 раза меньше чем в другие времена года (табл. 5). Коэффициенты корреляции между липолитической активностью крови и ткани поджелудочной железы также зависели от сезона года. Самый низкий показатель корреляции был летом (0,20±0,03), а в остальные времени года этот показатель стал высоким и достоверным (табл. 3.6). В работах нашей лаборатории [5, 6] был установлен большой важности факт-зависимость ренального и экстраренального выделения ферментов из крови от того, в каком состоянии они в крови, в свободном или связанном с белками плазмы, находятся. Связь ферментов с белками динамично - она увеличивается при гипоферментемии и снижается при гиперферментемии. Инкретированные ферменты транспортируются в составе крови, компоненты которой (форменные элементы, белки) связывают значительное количество ферментов. Эта связь динамична и является одной из форм депонирования и реализации ферментного гомеостаза.

Содержание общего белка в крови имеет сезонное колебание (табл. 5), максимальная его величина была весной и минимальная летом и осенью.

Выводы:

1. Секрет поджелудочной железы крыс содержит ферменты, гидролизующие практически все макронутриенты - белки, липиды и углеводы. Количественное их соотношение неодинаковы (амилаза>протеазы>липаза).

2. Высокая внешняя температура и инсоляция подавляет секрецию и инкрецию ферментов поджелудочной железы. Эти факторы по-разному тормозят протеинсинтез различных панкреатических ферментов.

3. Секреторная деятельность поджелудочной железы и содержание ферментов в крови зависит от времени года, для разных ферментов выраженность их сезонной зависимости неодинаковы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антонова Е.И., Мкртчан О.З.. Динамика реактивных и пластических показателей печени у гомо- и пойкилотермных животных, индуцированная гипертермией. //Морфологические ведомости, Москва-Берлин, 2004.
2. Воробьева Н.Ф. Особенности гистиоцитарной реакции после предворительного приема с пищей цеолитов в процессе онтогенеза при перегревании и сухоядении. Патфиз.и эксп терапия, 2008. № 2. - С. 23-25.
3. Коротько Г.Ф. Секреция поджелудочной железы. Краснодар: Кубанский гос. мед. университет, 2005. - 312 с.
4. Коротько Г.Ф. Секреция слюнных желез и элементы саливадиагностики. М.: Издательский Дом Академия естествознания, 2006. - 192 с.
5. Коротько Г.Ф., Кодиров Ш.К. Роль слюнных желез в обеспечении относительного постоянства гидролитической активности крови. Рос.физиол. журнал им. Сеченова, 1994. . - т. 80, № 8. - С. 108-117.
6. Коротько Г.Ф., Юабова Е.Ю. Роль белков плазмы крови в обеспечении гомеостаза ферментов пищеварительных желез в периферической крови / Физиол. висцеральных систем: Сб. науч. тр. - 1992. - т. 3. - С. 145-149.
7. Морозов И.А., Лысиков Ю.А., Питрань Б.В., Хвыля С.И. Всасывание и секреция в тонкой кишке (субмикроскопические аспекты). - М.: Медицина, 1988. - 224 с.
8. Романов В.И. Гистохимические показатели содержания цинка в клетках панкреатических островков белых крыс при остром перегревании организма / Морфология. - Санкт-Петербург, 2004. - т. 126, № 4. - 106 с.
9. Романов В.И., Боженкова М.В. Стромально-паренхиматозные отношения в пищеварительных железах белых крыс при остром перегревании организма // Морфологические ведомости (приложение). - Москва-Берлин, 2004. - № 1-2. - С. 88.
10. Шехтман М.М., Коротько Г.Ф., Бурков С.Г. Физиология и патология органов пищеварения у беременных. - Ташкент: Медицина, 1989. - 160 с.
11. Boutilier R.G. and St-pierre J. Surviving hypoxia without really dying // Comp. Biochem. Physiol.2000. - v. 47. - № 1. - P. 97-103.
12. De Jong and Bijma P.. Selection and phenotypie plasticity in evolutionary biology and animal breeding // Livestock Product. Sci. - 2002. - v. 78. - P. 205-214.
13. Hochachka P.W. and Lutz P.L. Mechanism, origin, and evolution of anoxia tolerance in animals // Comp. Biochem. Physiol. - 2001. - v. 130. - P. 435-459.
14. Mora C. and Maya M.F. Effect of the rate of temperature increase of the dynamic method on the heat tolerance of fishes // J. Therm. Biol. - 2006. - v. 31, № 4. - P. 337-341.
15. Portner H.O. Physiological basis of temperature - dependent biogeography, trade- offs in muscles design and performance in polar ectotherms ectotherms // J. Exp. Biol. - 2002. - v. 205. - P. 2217-2230.
16. Rothman S.S., Liebow C., Isenman L. Couseration of digestive enzymes // Physiol. Pev. - 2002. - v. 82. - P. 1-18.

Поступила 12.03. 2019

УДК 616.71-007.234-092.9

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 остеопорозес учетом индивидуально-типологических особенностейвыполнены экспериментына 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 OSTEOPOROZDAKALTSIY 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,***

Eksperimental osteoporozda kaltsiy alginat va kaltsiy xlorid samaradorligini qiyosiy o'rganish maqsadida, individual tipologik xususiyatlarni hisobga olgan holda tajribalar 100 ta kalamushda o'tkazildi.

Eksperimental osteoporozning modeli ovaryektomiya usuli bilan qayta ishlab chiqarildi.Eksperimental osteoporozli hayvonlarda eng yuqori kaltsiy miqdori yuqori faollikdagi hayvonlar orasida aniqlandi.

Eksperimental 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 сократить число и тяжесть последствий и осложнений ОП.Все это диктует необходимость проведения экспериментальных сравнительных исследований усвояемости 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, кроликах, морских свинках и овцах, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. Многие фак-

торы 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 соединение природного происхождения - альгинат кальция.

Целью исследования явилосьсравнительное 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 ППАпо общепринятому поведенческому тесту. Тип психоповеденческой 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 больных 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. Пшемысль, 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 остеофикации 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. Нетылько 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

УДК:616-008.615/ 611.08

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Х.А. Расулов

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В работе приведены результаты изучения морфофункциональных состояний ЩЖ у крыс в аспекте раннего постнатального онтогенеза при ее гипофункции. Для исследования использовали 33 беспородных крысят с весом 150-180 г. Гипотиреоз вызывали применением одного из тиреостатиков - мерказолила в дозе 3 мг/кг массы животных. Векторы патологических сдвигов А-клеток как возрастного характера, так и обусловленные тиреостатическим действием мерказолила, идут в одном направлении. В противоположность этому, изменения В- и С-клеток, ассоциированные с возрастом, а также с гипотиреозом, имеют разнонаправленный характер. Воздействие тиреостатика (мерказолил) является доминирующим патогенным агентом, определяющим как глубину и тяжесть, так и сроки развития морфофункциональных изменений ЩЖ, являющихся материальной основой её гипофункции.

Ключевые слова: морфометрия, эпителиальные клетки щитовидной железы, экспериментальный гипотиреоз.

ЭКСПЕРЕМЕНТАЛ ГИПОТИРЕОЗДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЭПИТЕЛИЙ ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ ЁШГА НИСБАТАН МОРФОМЕТРИК ТАВСИФИ

Х.А. Расулов

Ташкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Мазкур ишда қалқонсимон безнинг эрта постнатал онтогенездаги ва гипотиреоздаги морфофункционал ҳолатини ўрганиш натижалари келтирилган.тадқиқотга 33 та 150-180 г вазнли наслсиз оқ каламушлар олинди. Гипотиреоз тиреостатиклардан бири бўлган - мерказолилни жонивор вазнига 3 мг/кг ҳисобда киритилиб чақирилди. А-ҳужайраларнинг патологик силжиш вектори ёшга қараб ўзгариши, тиреостатик таъсиридаги ўзгаришлар билан бир йўналишда силжиши кузатилди. Бундан фарқли равишда В- ва С-ҳужайралар ёшга қараб ўзгариши тиреостатик таъсирга нисбатан қарама қарши йўналишдалиги аниқланди. Мерказолилнинг таъсирида қалқонсимон без функционал фаоллигининг пасайиши морфофункционал ўзгаришларнинг чуқурлашишига ва оғирлашишига олиб келиши аниқланди.

Калит сўзлар: морфометрия, қалқонсимон без эпителиал ҳужайралари, эксперимент гипотиреоз.

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF EPITELIAL CELLS OF THE THYROID GLAND IN EXPERIMENTAL HYPOTHYROSIS IN AGE ASPECT

Rasulov Kh.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The paper presents the results of studying the morphofunctional states of the thyroid gland in rats in the aspect of early postnatal ontogenesis during its hypofunction. For the study, 33 outbred rats weighing 150-180 g were used. Hypothyroidism was caused by using one of the thyreostatics, mercazole, at a dose of 3 mg / kg of animal weight. The vectors of pathological A-cell shifts, both age-related and caused by the thyrostatic action of mercazilil, proceed in one direction. In contrast, changes in B- and C-cells associated with age and also with hypothyroidism are multidirectional. The effect of thyreostatics (mercazole) is the dominant pathogenic agent, which determines both the depth and severity and the timing of the development of morphofunctional changes of the thyroid, which are the material basis of its hypofunction.

Key words: morphometry, epithelial cells of the thyroid gland, experimental hypothyroidism.

Актуальность

Патологии щитовидной железы одна из наиболее часто встречаемых заболеваний среди всех эндокринных заболеваний. Основные факторы риска при развитии тиреоидной дисфункции в литературе излагаются по-разному. Среди них самой достоверной считается географические факторы местности, т.к. наша Республика является йододефицитным регионом.

Роль и значение функциональной активности щитовидной железы при развитии морфологических сдвигов всех тканей растущего организма, состояния клеточных структур самого органа достоверно изучены учеными различных стран [1, 3,4,5], но их данные довольно разноречивы изложены.

Щитовидная железа крыс покрыта соединительно тканой капсулой. По мнению авторов, фолликулярное строение железы дает возможность клеточному накоплению гормонов, которые выработаны в клетках фолликул. Клеточная структура щитовидной железы состоит из 3х типов: 1) Териоциты (А); 2) Клетки Ашкиназы (В); 3) Парафолликулярные или кальцотомиоциты (С). Все эти эндокриноциты имеют своеобразные особенности в функциональных и структурных аспектах [6,7,9].

Клетки Ашкиназы или парафолликулярные клетки выполняют значительную функцию в развитии функционирования всех органов и систем организма, а также немаловажную роль в функциональной активности самой железы [2,10].

При влиянии ряда факторов риска, в том числе йододефецитное состояние, приводит к структурным и функциональным изменениям, в первую очередь в самой железе, а в дальнейшем оказывает негативное влияние на рост и развитие растущего организма.

Исходя из этого необходимо выяснить состояние клеточных элементов щитовидной железы в экспериментальном гипотиреозе. Для уточнения данного вопроса нужно обеспечить правильный подход к изучению развития отдельных органов и систем, в том числе их патологии при влиянии тиреоидной дисфункции в экспериментальной модели гипотиреоза.

Цель исследования: Изучить морфофункциональное состояние ЩЖ у крыс в аспекте раннего постнатального онтогенеза при ее гипофункции.

Материал и методы

Для исследования использовали 33 беспородных крысят с весом 150-180 г. В первой серии (I и III группы- 9 крыс в 30 день и 7 крыс 60 день соответственно) изучены морфологическая структура щитовидной железы у контрольных животных. Во второй серии (II и IV группы- 8 крыс в 30 день и 9 крыс 60 день соответственно) изучались морфологические изменения анатомических структур тиреоидной железы при гипотиреозе. Для этого гипотиреоз вызывали применением одного из тиреостатиков - мерказолила в дозе 3 мг/кг массы животных.

Все крысы содержались в одинаковых условиях вивария и получали обычный пищевой рацион. Животных выводили из опыта путём передозировки эфира. Кусочки тиреоидной ткани из обеих долей ЩЖ у контрольных и экспериментальных крыс при гипотиреозе фиксировали в 12% растворе нейтрального формалина, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. Серийные гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, а также по методу Ван-Гизона.

Морфометрический анализ эпителиальных клеток щитовидной железы проведено по рекомендациям В. П. Волкова (2015 г.) [4]. Сначала в поле зрения микроскопа DN-300M определили плотность всех 3-х видов клеток в тканях щитовидной железы (V).

В следующем этапе исследования для выявления степени трофики отдельных клеток вычислили средний диаметр ядер клеток (СДЯ) по формуле: СДА=$\sqrt{ab}$

a - максимальный размер ядра;

b - минимальный размер ядра.

В конце определим морфологический интегральный показатель -индекс функциональной активности (ИФА) по следующей формуле:

ИФА=V*СДЯ/20

Полученные показатели морфометрического исследования статистически обрабатывали по предложенной методике Фадеев (2002) [8].

Результаты и обсуждение

Полученные результаты исследования показывает, что клеточная популяция щитовидной железы претерпевает к значительную изменению с учетом возрастных периодов, а также при длительном ведение мерказолила. Данное положение выражается в динамики показателей клеточных элементов железы в виде углубления структурных изменений (табл.1).

Таблица 1.

Морфометрический анализ показателей эпителиальных клеток щитовидной железы у здоровых и гипотиреоидных крысят

Исследуемые показатели		Контрольные группы		Гитотиреоидные группы	
		I (30 день, n=9)	II (60 день, n=7)	III (30 день, n=8)	IV (60 день, n=9)
Фолликулярный эпителий	V	84,62	74,52	22,45*	19,06*
	СДЯ	3,84	3,71	3,82	3,71
	ИФА	16,24	13,82	4,28*	3,54*
Оксифильный эпителий	V	5,72	4,81	10,26*	5,24*
	СДЯ	6,28	6,01	6,34	6,38
	ИФА	1,79	1,45*	3,25	1,67*
Парафолли-кулярный эпителий	V	9,51	8,73	21,23	12,29
	СДЯ	4,73	4,40	4,58	4,70*
	ИФА	2,25	1,92	4,86*	2,89*

Примечание: * - различия значимы по сравнению с данными в контрольной группе при $p \leq 0,05$.

Анализ данных таблицы показывает, что показатели гипотиреоидных крысят в 30-день наблюдения указывают на снижения функциональной активности фолликулярных эпителиальных клеток. В начальных этапах постнатального онтогенеза у контрольных животных тиреоциты то же обладают значительно низкую активность. По сравнению с ними оксифильные и парафолликулярные клетки наоборот, усиливают свою секреторную деятельность. Эти показатели аналогичную направленность создают в динамику сдвига ИФА в изучаемых структурах тканей. Также эти предпосылки отражается к направленности одновременно к противоположных сторон показателей объёма клеток паренхимы железы, определяющий их морфологические состояние при функционального напряжения. Прямолинейные показатели СДЯ диктует, что в исследуемых клетках этих групп морфологические сдвиги слабо выражены.

Почти аналогичные по своей направленности следствия влияния возрастного фактора наблюдаются и в ходе введения тиреостатика, что показывает сравнение показателей в группах III и IV. Исключение составляет лишь СДЯ В- и С-клеток, показывающий, что повышение уровня их секреторной активности происходит не только из-за гиперплазии клеточных пулов в целом, но также и за счёт индивидуальной гипертрофии составляющих их клеточных элементов.

Наблюдаемые снижение показателей выраженности описанных морфофункциональных изменений В- и С-клеток в дальнейших этапах эксперимента не компенсируется. Так, если в группах I и II возрастной прирост значений ИФА составлял для первых +56,2 %, а для вторых +94,2 %, то в группах III и IV эти цифры выглядят как +9,3 % и +60,3 % соответственно. Различия указанных процентов статистически значимы. В отношении А-клеток такой закономерности не выявляется - величины ИФА в процессе онтогенеза снижается на -60,7 %, а в сочетание с приёмом мерказолила - на 61,1 % (различия несущественны).

Динамика структурно-функциональных показателей В- и С-клеток в этапах раннего онтогенеза, в том числе в условиях применения мерказолила, может рассматриваться как компенсаторно-приспособительный процесс, занимающий особое место в адаптивных реакциях растущего организма, связанных с основной функцией ЩЖ по выработке йодсодержащих гормонов. Кроме того, описанные изменения парафолликулярных клеток отражают потребности организма в продукции ими кальцитонина для поддержания кальциевого гомеостаза на протяжении жизни, а также в условиях, способствующих его нарушению, в частности при гипотиреозе.

В последнем случае компенсаторная реакция обеих клеточных популяций в значительной мере подавлена вследствие тиреостатического действия мерказолила, серьёзно влияющего на функциональную морфологию В- и С-клеток и заметно подавляющего их функциональную активность, что будет видно также из дальнейшего изложения.

Сравнение результатов исследования у контрольных животных, не получавших мерказолил, и при гипотиреозе (группы I и III) показывает статистически значимое снижение всех изучаемых показателей В- и С-клеток, ассоциированное с приёмом мерказолил. Это служит доказательством угнетения функциональной активности указанных клеток, обусловленного как сокращением численности обеих клеточных популяций (снижение V), так и явлениями гипотрофии составляющих их клеточных элементов (уменьшение СДЯ).

А-клетки проявляют такую же тенденцию, но их сравнительная гипофункция наступает вследствие лишь падением V при стабильном СДЯ. В целом ИФА пулов А-, В- и С-клеток снижается достаточно равномерно, соответственно на 13,0 %, 17,1 % и 9,9 %. Подобная динамика ИФА отражает однонаправленность выявленных морфофункциональных изменений всех трёх клеточных популяций ЩЖ при гипотиреозе в молодом возрасте.

Среди особей более 60 дневного срока (группы II и IV) прослеживаются абсолютно тождественные структурно-функциональные сдвиги. При этом отмечается понижение ИФА тиреоидного эпителия на 15,6 %, онкоцитов на 44,7 % и кальцитониноцитов на 25,6 %. Другими словами, в зрелом возрасте от тиреостатического действия мерказолила наиболее страдают В-клетки, в меньшей степени С- и А-клетки.

Сравнение полученных процентных величин, характеризующих изменения изучаемых количественных показателей различных клеточных пулов ЩЖ при гипотиреозе в зависимости от возраста животных, показывает примерно одинаковый, то есть вызванный лишь влиянием мерказолила, темп снижения секреторной активности А-клеток (различия статистически не значимы). Напротив, если речь идёт о двух других типах клеток ЩЖ, то указанные различия весьма существенны и достоверны. Таким образом, у зрелых животных, длительно получавшие мерказолил, морфофункциональные нарушения В- и С-клеток значительно более серьёзные, чем в молодом возрасте. По-видимому, продолжительный гипотиреоз приводит к резкому сокращению упоминавшихся ранее компенсаторных возможностей указанных клеточных элементов, срыву адаптации и выраженному снижению уровня их функционирования, в основе чего лежат глубокие структурные повреждения. При этом возрастной фактор также имеет немаловажное значение.

Таким образом, в целом векторы патологических сдвигов А-клеток как возрастного характера, так и обусловленные тиреостатическим действием мерказолила, идут в одном направлении. В противоположность этому, изменения В- и С-клеток, ассоциированные с возрастом, а также с гипотиреозом, имеют разнонаправленный характер.

Выводы

В результате экспериментального исследования выявлена несколько различная направленность ассоциированных с возрастом и обусловленных тиреостатическим действием мерказолила изменений функционально-морфологического состояния различных популяций клеток ЩЖ.

Морфологические сдвиги в тканях ЩЖ приводят к более тяжёлым структурным клеточным нарушениям. При этом воздействие тиреостатика (мерказолил) является доминирующим патогенным агентом, определяющим как глубину и тяжесть, так и сроки развития морфофункциональных изменений ЩЖ, являющихся материальной основой её гипофункции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеенко Ю.Л., Хмельницкий О.К. Морфологическая характеристика щитовидной железы взрослых жителей Санкт-Петербурга (по данным выборочного исследования) // Арх. пат. - 2001. - Т. 63, № 4. - с. 22-26.
2. Боташева В.С., Джикаев Г.Д., Севрюкова О.И. Комплексное гистологическое и иммуногистохимическое исследование В-клеток при аутоиммунном тиреоидите и неопластических процессах щитовидной железы // Фундамент. исслед. - 2014. - № 4, Ч. 1. - с. 48-50.
3. Васильева О.А. Морфология щитовидной железы взрослых жителей города Смоленска: /дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2011. - 160 с.
4. Волков В.П. Функциональная морфология щитовидной железы при антипсихотической терапии в зависимости от возраста // Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2015. № 1 (14).
5. Никишин Д.В. Морфология щитовидной железы: возрастная изменчивость у жителей Пензенского региона: /Дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2010 - 123 с.
6. Расулов Х.А. и др. Морфологические характеристики сухожилий конечности гипотиридных крыс в экспименте. Ж. Тиббиётда янги кун 3(23) 2018 стр. 225-228.
7. Солянникова Д.Р., Брюхин Г.В. Характеристика популяции С-клеток щитовидной железы потомства самок крыс с хроническим экспериментальным поражением печени различного генеза //Вестн. ЮУрГУ. - 2009. - № 39. - с. 105-108.
8. Фадеев В.В Представление данных в оригинальных работах и их статистическая обработка // Пробл. эндокринол. - 2002. - Т. 48, № 3. - С. 47-48.
9. Antipsychotic use and the risk of hip/femur fracture: a population-based case-control study /S. Pouwels, T.P. Van Staa, F.C.G. Egberts [et al.] //Osteoporosis Int. - 2009. - V. 20, N. 9. - P. 1499-1506.
10. Paracrine regulation of thyroid-hormone synthesis by C cells / J.M. Fern?ndez-Santos, J. Morillo-Bernal, R. Garc?a-Mar?n [et al.] // Thyroid Hormone / N.K. Agrawal (ed.). - 2012. - Ch. 3.
11. Williams M.A. Quantitative metods in biology // Practical metods in electron microscopy / A.M. Glauert (ed.). - Amsterdam: North-Holland, 1977. - V. 6. - P. 48-62.

Поступила 12. 02. 2019

УДК 576.311.347.3

КАДМИЙ БИЛАН ЗАҲАРЛАНГАН ЖИГАР МИТОХОНДРИЯЛАРИ МЕМБРАНАСИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Г.Ў.Ўрмонова[1], З.А.Чориева[1], Р.А.Хушманов[1], Д.А.Қаршиев[1], М.И.Асроров[2]

Тошкент педиатрия тиббиёт институти[1]
Биофизика ва биоорганик кимё институти, Тошкент[2]

✓ ***Резюме,***

Митохондрияларда оксидланишли фосфорланишнинг бузилиши натижасида, мембраналарнинг ион ўтказувчанлиги сезиларли даражада ўзгарди. Айниқса бу патологик ўзгаришлар Циклоспорин А - сезгир пора фаолиятини ўрганишда яққол намоён бўлди. Махсус шароитда заҳарланган каламуш жигари митохондрияларини сахарозали муҳитда бўкиш (ишиш ёки шишиш) тезлиги, назоратдагига нисбатан ўртача ≈40-70 % га кўпайди.

Калит сўзлар: ЦсА - циклоспорин А, Мх-митохондрия, ЦсА-сезгир пора, инсектицид, ксенобиотик.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕМБРАН МИТОХОНДРИЙ ПЕЧЕНИ ОТРАВЛЕННОЙ КАДМИЕМ

Г.У.Урмонова[1], З.А.Чориева[1], Р.А.Хушманов[1], Д.А.Каршиев[1], М.И.Асраров[2]

Ташкентский педиатрический медицинский институт[1]
Институт биофизики и биоорганической химии, Ташкент[2]

✓ ***Резюме,***

В результате нарушения окислительного фосфорилирования в митохондриях, в значительной степени изменяется ионная проводимость мембраны. Особенно эти патологические изменения ярко проявляются при изучении активности чувствительной поры Циклоспорина А. Скорость набухания митохондрий печени крысы, отравленной в специальных условиях, увеличивается в среднем на ≈40-70% по сравнению с контрольным.

Ключевые слова: ЦсА - циклоспорин А, ЦсА-чувствительная пора, Мх-митохондрия, инсектицид, ксенобиотик.

THE FUNCTIONAL STATE OF MITOCHONDRIAL MEMBRANES OF THE LIVER POISONED BY CADMIUM

G.U. Urmanova[1], Z.A.Chorieva[1], R.A.Hushmanov[1], D.A.Karshiev[1], M.A.Asrarov[2]

Tashkent pediatric medical institute[1]
Institute of biophysics and bioorganic chemistry, Tashkent[2]

✓ ***Rezume,***

As a result of impaired oxidative phosphorylation in mitochondria, the ionic conductivity of the membrane changes significantly. Especially these pathological changes are clearly seen when studying the activity of the sensitive pores of cyclosporine. The swelling rate of mitochondria of rat's liver, poisoned under special conditions increases on average by ≈40-70% compared to the studied.

Key words: Cyclosporine, sensitive pore, mitochondria, insecticide, xenobiotic.

Долзарблиги

Атроф муҳитни глобал равишда саноат чиқиндилари ва қишлоқ хўжалигида фойдаланиладиган кимёвий моддалар билан ифлосланиши натижасида республиканинг кўп ҳудудларида мураккаб экологик вазиятлар вужудга келмоқда. Оқибатда бу вазият инсон саломатлигига ва қишлоқ хўжалигига катта зарар етказмоқда. Ҳозирги вақтда ксенобиотикларни организмга таъсир қилиш механизмларини ўрганиш ва уларнинг тирик организмларга заҳарли таъсирини камайтириш муаммосини ҳал қилиш биринчи ўринга чиқди. Шунинг учун, айрим кенобиотикларнинг тирик организмларга таъсир механизмларини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади. Ушбу ишдан мақсад, кадмий тузини, жигар митохондриялари мембранасининг функционал ҳолатига таъсирини ўрганишдир.

Материал ва усуллар

Тажрибалар учун вазни 160-180 мг гача бўлган, зотсиз оқ эркак каламушлар танлаб олинди. Ҳайвонларни боқиш ва овқатлантириш шароитлари меъёрлар даражасида бўлди.

Тақиқотда Россияда ишлаб чиқарилган соф реактивлардан фойдаланилди. Митохондрия каламушларнинг жигаридан Шнайдер [10] таклиф этган усул бўйича, дифференциал центрифугалаш усули билан ажратиб олинди.

Лаборатория ҳайвонлари 7 тадан 4 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ назорат гуруҳи бўлиб хизмат қилди. Иккинчи гуруҳ оқ каламушларига 3 сутка давомида овқат билан бирга 3 мг/кг дозада кадмий тузи бериб борилди. Учинчи гуруҳ оқ каламушларига 7 сутка давомида овқат билан бирга 3 мг/кг дозада кадмий тузи бериб борилди. Тўртинчи гуруҳ оқ каламушларига 14

сутка давомида овқат билан бирга 3 мг/кг дозада кадмий тузи бериб борилди. Орадан бир сутка ўтгандан сўнг тажрибада иштирок этаётган каламушларнинг жигаридан митохондриялар ажратиб олинди ва функционал ҳолати ўрганилди.

Каламуш жигаридан митохондриялар дифференциал центрифугалаш усули билан ажратилиб олинди [8]. Мазкур тажрибаларда қуйидаги ажратиш муҳитидан фойдаланилди: 250 мМ сахароза, 1 мМ ЭДТА, 10 мМ трис-HCl-буфер, рН 7,4. Митохондрияларнинг бўкиш (шишиш) кинетикаси, уларнинг суспензиясини 540 нм да оптик зичликда ўлчанди (1 мг оқсил/мл) [6]. Мембраналарнинг пассив ўтказувчанлигини ўлчашда катион нитрат тузларининг изоосмотик эритмаларидан фойдаланилди. Митохондриялар нафас олиш тезлиги ва оксидланишли фосфорланиш параметрларини полярография усули билан аниқланди.

Циклоспорин А-сезгир пора ҳолатини аниқлашда, 125 мМ KCl, 10 мМ трис-HCl, 2,5 мМ KH2PO4, 1 мМ ЭГТА, 5 мМ глутамат, 1 мМ малат, рН 7,4 га тенг бўлган, инкубация муҳитидан фойдаланилди.

Тажрибалар 4-5 та синамада солиштиришга асосланди.

Олинган натижалар Стьюдент-Фишер усули бўйича статистик таҳлил қилинди.

Маълумки, одам ва ҳайвонлар организмига тушган ксенобиотик аввалambор ҳужайра ва ҳужайра ички мембраналарига ўз таъсирини кўрсатади [5]. Митохондрия мембраналарида бир қанча ион каналлари жойлашган бўлиб, улардан Ca^{2+} га боғлиқ мегаканал ёки циклоспорин А - сезгир пора ҳужайра фаолиятида асосий ўрин тутади [4,5,6,8], чунки митохондриялар, эндоплазматик ретикулум сингари, ҳужайрада Ca^{2+} ионларини кўп миқдорда тўплаши ва керакли жараёнлар учун цитоплазмага бу ионларни чиқариб бериши мумкин [1,3,4]. Баъзи бир ксенобиотикларнинг заҳарли таъсирида, уларнинг ушбу мегаканал ҳолатига таъсир қилиши ва оқибатда ҳужайрада патологик ўзгаришлар вужудга келиши муҳим ўрин тутади [5,6,8,].

Натижа ва муҳокама

Организм кадмий ионлари билан заҳарланганда (2-гуруҳ), ушбу оғир метал ионлари, жигар митохондриялари фаолиятига салбий таъсир қилиб, нафас олиш коэффициентини ва АДФ/О кўрсаткичларини назоратга нисбатан тушириб юборишини кўрсатди. Бунга асосий сабаб каламушлар заҳарланганда митохондрия ички мембраналарининг Циклоспорин А - сезгир пораси янада очиқроқ ҳолатга ўтиши ва порaнинг функционал ҳолатининг бузилишидир. Чунки тажрибалардан олинган натижаларга кўра, оғир металлар ионлари билан заҳарланган каламуш жигари митохондрияларини сахарозали муҳитда бўкиш тезлиги, назоратдагига нисбатан ўртача ≈40-75 % га кўпайди. Учинчи гуруҳ каламушларида эса ушбу кўрсаткичлар яна ҳам, ортганлиги маълум бўлди. Шунингдек, ушбу шароитларда митохондрия мембраналарининг пассив ўтказувчанлиги турли хил катионлар, масалан, - H^+, K^+, Na^+, Mg^{2+} ва Ca^{2+} учун ҳам кўпайганлиги аниқланди. Шундай қилиб, кадмий ионлари ҳам бошқа ксенобиотиклар сингари митохондрия мембраналарининг функционал ҳолатига салбий таъсир қилиб, натижада, Циклоспорин А - сезгир пора фаолиятини бузиши аниқланди (жадвал).

Тажрибадаги ҳайвонларнинг кадмий хлориди билан заҳарланиши вақтида митохондрия мембраналарининг пассив ўтказувчанлиги(M±m).

Тажриба шарти	Пассив ўтказувчанлик, ΔE_{540} x100/мин				
	H^+	K^+	Na^+	Ca^{2+}	Mg^{2+}
Назорат	1,49±0,17 P<0,01	1,00±0,03 P<0,04	1,20±0,05 P<0,06	11,00±0,04 P<0,03	1,71±0,18 P<0,04
3 кунлик	1,99±0,05 P<0,02	1,16±0,04 P<0,05	1,29±0,02 P<0,03	5,55±1,12 P<0,02	2,40±0,02 P<0,05
Назорат	1,51±0,16 P<0,03	1,30±0,03 P<0,01	0,80±0,05 P<0,03	8,99±0,50 P<0,02	1,98±0,06 P<0,02
7 кунлик	2,52±0,04 P<0,04	1,22±0,05 P<0,05	1,26±0,21 P<0,04	1,88±2,02 P<0,05	2,25±0,04 P<0,03
Назорат	1,70±0,18 P<0,04	1,01±0,06 P<0,06	1,00±0,03 P<0,05	10,55±2,01 P<0,03	2,00±0,04 P<0,02
14 кунлик	3,25±0,40 P<0,05	1,98±0,29 P<0,02	1,25±0,05 P<0,02	3,59±0,05 P<0,04	2,66±0,20 P<0,03

Эслатма: Тажриба шартлари "Материал ва усуллар" да берилган. Жадвалда 4-5 маротаба ўтказилган тажрибаларнинг ўртача қийматлари келтирилган.

Энг охирги икки йиллик маълумотларга қараганда, кадмий - энг заҳарли оғир металларнинг, ҳавфли моддаларнинг зарари бўйича иккинчи синфга тегишлидир. Кўплаб оғир металлар каби, кадмий организмда тўпланишга мойилдир, 50 ёшли одамнинг танасида кадмийнинг умумий оғирлик миқдори ?30-50 мг атрофида бўлиши мумкин [12].

Тайванлик бир гуруҳ олимлар кадмий хлорид билан ацетальальдегидни ҳужайрага заҳарли синергетик таъсир қилишини аниқлашди [7]. In vitro тажрибалари кадмий моддасининг токсик таъсири, липидларни оксидланишини чақириб, малон диальдегидини ошиб боришини ва ушбу таъсир глициризин томонидан камайишини кўрсатади [7].

Адабиётларда келтиришича, одам ва ҳайвонлар организмига тушган ксенобиотиклар, аввалambор ҳужайра ва ҳужайра ички мембраналарига ўз таъсирини кўрсатади [9].

Табиатда оғир металларнинг юқори концентрацияси инсон ва ҳайвонлар организмига ёмон таъсир

қилади ва бу вақтда ҳужайраларнинг энергия ҳосил қилиш тизими бузилади. Оғир металлар орасида кадмий, кобальт, руҳ, алюминий, хром ва б. тирик организмларнинг ҳаёти ва саломатлиги учун хавфли ҳисобланади [12].

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда биомембраналарнинг энергия ҳосил қилувчи функцияларига оғир металлар, пестицидлар ионларининг таъсир механизмини ўрганиш жуда зарур ҳисобланади.

Одамлар, нефть ишлаб чиқарувчи завод, металлургия корхоналари ёнидаги ерларда ўсадиган дон, сабзавот, сувларни истемол қилиб кадмий ва бошқа оғир металлар билан заҳарланиб қолмоқдалар [11]. Натижада, мушакларда чидаб бўлмас оғриқлар пайдо бўлиб, бехосдан суякларнинг архитетурасида ўзгариш кузатилмоқда.

Тирик организмларда кадмий тузларининг кўпайиши, организмдаги кальцийни ювиб чиқаради, ҳамда, ўсимталарни ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Шу билан бирга, скелет суякларида деформация вужудга келиб, ўпка, бўйрак ва бошқа органларнинг вазифаси яъни функцияси бузилади [11].

Кадмий организмга сигарет тутуни, айрим бўёқ турлари, сув қаҳва, чой ва ифлосланган маҳсулотлар, айниқса қайта ишланган донлар орқали тушади. Кадмий ерда, тупроқда, цинк табиий қазилмаларда кўп учрайди. Бу оғир металл цинкнинг нормал таъсирига тўсқинлик қилади. Иммунитетга салбий таъсир қилади [12].

Кадмий экологик хавф тўғдириши мумкин. Кўплаб давлатларда кадмий ишлатишни қисқартириш ва атроф мухитга тарқалишини олдини олиш мақсадида қонуний хужжатлар қабул қилинган [2].

Кадмийнинг инсон организмига салбий таъсири билан боғлиқ асосий муаммолар қўйидагилардан иборат [11]:

— Кадмий одамда меъёрдаги ва ўрта даражадаги токсик холатларни келтириб чиқаради. У бўйракни шикастлаб, қон босимини кўтариб, гипертония касаллигини ривожланишига сабаб бўлади. Бу оғир металл қўрғошин ёки симоб каби айтарли даражада заҳарли эмас, чунки миягача етиб бормайди [11].

— Заҳарланишнинг оғир ҳолларида, яъни, кадмийнинг таъсирини камайтириш учун уни тўқималардан чиқариш керак бўлади. Бундай ҳолларда, томир ичига тегишли витаминлар юборилади. Шу мақсад учун цинк, мис, темир, селен қўшилган дорилар ҳам қўлланилади [11].

Хулоса

Шундай қилиб, бизнинг тажрибаларимиз кадмий ионлари жигар митохондриялари мембраналарига салбий таъсир қилишини исботлайди. Олинган натижалар ксенобиотикларни организмга мембрана даражасида таъсир қилиш механизмларини тушунишга ва уларга қарши доривор восита ёки профилактик тадбирлар ишлаб чиқиш учун хизмат қилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Asrarov M.I., Urmanova G.U., Mamatova Z.A. The influence of some insecticides on the cyclosporine A-sensitive pore of mitochondrial membranes //International workshop on biotechnology commercialization and security. Dedicated to the 90th Anniversary of Academician Sadykov. Tashkent. 2003. - October. -14-17. - P. 104.
2. Арустамян О.М. https: //vliyanie-soedineniy-kadmiya-na-organizm-cheloveka... . - ?2016.
3. Асраров М.И., Урманова Г.У. Эффекты ионов цинка на функциональную активность циклоспорин А-чувствительной поры митохондрий печени крыс. //III Всероссийская конференции с международным участием посвященная 175-летию со дня Ф.В. Овсянникова "Механизмы функционирования висцеральных систем". Санкт-Петербург, Россия, 29-сентября-1- октября 2003 года. - С. 20-21.
4. Урманова Г.У., Асраров М.И. Изучение влияния некоторых ксенобиотиков на состояние Са2+ -зависимого мегаканала митохондрий печени крыс. //Пущинская школа-конференция молодых ученых. - том 1. - Пущино, 20-24 мая. 2002. - С.78.
5. Crompton M. // Biochem J. -1999. - V.341. - P.233-249.
6. Davidson A.M., Halestrap A.P. // Biochem. J. -1990. - V.268. - P.147-152.
7. Hu C.C., Chen W.K., Liao P.H., Yu W.C.//Mutat. Res. -2001. - Sep 20; 496(1-2): - P.117-27.
8. Lemasters J.J., Nieminen A.L., Qian T. et al. // Biochim. Biophys. Acta. -1998. -V.1366, iss.1-2. - P.177-196.
9. Limke T.L., Atchison W.D. // Toxicol. Appl. Pharmacol. -2002. - 178 (1). - P.52-61.
10. Schneider W.C., Hogeboom G.H. // Cancer. Res. -1951. - V.11. - P.1-22.
11. https://www.inmoment.ru/beauty/health-2017.
12. https://www.inmoment.ru/beauty/health-body/cadmium.html-2018.