New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

4 (32) 2020

Сопредседатели редакционной коллегии:

А. Ш. ИНОЯТОВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ,
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,
С. ИНДАМИНОВ,
А.И. ИСКАНДАРОВ,
С.И. ИСМОИЛОВ,
Э.Э. КОБИЛОВ,
Т.С. МУСАЕВ,
Ф.Г. НАЗИРОВ,
Н.А. НУРАЛИЕВ,
Ш.Э. ОМОНОВ,
Б.Т. РАХИМОВ,
Ш.И.РУЗИЕВ,
Т.А. САГАТОВ,
Ш.Т. САЛИМОВ,
Ж.Б. САТТАРОВ,
Б.Б. САФОЕВ (отв. секретарь),
Б.Т. ТАДЖИЕВ,
А.Ж. ХАМРАЕВ,
А.М. ШАМСИЕВ,
А.К. ШАДМАНОВ,
К.Б. ШОДМАНОВ,
Н.Ҳ. ШОМИРЗАЕВ,
Б.Б. ЭРГАШЕВ,
Н.Ш. ЭРГАШЕВ,
И.Р. ЮЛДАШОВ,
М.Ш. ҲАКИМОВ,
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
ДОНГ ЖИНЧЭНГ (Китай)
В.Е. КУЗАКОВ (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Белоруссия)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПАТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЁГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Ж. ТЕШАЕВ (Бухара)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

www.bsmi.uz
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

4 (32)

2020

октябрь-декабрь

МУНДАРИЖА * CONTENTS * СОДЕРЖАНИЕ

ИЛМИЙ-НАЗАРИЙ ТИББИЁТ

Абрамян А.А., Рахимбаева Г.С., Насирдинова Н.А., Уринова Г.Г.,
ЛОБНО-ТЕМПОРАЛЬНАЯ ДЕМЕНЦИЯ 10

Исаков Э.З., Матхошимов Н.С., Ахмедов Ж.Х.,
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРВЫЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 14

Рахмонова Ф.М.,
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА, ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРАХ 20

Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р., Абдурахмонов Х.Н.,
ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ В 2020 ГОДУ 24

Рахимов Д.А., Охунжонова Х.Х., Тожибоева Ё.Р.,
МЕТОДЫ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОГРАММ С ЭНДОГЕННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ФТОРИДА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ 30

Садикова И.Я., Тожибоева Ё.Р., Рахимов Д.А.,
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАЛГИИ 34

Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Рахмонова Ф.М.,
ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ 38

Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Кулмирзаева М.Г., Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Рахмонова Ф.М.,
РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА У ПОДРОСТКОВ (МАЛЬЧИКОВ) (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 41

Азизова Г.Д.,
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА РАЗВИТИЕ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 47

Газиев К.У., Нарзуллаев Н.У.,
МИКОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 52

Нарзуллаев Н.У., Газиев К.У.,
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 54

Абдуллаева Р.Р., Ашуров А.М.,
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ АДЕНОТОМИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН 56

Мирходжаев И.И., Тураев Ф.Ф.,
ПРОФИЛАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ 60

Сайдалиев С.Б., Рахимбаева Г.С.,
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ COVID-19, ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ 70

Авезова Г.С.,
АЛКОГОЛГА ҚАРАМЛИК ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИГА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ 74

Ортикбоев Ж.О.,
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДИАЛИЗНОЙ ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ 78

Атабеков Н.С., Улмасова С.И., Фарманова М.А.,
ЯНГИ КОРОНАВИРУС (COVID-19) ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЎЗБЕКИСТОНДА ТАРҚАЛИШИ МУАММОЛАРИ 85

Бакаев Н.Б., Шодиев Ш.Ш., Садуллаев Д.Б.,
СЕМАНТИКА ПОНЯТИЯ «MAN» В «ГАМЛЕТЕ» КАК РЕЗУЛЬТАТ НОВОГООТНОШЕНИЯ К ЧЕЛОВЕКУ 87

Расулова М.И., Садирова М.А.,
БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМ МУАССАСАЛАРИДА ФАОЛИЯТ КЎРСАТАЁТГАН УАШЛАР УЧУН КОРОНАВИРУС-ИНФЕКЦИЯСИ ТАРҚАЛИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ШИФОХОНАДА ДАВОЛАНИБ ЧИҚҚАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ БЎЙИЧА ЧОРА-ТАДБИРЛАР АЛГОРИТМИ 92

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 21.10.2020 й.
Босишга рухсат этилди 26.10.2020 й.
Бичими 60×84 1/8.
Шартли босма табоғи 91,0.
Офсет қоғозида чоп этилди.
Адади 100 нусха.
18-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, 2020

Халимова З.Ю., Кулдашева Я.М., Иномова Г.К., Абдухалилов М.К.,
ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МАКРОАДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) 96

Негматшаева Х.Н.,
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ 102

Усманова Э.М., Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.,
STREPTOCOCCUS PYOGENES БИЛАН ЧАҚИРИЛГАН ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ 104

Рузиева Н.Х., Расул-Заде Ю.Г., Алиёрова Г.А.,
ЎРВИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМИ, КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЯНГИЧА ҚАРАШ 108

Ахмедова З.А.,
ЎРТА АСР МУТАФАККИРЛАРИ ИЖОДИДА ИНСОН БОРЛИҒИ 115

Бакаев Ж.Н.,
ДОИМИЙ ТИШЛАРНИНГ ЧИҚИШИ ВАҚТИНИНГ ЎЗГАРИШИ НАТИЖАСИДА ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ, ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ) 119

Бердыкулова М.М., Утепбергенова Г.А., Ережепов Б.А., Шойынбай Э.С., Шуленова А.У.,
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕНИНГИТАМИ ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2018 г.г. 123

Dehkonov K.A., Axmedov Sh.M., Shagiyazova L.M., Usmanova M.J.,
EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS OF UROLITASIS IN CHILDREN (LITERATURE REVIEW) 125

Raxmatov O.B., Xayitova N.D.,
O‘SMIR YOSHLARDA HUSNBUZAR KASALLIGIGA IRSIY MOYILLIKNI ANIQLASH VA PROFILAKTIKA MAQSADIDA RUX PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH 129

Рахматов Н.Н.,
МЕҲНАТ САМАРАДОРЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ ВА ИЖТИМОИЙ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ 133

Турсунов Қ.С.,
ИБН СИНО ТАЪЛИМОТИ ВА ЗАМОНАВИЙ ТИББИЁТ ТАРАҚҚИЁТИДА БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИНИНГ 30 ЙИЛЛИК ФАОЛИЯТИГА БИР НАЗАР 137

Утепбергенова Г.А., Сагитова С.С., Баймбетова С.Б.,
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА 141

Ҳамдамов Б.Х.,
АБУ АЛИ ИБН СИНО ТАРИХИЙ МЕРОСИ ЁШЛАРНИ МАЪНАВИЙ-МАЪРИФИЙ ТАРБИЯЛАШДА БЕБАҲО ХАЗИНАДИР 143

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ

Атаходжаева Г.А., Маль Г.С., Бектимирова А.А.,
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА 146

Ахмадалиев Р.У., Турдиев Ш.М., Абдувалиева Ф.Т., Саидова С.А.,
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СТЕКЛОИЗГОТОВИТЕЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ 151

Mallaev Sh.Sh., Alimov A.V.,
CLINICAL COURSE OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS TREATMENT OPTIMIZATION 155

Нарзуллаев Н.У., Болтаев М.Ф.,
ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ҚОН КЕТИШЛАР 158

Охунжонова Х.Х.,
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ 162

Matarizaev A.A., Hamraev O.A., Rustamov U.M., Boboev R.A., Sayfetdinov S.I.,
MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF MALE INFERTILITY 165

Долим К.С., Аскаров Т.А., Ахмедов М.Ж., Усаров А., Файзиев Ё.Н.,
РАДИОНУКЛИДНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕПАТОПОРТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ГАММА КАМЕРЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 169

Азизов А.М.,
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ 173

Адамбаев З.И., Матчанов О.А., Киличев И.А., Исмаилова М.О.,
ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ 178

Даминова К.М.,
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ 183

Kasimova M.S., Khamraeva G.Kh.,
COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OPTIC NEURITIS ON THE BACKGROUND OF MULTIPLE SCLEROSIS 186

Расулова М.М., Шербоева М.Х., Охунжонова Х.Х.,
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКОЙ ФАГОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА 189

Рузматов И.Б., Эргашев Б.Б., Сапаев О.К.,
ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ 192

Умаров К.М., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Рустамова М.Ш., Абдурахманов А.А., Элмурадов Ш.Х., Азизов Ш.Ф.,
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕII-Б СТАДИИ УНОВОРОЖДЕННЫХ 195

Юсупов У.Ю., Бабажанова Н.У., Микиртичев К.Д., Аскарова С.В.,
АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШЛАРИДА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ МУКАМАЛЛАШТИРИШ 200

Рузметова З.С., Нажмутдинова Д.К., Юсупбаев Р.Б.,
ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «АСПАЙК» 203

Хакимов А.Д.,
ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ТОЧЕК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГЛОМЕРА 208

Маматкулов Б., Абдурахимов Б.А.,
ТОF-КОН САНОАТИ ИШЧИЛАРИНИНГ САЛОМАТЛИГИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БОШҚАРИШГА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ 211

Агзамова С.С., Хикматов М.Н., Хакимова З.К.,
КЎЗ КОСАСИ ВА КЎЗ ОЛМАСИ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ 214

Адамбаев З.И., Киличев И.А., Исмаилова М.О.,
СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ: ОБЪЕДИНЯЮЩИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕКОТОРЫХ ЕЕ ФОРМ 219

Атаходжаева Д.Р.,
АТИПИЧНЫЕ ШТАММЫ ВЫДЕЛЕННЫЕ ПРИ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ 224

Камилова И.А.,
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС КАК ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ 228

Matveeva A.A., Abdullaeva V.K., Aliyev B.A.,
FEATURES OF EMOTIONAL INTELLIGENCE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA 232

Рахмонкулов Э.Ж., Газиев З.Т., Аваков В.Е.,
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫРАЖЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ 236

To'xtamurod Z.Z., Agzamova M.N., Ismoilov F.M., Akramova M. Yu., Usarov A.M.,
JARROHLIK BEMORLARNING O`LIM SABABLARI 242

Туйчибаева Д.М., Янгиева Н.Р.,
ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА ПРИ ГЛАУКОМЕ 245

Хакимов Н.С., Хакимова Р.А.,
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ И ЭЛАСТОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 251

Юнусова Л.Р., Ортикбоева Ш.О., Халманов Б.А.,
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ 255

Ядгарова Ш.Ш., Рўзиев Ш.И.,
АЛКОГОЛЬ КАРДИОМИОПАТИЯСИ ВА ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТИДА ЮЗ БЕРГАН ТЎСАТДАН ЎЛИМ ХОЛАТЛАРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ 262

Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М.,
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУХОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ВИТАМИНО-МИНЕРАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ 265

Абдуразакова Д.С., Ниёзова Ё.М., Сахаталиева Р.Р., Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Г.Т.,
СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В БУЗСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ 271

Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М.,
КОМПЛЕКСНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ 275

Арифов С.С., Нуров У.И., Нурова Г.У.,
АНГИОФИБРОМА НОСОГЛОТКИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ 279

Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Ганиев А.А., Ганжиев Ф.Х., Эгамов У.М.,
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТОМ 281

Кенжаева Н.А.,
ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 284

Мамажонова З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Юлдашева С.Л.,
АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ UZ-AVTO MOTORS В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ 287

Мирзаева М.А.,
ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ ВА УНИНГ ОРГАНИЗМДАГИ АҲАМИЯТИ 290

Озодов Ж.Ҳ., Рахматов О.Б.,
БУХОРО ВИЛОЯТИДА ГОНОРЕЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШИГА ҚАРАБ ҚЎЛЛАНИЛГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ 293

Юсупова Н.А., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Бекташев И.Б.,
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ 298

Ярашев А.Р., Болтаев Э.Б., Шабаев Ж.К.,
ПЕРКУТАН ДИЛЯТАЦИОН ТРАХЕОСТОМИЯ ҚЎЙИШДА КУЗАТИЛГАН АСОРАТЛАРНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ 301

Азизова Ф.Л., Хаширбаева Д.М., Маматова Ш.И.,
ОРГАНИЗОВАННЫЕ И НЕОРГАНИЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ ВЫДЕЛЕНИЯ КОКСОВОЙ ПЫЛИ НА НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВАХ И ЕЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ 305

Гафурова Н.С., Мирзаева М.А.,
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ВЫДЕЛЕННЫХ КУЛЬТУР У ДЕТЕЙ С ОСТЕОМИЭЛИТОМ 308

Кобилов Э.Э., Раупов Ф.С., Мехриддинов М.К.,
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ 312

Раупов Ф.С.,
ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 316

Рахматова Д.Б., Турсунов Х.Х.,
МИОКАРД ИНФАРКТИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ТАРҚАЛИШИ 319

Ризаева М.Ж.,
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 322

Саноев Б.А., Файзиев Ю.К., Бахранова Н.Р.,
ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕДОВ РОДИЛЬНИЦ БУХАРСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗА ПЕРИОД 2019 ГОДА 326

Urazalieva I.R., Arslanbekova N., Ramanova D.Y.,
ANALYSIS OF THE QUALITY AND EFFICIENCY OF WORK OF VISITING NURSES BASED ON THE MATERIALS OF EXPERT EVALUATION 330

Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р.,
МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА КИЁСИЙ ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ 334

Хабибова Н.Н., Олимова Д.В., Норова М.Б.,
ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА МЕТОДОМ ИНФИЛЬТРАЦИИ 339

Хамдамов У.Р.,
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ 342

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.,
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРАНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ 346

Шукруллаева Г.Ж., Раҳимов З.Қ.,
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 350

Zaxirova N.N., Mamatova M.R., Nadjmitdinova D.A.,
GESTATSION TROFOBLASTIK KASALLIGINING TURLI SHAKLLARINING KLINIK-PATOLOGIK XUSUSIYATLARI VA TARQALISHI 353

Муродова М.М.,
ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА БЕЗАНГИННОЙ ФОРМЫ У ДЕТЕЙ 358

Хаширбаева Д.М., Махманазаров Ғ.А.,
САМАРҚАНД ШАҲРИ ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ ОВҚАТЛАНИШИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ 361

Абдуллаева М.Э.,
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА 364

Абдурахманова М.А., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р., Мирзаахмедова И.З.,
АНАЛИЗ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ 367

Делкашева Ш.Д.,
ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 369

Зияева Д.Ф., Қосимов З.О., Парпиева С.Б.,
АЛГОРИТМ ВЫБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 372

Islamova Z.K., Mamadieva M.S.,
FEATURES OF THE COURSE OF PERINATAL VIRAL HEPATITIS 376

Касимова Н.Д., Исмаилов И.И., Юлдашев Р.Н.,
ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРОГНОЗОМ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 379

Мамажонов С.С., Исроилов Р.И., Маматалиева М.А., Саиджанова Н.Л.,
ТЎСАТДАН КОРОНАР ЎЛИМЛАРДА ТОЖ ТОМИРЛАРИДАГИ ВА ИЧКИ АЪЗОЛАРДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ПАРАЛЕЛЛИГИ 381

Назирова З.М., Асранкулова Д.Б.,
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ФЕРМЕНТОВ МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ 387

Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.,
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА 389

Яхудаев Э.М., Рахманова У.Х.,
НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО БАРЬЕРА В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 392

Solieva M.O., Arzibekova U.A.,
GENERAL PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FOOD ALLERGY IN CHILDREN AT DIFFERENT AGE PERIODS 394

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Махмудова К.Ш.,
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 397

Султонова Н.А.,
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 400

Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Маматкулов И.Б., Бекназаров А.Б., Толипов М.Г.,
ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ КАК КОМПОНЕНТА АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ 403

Yuldasheva A.S.,
CLINICAL SYNDROME IN EARLY POSTMANOPAUZE: SYSTEM METABOLIC CHANGES AND THEIR NEGORMONAL CORRECTION 409

Абдулхакова Р.М.,
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ 411

Халимова З.Ю., Сафарова Ш.М., Холикова А.О.,
ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АКРОМЕГАЛИИ 414

Jabborov U.U.,
EARLY ULTRASOUND DIAGNOSIS OF FETAL ANEMIA DURING RH-IMMUNIZATION 419

Ахмедов Ш.М., Ефимов А.П., Акрамова М.Ю., Дехканов К.А.,
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО ХРЯЩА У ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 422

Ахмедова Х.Ю.,
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ 427

Далимова К.М.,
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ 429

Далимова Ш.К.,
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ 431

Каримова З.Х.,
КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ СЛУХА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА 434

Китян С.А., Бадалбаева Н.М., Юсупова М.Ш., Мусашайхов У.Х.,
БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АТ I (БРА) - ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА АМИНОГЛИКОЗИДОВ И ЭТАМБУТОЛА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 436

Мадаминова Н.Э., Нарбоев З.К., Улмасов А.О., Улмасов Б.Б.,
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТОМ 438

Мамажонов З.А.,
АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ БОРОЗД И ИЗВИЛИН, ЦИТОАРХИТЕКТОНИКА СЛУХОВОЙ КОРЫ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ 441

Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Рахимов С.К.,
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ В ВОЗРАСТЕ 30-40 ЛЕТ 445

Нарбаев К.П., Нарбаев З.К., Рахимов С.К., Хусанов Ш.Р.,
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТА СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ 448

Салиахунова Х.О.,
КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И РИНОСИНУСИТАХ 450

Умарова Б.З.,
АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ИХ РОЛЬ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕТИНОБЛАСТОМЫ 452

Усманов Б.А., Муйдинова Б.А.,
АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ 455

Усманова Н.А.,
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА 458

Юсупова М.Ш., Китян С.А., Бадалбаева Н.М., Мусашайхов У.Х.,
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, ОСЛОЖНЕННОГО КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ 460

Мухаммадиев Ф.Н., Рузиев Ш.И.,
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ РУБЦОВ НА ТЕЛЕ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ 462

Содикова Д.Т.,
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ 466

Юнусов Д.М.,
СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ 469

Маматхужаева Г.Н.,
ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ 471

Садикова М.А., Содиқова Д.Т.,
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 474

Хакимов Н.С.,
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ 476

Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Султонов Ф.И.,
ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ЛЕГКИХ 479

Avezova S.M.,
OG‘IZ BO‘SHLIG‘I KASALLIKLARIDA DAVOLOVCHI O‘TLARNI QO‘LLASH (ADABIYOTLAR RO‘XATI) 481

Алимова Н.П., Хасанова Д.А., Камалова Ш.М., Асадова Н.Х.,
ЁШ БОЛАЛАРНИ ЛИМФАРИНГЕАЛ ҲАЛҚАНИНГ ПАТОЛОГИЯСИ БИЛАН КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ФИТОПРЕПАРАТЛАРИ 484

Aprelev A.E., Serebryakova P.E., Aprelev A.A.,
PROGRESSIV MYOPIYA DAVOLASHIDAGI INTEGRATIV YONDASH 486

Axmedova G.I.,
GIPOTITOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARINING XUSUSIYATLARI 489

Бондаренко А.И., Першина Д.А., Кузьмичева Н.А., Михайлова И.В.,
АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ ЦИКОРИЯ ОБЫКНОВЕННОГО CICHORIUM INTYBUS L., ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В АДАМОВСКОМ И НОВОСЕРГИЕВСКОМ РАЙОНАХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ 489

Гаффоров С.А., Абдуллаев Ш.Р.,
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМ ПОЧКАМИ 494

Jabbarova M.B., Qodirova Sh.S.,
SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGI BILAN KASALLANGAN EMORLARNI IBN SINO USULLARI BILAN TANANI TOZALASH 496

Jabbarova M.B., Qodirova Sh.S.,
VITILIGONI IBN SINO USULLARI BILAN DAVOLASH 499

Jalilova Z.O.,
TURLI XILDAGI MORFOLOGIK DARSLAR 501

Джумаев Б.З.,
АБУ АЛИ ИБН СИНОНИНГ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ТАДБИРЛАРИДА ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗН ВА СЕМИЗЛИКНИ КАМАЙТИРИШНИ ЙЎЛЛАРИ 504

Youngil Song,
O‘ZBEKISTONDA KOREYA AN'ANAVIY TIBBIYOTI: TOSHKENT TIBBIY AKADEMIYASI MA'LUMOTLARIGA MUVOFIQ 507

Jalolova V.Z., Rahmatova M.R., Klichova F.K., Mustafaeva Sh.A.,
GIPOMAGNEMIYA, GIPOTASSEMIYA VA ULARNI IPAK BILAN TUZATISH 511

Jumaeva Sh.B., Mustafaeva M.I.,
SHOLG‘OMNING SHIFOBAXSH XUSUSIYATLARI 514

Ismoilova M.Yu.,
SPORTSMENLARDA YURAK KASALLIKLARINI SKRINING QILISH 516

Раджабова Г.Б., Джаббарова М.Б., Саломова Н.К.,
МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 519

Qayumov X.N.,
XALQ VA QO‘SHIMCHA TABOBATNI SOG‘LIQNI SAQLASH TIZIMIGA INTEGRATSIYASI 522

Kamalova Sh.M., Xasanova D.A., Alimova N.P.,
BOLALARDAGI SKOLIOZNI XALQ TABOBATI USULI BILAN DAVOLLASH 525

Klichova F.K., Raxmatova M.R., Jalolova V.Z., Mustafaeva Sh.A.,
PROFESSIONAL KO‘NIKMALAR HOSIL QILISHDADIDAKTIK O‘YIN USULLARINING SAMARADORLIGI 528

Komilova M.S., Komilov S.O.,
VARIKOZ KENGAYISHI BO‘LGAN HOMILADOR AYOLLARDA ENDOTELIAL DISFUNKTSIYA BELGILARINING O‘ZGARISHI 530

Komilova B.O., Shodieva M.S.,
KO‘ZDAGI KAMALAK PARDA RANGIGA QARAB TALABALARGA FIZIOLOGIK XARAKTERISTIKA BERISH 533

Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.,
SHIZOFRENIYADA KOGNITIV VA NEGATIV BUZILISHLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI 536

Madjidova Y.N., Ergasheva N.O., Raxmonova G.,
INSULTDAN KEYINGI SPASTIKLIKNI DAVOLLASHDA ERGOTERAPIYANING IMKONIYATLARI 539

Muxtorova X.Q., Muxamadieva N.B., Atoev J.,
KARDIYOVASKULYAR KASALLIKLARGA CHALINGAN BEMORLARNING IJTIMOIY XUSUSIYATLARIGA DEPRESSIYANIG TA’SIRI 541

Nurboev F.E.,
JIGARNING SURUNKALI KASALLIKLARIDA PATOLOGIK SINDROMLAR BO‘YICHA TURLI XIL GEPATOPROTEKTORLARNING TA'SIRI VA ULARNING VAZNINI ANIQLASH 544

Nurboev F.E., Djumaev B.Z.,
ORTIQCHA TANA VAZN VA SYEMIZLIKKA MOYIL BO‘LGAN BEMORLARDA GEN VA GENOTIPLAR POLIMORFIZMI, LIPIDLAR SPEKTIRINI ANIQLASH 547

Nurutdinova F.M., Tuksanova Z.I.,
APIS MELLIFERA ASALARISIDAN SINTEZ QILINGAN BIOPOLIMER XITIN VA XITOZANNING TIBBIYOTDA QO‘LLANISHI 553

Latipov I.I.,
VITILIGO DAVOSIDAGI METOTRYEKSAT SAMARADORLIGI 556

Obloqulov A.R., Elmurodova A.A., Xadieva D.I., Pondina A.I.,
SURUNKALI LYAMBLIOZ BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI "DIVORM" BILAN DAVOLASHNING TAKOMILLASHTIRISH 560

Obloqulov A.R., Urakov Sh.T., Kosimova D.S., Pondina A.I.,
ABU ALI IBN SINO. BUYUK OLIMNING HAYOT SAHIFALARI 563

Oripova F.Sh.,
NOSPETSIFIK VAGINITLARNING YANGI DAVOLASH USULLARI 565

Radjabova A.T.,
IBN SINO TA'LIMOTIDA SOG‘LIQNI SAQLASHNING 5 FORMULASI 568

Radjabova S.R., Kayumov H.N.,
ABU ALI IBN SINONING JISMONIY TA’LIMNING INSON SALOMATLIGIGA TA'SIRI HAQIDA O‘YLARI 570

Sa'dullaev D.B.,
"MUDDAT" MAVZULINI ANIQLASH MUAMMOSI 573

Saidova N.A., Saidova M.A.,
GIPERTROFIK GINGIVITISNI IBN SINO TALIMOTIGA ASOSLANGAN HALQ TABOBATI USULLARI BILAN DAVOLASH 575

Saidova M.A.,
BUXORO VILOYATIDAGI MAKTABGACHA TA'LIM MUASSASALARI TARBIYALANUVCHILARI VA MAKTABLAR ORASIDAGI TISH-JAG‘ TIZIMINING ANOMALIYALARI TUZILISHIDAGI O‘ZGARISHLARNI VA O‘ZGARISHLARNI DINAMIKASINI O‘RGANISH 578

Sultonova L.D., Nuraliev N.A., Narzullaev Yu.S.,
TAJRIBANI O‘TKIR NURLANISH TASIRIDA YO‘G‘ON ICHAKDAN ICHKI A'ZOLARGA O‘TGAN MIKRO ORGANIZMLAR SHTAMLARINING UNISH XUSUSIYATLARI VA IMMUN 581

Tilloeva Sh.Sh.,
JIGAR KASALIKLARIGA IBN SINO QARASHLARI 587

Tuxanova D.I.,
HOMILADORLIK VA TUG‘RUQDA QUYI GENITAL TRAKTI INFEKSIYANING AHAMIYATI 589

Туксанова З.И.,
ОСТЕОАРТРОЗНИНГ ПАТОГЕНЕТИК БЎҒИНИГА ҚАРАБ КОМПЛЕКС ТИҚЛОВЧИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ 591

Urokov Sh.T., Nurmetova D.F., Xudoyberdiev D.K., Navro‘zov R.R., Zhonibekov J.Z.,
O‘TKIR ICHAK TUTILISHIDA ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASINING SO‘ZSIZ AHAMIYATI 594

Xuseinova G.X.,
NUKLEOTIDLI DORI VOSITA TA'SIRIDA BOSH-MIYA SHIKASTLANISHNI MODELLASHTIRISH 598

Shodieva M.S.,
BOLALARLARDA HELICOBACTER PYLORI BIRLASHGAN GASTRODUODENAL PATOLOGIYASINING IMMUNOGENETIK ASPEKTLARI 601

Elmurodova A.A., Kosimova D.S., Shadyeva N.Sh.,
ABU ALI IBN SINONING FITOTERAPIYA RIVOJLANISHIGA QO‘SHGAN HISSASI 604

Ergasheva Yu.Y.,
O‘ZIGA QASD QILISH G‘OYASI VA 1-TURDAGI DIABETGA CHALINGAN BEMORLARDA HAYOT SIFATI BILAN BOG‘LIQ OMILLAR 607

Yunusova G.A.,
UMAR HAYOMNING DONOLIK SHAROBIGA QARASHLARI 610

Nuralieva X.O.,
ABU ALI IBN SINONING "TIB QONUNLARI" ASARIDAGI GIGIENAGA OID TADBIRLARI TO‘G‘RISIDA 612

Нурова З.Х., Туксанова З.И.,
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ 615

Каюмов Л.Х., Саидова Л.Б.,
ВЗГЛЯД НА ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 617

Абдурахманов М.М., Умаров Б.Я.,
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СОННЫХ АРТЕРИЙ 621

Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Нурбобоев А.У.,
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ 623

Асроров А.А.,
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАПТОГЛОБИНА И ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ 626

Гайбуллаева Г.У., Азимов Ф.Р., Абдурахманов М.М.,
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ 630

Давронов Р.Д.,
МЕЖОРГАННЫЕ И МЕЖКЛЕТОЧНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ В ДИНАМИКЕ АНТИГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ 632

Давронова Ш.Р.,
УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОК ТИМУСА БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ВОЗДЕЙСТИЯ 634

Jumayeva Zuxra Jo‘rayevna,
BOLALARDA ALLERGIK RINIT TARQALISHINING QIYOSIY JIHATLARI 636

Жумаева А.А.,
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ 638

Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С.,
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ 643

Курбанов О.М., Болтаев Т.Ш.,
ГНОЙНЫЕ РАНЫ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 646

Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш.,
ПРИМЕНЕНИЕ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИСТИ 651

Мавлонов Н.Х.,
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 657

Махмудов Ж.К.,
ОЦЕНКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ПЕРИОСТИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ 664

Мирзамуродов Х.Х., Ахмедов Ш.Ш., Нуруллоев С.О., Зиядуллаев А.Х., Нематов Д.А.,
ОПТИМИЗАЦИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ 667

Мухторова Х.К., Нурмуродов Ш.Н.,
ЎСМИРЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЧЕГАРАДОШ РУХИЙ БУЗИЛИШЛАРДАГИ ШАХС ХУСУСИЯТИ УРҒУЛАНИШИНИНГ КЛИНИК ДИНАМИК ХУСУСИЯТЛАРИ 673

Ниёзов Г.Э., Облокулов А.Р., Пондина А.И., Бадиева Б.М., Шадиева Н.Ш.,
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ 678

Нуров У.И., Арифов С.С.,
ДЕРМАТОГЛИФИКА РУК У ДИЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ 682

Рахимов З.К., Абдуллаев Ш.Ю.,
ОПТИМИЗАЦИЯ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 685

Сафоев Б.Б., Хасанов А.К., Икромов Т.Э., Мирсолиев Ш.,
ЭФФЕКТИВНОСЬ НАЗОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ДРЕНИРОВАНИЕ И КОНСЕРВАТИВНЫЙ БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АБСЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОСЛОЖНЕННЫЙ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ 689

Султонова Н.А.,
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 695

Тастанова Г.Е, Рахмонов О.Р., Хамдамов Ш.И.,
ЮРАК, ЮРАК ИЧИ ТУЗИЛМАЛАРИ ВА МЕДИАСТЕНАЛ ЙИРИК ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ ФЕТАЛ ВА ТОПОГРАФИК АНАТОМИЯСИНИНГ МОРФОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИ 698

Тиллоева Ш.Ш.,
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ 701

Мухаммадиев Ф.Н., Рузиев Ш.И.,
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ РУБЦОВ НА ТЕЛЕ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ 704

Шадиева Ш.Ш.,
РОЛЬ ИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА 707

Эронов Ё.Қ.,
МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ТИШ КАРИЕСИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ 710

Ядгарова Ш.С., Саитов Ш.О., Набиева С.С.,
ТРЕБОВАНИЯ К ПИТАНИЮ И ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ПРИ COVID-19 715

Касимов Х.О.,
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРСИСТЕНТНОЙ, ПРОЦЕССОВ МИГРАЦИИ И ТРАНСЛОКАЦИИ В СИСТЕМЕ ПОЧВА-РАСТЕНИЕ ГЕРБИЦИДА ЗЕНКОРА И КОТОФОРА В РАЗНЫХ ТИПАХ ПОЧВЫ И СПОСОБАХ ОРОЩЕНИЯ 718

Мухамадиева Н.Б.,
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 722

Мухаммедова З.Р., Болтаев М.М.,
«TINCTURA MORUS» — КЛАДЕЗЬ ВИТАМИНОВ И МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ АКТУАЛЬНА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 726

Мирходжаев И.А., Комилов С.О.,
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ 730

Чориева М.А.,
РАЗВИТИЕ БАНКОВСКОГО ДЕЛА В БУХАРСКОМ ЭМИРАТЕ (19-20 ВВ) 733

Жарылкасынова Г.Ж.,
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 736

Юлдашова Р.У.,
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2007-2019 ГОДЫ 742

ИЛМИЙ-ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТИББИЁТ

Маматалиева М., Хакимов З., Имомов Х., Нурматов Х., Саиджанова Ф.,
ВЛИЯНИЕ ЛАДЫГИНОЗИДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ МОРФОЛОГИЮ ГЕПАТОЦИТОВ КРОЛИКОВ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ 748

Хасанов Б.Б., Султанова Д.Б., Азимова С.Б., Орипова Н.А.,
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И РАЗВИТИЯ ПОТОМСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ МАТЕРИ 752

УДК: 669.89-008.454

ЛОБНО-ТЕМПОРАЛЬНАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Абрамян А.А., Рахимбаева Г.С., Насирдинова Н.А., Уринова Г.Г.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Фронтотемпоральная деменция (ФТД) является собирательной клинико-диагностической категорией, применяющейся для описания целого ряда дементных синдромов, ассоциированных с фокальной атрофией медиальной, орбитофронтальной коры и передних отделов височных долей.

По данным эпидемиологических исследований, ФТД занимает второе место среди дементирующих процессов в молодом возрасте после болезни Альцгеймера (БА). Распространенность ФТД составляет примерно 15 случаев на 100 тыс. населения в возрасте 45-54 лет.

Синдром ФТД может клинически и патологоанатомически сочетаться с болезнью мотонейрона, а также с рядом экстрапирамидных моторных заболеваний. Примерно 10% лиц с ФТД имеют клинические и нейрофизиологические проявления болезни мотонейрона, в свою очередь такое же количество пациентов с данной патологией демонстрируют поведенческие и/или афатические нарушения, достаточные для установления диагноза ФТД. Из экстрапирамидных заболеваний с ФТД наиболее часто коморбидны кортикобазальная дегенерация и прогрессирующий супрануклеарный паралич.

Ключевые слова: деменция, височная деменция, лобно-темпоральная деменция.

ЛОБНО-ТЕМПОРАЛЬ ДЕМЕНЦИЯ

Абрамян А.А., Рахимбаева Г.С., Насирдинова Н.А., Уринова Г.Г.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Фронтотемпорал деманс (ФТД) - бу медиал, орбитофронтал кортекс ва олдинги темпорал лобларнинг фокал атрофияси билан боғлиқ бўлган бир қатор деменция синдромларини тавсифлаш учун ишлатиладиган коллектив клиник ва диагностик тоифадир.

Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, ФТД Алцгеймер касаллигидан (АД) кейин ёш кўлами бўйича деманция жараёнлари орасида иккинчи ўринни эгаллайди. ФТДнинг тарқалиши 45-54 ёшдаги 100 минг аҳолига тахминан 15 та ҳолатни ташкил қилади.

ФТД синдроми клиник ва патологик-анатомик жиҳатдан моторли нейрон касаллиги билан, шунингдек бир қатор экстрапирамидал мотор касалликлари билан бирлаштирилиши мумкин. ФТД билан касалланган одамларнинг тахминан 10 фоизи моторли нейрон касаллигининг клиник ва нейрофизиологик кўринишларига ега, шу билан бир қаторда ушбу патологияга эга беморларда ФТД ташхисини қўйиш учун етарли бўлган хулқ-атвор ва / ёки апатик бузилишлар мавжуд. ФТД билан екстрапирамидал касалликлардан кортикобазал дегенерация ва прогрессив супрануклеер фалаж кўпинча бирга келади.

Калит сўзлар: деманс, темпорал лоб деманси, фронтотемпорал деманс.

FRONTO-TEMPORAL DEMENTIA

Abramyan A. A., Rahimbayeva G. S., Nasirdinova N. A., Urinova G.G.,

Andijan State medical institute.

✓ ***Resume***

Frontotemporal dementia (FTD) is a collective clinical and diagnostic category used to describe a number of dementia syndromes associated with focal atrophy of the medial, orbitofrontal cortex and anterior temporal lobes.

According to epidemiological studies, FTD ranks second among dementiating processes at a young age after Alzheimer's disease (AD). The prevalence of FTD is approximately 15 cases per 100 thousand of the population aged 45-54 years.

The FTD syndrome can be clinically and pathoanatomically combined with motor neuron disease, as well as with a number of extrapyramidal motor diseases. Approximately 10% of persons with FTD have clinical and neurophysiological manifestations of motor neuron disease, while the same number of patients with this pathology demonstrate behavioral and / or aphatic disorders sufficient to establish the diagnosis of FTD. Of the extrapyramidal diseases with FTD, corticobasal degeneration and progressive supranuclear palsy are most often comorbid.

Key words: dementia, temporal lobe dementia, frontotemporal dementia.

Актуальность

Деменция - это синдром, характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Основными причинами деменции являются дегенеративные процессы (болезнь Альцгеймера - (50-60%), сосудистая патология - (10-15%),

сочетание дегенеративных и сосудистых процессов (10-20%) [11]. Существенно реже причиной деменции являются дисметаболические энцефалопатии, алкоголизм, опухоли головного мозга, ЧМТ, нормотензивная гидроцефалия, болезнь Паркинсона, прогрессирующий надъядерный паралич, инфекционные заболевания ЦНС и другие.

В последнее время всё большее внимание исследователей привлекает деменция лобно-височного типа. Для нее характерны выраженные поведенческие расстройства, нарушения исполнительных функций, эйфория или апатия, в основе которых лежит селективное вовлечение в патологический процесс передних отделов головного мозга [11].

Лобно-височная деменция (ЛВД) представляет собой группу нейродегенеративных заболеваний с преимущественным поражением лобных и передних отделов височных долей головного мозга, которое проявляется прогрессирующими поведенческими и личностными нарушениями с постепенной утратой эмпатии и способности к продуктивному контакту.

На долю ЛВД приходится 5-7% случаев деменции [1]. По данным Е.Е. Васениной, Н.И. Верюгиной, О.С. Левина, ЛВД является второй по распространенности деменцией пресенильного возраста после болезни Альцгеймера (БА) и составляет 10-20 % от всех деменций в этой возрастной группе [18]. Заболеваемость составляет 8,9 случаев на 100 тыс. населения в год [18, 34]. Пик заболеваемости приходится на возраст 55-65 лет, хотя описаны редкие случаи начала болезни в 20-40 лет и даже после 90 лет [34]. ЛВД одинаково часто встречается среди мужчин и женщин, хотя по данным некоторых авторов мужчины преобладают [18, 33].

В отличие от деменции альцгеймеровского типа лобно-темпоральная деменция возникает в более молодом возрасте, а в клинической картине доминирует прогрессирующий на протяжении всей болезни лобный синдром; отсутствуют первичные дефекты праксиса, нарушения пространственной ориентации и грубые расстройства памяти. Примерно у 50% прослеживается семейный характер заболевания.

Около 30-50% случаев имеют семейный характер и связаны с мутациями в трех генах: гене, кодирующем связанный с микротрубочками белок тау (MAPT), гене програнулина и гене, кодирующем белок C9orГ72 [18]. Чаще всего заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу, поэтому, как правило, при тщательном расспросе удается выявить больных с похожими клиническими проявлениями в каждом поколении. Но бывают и спорадические случаи заболевания. К факторам риска в спорадических случаях можно отнести черепно-мозговую травму, которая повышает риск развития ЛВД в 3,3 раза, заболевания щитовидной железы, повышающие риск заболевания в 2,5 раза [32]. Больших клинических различий между семейными и спорадическими формами, а также между формами ЛВД с ранней и поздней манифестацией не выявлено [25]. Выживаемость при ЛВД составляет около 6-10 лет, реже достигает 12-15 лет и, как правило, не зависит ни от степени тяжести деменции, ни от возраста дебюта заболевания [16, 32].

С 1998 г. диагностика ЛВД основывалась на клинических критериях, предложенных Neary и соавт. Согласно этим критериям, ЛВД диагностировали при наличии основных клинических проявлений:

— постепенное начало и неуклонное прогрессирование;

— рано развивающееся расстройство личности и социального поведения;

— эмоциональное безразличие;

— снижение критики.

Однако, по данным Е.Е. Васениной, Н.И. Верюгиной, О.С. Левина чувствительность этих критериев в дебюте заболевания составляла всего 33-58 %, и только спустя два года достигала 83%.

В 2011 г. международным советом экспертов были опубликованы новые критерии ЛВД [36].

Выделяют следующие клинические формы ЛВД: поведенческая форма, первичная прогрессирующая афазия (ППА) без снижения беглости речи (семантическая форма), ППА со снижением беглости речи (аграмматическая форма) и логопеническая форма ППА [2, 7, 8, 9, 10, 17].

Самой частой является поведенческая форма лобно-височной деменции (ПФЛВД). Клиническая картина этой формы представлена сочетанием поведенческих, когнитивных, аффективных нарушений. Наблюдается значительная вариабельность клинической симптоматики в зависимости от локализации патологического процесса и продолжительности заболевания. В связи с поражением базальных отделов лобной доли страдают социальное поведение и структура личности пациента. Больные становятся импульсивными, утрачивают влияние социальных запретов (в том числе они могут склоняться к кражам из магазинов), а также начинают пренебрегать личной гигиеной. У некоторых наблюдается синдром Клювера-Бьюси, включающий эмоциональную тупость, гиперсексуальность, гипероральность (в том числе булимию, сосание и причмокивание губами) и зрительную агнозию. Появляются невнимательность (снижение способности к концентрации), бездеятельность и умственная ригидность. Поведение становится повторяющимся и стереотипным (например, пациент может ходить в одно и то же место каждый день). Больные могут собирать и перебирать руками случайные предметы (что называется утилизационным поведением). Вербальная отдача снижается, появляются эхолалия, персеверации (неуместное повторение одних и тех же действий) и, в конечном итоге, развивается немота.

Изменения в неврологическом статусе на ранних стадиях ПФЛВД обычно отсутствуют, могут выявляться рефлексы орального автоматизма, феномен противоудержания. Для развернутой картины ПФЛВД характерны симметричная гипокинезия, хватательный рефлекс и тазовые расстройства в виде недержания мочи [9, 10, 26, 27, 38]. Патоморфологическая картина ЛВД представлена атрофическими изменениями в лобных и височных долях головного мозга. Возможно также вовлечение в патологический процесс теменной коры, черной субстанции, полосатых тел, других подкорковых структур и передних рогов спинного мозга, что находит отражение в клинической картине заболевания [7, 10, 26, 27, 38]. По данным Гришина Д.А., Захарова В.В., Яхно Н.Н. у 63% пациентов с ПФЛВД имелась атрофия коры височных долей головного мозга.

Синдром первичной прогрессирующей афазии (ППА) характеризуется прогрессирующими речевыми расстройствами, которые возникают исподволь, без видимой причины, и имеют тенденцию к непрерыв-

ному прогрессированию в отсутствие или при минимальной клинической представленности других когнитивных нарушений; речевые нарушения при ППА должны быть доминирующим клиническим синдромом в течение двух и более лет [4, 5, 7, 10, 19, 29, 31].

Речевые функции утрачиваются в связи с асимметричной (больше левосторонней) антеролатеральной атрофией височных долей; гиппокамп и память страдают в меньшей степени. Большинство пациентов имеют трудности в подборе слов. Внимание (в том числе, последовательный цифровой счет) может быть существенно нарушено. У многих пациентов отмечаются афазия со снижением плавности речи и трудности понимания речевых конструкций, а также неуверенность при речевой продукции и дизартрия. У одних пациентов афазия как единственное проявление заболевания сохраняется в течение 10 и более лет, у других - уже в течение нескольких лет развивается нарушение всех когнитивных функций. Первое клиническое описание и предложение термина "первичная прогрессирующая афазия" принадлежит M. Mesulam [28]. В соответствии с предложенными в настоящее время критериями выделяют 3 основные формы ППА: семантическая форма (СФ) без снижения беглости речи (англ. - fluent aphasia, semantic dementia), аграмматическая форма (АФ) со снижением беглости речи (англ. - non-fluent aphasia) и логопеническая форма (ЛФ) [20, 21, 28, 29, 31]. Третий - логопенический - вариант первичной прогрессирующей афазии в большинстве случаев представляет собой атипичную форму болезни Альцгеймера, а не проявление лобно-височной дегенерации [2, 6, 15]. Выделяют также комбинированную форму ППА, которая имеет признаки, схожие с СФ и АФ ППА [30].

При СФ ППА речевые нарушения характеризуются отчуждением смысла слов: пациенты не полностью понимают значение существительных в обращенной к ним речи. Их собственная речь обедняется существительными, нарушается номинативная функция речи (способность называть внешние объекты, предметы, людей). Характерны замены одних существительных другими, близкими по значению (вербальные парафазии). Собственная речь сохраняет правильный грамматический строй. Повторение и чтение вслух не нарушаются, но при этом пациенты не полностью понимают те фразы, которые повторяют за исследователем, или текста, который читают. При этой форме у пациентов затруднено узнавание предметов и знакомых лиц, связанное с нарушением семантической памяти (памяти о том, "что это такое?"). Пациенты при этом не могут не только назвать тот или иной предмет, но и объяснить его предназначение. В отличие от семантической памяти, эпизодическая память на текущие и отдаленные события жизни при СФ ППА не страдает. Методы структурной нейровизуализации обычно выявляют атрофию, а методы функциональной нейровизуализации (позитронная эмиссионная томография - ПЭТ и ОФЭКТ) - гипоперфузию или гипометаболизм в передних отделах височной доли, преимущественно левого полушария [20, 21].

При АФ ППА речь становится немногословной, прерывистой; нарушается грамматический строй: больной говорит не связанными между собой словами или словосочетаниями. Характерны паузы в речи, вербальные персеверации, напоминающие заикание, литеральные парафазии. При этом больной понимает обращённую к нему речь [7, 10, 20, 21, 31]. Данный вид речевых расстройств напоминает клиническую картину эфферентной моторной афазии (афазии Брока). Однако для афазии Брока типичны более выраженные речевые нарушения [12]. При нейровизуализации для АФ характерна дефектность левых лобных или лобно-височных отделов больших полушарий [20, 31].

Основными диагностическими критериями ЛФ ППА являются трудности в подборе слов в спонтанной речи и при назывании (логопения), нарушение повторения фраз и предложений. Отсутствуют дизартрия и грамматические нарушения речи, сохраняются рецептивный компонент речи, семантическая память [12, 19, 20, 21]. Эта форма ППА напоминает амнестическую афазию, которая нередко встречается при болезни Альцгеймера (БА) [22]. Методы структурной нейровизуализации при ЛФ обычно выявляют атрофию теменной и задних отделов левой височной доли [12, 19, 20, 21]. Проведение ПЭТ с применением радиофармпрепарата, тропного к фрагменту амилоидного белка ("питсбургская субстанция"), обнаруживает увеличение захвата препарата у пациентов с ЛФ и значительно реже при других формах. Предполагается, что эта форма ППА обусловлена болезнью Альцгеймера [35].

Комбинированная форма ППА включает сочетание грамматических нарушений речи и нарушение понимания значения слов. Этот вид, по мнению M. Mesulam, может развиваться вследствие прогрессирования патологического процесса с любой формой ППА [30].

В исследованиях Степкина Д.А., Захарова В.В., Яхно Н.Н. показано, что в основе речевых нарушений при аграмматической форме ППА лежит снижение речевой активности. Для семантической формы ППА характерны выраженные нарушения номинативной функции речи, слухо-речевой памяти, а также нарушения предметного гнозиса и пространственных функций. Для логопенической формы характерны нарушения номинативной функции речи и предметного гнозиса.

Семейный анамнез прослеживается в 30-40% случаев ППА и характеризуется аутосомно-доминантным типом наследования. Семейные случаи АФ связаны с мутацией гена, кодирующего програнулин, а случаи СФ связаны с мутацией в гене, кодирующем микротубул-ассоциированный тау-протеин и (реже) програнулин. Описаны также другие мутации, которые составляют менее 5% случаев ППА [10, 22].

В настоящее время эффективного лечения ППА не существует [9]. Согласно данным Е.Е. Васениной, Н.И. Верюгиной, О.С. Левина клинические испытания антидементных препаратов, продемонстрировавших эффективность при БА, у больных с ЛВД принесли противоречивые результаты. Причины, с одной стороны, в особенностях патофизиологии ЛВД (в частности, в отсутствии при ЛВД клинически значимой дисфункции холинергической системы), а с другой стороны, в гетерогенности морфологического и нейрохимического субстрата ЛВД. Тем не менее, в ряде случаев, рекомендуют пробную терапию ингибиторами холинэстеразы, в частности ривастигмина, в том числе имея в виду невозможность точной дифференциации ЛВД с атипичным вариантом болезни Альцгеймера.

В исследованиях Степкиной Д.А., Захарова В.В., Яхно Н.Н. выявлено, что монотерапия мемантином или комбинированная терапия в сочетании с ингибитором холинестеразы у большинства пациентов с СФ и АФ ППА была неэффективна. Сходные данные приводят и другие исследователи [23, 13]. В исследовании галантамина при ППА была обнаружена тенденция к стабилизации речевых нарушений в группе с ППА по сравнению с плацебо [24]. По результатам пилотного исследования мемантина была получена тенденция к меньшей степени прогрессирования речевых нарушений в группе с ППА по сравнению с плацебо [23]. Однако следует отметить, что в этих исследованиях не проводился анализ в зависимости от формы ППА. Возможно, терапевтические мероприятия могут быть наиболее эффективны при ЛФ ППА, учитывая ее частую трансформацию в БА.

Вывод

Таким образом, мы видим, что, несмотря на многочисленные исследования лобно-темпоральной деменции, ещё остаётся много вопросов, касающихся диагностики и лечения данной патологии, нуждающихся в доработке и дополнительных исследованиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васенина Е.Е., Верюгина Н.И., Левин О.С. Научная статья на тему "Современные представления о диагностике и лечении лобно-височной деменции" Современная терапия в психиатрии и неврологии №3; РМАПО, Москва, 2015 год; стр. 26-34
2. Васенина Е.Е., Левин О.С. Первичные прогрессирующие афазии // Журнал неврологии и психиатрии. - 2014. -Т. 6, № 2. - С. 3-12.
3. Гришина Д.А., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивнаые нарушения при поведенческой форме лобно-височной деменции НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ, № 6, 2016, научная статья, стр 330-337
4. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты. М.: Медпресс-информ; 2013.
5. Кадыков А.С., Калашникова Л.А., Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М., Егорова А.В., Пильщикова И.К.Первичная прогрессирующая афазия. Атмосфера. Нервные болезни. 2005; 4: 33-6.
6. Левин О.С. Когнитивные нарушения в неврологической практике. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 272 с.
7. Степкина Д.А., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Лобно-височная дегенерация (обзор литературы и собственные наблюдения). Доктор.Ру. 2013; (5): 44-50.
8. Степкина Д.А., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Некогнитивные нервно-психические нарушения при синдроме первичной прогрессирующей афазии. Неврологический журнал. 2014; 19 (6): 17-22.
9. Степкина Д.А., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром первичной прогрессирующей афазии. Неврологический журнал №5; 2014; 22-28
10. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции. Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2010,
11. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы; Руководство для врачей; Москва "Медицина" 2003
12. Bonner M.F., Ash S., Grossman M. The new classification of primary progressive aphasia into semantic, logopenic, or nonfluent/agrammatic variants. Curr. Neurol. Neurosci. 2010; 10: 484-90.
13. Boxer A., Lipton A.M., Womack K. et al. An open-label study of Memantine treatment in 3 subtypes of frontotem-poral lobar degeneration. Alzheimer Dis Assoc Disord.2009; 23: 211-7.
14. Cerami C., Cappa S.F. The behavioral variant of frontotemporal dementia: linking neuropatholcmogy to social cognition// Neurol Sci. - 2013. - Vol. 34. - P. 1267-1274. "
15. Chare L., Hodges J.R., Leyton C.E., et al. New criteria for frontotemporal dementia syndromes: clinical and pathological diagnostic implications // J Neurol Neurosurg Psychiatry. - 2014. -Vol. 85. - P. 866-871.
16. Chow T.W. What are the different initial presentations of frontotemporal dementia? // J Mol Neu-rosci. - 2011. - Vol. 45. - P. 710-712.,
17. Coleman L.W., Digre K.B., Stephenson G.M., Townsend J.J. Autopsy-proven, sporadic pick disease with onset at age 25 years. Arch. Neurol. 2002; 59 (5): 856-59.
18. Ferrari R., Hernandez D.G., Nalls M.A., et al. Frontotemporal dementia and its subtypes: a genome-wide association study // Lancet Neurol. - 2014. - Vol. 13. - P. 686-699.
19. Gorno-Tempini M.L., Brambati S.M., Ginex V.et al. The logopenic/phonological variant of primary progressive aphasia. Neurology. 2008; 71: 1227-34.
20. Gorno-Tempini M.L., Dronkers N.F., Rankin K.P. et al. Cognition and anatomy in three variants of primary progressive aphasia. Ann. Neurology. 2004; 55: 335-46.
21. Gorno-Tempini M.L., Hillis A.E., Weintraub S. et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology. 2011; 76:1006-14.
22. Grossman M. Primary progressive aphasia: clinicopathological correlations. Nat. Rev. Neurol. 2010; 6: 88-97.
23. Johnson N.A., Rademaker A., Weintraub S. et al. Pilot trail of memantine in primary progressive aphasia. Alzheimer Dis. Assoc. Disord. 2010; 24: 308.
24. Kertesz A., Morlog D., Light M. et al. Galantamine in frontotemporal dementia and primary progressive aphasia. Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2008; 25: 178-85.
25. Laforce R. Behavioral and language variants of frontotemporal dementia: a review of key symptoms // Clinical Neurology and Neurosurgery. -2013. - Vol. 115. - P. 2405-2410.
26. Lovestone S., Philpot M., Connell J., Lantos P., Powell J., Russ C. et al. Genetics, molecular biology, neuropathology and pheno-type of frontal lobe dementia. Br. J. Psych. 2002; 180: 455-60.
27. Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for fronto-temporal degeneration. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1994; 57 (4): 416-8.
28. Mesulam M.M. Slowly progressive aphasia without generalized dementia. Ann. Neurol. 1982; 11: 592-8.
29. Mesulam M.M., Wieneke C., Rogalski E. Quantitative template for subtyping primary progressive aphasia. Arch. Neurol. 2009; 66: 1545-51.
30. Mesulam M.M., Wieneke C., Thompson C. et al. Quantitative classification of primary progressive aphasia at early and mild impairment stages. Brain. 2012; 135: 1537-53.
31. Neary D., Snowden J.S., Gustafson L. et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology. 1998; 51: 1546-54.
32. Onyike C.U., Diehl-Schmid J. The epidemiology of frontotemporal dementia // Int Rev Psychiatry. - 2013. - Vol. 25, № 2. - P 130-137.
33. Paulos J.P., Massano J. Clinical, genetic and neuropathological features of frontotemporal dementia: an update and guide // Acta Med Port. - 2013. - Vol. 26, № 4. - P. 392-401.
34. Pressman P.S., Miller B.L. Diagnosis and management of behavioral variant frontotemporal dementia // Biol Psychiatry. - 2014. - Vol. 75. -P. 574-581.
35. Rabinovici G.D., Jagust W.J., Furst A.J. et al. Abeta amyloid and glucose metabolism in three variants of primary progressive aphasia. Ann. Neurol. 2008; 64: 388-401.
36. Rascovsky K., Hodges J.R., Knopman D., etal. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia // Brain. - 2011. - Vol. 134. - P. 2456-2477.
37. Rascovsky K., Hodges J.R., Knopman D., Mendez M.F., Kramer J.H., Neuhaus J. et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain. 2011; 134 (Pt. 9): 2456-77.
38. Seelaar H., Rohrer J.D., Pijnenburg Y.A., Fox N.C., van Swieten J.C. Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia: a review. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2011; 82: 476-86.

Поступила 09.10.2020

УДК 614.2:616-036.865-053(575.13)

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРВЫЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исаков Э.З., Матхошимов Н.С., Ахмедов Ж.Х.,

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ ***Резюме***

В данной статье, авторами проводится анализ распространенности первичной инвалидности трудоспособного населения Ферганской области. Освещаются основные причины, приводящие к инвалидности по классам болезней и их распространения по группам освидетельствования.

Анализируются уровень первичной инвалидности трудоспособного населения по месту проживания и возрастно-половым группам данного контингента.

Ключевые слова: инвалидность трудоспособного возраста, уровень, класс, болезней, анализ, динамика, распространенность, структура.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ МЕҲНАТГА ЛАЁҚАТЛИ ЁШДАГИ АҲОЛИ ОРАСИДА БИРЛАМЧИ НОГИРОНЛИКНИНГ ТАРҚАЛИШИ ТАҲЛИЛИ

Исақов Э.З., Матхошимов Н.С., Ахмедов Ж.Х.,

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали.

✓ ***Резюме***

Ушбу мақолада муаллифлар Фарғона вилоятининг меҳнатга лаёқатли ёшдаги аҳолиси орасида бирламчи ногиронликнинг тарқалишини таҳлил қилганлар. Касалликлар синфи бўйича ногиронликка олиб келувчи асосий сабаблар ва уларни текширув гуруҳлари бўйича тақсимланиш даражаси ёритиб берилган.

Меҳнатга лаёқатли ёшдаги аҳолининг яшаш жойи ҳамда ушбу контингентнинг ёш ва жинс гуруҳлари бўйича бирламчи ногиронлик даражаси таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: меҳнатга лаёқатли ёшдаги ногиронлик, даража, касаллик синфи, таҳлил, динамика, тарқалиш, тузилиш.

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF PRIMARY DISABILITY IN THE WORKING-AGE POPULATION OF THE FERGHANA REGION

Isakov E. Z., Matkhoshimov N.S., Ahmedov J.H.,

Fergana Branch of Tashkent Medical Academy.

✓ ***Resume***

In this article, the authors analyze the prevalence of primary disability in the working-age population of the Ferghana region. The main causes that lead to disability groups are highlighted by class of diseases and their distribution by examination.

The level of primary disability of the working-age population is analyzed by place of residence and age and gender groups of this contingent.

Key words: disability of working age, level, diseases' classes, analysis, dynamics, prevalence, structure.

Актуальность

Статистика инвалидов в мире составляет 23% от всего населения планеты. Это примерно более 1 млрд. людей. По данным ВОЗ каждый год число инвалидов увеличивается. Причины роста количества людей с ограниченными возможностями: увеличение численности населения планеты; значительный прогресс в медицине; увеличение продолжительности жизни людей.

В странах, где люди живут 70 лет и более, многие люди в пожилом возрасте становятся недееспособными. Среди детей, молодежи и людей среднего возраста 80% инвалидов проживает в развивающихся странах, где у населения низкий уровень жизни и доходов.

С.Н. Пузин (2006, 2008), отмечает, что показатель инвалидности характеризует социальное неблагополучие населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и нарушение взаимосвязей человека-инвалида и общества [8, 9].

Одним из приоритетных направлений государственной политики в проблеме охраны здоровья населения является сохранение и укрепление здоровья трудоспособного населения, от чего зависит социально-экономическое развитие страны [2, 4, 7, 10, 13, 15].

Инвалидность трудоспособного населения является актуальной проблемой не только для органов здравоохранения и социальной защиты, но и для исполнительных и законодательных органов всех уровней иерархической вертикали управления государства [3, 5].

Международная организация труда сообщает, что среди населения трудоспособного возраста 400 млн. инвалидов группы.

В настоящий момент инвалидность среди трудоспособного населения -это одна из актуальнейших проблем общественного здравоохранения, непосредственно влияющая на социально-экономическое развитие страны [1, 4, 6, 11, 12, 14].

Вместе с тем, эта проблема изучена недостаточно, а комплексного углубленного изучения форми-

рования инвалидности трудоспособного населения в Республике Узбекистан, в частности, по Ферганской области не проводилось.

Таким образом, состояние этой проблемы, является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны. Поэтому важность и актуальность изучения инвалидности населения не вызывает сомнений.

Цель исследования. Изучить распространенность первичной инвалидности трудоспособного населения в Ферганской области.

Материал и методы

Объект исследования - совокупность впервые признанных инвалидов трудоспособного возраста в Ферганской области.

Исследование сплошное. Объем исследования составил 5278 человек всех впервые признанных инвалидов трудоспособного возраста за 2019 год.

Материалом для исследования явились официальные статистические данные Республиканской инспекции медико-социальной экспертизы при Министерстве здравоохранения и отчетные сведения Комитета государственной статистики Республики Узбекистан.

Единица наблюдения - впервые признанный инвалид трудоспособного возраста.

Результат и обсуждение

За 2019 год количество впервые признанных инвалидов трудоспособного возраста в Ферганской области составило 5278 человек и 23,8 на 10000 населения.

Уровень первичной инвалидности на 10000 населения по возрастным группам трудоспособного населения выгладят следующим образом: количество первичных инвалидов в 16-19 лет составило - 701 человек (33,5%00; в возрастных группах 20-24 лет - 171 (5,3%00); в 20-29 лет - 328 (9,1%00); в 30-34 лет - 488 (15,0%00); в 35-39 лет - 544 (20,4%00); в 40-44 лет - 629 (26,3%00); в 45-49 лет - 747 (33,7%00); в 50-54 лет - 981 (51,7%00); в 55-59 лет - 689 (80,8%00) (Таблица 1).

Таблица - 1

Распространенность первичной инвалидности трудоспособного возраста Ферганской области по место жительсту и по половому признаку (на 10000 население)

Возрастные группы	Всего	в том числе:		Городское население			Сельское население		
		муж	жен	Всего	муж	жен	Всего	муж	жен
16-19	33,5	36,0	30,8	21,9	22,5	21,3	49,2	53,4	44,6
20-24	5,3	6,0	4,6	3,4	4,3	2,5	8,0	8,4	7,6
25-29	9,1	9,3	8,8	6,6	6,8	6,3	12,4	12,7	12,2
30-34	15,0	14,7	15,2	8,5	8,9	8,1	23,7	22,6	24,8
35-39	20,4	19,4	21,4	12,8	12,1	13,4	30,9	29,1	32,8
40-44	26,3	25,7	27,0	18,7	19,2	18,3	36,8	34,3	39,4
45-49	33,7	31,2	36,0	24,3	23,1	25,4	47,0	42,6	51,4
50-54	51,7	55,6	48,0	38,7	40,3	37,2	69,3	76,1	62,8
55-59	80,8	80,8	-	64,0	64,0	-	103,5	103,5	-
Всего	**23,8**	**25,9**	**21,4**	**16,6**	**18,5**	**14,6**	**33,6**	**36,0**	**30,9**

По данным таблицы видно в возрастных группах 16-19 лет количество первичных инвалидов среди всего трудоспособного возраста составило на 10000 населения составила 33,5 человек, а последующем возрастных в группах 20-24 лет наблюдается резкое снижение уровень первичной инвалидности и равняется на 5,3%00. На наш взгляд повышение распространение инвалидности 16-19 летнего возраста может быть связано с преобладаниями субъективными факторами, так как, дети инвалиды до 15 лет получают пособие не зависимо от групп инвалидности. С 16 летного возраста при получении пособий начинает учитывать группу инвалидности.

Таким образом, среди детей 16-19 летного возраста с целью получения групп инвалидности обращаемость в лечебно-профилактическое учреждение резко повышается для прохождения повторного освидетельствования.

Следовательно, в период 16-19 летного возраста уровень инвалидности резко снизилось, так как большинство населения данной возрастной группы, когда они были в возрасте 16-19 лет уже прошли переосвидетельствование на инвалидность и в последующих возрастных группах до 50-59 лет интенсивный показатель инвалидности постепенно имеет тенденции к увеличению.

Самый высокий уровень первичной инвалидности среди трудоспособного возраста занимают инвалиды 50-54 и 55-59 летного возраста соответственно 51,7%00 и 80,8%00. Это может быть связано, стремлением получения групп инвалидности указанных возрастных групп накануне пенсионного возраста.

Однако, уровень распространенности первичной инвалидности трудоспособного возраста по месту жительства во всех возрастных группах всегда выше, чем городской местности (Рис -1).

Самый высокий уровень первичной инвалидности среди трудоспособного возраста среди мужчины и женщины занимают инвалиды 50-54 и 55-59 летного возраста соответственно. Это может быть связано, стремлением получения групп инвалидности указанных возрастных групп накануне пенсионного возраста.

Однако, уровень распространенности первичной инвалидности трудоспособного возраста по половым

признакам во всех возрастных группах выглядят так; от 16 до 20 лет (мужчины- 36,0%00 и женщины- 30,8%00), от 20 до 24 лет (мужчины - 6,0%00 и женьшени- 4,8%00), от 25-29 лет (мужчины -9,3%0 и женщины 8,8).

Таким образом, среди инвалидов от 16 до 29 лет всегда преобладали инвалидности среди мужчин.

Уровень распространенности первичной инвалидности трудоспособного возраста по половым признакам в возрастных группах от 30 до 34 лет (мужчин- 14,7%00 и женщин- 15,2%00), от 35 до 39 лет (мужчины- 19,4%00 и женщин- 21,4%00), от 40 до 44 лет (мужчины- 25,7%00 и женщины- 27,0%00), от 45 до 49 лет (мужчины - 31,2%00 и 36,0%00).

Следовательно, от 30 до 49 лет преобладают инвалидности среди женщин, а от 50 до54 уровень инвалидности среди мужчин 55,6%00 и среди женщин 48,0%00 (Рис -2).

Особый интерес предоставляет анализ уровень инвалидов по классам заболеваний, приведших к инвалидности.

Изучен распространённость первичной инвалидности по классам заболеваний, приведших к инвалидности трудоспособного возраста в Ферганской области за 2019 г.

По распространённости первичной инвалидности среди трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения и уровень их равен на 3,5%00, второе место инвалиды вследствие психических расстройств и расстройства поведения - 3,2%00, третье место занимают инвалиды вследствие злокачественных новообразований - 2,9%00 (таблица 2).

Таблица 2

Распространенность первичной инвалидности среди трудоспособного возраста в Ферганской области по классам болезни, по месту жительства и половому признаку (на 10000 населения)

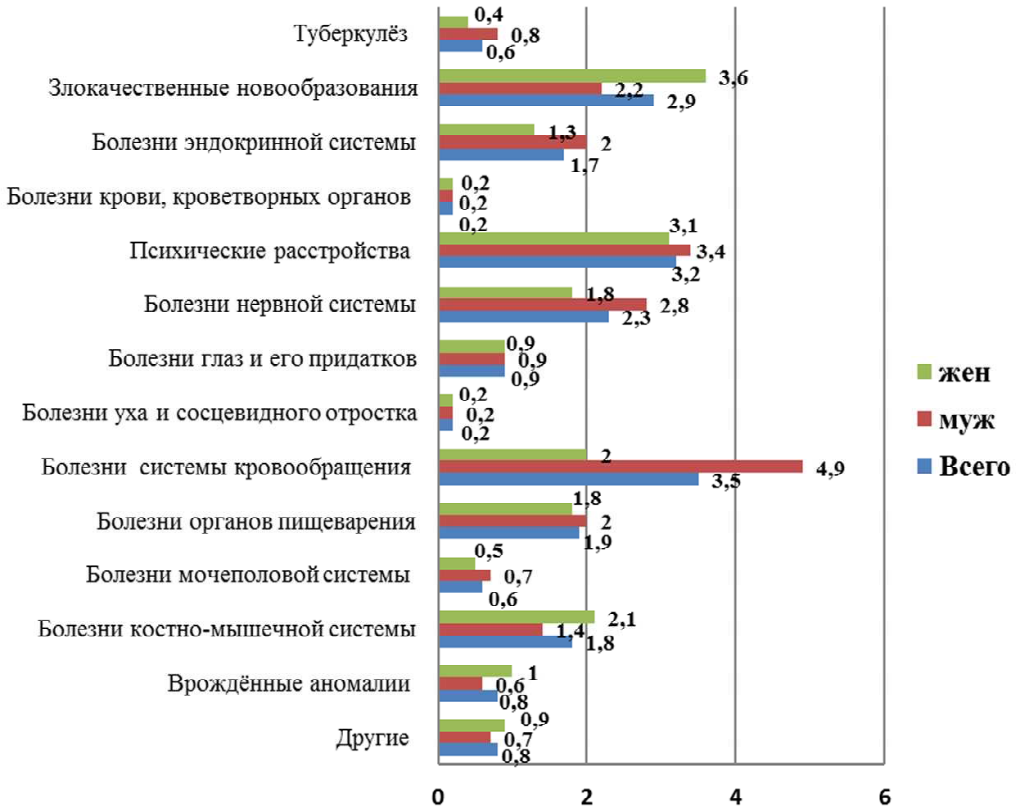
Класс болезней	Всего	В том числе		Всего	Городское население		Всего	Сельское население	
		м	ж		м	ж		м	ж
Всего	**23,8**	**25,9**	**21,4**	**16,6**	**18,5**	**14,6**	**33,6**	**36,0**	**30,9**
Туберкулёз	**0,6**	0,8	0,4	**0,3**	0,3	0,2	**1,0**	1,4	0,7
Злокачественные новообразования	**2,9**	2,2	3,6	**2,3**	1,6	3,0	**3,8**	3,1	4,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания ,нарушения обмена веществ	**1,7**	2,0	1,3	**1,4**	1,8	1,0	**2,1**	2,4	1,7
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	**0,2**	0,2	0,2	**0,2**	0,2	0,2	**0,2**	0,2	0,1
Психические расстройства и расстройства поведения	**3,2**	3,4	3,1	**1,3**	1,4	1,1	**5,9**	6,1	5,7
Болезни нервной системы	**2,3**	2,8	1,8	**1,8**	2,1	1,4	**3,1**	3,7	2,5
Болезни глаз и его придатков	**0,9**	0,9	0,9	**0,7**	0,8	0,6	**1,1**	1,1	1,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	**0,2**	0,2	0,2	**0,1**	0,1	0,1	**0,3**	0,3	0,3
Болезни системы кровообращения	**3,5**	4,9	2,0	**2,8**	3,9	1,5	**4,5**	6,2	2,7
Болезни органов дыхания	**1,0**	0,9	1,1	**0,5**	0,5	0,4	**1,7**	1,4	2,1
Болезни органов пищеварения	**1,9**	2,0	1,8	**1,3**	1,3	1,3	**2,7**	2,9	2,4
Болезни мочеполовой системы	**0,6**	0,7	0,5	**0,4**	0,5	0,4	**0,9**	1,1	0,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	**1,8**	1,4	2,1	**1,3**	1,2	1,5	**2,3**	1,7	3,0
Травмы отравления и некоторые другие последствия внешных причн	**1,5**	2,3	0,6	**1,1**	1,7	0,4	**2,0**	3,1	0,8
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	**0,8**	0,6	1,0	**0,6**	0,5	0,6	**1,0**	0,7	1,5
Другие	**0,8**	0,7	0,9	**0,6**	0,5	0,8	**0,9**	0,9	0,9

Далее четвертое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней нервной системы, интенсивный показатель которых составляет - 2,3%00, пятое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни органов пищеварения - 1,9%00,, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составляют 1,8%00, данный контингент занимает 6-е ранговое место. Затем 7-е ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, интенсивный показатель которых составляют - 1,7%00. Далее восьмое место занимают травмы и отравления - 1,5%00, Все выше перечисленное болезни составляет 79,0% из числа всех заболеваний.

Девятое место занимают болезни органов дыхания - 1,0%00, затем десятое место занимают болезни глаз и его придатков- 0,9%00, далее одиннадцатое место врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - 0,8%00, двенадцатое место занимают болезни мочеполовой системы и туберкулёз- по 0,6%00. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизма и болезни уха и сосцевидного отростка занимают тринадцатое место и интенсивный показатель которых составляет - по 0,2%00 (Рис 3).

Таким образом, вышеизложенное показывают, что инвалидность трудоспособного населения Ферганской области являются актуальной проблемой.

Рис. 3. Распространенность первичной инвалидности среди трудоспособного возраста в Ферганской области по классам болезни, по месту жительства и половому признаку. (на 10000 населения)



Выводы

1. Установлено, что в возрастных группах 16-19 лет количество первичных инвалидов среди всего трудоспособного возраста составила на 10000 населения 33,5 человек, а в последующих возрастных группах 20-24 лет наблюдается резкое снижение уровня первичной инвалидности и равняется на 5,3%00. На наш взгляд повышение распространения инвалидности 16-19 летнего возраста может быть связано с преобладаниями субъективных факторов, так как, дети инвалиды до 15 лет получают пособие не зависимо от групп инвалидности. С 16 летнего возраста при получении пособий начинают учитывать группу инвалидности.

2. Самый высокий уровень первичной инвалидности среди трудоспособного возраста занимают инвалиды 50-54 и 55-59 летного возраста соответственно 51,7%00 и 80,8%00. Это может быть связано, стремлением получения групп инвалидности указанных возрастных групп накануне пенсионного возраста.

3. Уровень распространенности первичной инвалидности трудоспособного возраста по месту жительства во всех возрастных группах всегда выше, чем городской местности.

4. Уровень распространенности первичной инвалидности трудоспособного возраста по половым признакам во всех возрастных группах выглядят так; от 16 до 29 лет всегда преобладают инвалиды мужчины, а с 30 до 49 лет показатели женщин выше чем у мужчин.

5. Болезни системы кровообращения, психические расстройства и расстройства поведения, инвалиды вследствие злокачественных новообразований, нервной системы, болезни органов пищеварения, костно-мышечной системы, болезней эндокринной системы, травмы и отравления составляет 79,0% из числа всех заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гончаров Н.Г. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы и пути медико-социальной реабилитации. Москва. 2001. 306 с.
2. Гришина Л.П. Основные тенденции формирования первичной инвалидности взрослого населения в России за 10 лет (1994-2003) / Ж. Медико-социальная экспертиза и реабилитация - М.: Медицина - 2005 -№3-с. 21-24.
3. Гришина Л.П., Лунев В.П., Байраков В.И. Тенденции первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации за 2001-2005 гг. //Здравоохранение Российской Федерации. 2006. №6. С. 30-32.
4. Гришина Л.П., Лунев В.П., Кардаков Н.Л., Байраков В.Н. Особенности первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2005 г. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. №1. С. 22-25.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: Системы здравоохранения - улучшение деятельности. ВОЗ - 2000 - С. 178-184.
6. Лунев В.П. Закономерности формирования инвалидности трудоспособного населения по обращаемости в БМСЭ Российской Федерации за период 1997-2005 гг. // Ж. Медико-соци-

альная экспертиза и реабилитация - М.: Медицина - 2007, № 2 - С. 40-42.
7. Меметов С.С., Медовник А.В. Динамика первичной и повторной инвалидности трудоспособного населения Ростовской области за период с 2001 по 2003 гг. / Материалы Российской научно практической конференции "Реабилитация как основное направление социальной политики РФ в отношении инвалидов" - Москва - 2004 - с. 172-173.
8. Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Чикинова Л.Н. Профилактика инвалидности и развития реабилитации - приоритетные задачи в сфере охраны здоровья населения России / Материалы II съезда Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии - Москва.-2006.- с. 1121.
9. Пузин С.Н., Лаврова Д.И. Медико-социальная экспертиза / С.Н.Пузин, Д.И.Лаврова - М.: ООО "МИА".- 2008. - 408 с.
10. Сайед Каммруззаман, Линденбратен А.Л., Воронова Н.Е., Головина С.М. Различные методологические подходы к оценке экономических потерь от ухудшения здоровья (заболеваемости, инвалидности, смертности) / Ж. Экономика здравоохранения. - 2009.- №12. - С. 26-32.
11. Суфишоев. Т. Аспекты первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца в Республике Таджикистан / / Г. Суфишоев, Ф.И.Одинаев, Ш.Ф. Одинаев II Доклады АН РТ,- 2013,-№8,- том 56. -С. 667-670.
12. Трифонова Н.Ю. Социально-гигиенические аспекты инвалидности взрослого населения и пути совершенствования мер реабилитации инвалидов //Проблемы управления здравоохранением. 2008. №2. С. 34-38.
13. Трифонова Н.Ю. Медико-социальные и психологические аспекты заболеваемости населения хроническим бронхитом в современные условия //Проблемы управления здравоохранением. 2008. №3. С. 56-59.
14. Щепин В.О., Габуева Л.А., Брюханова Н.Г. Экономические и правовые основы государственного и частного здравоохранения //Здравоохранение. 2005. №4. С. 42-47.
15. Щепин О.П., Овчаров В.К., Стародубов В.И., Денисов И.Н., Михайлова Ю.В., Шейман И.М. и др. Основные направления государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010 гг. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. №3. С. 3-11.

Поступила 09.10. 2020

УДК616.314-76

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА, ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРАХ

Рахмонова Ф.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Здоровье полости рта является неотъемлемой частью общего здоровья. Плохое здоровье полости рта приводит к повышенному риску хронических заболеваний, включая сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и некоторые виды рака. Плохое здоровье полости рта может повлиять на способность человека есть определенные питательные продукты, в то время как плохое питание может увеличить риск ухудшения здоровья полости рта, включая заболевания пародонта и потерю зубов. Заболевания пародонта связаны с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и некоторыми видами рака. Таким образом, хотя взаимосвязь между плохим состоянием полости рта, нарушенным выбором питания и страхом и беспокойством в отношении процедур пародонта не является совершенно новой, этот обзор предоставляет обновленную сводку литературы, посвященной аспектам этих сложных отношений.

Ключевые слова:тревожность; страх; питание; здоровье ротовой полости; периодонтальный.

EVALUATING THE EFFECTS OF ORAL HYGIENE, PROPER NUTRITION AND DENTAL FEAR

Raxmonova F.M.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Oral health is an integral part of overall health. Poor oral health leads to an increased risk of chronic diseases, including diabetes, cardiovascular disease, and certain cancers. Poor oral health can affect a person's ability to eat certain nutritious foods, while poor nutrition can increase the risk of poor oral health, including periodontal disease and tooth loss. Periodontal disease is associated with diabetes mellitus, cardiovascular disease and some types of cancer. Thus, while the relationship between poor oral health, poor nutritional choices, and fear and anxiety regarding periodontal procedures is not entirely new, this review provides an updated literature summary on aspects of these complex relationships.

Key words: anxiety; fear; food; oral health; periodontal.

ОҒИЗ ГИГИЕНАСИ, ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНИШ ВА ПЕРИОДОНТАЛ МУОЛАЖАЛАРДАН ҚЎРҚУВИНИНГ ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Рахмонова Ф.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Оғиз бўшлиғи саломатлиги умумий соғлиқнинг ажралмас қисмидир. Оғиз бўшлиғининг ёмон ҳолати сурункали касалликлар, шу жумладан диабет, юрак-қон томир касалликлари ва айрим саратон касалликлари хавфини оширади. Оғиз бўшлиғининг хасталик ҳолати одамнинг баъзи бир тўйимли овқат ейиш қобилиятига таъсир қилиши мумкин, аммо ёмон овқатланиш оғиз бушлиғи саломатлиги, шу жумладан периодонтал касалликлар ва тишларнинг йўқотиш хавфини оширади. Периодонтал касаллик диабет, юрак-қон томир касалликлари ва айрим саратон турлари билан боғлиқ. Шундай қилиб, оғиз бўшлиғининг ёмон ҳолати, нотўғри овқатланиш танлови ва периодонтал процедуралар билан боғлиқ қўрқув ва хавотир ўртасидаги муносабатлар мутлақо янги эмас, аммо ушбу шарҳ ушбу мураккаб муносабатларнинг аспектлари бўйича янгиланган адабиётлар тўпламини тақдим этади.

Калит сўзлар: ташвиш; қўрқув овқат; оғиз соғлиғи; периодонтал.

Актуальность

В этом обзоре будет выявлено, что известно о сложных отношениях между плохим состоянием полости рта, нарушенным выбором питания, а также страхом и беспокойством по поводу процедур пародонта. В частности, будет обсуждаться потеря зубов и то, как она влияет на потребление пищи и / или питательных веществ.Обсужденно, страх и беспокойство могут привести к тому, что пациенты будут избегать стоматологического лечения, что потенциально может привести к дальнейшему ухудшению их здоровья полости рта из-за невозможности здорового питания. Кратко обсуждаются некоторые стратегии, помогающие пациентам справиться с зубной тревогой. Статьи, цитируемые в этом обзоре литературы, были найдены с помощью поиска по ряду онлайн-баз данных, включая Medline, WebofScienceComplete и AcademicSearchComplete. Примерами некоторых поисковых терминов, используемых в комбинации, являются: здоровье полости рта, питание, потребление питательных веществ, состояние зубов, страх перед зубами,

Питание и здоровье полости рта неразрывно связаны. Плохое здоровье полости рта может повлиять на способность человека есть определенные питательные продукты, в то время как плохое питание может увеличить риск ухудшения здоровья полости рта, включая заболевания пародонта и потерю зубов. За-

болевания пародонта связаны с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и некоторыми видами рака [1]. Потеря зуба, которая может или не может быть связана с заболеванием пародонта, была связана с повышенным риском ряда хронических заболеваний, включая ишемическую болезнь сердца и хроническое заболевание почек [4]. Это также может быть связано с плохим потреблением питательных веществ. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что диета с высоким содержанием фруктов, овощей и цельного зерна может снизить риск развития ишемической болезни сердца [6]. Кроме того, диета с высоким содержанием витамина С, которая содержится во многих фруктах и овощах, которые людям с плохим здоровьем полости рта может быть трудно есть, защищает от некоторых видов рака, в том числе полости рта [6]. Таким образом, плохое потребление питательных веществ в результате нарушения стоматологического статуса может привести к более высокому риску хронического заболевания.

Замена и поддержание естественных зубов улучшает жевательную способность, позволяя людям принимать разнообразную и питательную диету, и представляет собой стратегию, позволяющую завершить цикл, который может поставить человека на траекторию развития хронического заболевания. Однако, хотя реконструктивные операции на пародонте и / или установка имплантатов могут избежать ограничения выбора пищи из-за плохого зубного ряда, многие люди отказываются или откладывают эти процедуры из-за страха и беспокойства. Выявление и реализация стратегий, направленных на снижение страха и тревоги среди пациентов, может закончить цикл, побудив большее количество пациентов обращаться за необходимым лечением; ведет к улучшению здоровья полости рта и общего здоровья.

Зубы и выбор еды. Связь между заболеванием пародонта и / или потерей зуба и повышенным риском хронического заболевания может, по крайней мере частично, быть связана с диетой. Когда пищевые рационы оценивались с использованием 24-часовых опросников или опросников о частоте приема пищи, было обнаружено, что люди, у которых отсутствуют зубы, склонны потреблять меньше порций фруктов и овощей, меньше клетчатки и больше холестерина [10,11]. Это может быть из-за того, что отсутствие зубов может ограничить выбор пищи. Это также может повлиять на метод приготовления пищи. Продукты, которые имеют более полезный для здоровья профиль питательных веществ, часто труднее поддаются жеванию, особенно пожилым людям. Примеры включают фрукты, сырые овощи и мясо.

Поэтому можно сделать вывод, что люди, которые не имеют адекватной реабилитации для своих отсутствующих зубов, избегают продуктов, которые труднее жевать, таких как фрукты и сырые овощи.

Распространенность страха и тревоги по отношению к стоматологическому лечению и поведению, направленному на избегание зубов. Высокий зубной страх - главная причина, почему пациент может хотеть пропустить и отменить встречи или избегать зубных встреч. Когда их спросили о том, почему они избегали стоматолога в прошлом году, одно исследование показало, что причиной стоматологического лечения стали 7,8% участников [2]. Когда пациенты были отнесены к категории пациентов с высоким уровнем стоматологического страха по сравнению с пациентами с низким или отсутствующим стоматологическим страхом, пациенты в группе с высоким стоматологическим страхом сообщали о пропаже, отмене или уходе от стоматолога значительно чаще, чем в группе с низким или без страха [3]. Хотя страх является основной причиной, по которой люди избегают стоматологического лечения, следует отметить, что это не единственная причина, по которой не обращаются за стоматологическим лечением. Другие распространенные причины, по которым люди не обращаются за стоматологическим лечением, включают нехватку времени, стоимость лечения, ощущение, что лечение не требуется, беспокойство по поводу боли, связанной с лечением, и неприязнь к стоматологам [8].

В нескольких исследованиях сообщалось об основных факторах, которые приводят к тому, что следует избегать или откладывать лечение зубов. В одном исследовании причины ухода от стоматолога в прошлом году включали в себя то, что зубы их не беспокоили (40,7%), стоимость (30,7%), нехватка времени (14,9%), страх перед лечением зубов (7,8%) и другие. причины (5,9%) [6]. Когда молодые люди (средний возраст 23,2 ± 4,0 года) были опрошены относительно их практики стоматологической помощи, 36% респондентов сообщили о "нехватке времени" в качестве причины нерегулярных посещений [4]. В общей сложности 34,1% сообщили, что они не имели регулярного посещения, потому что они чувствовали, что лечение не нужно, в то время как 16,6% сообщили, что стоимость лечения ограничивала их посещение, а 13,1% сообщили, что страх удерживал их от стоматолога [8]. Среди участников те, кто регулярно посещал стоматологов, сообщали о меньшей тревожности зубов, чем те, кто посещал нерегулярно (20,9% против 79,1%). В другом исследовании пациенты были разделены на группы с высоким и низким уровнем стоматологической тревожности на основе ответов на Индекс зубной тревоги и страха. Всех пациентов спросили, избегают ли они в настоящее время стоматолога, и причину их ухода. Пациенты как в группе с высокой, так и низкой зубной тревожностью сообщили о стоимости как о наиболее распространенной причине избегания (72,5% против 70,0% соответственно). В группе с высоким уровнем стоматологической тревожности следующие наиболее распространенные причины избегания включали страх или беспокойство (55,6%), неприязнь к стоматологу (41,2%) и беспокойство по поводу боли или неприятных ощущений (41,1%). В группе с низким уровнем тревожности зубов второй по частоте причиной избегания после затрат была нехватка времени (38,8%). Существует целый ряд факторов, которые способствуют возникновению у пациента беспокойства, которое приводит к посещению стоматолога, и страха перед болью, связанной с лечением, в качестве основной причины, которая в конечном итоге может привести к отказу от лечения зубов.

Зубной страх может привести к долгосрочному уходу от стоматолога. Больше пациентов, которые не были у стоматолога в предыдущие 10 лет, испытывали больший страх перед зубами, чем те, кто был у стоматолога в течение предыдущих 12 месяцев. Отказ от лечения может усилить страх перед стоматологическим лечением, потому что это часто приводит к тому, что пациенты обращаются за стоматологическим лечением только тогда, когда состояние здоро-

вья полости рта ухудшилось до такой степени, что требуется интенсивное лечение. В исследовании, где пациенты сообщали о том, что избегали стоматолога в среднем на 7,5 лет (в диапазоне от 0 до 40 лет), было обнаружено, что количество лет, в течение которых человек избегал стоматолога, коррелировало с ухудшением состояния полости рта. Страх перед стоматологическим лечением также может быть усилен, когда пациенты с высокой зубной тревогой обращаются за лечением только на проблемно-ориентированной основе, поскольку задержка в обращении за лечением может привести к более сложным клиническим ситуациям, которые могли бы быть предотвращены с помощью более раннего вмешательства.

Влияние страха и тревоги на лечение пародонта. В дополнение к общему состоянию полости рта и визитам к общему стоматологу, в некоторых исследованиях изучалось влияние страха и тревоги на предотвращение обращения пациентов за лечением пародонта. Желание наркоза может служить показателем зубного страха или беспокойства. Используя эту предпосылку, возможно, что люди, которые желают седации или общего наркоза, испытывают наибольшее негативное восприятие к операции пародонта. В обследованной популяции предпочтение седации было наибольшим для операций на пародонте (68,2%) по сравнению с эндодонтическими процедурами (54,7%) или экстракцией (46,5%) [2].

Пациенты, которые испытывают большую тревогу по поводу процедуры пародонта, в конечном итоге испытывают больший уровень боли по сравнению с пациентами с низким уровнем тревоги [3]. Что касается хирургии зубных имплантатов, тревога была самым сильным предиктором количества боли, которую пациент испытал бы после операции. Аналогичным образом, другое исследование показало, что пациенты с высокой тревожностью перед операцией на пародонте испытывали значительно больше боли, чем пациенты с низкой тревожностью перед операцией на пародонте.

Стратегии снижения стоматологического страха и тревоги

Крайне важно устранить как можно больше барьеров для стоматологического лечения, чтобы пациенты обратились за необходимым стоматологическим лечением. Своевременное получение соответствующего стоматологического лечения должно помочь людям сохранить свои естественные зубы или получить зубные имплантаты, чтобы они могли питаться здоровой и разнообразной диетой. Существует множество потенциальных стратегий, которые были использованы для управления тревожностью в стоматологической обстановке.

Опасения пациентов относительно посещений стоматолога сильно различаются в зависимости от того, как они воспринимают стоматолога и лечение зубов. Некоторые психологические аспекты лечения зубов являются причиной нервозности пациента. Предыдущие сообщения показали, что пациенты сообщают о большем беспокойстве по поводу лечения зубов, когда у них ранее был болезненный стоматологический опыт [7]. Например, было обнаружено, что серьезность предыдущего негативного опыта влияла на человека с высокой зубной тревогой, чтобы избежать лечения зубов. Отрицательные переживания, которые были исследованы, включали боль, дискомфорт, рвоту, обморок или чувство легкомысленности, смущение и личные проблемы с стоматологом. Среди пациентов с высокой зубной тревогой те, кто ранее потерял сознание или испытывали смущение из-за стоматологического лечения, имели значительно больший шанс избежать стоматологического вмешательства. Для пациентов с низкой зубной тревогой существовала значительная связь между предыдущим опытом, связанным с болью или обмороком, который они считали сильно негативным, и текущим уходом от зубов [3]. Также сообщалось, что некоторые пациенты испытывают беспокойство, когда в их лечении ощущается потеря контроля [4]. В этих ситуациях важно, чтобы стоматолог мог выявлять нервных пациентов и эффективно общаться с ними. Это помогает укрепить доверие между пациентом и стоматологом. В свою очередь, это может уменьшить беспокойство и помочь пациенту лучше контролировать свое лечение [5]. Эффективное общение между стоматологическим персоналом и пациентом имеет важное значение для укрепления доверия в отношениях и облегчения пациента. Согласно исследованию группы пациентов, у которых была высокая зубная тревожность, но которым удалось преодолеть свою тревогу при обращении за регулярной стоматологической помощью, основа доверия была ключом к тому, чтобы сделать это возможным. Общение было определено как основа для укрепления доверия в этих отношениях [8].

Некоторые аспекты стоматологического лечения, которые вызывают беспокойство, - это физически неудобные ощущения, такие как неприятный вкус, прием местного анестетика или слишком много жидкости во рту [9]. Изучение негативного опыта при последовательных операциях показало, что между специфическими переживаниями, вызывающими дискомфорт, существует плохая корреляция Было выдвинуто предположение, что это произошло потому, что если пациент испытывал неприятные ощущения во время первой операции, то пациент мог сообщить об этом хирургу, чтобы избежать отрицательного опыта при следующем посещении [9]. Это обнадеживающая находка, но она еще раз подчеркивает необходимость эффективного общения между пациентом и врачом.

Для клинициста важно определить пациентов, которые беспокоятся о лечении, чтобы клиницист мог чувствовать себя комфортно в этом процессе. Поощрение пациентов, страдающих стоматологическим расстройством, задавать вопросы, касающиеся их процедуры, может заставить их чувствовать себя непринужденно и, таким образом, с большей вероятностью будет обращаться за лечением, которое им необходимо, чтобы восстановить здоровье полости рта и позволить им вести более здоровый образ жизни в целом.

Выводы

Доступные и изученные нами литературы показывает, что состояние здоровья полости рта влияет на потребление пищи и питательных веществ. Это может повлиять на воспринимаемую легкость, с которой люди

едят разные продукты, и есть некоторые свидетельства того, что люди с меньшим количеством зубов избегают продуктов, которые трудно считать жевательными [5]. Было обнаружено, что люди с меньшим количеством зубов имеют более низкое потребление или статус некоторых питательных веществ, таких как витамин С, по сравнению с людьми с большим количеством зубов [2]. Можно сделать вывод, что страх является причиной, по которой пациенты избегают лечения зубов, и некоторые данные свидетельствуют о том, что операция на пародонте может вызывать у пациентов наибольшую тревогу по сравнению с другими видами стоматологической хирургии[8]. Этот зубной страх и беспокойство могут также привести к тому, что вы избежите операции на пародонте. Нынешние пробелы в знаниях включают в себя определение того, как состояние питания пациентов с зубной тревогой сравнивается с пациентами, которые не страдают от зубной тревоги, и приводит ли восстановление зубного ряда к большему разнообразию выбора пищи. Разумно, что, если цикл можно прервать из-за дальнейшего понимания этих сложных взаимоотношений, пациенты, вероятно, будут жить более здорово, и у пациента могут быть меньше опасения по поводу стоматологического опыта.

СПИСОК ЛИТЕРАТРЫ:

1. Никитина Г.В., Лагутина Н.Я. Экспериментальная и клиническая стоматология.// М. - 1973 - Т.4, - С. 73-76.
2. Максимовский Ю.М. Основы профилактики стоматологических заболеваний // М., 2005 - С.101
3. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. // Киев - Книга плюс - 2001 -207с.
4. Гнездицкий В.В. Этиопатогенетические аспекты хронического генерализованного пародонтита[и др.] // Российский стоматологический журнал, 2010.- №1.- С. 28-33.
5. Григорьян А.С. Видовой состав анаэробной микрофлоры пародонтального кармана в зависимости от стадии пародонтита // Стоматология.2009.- №4.- С. 43-47.
6. Грудянов, А.И. Быстропрогрессирующий пародонтит. Особенности клинического течения и лечения / Грудянов А.И., Безрукова И.В. // Стоматология, 2000.- №5.- С. 24-27.
7. Кирсанов А.И. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта / Кирсанов А.И., Горбачева И.А. // Пародонтология, 1999.- №1.- С. 95-96.
8. Маланьин, И.В. Оценка заболеваемости воспаления тканей пародонта в Пензенском регионе. Фундаментальные исследования / Маланьин И.В., Емелина Г.В., Иванов П.В., 2010. №2.С. 80-87.
9. Мищенко, Т.В. Использование иммунотропных препаратов в комплексной терапии хронических пародонтитов /, Лазарев А.И. // Иммунитет и болезни: от теории к терапии.- М., 2005.- С. 274.
10. Непомнящая, Н.В. Особенности лечения хронического пародонтита в зависимости от групповой принадлежности крови у пациентов с зубочелюстными аномалиями / Непомнящая Н.В., Постников М.А. // Ортодонтия, 2008.- №4 (44).- С. 11-12.

Поступила 09.10. 2020

УДК 616-002. 616.211-002.153

ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ В 2020 ГОДУ

Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р. Абдурахмонов Х.Н.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В данном научно аналитическом исследование было изученно современного подхода лечения в условиях пандемии COVID-19. Научно анализированы причин, клиническое течение, диагностические различия, по фенотипу вирсной инфекции в условиях пандемии. Было анализированно управление АРС в соответствии с международными рекомендациями в условиях пандемии. Анализированы современные руководство в сравнение для врачей с рекомендациями руководства по ОРС с учётом социально-экономическом бремени ОРС в условиях пандемии.

Ключевые слова : риносинусит, у детей , COVID-19, лечение.

ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN: MODERN TREATMENT IN 2020

Karabaev Kh.E., Mamatova Sh.R. Abdurakhmonov Kh.N.,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

This analytical research study examined the modern treatment approach in the context of the COVID-19 pandemic. The causes, clinical course, diagnostic differences, according to the phenotype of viral infection in a pandemic have been scientifically analyzed. The management of ARS was analyzed in accordance with international recommendations in a pandemic. Analyzed the current guidelines for comparison for doctors with the recommendations of the guidelines on ARS, taking into account the socio-economic burden of ARS in a pandemic.

Key words: rhinosinusitis, in children, COVID-19, treatment.

BOLALARDA O'TKIR RINOZINUSIT: 2020 YILDA ZAMONAVIY DAVOLASH

Qoraboev X.E., Mamatova Sh.R. Abduraxmonov X.N.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ushbu analitik tadqiqot ishi COVID-19 pandemiyasi sharoitida zamonaviy davolash usulini o'rganib chiqdi. Pandemiya virusli infektsiyasining fenotipiga ko'ra sabablari, klinik kechishi, diagnostik farqlari ilmiy tahlil qilindi. ARS menejmenti pandemiyada xalqaro tavsiyalarga muvofiq tahlil qilindi. Pandemiya sharoitida ARSning ijtimoiy-iqtisodiy yukini hisobga olgan holda, shifokorlar uchun ARS bo'yicha ko'rsatmalarning tavsiyalari bilan taqqoslash bo'yicha amaldagi ko'rsatmalarni tahlil qildi.

Kalit so'zlar: rinozinusit, bolalarda, COVID-19, davolash.

Актуальность

Острый риносинусит - это воспалительное заболевание, поражающее нос и придаточные пазухи носа, продолжительностью до 12 недель. Основной триггерной причиной является вирусная инфекция (простуда), которая может быть продлена вовремя (пост-вирусная) и у небольшого числа пациентов может развиться бактериальная инфекция. Важно различать различные вирусная (простуда), пост-вирусная или бактериальная инфекция, чтобы понять диагностические и терапевтические требования в каждом отдельном случае [1].

Вирусный РС оказывает существенное влияние на качество жизни [2], хотя, как правило, это заболевание, которое само разрешается, и частота хронических осложнений или осложнений очень низкая. Несмотря на это, как врачи поликлиники, так и ЛОР-специалисты злоупотребляют диагностическими инструментами и злоупотребляют назначениями лекарств [3].

Данное научно аналитическое исследования является обзором частоты возникновения острых респираторных заболеваний, обсуждение ее этиологии (воспаление и инфекция), описание различных фенотипов ОРЗ и анализ рекомендаций международного руководства по его лечению. Кроме того, мы аналитически рассмотрели современные рекомендации по использование диагностических инструментов и назначенне лекарств и анализ злоупотребление ими, а также изучили сходства и различия между болезнями детей и взрослых.

В соответствии с Европейским позиционным документом по риносинуситу и полипам носа (EPOS) [1], ОРС следует заподозрить при наличии двух или более носовых симптомов, одним из которых может быть заложенность носа, обструкция, ринорея и стекание слизисто-гнойных выделений по задней стенке глотки, в то время как у взрослых могут быть лицевая боль, давление или уменьшение, потеря обоняния, продолжительностью до 12 недель. У детей следует рассматривать ОРС при наличии двух или более из следующих симптомов: заложенность носа, слизистые выделения по задней стенки глотки, слизистые выделения из носа и кашель.

Хотя важно отметить, что существуют другие инфекционные этиологии (бактерии, грибки) этого

заболевания, наиболее распространенным является вирус. Заболевание может проявляться в трех основных клинических вариантах: вирусный РС или простуда, когда эпизод длится до 10 дней, и поствирусный РС, когда симптомы сохраняются дольше 10 дней или ухудшаются через 5 дней. Бактериальный РС определяется наличием трех или более следующих клинических признаков: лихорадка (≥ 38 ° С), сильная местная боль, гипосмия, одностороннее ринорея или повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) / оседание эритроцитов (СОЭ) в анализе крови.

Определение форма РС основано на консенсусе EPOS 2020 заключается в том что, длительность симптомов используется для дифференциации вирусной РС (простуды) от пост-вирусной РС, которая учитывается, когда симптомы сохраняются дольше 10 дней или ухудшаются через 5 дней. Бактериальный РС следует заподозрить в любое время, когда обнаружено наличие трех или более признаков или симптомов, связанных с бактериальным РС.

Американские руководства (ICAR) отмечают аналогичные определения и симптомы, но страдают от ОРС, когда симптомы длятся до 4 недель, и подострого риносинусита, когда продолжительность составляет от 4 до 12 недель. Как и в европейских руководствах, они рассматривают вирусную РС при продолжительности заболевания менее 10 дней [4].

Распространенность ОРС в общей популяции варьируется в зависимости от различных исследований, отмечается, что она составляет от 6% до 15% [5,6]. Вирусная РС или простуда имеет очень высокую частоту, представляя два-пять эпизодов на человека в год [7]. У детей эта заболеваемость может быть в четыре раза выше [8]. Пост-вирусная РС встречается реже, с частотой около 3 эпизодов на 100 жителей в год [10] у взрослых (Исландия) с более низкой частотой в педиатрической популяции и различиями, отмеченными среди разных возрастных групп (2 случая на 100 000 в возрасте до 4 лет, 4-7 случаев на 100 000 в возрасте 5-14 лет и 18 случаев на 100 000 в 15-17 лет) [11]. В недавнем исследовании в Германии было обнаружено, что заболеваемость составляет 18,8 эпизода на 1000 жителей в год [12]. Классически заболеваемость бактериальной РС оценивается в 0,5-2% от всех вирусных инфекций ОРС, хотя недавние исследования показали, что она выше. Частота положительных посевов составляет около 50% у пациентов с клиническим подозрением на бактериальный РС [13].

Было описано много предрасполагающих факторов для ОРС: сырость в окружающей среде, анатомические факторы (особенно в повторяющихся эпизодах ОРС [14], заболевание желудочно-кишечного тракта, а также психоэмоциональное напряжение [1]. Существует также более высокая частота эпизодов в холодные, то есть ОРС имеет сезонность.

Одним из наиболее интересных и противоречивых предрасполагающих факторов развития ОРС является аллергический ринит (АР). Поскольку существует явная трудность в различении обострения АР и ОРС, исследование симптомов, таких как чихание, зуд и специфические симптомы, усиливающие симптомы, которые могут указывать на АР, может быть весьма полезным.

ОРС - это в основном воспалительное заболевание носа и околоносовых пазух. Обычно вирусная инфекция запускает воспалительный каскад в контексте простуды. В некоторых случаях это воспалительное состояние слизистой оболочки может способствовать присоединению бактериальной инфекции [1]. В результате описаны три различных форм ОРС: вирусный, пост-вирусный и бактериальный РС. Но следует отметить, что эти объекты часто пересекаются, и их симптомы очень похожи. Что касается вирусного РС, риновирус, как было установлено, является причиной 50% эпизодов простуды [20], хотя другие вирусы, такие как аденовирус, коронавирус, вирус гриппа и даже вирус SARS-CoV-2 (COVID -19) вызвавший пандимию в начале 2020 года, также могут быть вовлечены [21]. Как правило, простуда имеет продолжительность до 7-10 дней. Когда симптомы сохраняются после вирусного заболевания (более 10 дней), клинический процесс называется пост-вирусный РС [1]. В нескольких случаях (0,5-2% всех распространенных простудных заболеваний) это воспалительное состояние может привести к бактериальной инфекции [22].

Несмотря на то, что ОРС, по-видимому, имеет сходную патофизиологию у детей и взрослых, заболеваемость вирусного РС, выше у детей, тогда как заболеваемость поствирусной РС чаще встречается у взрослых [1]. Симптоматология также может отличаться. В то время как у взрослых кашель считается второстепенным симптомом (за исключением вируса SARS-CoV-2), у детей он является одним из основных общих симптомов [23], который строго учитывается в диагностических протоколах [1,4]. С другой стороны, симптом стекания выделений по задней стенки глотки и гипосмия, которые являются основными симптомами у взрослых, встречаются не у детей, вероятно потому, что маленькому ребенку нелегко описать или признать их. Как и у взрослых, никаких дополнительных тестов для диагностики ОРС не требуется, и ее лечение, если нет подозрений на бактериальное происхождение или осложнение, должно быть строго симптоматическим [1].

Согласно EPOS и американским руководствам [1,4], диагноз ОРС строго основан на внезапном появлении ≥ 2 носовых симптомов (заложенность носа / обструкция, ринорея, давление на лице (взрослых) или потеря обоняния (у взрослых). Этот диагноз может быть подтвержден данными эндоскопического исследования (отек слизистой оболочки или ринорея), но они не обязательны при первичной консультации. Хотя использование диагностических анализов не рекомендуется, за исключением сложных случаев [24,25], было обнаружено явное чрезмерное использование диагностических методов исследований, где врачи рекомендовали обычную рентгенографию или компьютерную томографию в 70% и 22% случаев пост -Вирусные эпизоды РС и даже в 55% и 12% случаев вирусной (простуды), соответственно [3].

Самым сложным вопросом является правильная диагностика бактериального РС (АБРС). Было показано, что культура взятая на посев секреции средней носовой раковины, полученная при эндоскопической визуализации, имеет сходную специфичность и чувствительность с посевом взятого с помощью пункции у взрослых [27]. Однако культурный результат занимает несколько дней и в острой ситуации бесполезен. Некоторые авторы считают, что наличие помутнения в пазухах при рентгенографии или КТ может предсказать бактериальное происхождение; Однако было четко продемонстрировано, что это не являет-

ся специфическим для бактериального РС. На самом деле, большинство пациентов с простудой имеют помутнение из-за слизи в околоносовых пазухах [28]. По этой причине в недавних исследованиях были предприняты попытки найти биохимические маркеры или специфические симптомы, которые могли бы помочь дифференцировать бактериальный и небактериальный РС. Что касается симптомов, односторонняя лицевая или зубная боль была определена как хороший предиктор бактериального РС у взрослых [29], но с ограниченными доказательствами. Недавно было идентифицировано, что зубная боль в верхней челюсти является симптомом, более тесно связанным с бактериальным РС [30]. Классически, гнойные выделения из носа также считались признаком бактериальной инфекции, но недавняя работа Ebell et al. [30] показал, однако, что обесцвеченные выделения могут также присутствовать в пост-вирусных и даже в вирусных случаях, тем самым аннулируя предыдущую корреляцию с бактериальным РС. Температура тела ≥ 38 ° С также была связана с высоким риском бактериальной инфекции [31]. Что касается воспалительных биомаркеров, Hansen et al. [31] и Autio et al. [32] в недавнем систематическом обзоре отметили, что повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) и / или скорости оседания эритроцитов (СОЭ) подтверждает диагноз бактериальный РС, но с низкой чувствительностью и не считается диагностическим маркером болезни. С учетом вышесказанного кажется очевидным, что наличие низких показателей СРБ свидетельствует о наличии антибиотиков [25].

Консенсус EPOS [1] рекомендует использовать комбинацию признаков и симптомов для определения вероятности бактериального происхождения и определяет, когда присутствуют 3 или более из следующих пяти критериев: обесцвеченные выделения с односторонним преобладанием, сильная местная боль, лихорадка ≥ 38 ° С, двойное отвращение или повышение СРБ / СОЭ. Эти критерии EPOS продемонстрировали лучшую специфичность, чем критерии IDSA (Американское общество инфекционных болезней) для диагностики бактериальной РС [33]. Руководство IDSA учитывает бактериальную РС при наличии ≥ 1 из следующих критериев: симптомы, сохраняющиеся в течение более 10 дней без улучшения, тяжелые симптомы с самого начала (лихорадка ≥ 39 ° С или обесцвеченные выделения с самого начала и в течение 3-4 дней) или двойное отвращение через 5-6 дней [34].

Подводя итог, можно сказать, что в обычных ситуациях (кроме вирусных эпидемий или пандемий) нет необходимости в дополнительных диагностических инструментах для диагностики вирусной или поствирусной РС, в то время как анализ крови для определения СРБ / СОЭ может быть полезен при подозрении на РС бактериального происхождения.

Первым шагом при лечении РС является профилактика вирусной инфекции, в основном усиливающая соблюдение правил гигиены, таких как мытье рук. В особых эпидемических ситуациях, таких как пандемия COVID-19 2020 года, могут потребоваться более строгие рекомендации, такие как социальное дистанцирование, маска для лица и глаз, а также домашнее изоляция [35].

Обновленное ведение вирусной (обычной простуды) и поствирусного РС и бактериального РС согласно EPOS2020 . Основные моменты медикаментозной терапии, [1 oo, 4 oo], включают в себя следующее:

- Рекомендуемая терапия (преимущественно симптоматическая): парацетамол; нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП); антигистаминные препараты второго поколения с краткосрочным эффектом в снижении симптомов в первые 2 дня [36], сосудосуживающие препараты с небольшим эффектом при заложенности носа у взрослых [37], комбинация анальгетиков и назальных противоотечных [38], пробиотики; цинк при приеме в первые 24 ч после появления симптомов [40,41], назальные солевые орошения [42], витамин С, у некоторых пациентов с подозрением на дефицит или с высоким уровнем физической активности [43].

- Не рекомендуется терапия: антибиотики [44], интраназальные кортикостероиды [45], подогретый увлажненный воздух [46], продукты из эхинеи [4], гомеопатические препараты [48].

- Рекомендуется профилактическая терапия: пробиотики, с небольшой пользой, но с низким качеством доказательств [49], практика умеренных и регулярных физических упражнений [50].

Пост-вирусный рекомендации:

- Рекомендуемая терапия: симптоматическое лечение; INCS, хотя положительный эффект в отношении симптомов очевиден, так как пост-вирусный РС является самоограниченным заболеванием, рассмотрите необходимость их использования в зависимости от тяжести симптомов [1], гомеопатический продукт с небольшой пользой, но низким уровнем доказательности [51], растительного происхождения препарат Синупрет, тоже имеет положительный эффект.

- не рекомендуется: антибиотики, ни у детей, ни у взрослых; системные кортикостероиды; носовые противозастойные средства; антигистаминные препараты второго поколения [1,4].

Рекомендации при бактериальный РС:

- Рекомендуемая терапия: симптоматическое лечение и антибиотики, особенно амоксициллин / пенициллин (бета-лактамы), эффективны у взрослых пациентов с признаками и симптомами бактериального РС. Гиалуронат натрия в сочетании с физиологическим раствором может оказывать антибиотическое действие [55]. Оральные кортикостероиды, добавленные к антибиотикам, показали умеренный эффект, уменьшающий лицевую боль. В настоящее время существует потребность в качественных исследованиях бактериального РС по всему спектру лекарств, в частности, местных и пероральных кортикостероидов, антигистаминных средств, противоотечных средств, а также ингаляций солевого раствора и пара [1].

Проблема в различении бактериальной и небактериальной РС часто приводит к чрезмерной диагностике бактериального РС, что приводит к чрезмерному использованию диагностического тестирования и преждевременному назначению антибиотиков. В исследовании, проведенном в Великобритании, 88% консультаций по поводу риносинусита привели к назначению антибиотиков, тогда как только 11% были сочтены целесообразными [56]. То же самое было верно и в Нидерландах, где 34% опрошенных врачей первичной медицинской помощи выбрали антибиотик в качестве лечения для пациента с умеренно-тяжелым острым риносинуситом [57]. В исследовании из Испа-

нии, даже когда пациенты с бактериальным РС были исключены, было обнаружено, что применение антибиотиков составляет около 60% у пациентов с вирусным РС и 70% у пациентов с пост-вирусной РС [3]. Американские руководящие принципы по риносинуситу подчеркивают тот факт, что, хотя они эффективны у взрослых, реальная польза от антибиотиков невелика, для лечения необходимо от 11 до 15 пациентов, чтобы получить 1 человека для улучшения [4]. Злоупотребление антибиотиками также связано с увеличением устойчивости к антибиотикам, что напрямую связано с повышенной заболеваемостью и смертностью от устойчивых бактериальных инфекций [58,59]. Итак, еще раз, несмотря на клиническое подозрение на бактериальный РС, решение о лечении пациента антибиотиками должно приниматься в индивидуальном порядке. Чтобы помочь уменьшить нецелевое использование антибиотиков для лечения РС, в опубликованных исследованиях подчеркивается важность навыков общения врачей по использованию антибиотиков, ответственного обоснования, сравнения и обучения врачей, чтобы помочь пациентам понять обратную сторону неуместных назначений [1].

Помимо антибиотиков, другие лекарства, такие как антигистаминные и муколитические препараты, не показали никакой пользы при лечении пост-вирусных заболеваний. Несмотря на это, многие врачи продолжают регулярно назначать эти препараты (~ 50%), как сообщалось в нескольких исследованиях из Испании [3], Франции [60] или Азии [6].

Показано, что частота осложнений бактериального РС составляет приблизительно 3:1 000 000 в год, несмотря на разное использование антибиотиков в разных странах [1]. В частности, было продемонстрировано, что использование антибиотиков не предотвращает осложнений [61]. Осложнения бактериального РС обычно классифицируются как орбитальные (60-80%), внутричерепные (15-20%) и редко костные (5%) [1]. Орбитальные осложнения, чаще всего связанные с бактериальным РС, являются следствием (в уменьшающейся частоте) этмоидного и верхнечелюстного синусита [62]. Орбитальные осложнения обычно поражают детей [63,64], население, которое, как известно, выражает меньше клинических признаков и симптомов, и следовательно, важно иметь высокий уровень клинических подозрений.

Согласно рекомендациям EPOS, следует исключить осложнение, когда у пациента присутствует один или несколько из следующих признаков и/или симптомов: периорбитальный отек/эритема, смещение глазного яблака, офтальмоплегия, снижение остроты зрения, сильная головная боль, признаки сепсиса или другие неврологические признаки [1].

Что касается диагностики осложнений, точность клинического диагноза составляет около 82%, а точность КТ - 91% [65]. МРТ, однако, считается "золотым стандартом", поскольку она более чувствительна, чем компьютерная томография. Если возможно, МРТ должна быть выбранной методикой визуализации, имеющей дополнительную диагностическую ценность для исключения или подтверждения тромбоза кавернозного синуса и поражения мягких тканей [66,67].

В соответствии с рекомендациями EPOS, основными показаниями к хирургическому вмешательству при орбитальных осложнениях являются признаки субпериостального или интраорбитального абсцесса при КТ или МРТ (исключение для абсцессов небольшого объема). Субпериостальный абсцесс у детей не является абсолютным показанием для немедленного хирургического вмешательства. Консервативные меры могут быть безопасными и эффективными при правильном использовании. Однако снижение остроты зрения, потеря цветового зрения, нарушение афферентного зрачкового рефлекса или неспособность оценить зрение являются показаниями для срочной операции. Когда выбрано консервативное лечение, прогрессирование или отсутствие улучшения орбитальных признаков (диплопия, офтальмоплегия, проптоз, отек, хемоз) или общего состояния (лихорадка) после 48 ч внутривенного введения антибиотиков также является показателем необходимости для экстренной хирургии [1].

Эндокраниальные осложнения бактериального РС обычно связаны с этмоидальным риносинуситом [68] и включают эпидуральную или субдуральную эмпиему, абсцесс головного мозга, менингит, церебрит и тромбоз верхних сагиттальных и кавернозных синусов. Они могут иметь специфические признаки центральной нервной системы, такие как тошнота и / или рвота, скованность шеи и изменение психического состояния, или неспецифические симптомы и признаки (высокая температура, головная боль, снижение сознания [69]. Наиболее часто выделяемыми патогенами являются виды Streptococcus и Staphylococcus и анаэробы [70].

Выводы

- Первое и наиболее важное правило для лечения простуды и ОРВИ - это предотвращение вирусной инфекции посредством гигиенического поведения, такого как мытье рук. В особых эпидемических ситуациях, таких как пандемии COVID-19 2020 года, могут потребоваться более строгие рекомендации, такие как социальная дистанция и самоизоляция.

- Пост-вирусная РС - это, главным образом, воспалительное заболевание, которое обычно начинается с вирусной инфекции (простуды, ОРВИ), но может сохраняться дольше 7-10 дней или ухудшаться через 5 дней. В некоторых редких случаях (менее 2%) может развиться бактериальная РС.

- Заболеваемость вирусной РС очень высока (2-5 эпизодов на человека в год), в то время как поствирусный РС имеет частоту около 3 эпизодов на 100 человек в год.

- Наиболее распространенными симптомами РС являются заложенность носа или заложенность, а также стекание выделений по задней стенки глотки и ринорея. У взрослых боль в лице или давление и потеря обоняния также являются основными симптомами, тогда как у детей кашель более актуален.

- Диагноз является клиническим, основан на внезапном появлении назальных симптомов (заложенность носа / обструкция, выделения из носа / ринорея, гипосмия и боль / давление на лице), и нет необходимости в дополнительных тестах.

- Различие между бактериальной и небактериальной РС остается диагностической проблемой. Присутствие лихорадки, односторонней очаговости, локальной боли и повышения СОЭ / СРБ, по-видимому, является лучшим способом прогнозирования бактериальной РС.

- В особых ситуациях, таких как пандемия COVID-19 2020 года, внезапная серьезная потеря обоняния (аносмия), даже при отсутствии других носовых или общих симптомов (сухой кашель, лихорадка), должна считаться симптомом подозрения, в то время как окончательный Диагноз должен быть конкретным с помощью теста ПЦР на вирус SARS-Cov-2.

- Лечение вирусной РС должно быть симптоматическим (анальгетик, НПВП). Некоторые травяные соединения или минералы, такие как цинк, также могут помочь.

- Интраназальные кортикоиды доказали свою полезность при пост-вирусной РС, но, поскольку болезнь проходит самостоятельно, ее применение следует индивидуализировать. Антибиотики, муколитики и антигистаминные препараты не продемонстрировали никакой пользы у пациентов с пост-вирусной РС.

- Антибиотики показали лишь некоторый эффект при бактериальной РС, хотя существует высокая степень разрешения даже без их применения. Таким образом, индивидуальные соображения, принимая во внимание побочные эффекты и повышенную лекарственную устойчивость, должны быть сделаны до назначения антибиотиков.

- Осложнения очень редки, и их частота не зависит от применения антибиотиков. Орбитальные осложнения часто встречаются у детей, а внутричерепные осложнения встречаются реже. Наличие офтальмологических или неврологических симптомов должно вызывать подозрения на осложнения, и должны быть получены визуализирующие тесты. Терапевтическое лечение осложнений вирусного РС включает госпитализацию и внутривенное введение антибиотиков и часто требует хирургического вмешательства .

- Экономическое бремя РС невероятно велико из-за большого количества посещений врачей, неправильного использования диагностического тестирования и чрезмерного использования лекарств, а также из-за высоких косвенных затрат. Распространение концепции о том, что РС является легким и саморассасывающимся заболеванием, среди пациентов и врачей остается неудовлетворенной потребностью, необходимой для снижения высоких затрат на это заболевание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р. Этиопатагенетические аспекты острых и рецидивирующих синуситов у детей раннего возраста (современное состояние вопроса) "Журнал биомедицины и практики" №6/2019 Тошкент. Стр 27-34
2. Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р. Клинический случай орбитального осложнения при риносинуситах у детей раннего возраста //"Евразийский вестник педиатрии" №3 2020 Тошкент стр 78-82.
3. Fokkens W, Lund V, Hopkins HP, Kern R, Reitsma S, et al. EPOS2020: European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. //Rhinology. 2020;58(Suppl S29):1-464.
4. Stj?rne P, Odeb?ck P, St?llberg B, Lundberg J, Olsson P. High costs and burden of illness in acute rhinosinusitis: real-life treatment patterns and outcomes in Swedish primary care. // Primary Care Resp Journal. 2012;21:174-9.
5. Jaume F, Quint? L, Alobid I, Mullol J. Overuse of diagnostic tools and medications in acute rhinosinusitis in Spain: a population-based study (the PROSINUS study). //BMJ Open. 2018;8(1):e018788.
6. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, Smith TL, Alt JA, Baroody FM, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. //Int Forum Allergy Rhinol. 2016;6(Suppl 1):S22-S209.
7. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. //Rhinol Suppl. 2012; 23: 1-298.
8. Wang DY, Wardani RS, Singh K, Thanaviratananich S, Vicente G, Xu G, et al. A survey on the management of acute rhinosinusitis among Asian physicians. //Rhinology. 2011;49(3):264-71.
9. Turner RB. Epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold. //Ann Allergy Asthma Immunol. 1997;78:531-40.
10. Bachert C, Hormann K, Mosges R, Rasp G, Riechelmann H, M?ller R, et al. An update on the diagnosis and treatment of sinusitis and nasal polyposis. //Allergy. 2003;58:176-91.
11. Finley C.R., Chan D.S., Garrison S., Korownyk C., Kolber M.R., Campbell S., et al. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. Can Fam Physician. 2018;64:832-40.
12. Oskarsson JP, Halldorsson S. An evaluation of diagnosis and treatment of acute sinusitis at three healthcare centers. // Laeknabladid. 2010;96:531-5.
13. Uijen JH, Bindels PJ, Schellevis FG, van der Wouden JC. ENT problems in Dutch children: trends in incidence rates, antibiotic prescribing and referrals 2002-2008. Scand J Prim Health Care. 2011;29:75-9.
14. Hoffmans R, Wagemakers A, van Drunen C, Hellings P, Fokkens W. Acute and chronic rhinosinusitis and allergic rhinitis in relation to comorbidity, ethnicity and environment. //PloS one. 2018;13:
15. Smith SS, Ference EH, Evans CT, Tan BK, Kern RC, Chandra RK. The prevalence of bacterial infection in acute rhinosinusitis: a systematic review and metaanalysis. //Laryngoscope. 2015;125:57-69.
16. Loftus PA, Lin J, Tabaee A. Anatomic variants of the paranasal sinuses in patients with recurrent acute rhinosinusitis. //Int Forum Allergy Rhinol. 2016;6:328-33.
17. Kuiper JR, Hirsch AG, Bandeen-Roche K, Tan BK, Schleimer RP, Kern RC, et al. Prevalence, severity, and risk factors for acute exacerbations of nasal and sinus symptoms by chronic rhinosinusitis status. //Allergy. 2018;73:1244-53.
18. Schatz M, Zeiger RS, Chen W, Yang S-J, Corrao MA, Quinn VP. The burden of rhinitis in a managed care organization. // Ann Allergy Asthma Immunol. 2008;101:240-7.
19. Pant H, Ferguson BJ, Macardle PJ. The role of allergy in rhinosinusitis. //Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009; 17: 232-8.
20. Lin SW, Wang SK, Lu MC, Wang CL, Koo M. Acute rhinosinusitis among pediatric patients with allergic rhinitis: a nationwide, population-based cohort study. //PLoS One. 2019;14(2):e0211547.
21. Leo G, Incorvaia C, Cazzavillan A, Consonni D, Zuccotti GV. Could seasonal allergy be a risk factor for acute rhinosinusitis in children? J Laryngol Otol. 2018;132(2):150-3
22. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. N Engl //J Med. 2020;382(12):1177-9.
23. Benninger MS, Senior BA. The development of the rhinosinusitis disability index. //Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997; 123:1175-9.
24. Shaikh N., Hoberman A., Kearney D.H., Colborn D.K., Kurs-Lasky M., Jeong J.H., et al. Signs and symptoms that differentiate acute sinusitis from viral upper respiratory tract infection. // Pediatr Infect Dis J. 2013;32:1061-5.
25. Scadding G., Hellings P., Alobid I., Bachert C., Fokkens W., van Wijk R.G., et al. Diagnostic tools in rhinology EAACI position paper. Clin Transl Allergy. 2011;1(1):2
26. Ebell MH, McKay B, Guilbault R, Ermias Y. Diagnosis of acute rhinosinusitis in primary care: a systematic review of test accuracy. //Br J Gen Pract. 2016;66:e612-32.
27. Benninger M.S., Appelbaum P.C., Denneny J.C., Osguthorpe D.J., Stankiewicz J.A. Maxillary sinus puncture and culture in the diagnosis of acute rhinosinusitis: the case for pursuing alternative culture methods. //Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 127:7-12. Article PubMed Google Scholar
28. Benninger M.S., Payne S.C., Ferguson B.J., Hadley J.A., Ahmad N. Endoscopically directed middle meatal cultures versus maxillary sinus taps in acute bacterial maxillary rhinosinusitis: a meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;134:3-9
29. Gwaltney J.M., Phillips C.D., Miller R.D., Riker D.K. Computed tomographic study of the common cold. N Engl J Med. 1994; 330:25-30
30. Ebell M.H., McKay B., Dale A., Guilbault R., Ermias Y. Accuracy of signs and symptoms for the diagnosis of acute rhinosinusitis and acute bacterial rhinosinusitis. Ann Fam Med. 2019;17:164-72

31. Hansen JG, Hojbjerg T, Rosborg J. Symptoms and signs in culture-proven acute maxillary sinusitis in a general practice population. APMIS. 2009;117:724-9.
32. Autio TJ, Koskenkorva T, Leino TK, Koivunen P, Alho OP. Longitudinal analysis of inflammatory biomarkers during acute rhinosinusitis. Laryngoscope. 2017;127(2):E55-61
33. Seresirikachorn K, Snidvongs K, Chitsuthipakorn W, et al. EPOS2012 has better specificity com-pared to IDSA2012 for diagnosing acute bacterial rhinosinusitis. Rhinology. 2018;56:241-4.
34. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I., Brozek J.L., Goldstein E.J., Hicks L.A., et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012;54:e72-e112.
35. Lotfinejad N., Peters A., Pittet D. Hand hygiene and the novel coronavirus pandemic: the role of healthcare workers. J Hosp Infect. 2020.
36. De Sutter A.I., Saraswat A., van Driel M.L. Antihistamines for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2015:CD009345 37.
37. Deckx L., De Sutter A.I., Guo L., Mir N.A., van Driel M.L. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10:CD009612.
38. De Sutter A.I., van Driel M.L., Kumar A.A., Lesslar O., Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2012:CD004976.
39. Al Balawi Z.H., Othman S.S., Alfaleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6:CD008231.
40. Singh M., Das R.R. Zinc for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 2013:CD001364.
41. Hemila H., Fitzgerald J.T., Petrus E.J., Prasad A. Zinc acetate lozenges may improve the recovery rate of common cold patients: an individual patient data meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2017;4:ofx059 .
42. King D., Mitchell B., Williams C.P., Spurling G.K. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2015:CD006821.
43. Hemila H., Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013:CD000980.
44. Kenealy T., Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013:CD000247.
45. Hayward G., Thompson M.J., Perera R., Del Mar C.B., Glasziou P.P., Heneghan C.J. Corticosteroids for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2015;10:CD008116.
46. Singh M., Singh M., Jaiswal N., Chauhan A. Heated, humidified air for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2017;8(8):CD001728
47. Karsch-Volk M., Barrett B., Kiefer D., Bauer R., Ardjomand-Woelkart K, Linde K. Echinacea for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2014:CD000530.
48. Hawke K, van Driel ML, Buffington BJ, McGuire TM, King D. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4:CD005974
49. Quick M. Cochrane commentary: probiotics for prevention of acute upper respiratory infection. Explore (NY). 2015;11(5):418-20.
50. Lee H.K., Hwang I.H., Kim S.Y., Pyo S.Y. The effect of exercise on prevention of the common cold: a meta-analysis of randomized controlled trial studies. Kor J Fam Med. 2014;35:119-26.
51. Zabolotnyi D.I., Kneis K.C., Richardson A., Rettenberger R., Heger M., Kaszkin-Bettag M., et al. Efficacy of a complex homeopathic medication (Sinfrontal) in patients with acute maxillary sinusitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. Explore (NY). 2007;3(2):98-109.
52. Pfaar O., Mullol J., Anders C., Hormann K., Klimek L. Cyclamen europaeum nasal spray, a novel phytotherapeutic product for the management of acute rhinosinusitis: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. Rhinology. 2012;50:37-44.
53. Timmer A., Gunther J., Rucker G., Motschall E., Antes G., Kern W.V. Pelargonium sidoides extract for acute respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2008:CD006323.
54. Neubauer N., M?rz R.W. Placebo-controlled, randomized double-blind clinical trial with Sinupret sugar coated tablets on the basis of a therapy with antibiotics and decongestant nasal drops in acute sinusitis. Phytomedicine. 1994;1:177-81.
55. Ciofalo A., de Vincentiis M., Zambetti G., et al. Olfactory dysfunction in acute rhinosinusitis: intranasal sodium hyaluronate as adjuvant treatment. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2017;274:803-8
56. Pouwels K.B., FCK D., DRM S., Robotham J.V., Smieszek T. Actual versus 'ideal' antibiotic prescribing for common conditions in English primary care. J Antimicrob Chemother. 2018;73:19-26
57. Hoffmans R., Schermer T., van Weel C., Fokkens W. Management of rhinosinusitis in Dutch general practice. Prim Care Respir J. 2011;20:64-70.
58. De Kraker M.E., Davey P.G., Grundmann H., BURDEN study group. Mortality and hospital stay associated with resistant Staphylococcus aureus and Escherichia coli bacteremia: estimating the burden of antibiotic resistance in Europe. PLoS Med. 2011;8:e1001104.
59. Carter D., Charlett A., Conti S., Robotham J.V., Johnson A.P., Livermore D.M., et al. A risk assessment of antibiotic pan-drug-resistance in the UK: Bayesian analysis of an expert elicitation study. Antibiotics. 2017;6:9
60. Klossek J.M., Mesbah K. Presentation and treatment of acute maxillary sinusitis in general practice: a French observational study. Rhinology. 2011;49(1):84-9.
61. Hansen F.S., Hoffmans R., Georgalas C., Fokkens W.J. Complications of acute rhinosinusitis in The Netherlands. Fam Pract. 2012;29(2):147-53
62. Chandler J.R., Langenbrunner D.J., Stevens E.R. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. Laryngoscope. 1970;80:1414-28.
63. El Mograbi A., Ritter A., Najjar E., Soudry E. Orbital complications of rhinosinusitis in the adult population: analysis of cases presenting to a tertiary medical center over a 13-year period. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2019;128:563-8
64. Schollin Ask L., Hultman Dennison S., Stjarne P., et al. Most preschool children hospitalized for acute rhinosinusitis had orbital complications, more common in the youngest and among boys. Acta Paediatr. 2017;106:268-73
65. Younis R.T., Anand V.K., Davidson B. The role of computed tomography and magnetic resonance imaging in patients with sinusitis with complications. Laryngoscope. 2002;112:224-9.
66. Dankbaar J.W., van Bemmel A.J., Pameijer F.A. Imaging findings of the orbital and intracranial complications of acute bacterial rhinosinusitis. Insights Imaging. 2015;6(5):509-18.
67. Germiller J., Monin D., Sparano A., Tom L. Intracranial complications of sinusitis in children and adolescents and their outcomes. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;132(9):969-76.
68. Garin A., Thierry B., Leboulanger N., Blauwblomme T., Grevent D., Blanot S., et al. Pediatric sinogenic epidural and subdural empyema: the role of endoscopic sinus surgery. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79:1752-60.
69. Chaiyasate S., Fooanant S., Navacharoen N., Roongrotwattanasiri K., Tantilipikorn P., Patumanond J. The complications of sinusitis in a tertiary care hospital: types, patient characteristics, and outcomes. Int J Otolaryngol. 2015;2015:709302.
70. Deutschmann M.W., Livingstone D., Cho J.J., Vanderkooi O.G., Brookes J.T. The significance of Streptococcus anginosus group in intracranial complications of pediatric rhinosinusitis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;139:157-60.
71. Kou Y.F., Killeen D., Whittemore B., et al. Intracranial complications of acute sinusitis in children: the role of endoscopic sinus surgery. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;110:147-51
72. Bhattacharyya N. Contemporary assessment of the disease burden of sinusitis. The economic burden and symptom manifestations of chronic rhinosinusitis. Am J Rhinol Allergy. 2009;23:392-5.
73. Kennedy D.W. First line management of sinusitis: a national problem? Overview. Otolaryngol Head Neck Surg. 1990;103:847-54.
74. Jaume F., Quint? L., Alobid I., Mullol J. Direct costs of acute rhinosinusitis in spain-a prospective and Observational study (Prosinus). J Investig Allergol Clin Immunol (Under revision).
75. Svensson J., Lundberg J., Olsson P., Stj?rne P., Tennval G.R. Cost-effectiveness of mometasone furoate nasal spray in the treatment of acute rhinosinusitis. Prim Care Respir J. 2012;21(4):412-8.
76. Cramer J.D., Kern R.C., Tan B.K., Peters A.T., Evans C.T., Smith S.S. Potential national savings from prescribing guideline-recommended antibiotics for acute rhinosinusitis. Laryngoscope. 2016;26(3):579-81
77. Piltcher O.B., Kosugi E.M., Sakano E., Mion O., Testa Jr.G., Romano F.R, et al. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position st.atement from an expert panel. Braz J Otorhinolaryngol. 2018;84(3):265-79 .

Поступила 29.10.2020

УДК 616.314-084

МЕТОДЫ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОГРАММ С ЭНДОГЕННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ФТОРИДА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Рахимов Д.А., Охунжонова Х.Х., Тожибоева Ё.Р.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Применение фторированной пищевой соли в течение 2,5-летнего периода позволило значительно снизить заболеваемость кариесом зубов у детей. Важными итогами явилось достоверное повышение структурно-функциональной резистентности твердых тканей зубов, увеличение минерализации и темпов созревания эмали "шестилетнего моляра", нормализация минерализующего потенциала смешанной слюны, улучшение уровня гигиены полости рта у детей профилактической группы.

Ключевые слова: зубы, кариес, фторопрофилактика.

ФТОРИДНИ ТИШЛАР КАРИЕСИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ УЧУН ҚАБУЛ ҚИЛИШНИ ИННОВАЦИОН УСУЛЛАРИ

Рахимов Д.А., Охунжонова Х.Х., Тожибоева Ё.Р.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Фторланган ош тузини 2,5 йил давомида ишлатиш болаларда тиш карийесини сезиларли даражада камайтирди. Қаттиқ тиш тўқималарининг таркибий ва функционал қаршилигининг сезиларли даражада ошиши, "олти ёшли моляр" эмалининг минераллашиши ва етилиш тезлиги, аралаш сўлакнинг минералланиш потенциалини нормаллаштириш ва профилактика гуруҳидаги болаларда оғиз гигиенасини яхшиланиши муҳим натижалар бўлди.

Калит сўзлар: тишлар, кариес, фторопрофилактика.

METHODS OF INNOVATIVE PROGRAMS WITH ENDOGENIC USE OF FLUORIDE FOR PREVENTION OF DENTAL CARIES

Raximov Д.А., Oxunjanova X.X., Tojiboeva Y.R.,

Andijon State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Application of the fluorinated food salt during the 2,5-years period has allowed to lower considerably desease of caries of a teeth at children. The important results were authentic increase of structurally functional resistency of firm fabrics of a teeth, increase in a mineralization and rates of maturing of enamel " six-years моляра ", normalization mineralizing potential of the mixed saliva, improvement of a level of hygiene of an oral cavity at children of preventive group.

Key words: teeth, caries, prevention, fluoride

Актуальность

Применение фторидов для профилактики стоматологических заболеваний до настоящего времени вызывает оживленные дискуссии. Фтор может оказывать как полезное, так и вредное воздействие на людей. Общепризнанным является тот факт, что малые концентрации препаратов фтора при кратковременном контакте с эмалью зуба способствуют укреплению кристаллической решетки зуба.

Средняя редукция кариеса зубов при применении препаратов фтора с целью профилактики кариеса составляет 30-50 %.

Из применяющихся в настоящее время средств, препараты фтора являются основными в профилактике кариеса зубов. Противокариозное действие фтора связано с тремя механизмами действия.

Во-первых, фториды взаимодействуют с одним из основных минеральных компонентов зубных тканей - гидроксиаппатитом - с образованием очень устойчивого соединения - гидроксифтораппатита. В результате этого снижается проницаемость эмали и повышается ее резистентность.

Во-вторых, фтор оказывает угнетающее действие на рост микрофлоры полости рта за счет ингибирующего действия на ферменты углеводного обмена. В результате этого снижается интенсивность расщепления углеводов и кислотопродукция.

В-третьих, фториды влияют на обмен белковой фазы эмали, участвуя в формировании зубов и, следовательно, их устойчивость к кариесу.

Для профилактики кариеса применяются как органические, так и неорганические соединения фтора. Чаще всего используются: фтористый натрий, фтористый калий, фтористое олово, фтористый титан, аминофторид. Их назначение зависит от содержание фтора в питьевой воде и продуктах питания (чай), социально-бытовых и климатических факторов. Концентрация фтора для местного применения (в полости рта) не должна превышать 1-2 % (в расчете на ион фтора).

Фториды используются как для массовой профилактики кариеса зубов путем фторирования воды, так и для коллективной и индивидуальной профилактики.

Фторирование питьевой воды проводится в местностях, где содержание фтора в источниках не превышает 0,7 мл на литр. В этом случае имеется насущная потребность в этом важном государственном мероприятии. Путем монтирования фтораторных установок на водозаборных станциях концентрация фтора доводится до оптимальных величин 0,9-1,2 мг/л. Фторирование является экономически выгодным, простым и доступным видом профилактики кариеса зубов. Его эффективность наиболее выражена в детском возрасте и достигает 25-40 % снижения прироста кариеса.

Для коллективной и индивидуальной профилактики зубов используются 0,02-0,2 % растворы фторидов, аппликации 1-2 % растворов и гелей фтора, покрытие зубов фторлаком, дача внутрь таблеток фторида натрия и прием витафтора.

Цель исследования: оптимизация планирования регионально ориентированных программ профилактики основных стоматологических заболеваний, основанных на эндогенном применении фторида.

Материал и методы

Нами проведено изучение распространенности кариеса у детей различных возрастных групп после 20 лет потребления населением воды, обогащенной фтором.

Результат и обсуждения

Результаты эпидемиологического исследования не позволили обнаружить существенного профилактического эффекта. Особенно высокими оказались показатели распространенности. В группах 7-летних детей поражение кариесом достигало 100%. Интенсивность в этом возрасте также была высокой и составила по индексу кп+КПУ 6,3-6,8 [2]. Столь же высокой оказалась заболеваемость у подростков 15 лет. Правда, интенсивность кариеса у них была несколько ниже (в среднем 4,0-4,5). Следовательно, не подтвердились данные многих зарубежных авторов о снижении заболеваемости кариесом детей в результате употребления населением фторированной воды на протяжении длительного периода [1,4,6].

Таблица 1.

Рекомендуемые дозировки таблеток фторида натрия

Возраст (годы)	Кол-во таблеток в сутки	F (мг)
2-4	0,5	0,25
5-6	1	0,5
7-14	2	1

Дозировки таблеток фторида натрия (содержащих 1 мг фторида) для профилактики кариеса зубов у детей, проживающих в регионах с содержанием фторида в питьевой воде менее 0,5 мг/л, приведены в табл.

Противокариозная эффективность. При регулярном приеме таблеток фторида натрия снижение прироста интенсивности кариеса зубов составляет около 60%.

Анализ причин отсутствия выраженного кариеспрофилактического воздействия массовой эндогенной фтопрофилактики заставляет предположить наличие сильного кариесогенного фактора или группы факторов, нивелирующих влияние фтора. Одним из таких факторов оказался сам фтор. Как оказалось, снижение заболеваемости кариесом наблюдается при оптимальных концентрациях фтора. Повышение потребления этого элемента не дает дальнейшего снижения кариеса [7,8]. Население же Андижана, в большинстве проживающее в городах - крупных промышленных центрах, употребляет повышенное количество фторидов, независимо от содержания их в питьевой воде [2]. Это связано с высоким содержанием фтора в выбросах металлургического, коксохимического производства, многих предприятий химической промышленности, которыми изобилует Андижан.

Попадая в почву, соединения фтора включаются в последующем в пищевые продукты, которые выращиваются на таких почвах. Исследования, проведенные с участием гигиенистов [2,5] свидетельствуют о том, что содержание фтора в продуктах питания, потребляемых населением Андижана, существенно выше, чем общепринятые нормы.

Помимо этого, в последнее десятилетие возникли сомнения в безопасности массового употребления фторированной воды. Несмотря на то, что ВОЗ [1,4] вновь и вновь высказывается за проведение фторирования питьевой воды, а в США и сегодня расширяется перечень городов с внедрением фторирования [1,8], ученые ряда стран, в том числе США, представляют данные о превалировании отрицательных эффектов при систематическом употреблении фторидов и сложности их дозирования. Приводятся данные о том, что распространенность кариеса мало отличается в местах, где вода фторировалась и не фторировалась [2,6]. Побочные эффекты от фторирования, согласно данным этого автора, заключаются не только в появлении флюороза, но и в снижении интеллекта, ломкости костей, канцерогенном эффекте, снижении потенции.

В наших совместних с гигиенистами исследованиях выявлено отрицательное воздействие длительного потребления фторированной воды на здоровье детского населения Андижана.

В связи с риском отрицательного воздействия фтора на организм в ряде стран отменено фторирование питьевой воды. В последующем появились исследования - мониторинги заболеваемости кариесом после прекращения фторирования. Такие мониторинги проведены в Германии, Финляндии, на Кубе [2,5]. Во всех случаях отмечается стабильность заболеваемости кариесом или ее дальнейшее снижение. Приведенные данные свидетельствуют о том, что отмена фторирования не привела к росту кариеса.

В Андижанской области фторирование воды было прекращено с 1991 года. В последующем нами проведен мониторинг заболеваемости кариесом детей на протяжении 8 лет [2,6]. Наблюдения за детьми различного возраста, которые до 1991 года употребляли фторированную воду, а затем - с природным содержанием фтора, не обнаружили роста заболеваемости кариесом. Особенно важным является то, что и у детей, родившихся после отмены фторирования, заболеваемость была на том же уровне, или несколько ниже, чем у детей такого же возраста, проживавших в городах Андижана до прекращения фторирования. Следовательно, полученные нами данные свидетельствуют о том, что эндогенное применение фтора для профилактики кариеса в Андижане, перенасыщенном крупными промышленными предпрятиями, не рационально и его не следует применять ни в каком виде.

Имеет смысл альтернативная фтору эндогенная профилактика, с использованием препаратов кальция, фосфора, поливитаминов. В то же время экзогенная профилактика, предусматривающая непосредственное воздействие на твердые ткани зубов фторсодержащих препаратов, не менее, а даже более эффективна, чем любая эндогенная, что доказано нашими исследованиями [2,7].

Среди средств местной профилактики, безусловно, наиболее распространенным является гигиенический уход за полостью рта с использованием фторсодержащих зубных паст. Для привития правильных гигиенических навыков необходимо обучение гигиене детей, начиная с 3-летнего возраста. Без твердой привычки систематически и полноценно очищать зубы сама по себе наиболее совершенная паста не решит проблему профилактики. Однако, проведенными нами исследованиями [2,8] выявлено, что только 41,1% детей 12 лет в г. Андижане более-менее регулярно ухаживают за полостью рта. Остальные, либо не чистят зубы совсем, либо чистят нерегулярно. Из этого следует, что необходима программа гигиенического обучения и воспитания детского населения Андижана. Кроме зубных паст, с целью местного воздействия на ткани зубов и полость рта используются фторсодержащие растворы в виде ротовых ванночек различной концентрации по особой схеме, разработанной и рекомендованной группой экспериментов специальной комиссии ВОЗ [1]. Наши исследования показали высокую эффективность в предупреждении кариеса ванночек с фтором у детей г. Андижана.

Высокой кариеспрофилактической эффективностью обладают фторсодержащие лаки, о чем свидетельствуют данные многих авторов, в том числе наши [3,7]. Наибольшее распространение во многих странах мира получили лаки "Duraphat" и "Fluorprotector". Нами создан оригинальный лак на основе олигоуретана [3], который по качеству и свойствам не уступает лучшим мировым образцам. Достоинствами современных лаков является то, что они длительное время (несколько суток) удерживаются на эмали зубов, выделяя ионы фтора, которые диффундируют в поверхностные слои эмали благодаря ее проницаемости. Включение фтора в состав апатитов эмали из лаков способствует повышению ее устойчивости к кариесогенным факторам.

Еще одним эффективным местным кариеспрофилактическим средством являются герметики. В состав герметиков, которые на сегодняшний день выпускаются многими иностранными фирмами, входят препараты фтора в виде неорганических солей, либо соединений этого препарата с органическими компонентами (фторсиланы). Достоинством герметиков является то, что они в жидком виде достаточно текучи и хорошо заполняют естественные углубления коронок зубов - фиссуры, ямки. Затем, затвердевая или естественным путем в течение нескольких минут благодаря химической реакции, или в течение 20-30 секунд при фотоотверждении, эти средства прочно соединяются с эмалью зуба и удерживаются в фиссурах до 2-3 лет. В течение этого периода происходит постоянное выделение фтора, который укрепляет эмаль благодаря включению его в кристаллическую решетку, образованную гидроксилапатитами. Доказана значительная эффективность герметиков в профилактике кариеса, который наиболее часто начинается как раз в фиссурах моляров и премоляров [1,4].

Краткая характеристика системных методов фторидпрофилактики кариеса зубов представлена в табл.

Таблица 2.

Характеристика системных методов фторидпрофилактики

Метод фторидпрофилактики	Концентрация фторида, дозировка	Снижение интенсивности кариеса зубов (%)	Продолжительность применения
Централизованное фторирование питьевой воды	1 мг/л	50-75	В течение всей жизни
Локальное фторирование питьевой воды в школе	4-5 мг/л	35-40	В течение учебы в школе
Фторирование молока	2,5 мг/л Ежедневно по 200 мл (0,5 мг фторида)	50-60	С 3 до 12 лет не менее 250 дней в году
Фторирование соли	250 мг/кг Индивидуальная дозировка затруднена	40-50	В течение всей жизни
Прием таблеток фторида натрия	0,25-1 мг фторида ежедневно в зависимости от возраста	50-60	С 2 до 14 лет не менее 250 дней в году

Несмотря на высокую противокариозную эффективность, системные методы фторидпрофилактики имеют ряд недостатков: возможные организационные сложности на этапе внедрения;

- трудность соблюдения точной индивидуальной дозировки;

- необходимость контроля поступления фторида в организм для предупреждения осложнений;

Суточное поступление фторида в организм определяют по количеству фторида, выводимого с мочой. Оно составляет у детей до 15 лет - 50%, у подростков 16-19 лет - 55%, у взрослых 20 лет и старше - 60%.

Таким образом, для определения количества фторида, поступившего в организм за сутки, нужно умножить его концентрацию в моче на коэффициент, который, в зависимости от возраста, равен: 2,0 (до 15 лет); 1,8 (от 16 до 19 лет); 1,67 (20 лет и старше).

Благодаря возможности охвата большого количества населения и достаточно низкой стоимости, системные методы фторидпрофилактики кариеса особенно эффективны в регионах с низким социально-экономическим уровнем жизни населения и в условиях ограниченного доступа к стоматологической помощи.

Вывод

Разработана типовая схема планирования коммунальных программ профилактики кариеса зубов, включающая выбор населенного пункта, определение концентрации фторида в питьевой воде, проведение эпидемиологического обследования 12-летних детей, определения уровня экскреции фторида из организма с мочой, изучение параметров систем водоподготовки, разработку проекта, экономическое обоснование, рациональное кадровое обеспечение, внедрение программы, мониторинг экскреции фторида из организма с мочой, оценку эффективности программы и ее корректировку.

Мониторинг суточной экскреции фторида с мочой выявил прямую зависимость между 3 параметрами суточной экскреции фторида и концентрацией фторида в питьевой воде. Все 3 коэффициента корреляции равны 0,998.

Эпидемиологическое обследование выявило средний и высокий уровень пораженности зубов кариесом в местностях с дефицитным содержанием фторида в питьевой воде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование // М.: АО "Стоматология", 2001. - 144 с.
2. Журбенко В.А., Могорян В.Ф., Карасёва К.С., Кофтанова А.Н. Применение фторидов в профилактике кариеса // 21 век: фундаментальная наука и технологии. //Материалы IX международной научно-практической конференции. 21 century: fundamental science and technology IX: Proceedings of the Conference. North Charleston, 30-31.05.2016, Vol. 2 -North Charleston, SC, USA: CreateSpace - 2016. - С. 47-49.
3. Журбенко В.А. Профилактические мероприятия при кариесе // Тенденции развития науки и образования. Сборник научных трудов по материалам международной научно - практической конференции 31 июля 2016 г. Часть 1. Смоленск - С. 13-15.2.
4. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний: Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений по специальности "Стоматология" /Мн.: Беларусь, 2004. - С. 105-119, 468-9
5. Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний / Т.В. Попруженко, Т.Н.Терехова.- М.: МЕДпресс-информ, 2009. - С.190-208,417-8.
6. Попруженко Т.В. Фториды коммунальной профилактике кариеса зубов (в 2-х томах) / Т.В. Попруженко , Т.Н. Терехова. - БГМУ, 2010.
7. Мельниченко Э.М., Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Проблемы фторпрофилактики кариеса зубов // Современная стоматология. - 1997. - №1. - С. 3-11.
8. Мельниченко Э.М., Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Системное применение фторидов. - Минск, 1999.

Поступила 09.10. 2020

УДК 616.31-009.7-08-039.71

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАЛГИИ

Садикова И.Я., Тожибоева Ё.Р., Рахимов Д.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

На основе методологии системного подхода, клинико-неврологических и клинико-стоматологических исследований, авторской информационной теории боли представлены механизмы развития орофациальной (лицевой) боли и стомалгии и система регионально-интегративной терапии, которая включает устранение источника боли и восстановление поврежденных тканей зубочелюстной системы, торможение проведения болевой импульсации по периферическим и центральным структурам нервной системы, воздействие на психологические компоненты боли с применением психотропных фармакологических препаратов, использование психотерапии и немедикаментозных методов (рефлексотерапии).

Ключевые слова: орофациальная боль, стомалгия, регионально-интегративная терапия.

СТОМАЛГИЯ ХАСТАЛИГИНИ КЛИНИК-ТАШХИСИЙ ВА ТЕРАПЕВТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Садикова И.Я., Тожибоева Ё.Р., Рахимов Д.А.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Тизимли ёндашув методикаси, клиник, неврологик ва клиник-стоматологик тадқиқотлар, оғриқнинг муаллифлик ахборот назарияси, орофациал (юз) оғриқ ва стомалгия ривожланиш механизмлари ва оғриқ манбаини йўқ қилиш ва тиш қисмининг шикастланган тўқималарини тиклашни ўз ичига олган регионал-интеграцион терапия тизими тақдим этган, асаб тизимининг периферик ва марказий тузилмалари бўйлаб оғриқ импулсацияси ёрдамида оғриқнинг психологик таркибий қисмларига таъсири, психотропик фармакологик препаратлар, психотерапия ва фармакологик бўлмаган усуллардан фойдаланиш (рефлексология) назарда тутилган.

Калит сўзлар: орофациал оғриқ, стомалгия, региональ-интегратив даво.

CLINICAL-DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC FEATURES OF STOMALGIA

Sadikova I.Y., Tajiboeva Y.R., Raximov D.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

On the basis of methodology of system approach, kliniko-neurologic and kliniko-stomatologic researches, mechanisms of development of orofacial pain, burning mouth syndrome and system of regional-integrative therapy which includes elimination of a source of pain and restoration of the damaged fabrics of orofacial regions, braking of carrying out a painful impulsation on peripheral and central structures of nervous system, impact on psychological components of pain with application of psychotropic pharmacological drugs, use of psychotherapy and non-drug methods (reflexotherapy) are presented to the author's information theory of pain.

Key words: orofacial pain, burning mouth syndrome, regional-integrative therapy.

Актуальность

Стомалгия (СА) - хронически протекающее заболевание, характеризующееся жгучими болями и парестезиями в различных участках слизистой оболочки языка, губ, задней стенки глотки, без видимых местных изменений, сопровождающееся снижением трудоспособности, угнетением психики, депрессивным состоянием больных (более краткая дефиниция: хроническое заболевание, проявляющееся персистирующей орофациальной болью). Это заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин (примерно в 3 раза), а также у лиц пожилого возраста.

При этом следует заметить, что парестетический феномен СА (клиническую феноменологию см. далее) крайне вариабелен по распространенности: [1,4] только в области языка (в области кончика языка или захватывает всю или большую поверхность языка); [2,6,8] в области слизистой оболочки протезного ложа; [3,8] во всех отделах полости рта; [4] сочетание СА с парестезиями других слизистых оболочек (глотки, гортани, пищевода, влагалища, прямой кишки) или кожи (лица, затылка, груди и др.). На основе субъективных ощущений больного выделяют: [1] легкую СА (нерезко выраженные парестетические ощущения); [2,7] СА средней тяжести (более выраженные парестетические ощущения); [3,4] тяжелая СА (жгучие парестетические и болевые ощущения).

Термин "стомалгия" получил широкое распространение в медицинской литературе лишь в последние годы. Раньше для описания этого симптомокомплекса употреблялись разные термины: глоссалгия, глоссодиния, парестезия слизистой оболочки полости рта и языка, парестезия полости рта, невроз языка, неврогенный глоссит, стоматодиния. Некоторые из этих синонимов (парестезия, глоссалгия, глоссодиния) до сих пор используются в клинической стоматологии и научных публикациях. Такая пестрота в терминоло-

гии этого симптомокомплекса объясняется, очевидно, проблемами в изучении этиологии и лечения этого заболевания.

Работа посвящена изучению клинической картины и методов лечения стомалгии. Актуальность работы определяется большой распространенностью данного заболевания - до 26% среди пациентов с хроническими болевыми синдромами лица и полости рта. Чаще заболевание встречается у женщин и в пожилом возрасте. Приведена различная терминология и классификация заболевания. Описана клиническая картина и методы диагностики. Сформулирована дифференциальная диагностики стомалгии с другими болевыми синдромами. Подробно описаны методы лечения с оценкой их эффективности.

Стомалгией называют хроническое заболевание, проявляющееся персистирующей орофациальной болью. Распространенность стомалгии среди пациентов с хроническими болевыми синдромами лица и полости рта, по данным различных авторов, составляет от 14% до 26%[3,6,7]. Это заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин (примерно в 3 раза), а также у лиц пожилого возраста. Возрастная группа, в которой заболеваемость максимальна (от 35 до 50 лет) составляет 62%, заболевание вьмолодом возрасте (от 22 до 35 лет) - 20%, в возрасте 50 лет - 18% %[6,8]. Заболевание, как правило, возникает внезапно и может продолжаться от 1-2 недель до 20 лет и более%[2,4,5].

Стомалгия, как неврогенное заболевание полости рта известно, с конца XIX века, и на протяжении более ста лет привлекает внимание стоматологов, невропатологов и психиатров. Первое научное описание этого заболевания дали Вайс в 1838 году и Буиссон в 1845 году. Затем, в 1896 году, немецкий невропатолог Г.Оппенгейм дал определение стомалгии, а в 1936 году его соотечественник О.Форстер подробно описал эту патологию%[1,8].

Термин "стомалгия" получил широкое распространение в медицинской литературе лишь в последние годы. Раньше для описания этого симптомокомплекса употреблялись разные термины: глоссалгия, глоссодиния, парестезия слизистой оболочки полости рта и языка, парестезия полости рта, невроз языка, неврогенный глоссит, стоматодиния. Некоторые из этих синонимов (парестезия, глоссалгия, глоссодиния) до сих пор используются в клинической стоматологии и научных публикациях. Такая пестрота в терминологии этого симптомокомплекса объясняется, очевидно, проблемами в изучении этиологии и лечения этого заболевания. По существующему в настоящее время мнению, стомалгия считается полиэтиологичным заболеванием, протекающим на фоне сопутствующей патологии различных систем и органов и наличия в полости рта воспалительных и местнотравмирующих факторов %[4].

Одни ученые основное внимание в развитии стомалгии уделяли психологическим и психосоциальным расстройствам %[2,5]. Другие - дисфункции центральных ядер вегетативной нервной системы и их связей с корой головного мозга %[1,6]. заболеваемость максимальна (от 35 до 50 лет) составляет 62%, заболевание в молодом возрасте (от 22 до 35 лет) - 20%, в возрасте 50 лет - 18% %[5,8]. Заболевание, как правило, возникает внезапно и может продолжаться от 1-2 недель до 20 лет и более. стомалгия этиология диагностика

Цель исследования: оценить значение стоматологических и нейропсихологических нарушений в диагностике и лечении стомалгии.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 101 человек, страдающих стомалгией в возрастном диапазоне от 35 до 65 лет (средний возраст 50 лет). Среди них было обследовано 57 женщин и 44 мужчины. Группа контроля состояла из 30 здоровых лиц и была эквивалентна по возрасту и половому составу основной группе.

Результат и обсуждения

При оценке жалоб более 30% больных отмечали сухость в полости рта (ксеростомия), в связи с чем нарушались речь и сон из-за необходимости ночью полоскать рот водой. Беспокоило чувство набухания, тяжести в языке, в 20% случаев при разговоре пациенты щадили язык от лишних движений. При приеме пищи болезненные ощущения, как правило, исчезали. Кроме того, пациенты предъявляли жалобы на жжение языка (82%), пощипывание в нем (35%), чувство "ошпаренного языка" (5%) или "бегущего ручейка" (3%). У 10% больных возникали жалобы на трещины, пузырьки, язвочки при отсутствии их на момент осмотра, а также на кажущееся увеличение языка, его туго подвижность (5%). Наиболее неприятные ощущения локализовались на кончике языка (39%), реже на слизистой оболочке неба (23%), красной кайме губ (21%), корне языка (11%). Болевые проявления отмечались на обеих сторонах у 92% пациентов, и лишь у 10% из них преобладало одностороннее поражение. Ощущения одного вида выявлены в 49% случаев, а их различные сочетания у 50% обследованных. Болевые ощущения, как правило, не имели четких границ, носили непостоянный характер, исчезали во время еды. Интенсивность боли менялась: ослабевала утром, усиливалась к вечеру, при продолжительном разговоре, а также при нервном возбуждении. Жалобы на неприятные вкусовые ощущения (кислое и горько-соленое) предъявляли 12% больных.

Длительность заболевания у пациентов составляла от 2 месяцев до 15 лет. Наибольшее число больных (46%) страдали стомалгией от 2 до 11 месяцев, 22% - от 1 года до 2 лет, 24% - от 3 до 5 лет; 8% обследуемых - 5 лет и более. У подавляющего большинства заболевание носило рецидивирующий характер. При этом во время обострения болевые ощущения усиливались и носили постоянный характер. Среди причин возникновения рецидива были как местные, так и общие факторы: некачественное протезирование (у 48%), удаление зуба (у 35%), которые сочетались с соматическим отягощением, нервно-психическими перенапряжениями, заболеваниями центральной и периферической нервной системы. Возникновение рецидива у 18% пациентов было связано с нервным перенапряжением: смертью родных и близких, конфликтами в быту. При изучении анамнеза больных, результатов эндоскопических исследований, лабораторных и клинических данных выявлена фоновая висцеральная патология. Так, у 88% обследованных диагностированы заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический атрофический гастрит, хронический холецистит, панкреатит, колит, дисбактериоз), измене-

ния со стороны нервной системы (цереброваскулярная патология, остеохондроз шейного отдела позвоночника, диабетическая полинейропатия) отмечены у 67% пациентов. Значительную часть (53%) составили больные с функциональными нарушениями нервной системы. Наиболее часто они проявлялись в виде астенических синдромов, нередко (9%) к астенической симптоматике присоединялись явления канцеро- и кандидофобии. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, миокардиодистрофия, гипертоническая болезнь) имели 51% пациентов. Железодефицитной анемией страдали 3% обследуемых, причем у всех больных она протекала на фоне хронического гастрита с пониженной секреторной функцией желудка. Эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет) выявлены у 8% пациентов.

При объективном обследовании СОР выявлялась отечность и складчатость языка, бледная, анемичная слизистая оболочка, десквамация эпителия и гипертрофия желобоватых сосочков языка. В 55% случаев язык был покрыт серым налетом, локализующимся ближе к корню, в 36% случаев отмечалось усиление сосудистого рисунка на вентральной поверхности языка с неравномерным расширением и извитостью вен.

В 30% у больных стомалгией прослеживалась связь с патологией зубочелюстной системы. Неосложненный кариес выявлен в 87%, заболевания пульпы и периодонта - в 60%, патология тканей пародонта - в 62%, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава - в 7%, нарушение функции протезов - в 20% случаев.

В лечении соблюдали дифференцированный подход к каждому пациенту путем подбора индивидуальной схемы. Начинали с тщательной санации полости рта, при необходимости проводили рациональное протезирование, с нормализацией высоты прикуса. Следует отметить, что в 68% случаев замена протеза не приводила к полному исчезновению стомалгии, а лишь облегчала её течение.

Показатели теста САН до лечения у 78% больных стомалгией были снижены и составляли 3,5±0,04 балла. После проведенного курса криотерапии с применением подвижных автономных аппликаторов у всех пациентов основной группы нормализовались самочувствие, активность, настроение, а их значения колебались от 4,5 до 5 баллов. В группе сравнения, где не удалось полностью купировать болевые ощущения традиционными методами, показатели САН остались прежними при средних значениях 3,6±0,05 балла.

В процессе исследований выявлена достоверная взаимосвязь субъективного показателя ПИБ с содержанием концентрации адреналина в слюне до и после лечения: средние значения ПИБ составляли 3,7±0,04 и 0,8±0,01 балла соответственно, а показатели уровня адреналина изменялись с 1,7±0,06 до 1,2±0,08 ммоль/л. Следовательно, динамику показателя индекса боли можно применять в клинике для оценки обезболивающего эффекта криотерапии с высокой степенью информативности. В группе сравнения уменьшение ПИБ было незначительное.

При изучении капиллярного кровотока СОР выявлено нарушение микроциркуляции у больных со стомалгией (10,9±0,44 п.е.), которое восстанавливалось уже после 2-3 криоаппликаций и стабилизировалось при завершении курса криотерапии, что подтверждалось ПМ (14,09±0,56 п.е.).

Для оценки эффективности терапии разработан комплекс критериев на основе результатов исследования. Лечебный эффект расценивался как "хороший": САН = 4,5-5 баллов; ПИБ = 0-0,5 балла; ПМ достоверно изменялся до 14 п.е., то есть отмечался значительный прирост капиллярного кровотока. Критериями "удовлетворительного" лечебного эффекта были: САН = 4,5-5 баллов; ПИБ = 0,6-1,0 балл; ПМ достоверно изменялся до 13 п.е., то есть отмечали прирост капиллярного кровотока до нормы.

Данные криолечения стомалгии в динамике (таблица) показали, что наибольшее число безуспешных результатов отмечено в группе сравнения с традиционным лечением в начальные (ближайшие) сроки наблюдения. Высокий процент рецидивов (92%) можно объяснить тем, что в короткий временной интервал пациенты не успевали пройти полное обследование и завершить за 2 месяца комплексную терапию, включающую тщательную санацию полости рта, рациональное протезирование, привыкание к съемным протезам, прием лекарственных препаратов, лечение у невролога и других специалистов. В отдаленные сроки встречаемость рецидивов в данной группе уменьшалась (58% и 65% соответственно), а эффективность увеличивалась, не достигая, однако, показателей основной группы в аналогичные сроки. Отмечали превалирование в 1,5-2 раза удовлетворительного эффекта над хорошим во все периоды наблюдения.

У пациентов основной группы при использовании низких температур в комплексном лечении стомалгии наблюдался стойкий положительный результат и отсутствие рецидивов в ближайшие сроки, а лечебный эффект оценивали как хороший (46%) и удовлетворительный (54%).

Отдаленные результаты лечения стомалгии в динамике

Метод лечения	Сроки наблюдения	Лечебный эффект (%)		
		Хороший	Удовлетворительный	Рецидив
Традиционное	Ближайшие (2 месяца)	2	6	92
	Отдаленные (до 2 лет)	16	26	58
	Отдаленные (до 5 лет)	12	23	65
Криотерапия	Ближайшие (2 месяца)	46	54	0
	Отдаленные (до 2 лет)	46	32	22
	Отдаленные (до 5 лет)	68	19	13

При этом большинство больных отмечали исчезновение боли уже после 2-3 процедуры, улучшение общего самочувствия, восстановление вкусовых ощущений, легкость и подвижность языка, отсутствие налета. В отдаленные сроки отмечали увеличение хорошего и удовлетворительного лечебного эффекта в целом с 78% (2 года) до 87% (5 лет) с превалированием хорошего результата. При анализе частоты рецидивов в основной группе в более поздние сроки наблюдали, что число рецидивов уменьшалось с 22% (2 года) до 13% (5 лет). Данные пациенты в этот период указывали на появление новых стрессовых ситуаций, а также нуждались в рациональном протезировании, замене съемных протезов. Несколько человек с упорным течением болевого синдрома проходили лечение под наблюдением врача-психиатра.

Неоспоримым преимуществом метода криоанальгезии с применением неповреждающих доз жидкого азота и автономных аппликаторов из проницаемого мелкопористого TiNi сплава является то, что лечение можно проводить в поликлинических условиях либо на дому, при этом не требуется дорогостоящего оборудования и препаратов, не ухудшается состояние больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Метод позволяет добиться более выраженного снижения или исчезновения болевого синдрома у пациентов в более короткий промежуток времени и достичь длительной и стойкой ремиссии. Используя методику криоанальгезии у больных стомалгией, для стабилизации эффекта желательно поставить пациента на диспансерный учет с регулярными контрольными осмотрами и своевременной коррекцией возникающих нарушений с целью профилактики рецидивов.

Выводы

Этиологическими факторами развития стомалгии наиболее часто являются стоматологические вмешательства, кариес, пародонтит, периодонтит, окклюзионные нарушения, частичное отсутствие зубов, дисфункция мышц челюстно-лицевой области и височно-нижнечелюстного сустава, которые достоверно чаще выявлялись при стомалгии в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о первичности стоматологического фактора в происхождении стомалгии.

Нейропсихологическое тестирование при стомалгии у 83,5% больных выявило дисфункцию в психоэмоциональном фоне: аффективные нарушения! в виде депрессии и тревоги, уровень, которых был достоверно выше у больных, чем в группе здоровых, повышенные уровни тревоги, депрессии и ипохондрии, сочетание различных степеней которых обусловило развитие у 53,3% сенесто-ипохондрического, а у 46;7% - депрессивного синдромов.

Показатели условной негативной волны в виде повышения поздней и постизометрической негативной волны и снижения ранней волны доказывают при нейрофизиологическом; обследовании нейродисфункцию стволовых медиаторных систем при" стомалгии. Изменения параметров УНВ связаны с психопатологическими расстройствами: отмечена прямая зависимость между уровнем, депрессии и поздней волной и постизометрической негативной волной и обратная - между уровнем ранней волны.

Применение на фоне санации полости рта и зубного протезирования, комплексной терапии с использованием антидепрессантов (леривон), физиотерапии, транскраниальной стимуляции и психотерапии нормализует функционирование активирующих систем мозга (по данным анализа условной негативной волны), и психологическое состояние больных (по данным психодиагностического тестирования); способствуют устранению симптомов стомалгии.

Наибольшую эффективность комплексной терапии по влиянию на боль и психопатологические проявления при стомалгии имеет предложенная методика использования антидепрессанта леривона и транскраниальной стимуляции по сравнению с традиционным лечением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аванесян Р.А. Нейрофункциональные методы терапии (биологическая обратная связь) в комплексном лечении невралгии тройничного нерва //Автореф. дисс. канд.мед.наук.-Москва - 2009 - 18с.
2. Вагапов М.М. "Нарушения со стороны нервной системы, возможные у пациентов' при стоматологическом лечении причины и профилактика" //Автореф. дисс. канд.мед.наук.- Москва - 2007 - 24с.
3. Гаврилюк А.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в комплексе лечения болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава //Автореф. дисс.канд.мед.наук-Москва-2011.-20с.
4. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопалгии: клиника, диагностика, лечение //Автореф. дисс. докт.мед.наук.- Москва.- 2011.-41с.
5. Куприянова О.Н. Клинические и морфофункциональные особенности лицевых болей у пациентов с дисплазией соединительной ткани //Автореф. дисс. .докт.мед.наук - Москва - 2007 - 47с.
6. Штамм А.М. Невралгия тройничного нерва при дисплазии соединительной ткани (клиника, диагностика, лечение) // Автореф. дисс. .канд.мед.наук Москва.- 2007 - 20с.
7. Lundy E.F., Al -Hashimi I., Rees T.D.et al. Evaluation of major parotid glycoproteins in patients with burning mouth syndrome. // Oral.Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral.Radiol.Endod.- 1997.- Vol. 83(2).-P.252-258.
8. Psatta D.M., Matei M.Cerebral evoked potentials in chronic vertebrobasilar insufficiency. // J.Neurol and Psychiatric.-1993 .- Vol.31.-P.221-238.

Поступила 09.10.2020

УДК 616.716.-007.272

ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Рахмонова Ф.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Развитие современной стоматологии сопровождается появлением большого количества новых технологий и стоматологических материалов, что вполне отвечает эстетическим запросам пациентов. Применение композиционных материалов последних поколений дает возможность максимально точно формировать анатомическую форму зубов. Методики выполнения прямых реставраций при восстановлении окклюзионной поверхности зубов достаточно просты и выполнимы в условиях амбулаторного стоматологического приема. Однако полностью восстановить физиологические окклюзионные соотношения зубов при реставрации жевательных поверхностей прямым методом весьма сложно. Кроме того, при постановке пломб из композиционных материалов происходит деформация бугров зубов

Ключевые слова: пародонт, воспалительный процесс, окклюзия, зуб, жевательная поверхность.

ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯЛАШГАН ПАРОДОНТИТЛАРДА ТРАВМАТИК ОККЛЮЗИЯЛАРНИ ТАШХИСОТИ

Шербоева М.Х., Садиқова И.Я., Рахмонова Ф.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Замонавий стоматологиянинг ривожланиши беморларнинг эстетик эҳтиёжларини тўлиқ қондирадиган кўплаб янги технологиялар ва стоматологик материалларнинг пайдо бўлиши билан бирга келади. Энг сўнгги авлодларнинг композит материалларидан фойдаланиш тишларнинг анатомик шаклини аниқроқ шакллантириш имконини беради. Тишларнинг окклюзион юзасини тиклашда тўғридан-тўғри тикланиш усуллари амбулатория стоматологик амалиётида мумкин ва жуда оддий. Аммо тўғридан-тўғри усул ёрдамида чайнаш юзаларини тиклаш пайтида тишларнинг физиологик окклюзион нисбатларини тўлиқ тиклаш жуда қийин. Бундан ташқари, композит материаллардан пломба қўйишда, туберкулёзнинг деформацияси содир бўлади.

Калит сўзлар: пародонт, яллиғланиш жараёни, окклюзия, тиш, чайнаш юзаси.

DIAGNOSTICS OF TRAUMATIC OCCLUSION IN GENERALIZED PERIODONTITIS

Sherboeva M.X., Sadikova I.Y., Raxmanova F.M.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The development of modern dentistry is accompanied by the emergence of a large number of new technologies and dental materials, which fully meets the aesthetic needs of patients. The use of composite materials of the latest generations makes it possible to most accurately form the anatomical shape of the teeth. Techniques for performing direct restorations when restoring the occlusal surface of the teeth are quite simple and feasible in an outpatient dental practice. However, it is very difficult to completely restore physiological occlusal ratios of teeth during restoration of chewing surfaces using the direct method. In addition, when placing fillings from composite materials, deformation of the tubercles occurs

Key words: periodontium, inflammatory process, occlusion, tooth, chewing surface.

Актуальность

Генерализованный пародонтит является распространенной патологией, приводящей к ранней потере зубов, ухудшающей функциональное состояние зубочелюстного аппарата и показатели качества жизни человека [1,2,3]. Стабильное положение зубов и функциональное единство зубного ряда обусловлены балансом между тканями пародонта и окклюзионными взаимоотношениями [4,5].

Прогрессирующая атрофия костной ткани альвеолярных отростков нарушает равновесие и ведет к патологической подвижности зубов, деформации зубного ряда и функциональным нарушениям в различных отделах зубочелюстного аппарата [6,7]. Современные пародонтологи сходятся во мнении, что окклюзионные нарушения являются факторами риска возникновения очаговых воспалительно-дистрофических процессов, а при генерализованном пародонтите значительно отягощают течение и ухудшают прогноз лечения [8-9].

Многофакторность патогенеза генерализованного пародонтита обусловливает необходимость применения междисциплинарного подхода, важную роль в комплексном лечении играют ортопедические методы, направленные на устранение травматической окклюзии [4,5]. Ортопедическое лечение проводят с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений, профилактики, устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта [1,3,7,9].

Цель исследования: Выявление роли окклюзионных факторов в генезе локализованных пародонтитов и обоснование необходимости функционально оправданных реставраций жевательной поверхности зубов.

Материал и методы

Было обследовано 80 пациентов (в возрасте от 22 до 63 лет) с диагнозом ЛПТЭ. Среди них было 12 мужчин и 68 женщин. Диагноз подтверждали данными клинического осмотра, лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), рентгенологического исследования. Патологический процесс локализовался преимущественно в области боковых зубов, что связано с большим количеством пломб в этом сегменте челюстей.

Результат и обсуждения

Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, эндодонтическое лечение зубов по показаниям, медикаментозная обработка пародонтальных карманов*, кюретаж пародонтальных карманов при средней степени тяжести ЛПТЭ и глубине пародонтальных карманов от 3 до 5 мм, заполнение области костного дефекта остеопластическим препаратом.

До хирургического лечения пациентам основной группы изготавливали временные шинирующие пластмассовые мостовидные протезы (межзубные вкладочные шины из пластмассы), проводили препарирование зубов в области пародонтального кармана и фиксировали пластмассовые коронки на временный цемент. После наложения швов временный пластмассовый протез фиксировали на зубах, предварительно скорректировав десневой край коронок для обеспечения эффективной гигиены послеоперационной области.

В группе сравнения на первом этапе лечения проводили замену неполноценных реставраций с созданием плотного контактного пункта и покрытие зубов одиночными временными пластмассовыми коронками. После хирургического лечения и заживления тканей десны через 21 день осуществляли замену одиночных коронок, мостовидных протезов на металлокерамические конструкции, а также изготавливали межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямой реставрации**.

В процессе исследования возникла необходимость разделения клинических случаев на типы в зависимости от локального стоматологического статуса.

Из приведенных данных следует, что подавляющую часть случаев заболевания ЛПТЭ составляет I тип локального стоматологического статуса, когда локальный воспалительный процесс находился в области интактных и/ или запломбированных зубов. Данный факт подтверждается также наличием большого количества запломбированных зубов у пациентов 30-40 лет и малым количеством коронок у них. Таким образом, существует взаимосвязь, с одной стороны, между дефектными реставрациями зубов, неплотным прилеганием стенок зубов в месте контактного пункта и распространенностью I типа локального стоматологического статуса при ЛПТЭ - с другой стороны.

После проведения профессиональной гигиены полости рта все пациенты отмечали общее улучшение самочувствия и комфорта в полости рта, но в области локального пародонтального кармана неприятный запах и дискомфорт не исчезли, пища по-прежнему застревала между зубами и вызывала распирающее и болевое ощущение. После фиксации мостовидных протезов и временных коронок, на которых был воссоздан плотный контактный пункт между зубами, пациенты обеих групп отмечали уменьшение субъективного дискомфорта после приема пищи, что связано с прекращением застревания пищевых волокон между зубами. Но в группе сравнения пациенты продолжали пользоваться зубными нитями для очищения межзубного пространства. В ходе исследования установлено, у всех пациентов основной группы после шинирования зубов в области пародонтального кармана происходило быстрое заживление раны и исчезновение симптомов воспаления (на 4 сутки). Отмечали отсутствие дискомфорта во время приема пищи, кровоточивости десны, улучшение эмоционального состояния.

Непосредственный исход операции у пациентов с ЛПТЭ средней степени в обеих группах протекал без особенностей. В основной группе процесс заживления пародонта проходил на 3-5 дней быстрее, чем в группе сравнения. Данный факт можно объяснить устранением травмирующего воздействия пищевой нагрузки, а также отсутствием необходимости очищать межзубной промежуток зубной нитью. Промывание лекарственными растворами места операции непосредственно под мостовидным протезом положительным образом сказывалось на сроках заживления. В группе сравнения воздействие лекарственных веществ осуществлялось кратковременно ввиду открытого состояния тканей пародонта.

Эффективность лечения в основной группе сохранялась в течение года наблюдения, состояние десневого края было стабильным, признаков воспаления не отмечалось, плотный контактный пункт обеспечивался мостовидным протезом. У 1 пациента была зафиксирована эпизодическая кровоточивость, связанная с недостаточной гигиеной полости рта, еще 1 пациент отмечал наличие неприятного запаха, также связанное с отсутствием промежуточной гигиены полости рта в течение дня. В группе сравнения положительный эффект лечения сохранялся в течение 4-6 месяцев после фиксации постоянных металлокерамических коронок. В 31,5% случаев у 6 пациентов появилось небольшое расстояние между зубами, пищевые волокна вновь начинали застревать между зубами, хотя целостность коронок и края реставраций оставалась без изменения.

Спустя 3-4 недели после хирургического вмешательства 34 пациентам заменяли временные мостовидные протезы металлокерамическими протезами. У 4 пациентов были изготовлены межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямых реставраций**. У 2 пациентов временные шины были оставлены в качестве основного лечения на период до 6 месяцев. Через полгода при контрольном осмотре таких пациентов результат лечения был стабильным. Пациенты не предъявляли жалоб на дискомфорт и застревание пищи, успешно осуществляли гигиенические мероприятия, слизистая оболочка десневого края в области пародонтального кармана была бледно-розовая, плотная, кровоточивость отсутствовала. На рентгенограмме патологических изменений выявлено не было.

В группе сравнения сроки заживления после кюретажа пародонтального кармана составляли 7-10 дней, все пациенты отмечали отсутствие дискомфорта, неприятного запаха во рту. После полного восстановления тканей пародонта пластмассовые времен-

ные коронки заменяли одиночными постоянными металлокерамическими коронками (16 единиц). Спустя 6 месяцев в основной группе уменьшение пародонтального кармана по данным рентгенограмм составляло от 0,5 до 1,5 мм (23,5%), в то время как в группе сравнения наблюдали уменьшение пародонтального кармана всего до 0,5 мм (15,6%) ($p<0,05$). Глубина зондирования пародонтального кармана в основной группе после лечения уменьшалась на 0,9±0,11 мм, а группе сравнения на 0,45±0,12 мм ($p<0,05$).

В период проведения диагностического этапа лечения с помощью метода ЛДФ было выявлено, что средний показатель микроциркуляции (ПМ) в основной группе пациентов составлял 8,6±0,4 перфузионных единиц, а в группе сравнения - 8,7±0,3 пф.ед. В зоне контроля на участке здорового пародонта средние значения ПМ составляли 15,1±0,2 пф.ед и 14,1±0,4 пф.ед. соответственно. В то же время оценивали показатель шунтирования (ПШ), который оценивает соотношение шунтового и нутритивного кровотока. ПШ в основной группе составил 0,8±0,1, а в группе сравнения был равен 0,7±0,1. Среднее значение ПШ в группе сравнения в зоне контроля составляло 1,2±0,0, а в основной группе - 1,1±0,1.

Спустя 6 месяцев проводилась повторная оценка этих показателей. В обеих клинических группах было зафиксировано повышение значения перфузии (показателя микроциркуляции). Это свидетельствует об увеличении кровотока в данной области. В основной группе ПМ увеличился на 4 пф. ед. (12,6±0,4 пф.ед., $p<0,05$), а в группе сравнения на 1,9 пф.ед. (10,6±0,4 пф.ед., $p<0,05$). Показатель шунтирования в группе сравнения увеличился на 0,2 (0,9±0,1, $p<0,05$), а в основной группе - на 0,3 (1,1±0,1, $p<0,05$). ПШ в основной группе после лечения сопоставим с аналогичным показателем в контрольной зоне, в которой он составлял 1,1±0,1. ПШ в группе сравнения после лечения не достиг значений ПШ в зоне контроля, хотя имеется тенденция к его увеличению.

Выводы

Частота встречаемости воспалительных ЛП в тканях пародонта у больных в возрасте от 18 до 35 лет составляет 89,1%. Наличие местных травматических факторов, влияющих на формирование локализованных процессов в тканях пародонта, выявлено в 77,9% случаев. В 22,1% наблюдений возникновение воспалительных ЛП в пародонте обусловлено только фактом функциональной перегрузки пародонта реставрированных зубов.

Результаты неэффективной реставрации окклюзионной поверхности зубов приводят к снижению выносливости пародонта к предельной вертикальной нагрузке зубов с пломбами на 37% ($p<0,001$) и зубов-антагонистов на 36% ($p<0,001$). При наличии супраконтактов снижение выносливости пародонта в пломбированных зубах составляет 35%, зубах-антагонистах 30%.

Интенсивность микроциркуляции в тканях пародонта зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов достоверно изменяется на 10-14% ($p<0,01$), что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. Результатом этого процесса является достоверное изменение гемодинамики, которое в условиях инфицирования сопровождается развитием локального воспалительного процесса в пародонте. В пульпе зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов происходит достоверное увеличение интенсивности микроциркуляции на 43-54% ($p<0,05$), что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. В асептических условиях происходит компенсация нарушений микроциркуляции и острое воспаление не развивается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ибрагимов Т.И. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии с углубленным изучением современных методов лечения. Учебно-методическое пособие. - /М.: Практическая медицина. - 2006. - 256с.
2. Каламкаров Х.А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии. - /М.: Медицинское информационное агентство. - 2013.-64с.
3. Лебеденко И.Ю., Ибрагимов Т.И., Ряховский А.Н. Функциональные и аппаратурные методы исследования в ортопедической стоматологии. /Учебное пособие. - М. ООО "МИА". - 2013. - 128с.
4. Орехова Л.Ю., Прохорова О.В., Кудрявцева Т.В. Методы исследования микроциркуляции пародонта и пульпы зуба. // Материалы научно-практической конференции "Методы исследования микроциркуляции в клинике. - СПб. - 2011. С. 4548.
5. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. /Изд. 2-е, испр. и доп. М.: МЕДпрес-информ. - 2014. -200с.
6. Gonzalez-Lopez S, De Haro-Gasquet F, Vilchez-Diaz MA, Ceballos L, Bravo M. Effect of restorative procedures and occlusal loading on cuspal deflection. Oper Dent. - 2006. - Vol.31.-№1.-P.33-3 8.
7. Kerdvongbundit V, Sirirat M, Sirikulsathean A, Kasetsuwan J, Hasegawa A. Blood flow and human periodontal status. // Odontology. 2012. -Vol.90 -№1.-P.52-56.
8. Pantelic D, Blazic L, Savic-Sevic S, Panic B. Holographic detection of a tooth structure deformation after dental filling polymerization. //J Biomed Opt. 2017. - Vol. 12 - №2. - P.24-26.
9. Vag J, Fazekas A. Influence of restorative manipulations on the blood perfusion of human marginal gingiva as measured by laser Doppler flowmetry. //J Oral Rehabil. 2012. - Vol.29. - №1. - P.52-57.

Поступила 09.10.2020

УДК 612.65.055.15:616.8+616.43

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА У ПОДРОСТКОВ (МАЛЬЧИКОВ) ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Кулмирзаева М.Г.,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Бухарский Областной эндкринологический диспансер.

✓ ***Резюме***

В данной статье авторы выполнили обзор литературы за 20 лет о конституциональной задержке роста и пубертата у мальчиков. Ими были изучены современные обзоры по этиопатогенезу, клинике, диагностике, лечению задержки пубертата у мальчиков.

Ключевые слова на русском: конституциональная задержка роста, пубертата, мальчики.

THE ROLE OF RISK FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF PUBERTY DELAY IN ADOLESCENTS (BOYS)

Urmanova Yu.M., Mavlonov U.Kh., Kulmirzayeva M.G.,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Bukhara Regional Endcrinology Dispensary.

✓ ***Resume***

In this article, the authors performed a 10-year literature review on constitutional growth retardation and puberty in boys. They studied current reviews on etiopathogenesis, clinic, diagnosis, and treatment of puberty delay in boys.

Keywords: Constitutional delay of growth, puberty, boys.

O'SMIRLARDA (O'G'IL BOLALAR) POPULYATSIYA KECHIKISHINING PATOGENEZIDAGI XAVF-XATAR OMILLARINING ROLI

Urmanova Yu.M., Mavlonov U.X., Kulmirzayeva M.G.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Buxoro viloyat endkrinologiya dispanseri.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada mualliflar o'g'il bolalarning konstitutsiyaviy o'sishining sustligi va balog'at yoshi bo'yicha 10 yillik adabiyotlarni ko'rib chiqdilar. Ular etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi va o'g'il bolalarda balog'at yoshidagi kechikishni davolash bo'yicha hozirgi sharhlarni o'rganishdi.

Kalit so'zlar: o'sishning konstitutsiyaviy kechikishi, balog'at yoshi, o'g'il bolalar.

Актуальность

По определению ВОЗ понятие репродуктивного здоровья включает в себя не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизводить здоровое потомство в количестве и в сроки, определённые самим индивидуумом (20).

Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков приобрели особую актуальность в последние годы в связи с резко обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения, неуклонно ухудшающихся характеристик здоровья детей и матерей.

Подростковый период является одним из критических периодов в жизни человека. В этом возрасте заканчивается формирование репродуктивной, нервной, эндокринной и других систем организма, а также личности и характера человека. Именно в этом возрасте особенно неблагоприятные последствия возникают в результате влияния различных факторов внешней среды. Важно подчеркнуть, что от здоровья в подростковом возрасте зависит здоровье мужчины и женщины во все последующие возрастные периоды, включая зрелость и старость, следовательно, ранняя диагностика, лечение и профилактика этих нарушений залог здорового поколения и улучшения демографической ситуации.

Репродуктивное здоровье подростков в современных условиях характеризуется высоким уровнем генитальной и экстрагенитальной патологии, ростом числа заболеваний, передаваемых половым путем и высоким уровнем абортов.

Еще одним крупным вкладом W. Marshall и J. Tanner, (1965) в понимание процессов полового развития стала концепция о влиянии факторов внешней среды (15). Практическое ее значение заключается в снижении возраста начала полового развития при улучшении уровня жизни населения.

Механизмы начала пубертата. Половое развитие (ПР) неразрывно связано с физическим развитием - линейным ростом, нарастанием мышечной массы, созреванием костной ткани и формированием пропорций тела, характерным для мужского пола. Существует два "ростовых скачка" - первый в возрасте 9-10 лет, второй - в 13-14 лет. Связь роста с половым созреванием настолько очевидна, что иногда приводит к парадоксальным выводам о том, что подростки од-

ного календарного возраста с большей длиной тела созревают быстрее низкорослых, путая тем самым причину и следствие. Доказано, что показатели физического развития в значительной мере определяются образом жизни. Негативное воздействие на ПР оказывают нарушение питания, низкая двигательная активность с одной стороны и значительные физические нагрузки - с другой, отсутствие мотивации к здоровому образу жизни.

Время начала подросткового возраста варьирует и больше зависит от костного возраста (физиологического), чем от хронологического, а также определяется наследственными и средовыми факторами.

Механизмы, инициирующие ПР, до сих пор остаются окончательно нерешенными. Считают, что процесс ПР обусловлен активацией импульсного генератора, расположенного в медиобазальном гипоталамусе и обеспечивающего импульсную секрецию гонадолиберина, что приводит к секреции гонадотропинов. В допубертатном периоде (1-я стадия ПР по Таннеру) характерна очень высокая чувствительность гипоталамуса к минимальным уровням андрогенов, поэтому существуют структуры, ингибирующие запуск ПР. Ингибирующее действие на гипоталамус оказывают гиппокамп, миндалины головного мозга. В центральной регуляции секреции гонадотропинов участвуют многие гормоны и биологически активные вещества - норадреналин (НА), адреналин, дофамин (ДА), серотонин, гистамин, g-аминомасляная кислота (ГАМК), опиоидные пептиды, панкреатичский пептид, окситоцин, пролактин (ПРЛ), мелатонин, вазопрессин, холецистокинин, брадикинин, гастрин и другие. Большинство авторов признают стимулирующую роль НА в отношении синтеза гонадотропинов. реализация этого эффекта осуществляется через а-адренорецепторы. Достоверно доказано повышение активности симпатоадреналовой системы в пубертатном периоде. Существует четкая положительная корреляция между суточной экскрецией основного метаболита катехоламинов - винилилминдальной кислоты и стадией полового развития по Таннеру. В отношении влияния ДА на продукцию гонадотропинов мнения расходятся, однако убедительно доказано ингибирующее действия ДА на продукцию ПРЛ. Эпифиз продуцирует многие биоактивные вещества, обладающие антигонадным и антигонадотропным эффектами. Эпифизарная регуляция репродуктивной системы осуществляется за счет влияния гормонов эпифиза на гипоталамо-гипофизарную систему. Главными посредниками между эпифизом и нейроэндокринной системой являются серотонин и мелатонин.

По данным Боннского П.П., на сроки пубертата влияние могут оказать разные климатические условия проживания (3). По данным других авторов, климатические условия, если они не являются экстремальными (высокогорье, тропики), не оказывают значительного влияния на процессы роста и развития

Ещё одним фактором, влияющим на возраст созревания, являются условия жизни. Подростки, живущие в хороших условиях, развиваются гораздо раньше, чем их ровесники, живущие в тяжёлых условиях (недостаточное питание, тяжёлая работа и т.п.), а так же подростки-спортсмены, имеющие высокую физическую нагрузку (3)

Напряженный характер учебы, значительный объем учебной нагрузки, дефицит времени для усвоения информации являются выраженными психотравмирующими факторами для ребенка, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся детский организм (10). Длительное пребывание детей в таких условиях способствует "закреплению" негативных сдвигов в физиологических реакциях организма, что формирует невротические расстройства с последующей их соматизацией и преобладанием в клинической картине висцеральных синдромов в виде нарушений деятельности сердца, желудка, кишечника и других органов

Половое развитие (ПР) неразрывно связано с физическим развитием - линейным ростом, нарастанием мышечной массы, созреванием костной ткани и формированием пропорций тела, характерным для мужского пола. Существует два "ростовых скачка" - первый в возрасте 9-10 лет, второй - в 13-14 лет.

Негативное воздействие на ПР оказывают нарушение питания, низкая двигательная активность с одной стороны и значительные физические нагрузки - с другой, отсутствие мотивации к здоровому образу жизни.

Сроки физиологического прохождения стадий пубертата вариабельны и зависят от множества факторов, включая генетические и социальные.

Наследственные факторы четко влияют на сроки полового созревания: стадии полового созревания и возраст менархе в исследованиях однояйцовых близнецов практически идентичны. Ослабление взаимосвязи наблюдается уже даже у двуяйцовых близнецов и, тем более, у сестер или представителей разных поколений. Между тем ожирение или, напротив, резкая потеря массы тела могут оказывать негативный эффект на половое развитие подростков, замедляя его (12)

Факторы, влияющие на сроки полового созревания, принципиально подразделяются на две основные группы: немодифицируемые (такие как генетические) и модифицируемые (наличие избыточной массы тела, уровень физической нагрузки, социальные условия). Последние потенциально поддаются коррекции (12).

По данным И.Б. Водолазова и др. (20), с целью изучения факторов риска репродуктивных расстройств, информированности подростков по вопросам, связанным с проблемами репродуктивного здоровья и здорового образа жизни было проведено анкетирование 1200 учащихся школ и профессиональных училищ г. Северодвинска (Россия) и детальное обследование 701 мальчика-подростка в возрасте от 12 до 18 лет. Было выявлено, что у 59,9% мальчиков-подростков имеют место факторы риска развития репродуктивных расстройств, у 40,1% обследованных признаки потенциального риска развития репродуктивных расстройств не выявлены. В группе мальчиков-подростков с риском развития репродуктивных расстройств критические элементы анамнеза имели место в 23,3% случаев, пороки развития наружных половых органов выявлены у 15,6%, признаки воспалительных заболеваний наружных половых органов и/или инфекции, передающиеся половым путем - у 5,3%, хирургические заболевания мошонки - у 20,5%, задержка полового развития - у 2,4%, некритичное замедление пубертата - у 16,7%, другие формы вариантного состояния вторичных половых признаков.

Характерными особенностями являются недостаточная осведомлённость подростков, а часто и их родителей, об анатомии, физиологии и гигиене половых органов; недостаточная психо-эмоциональная и социальная зрелость подростков и отсутствие в связи с этим достаточных и устойчивых мотиваций, направленных на сохранение своего репродуктивного здоровья (ранняя половая жизнь, пренебрежение средствами защиты от заражения половыми инфекциями, курение, употребление алкоголя, токсикомания, наркомания, случайные травмы и т.д.); недостаточная "репродуктивная настороженность" и осведомлённость врачей о влиянии медикаментозных и других ятрогенных факторов на репродуктивную систему в период её функционального становления (20).

Факторы риска, влияющие на пубертат. Многообразие внутренних и внешних воздействий, оказывающих влияние на репродуктивную систему в период её становления, определяют сложность, важность и приоритетность развития детского и подросткового направления в андрологии, неотложность мероприятий в профилактической подростковой репродуктологии (20).

Наблюдаемые в пубертатном периоде морфофункциональные изменения основных систем организма и перестройка регуляторных механизмов совпадают с новыми социальными нагрузками: последний этап школьного образования, профессиональное самоопределение и обучение, ранний труд, изменение образа жизни и поведения, интеграция во взрослое общество и т.д. Школа требует от ребенка умения подчинить свою жизнь строгой организации, регламентации и режиму, формирование которого происходит в процессе обучения (41). Усиленный рост, повышенная двигательная и нервно-психическая активность приводят к значительному напряжению в работе нервной системы (в особенности вегетативной нервной системы), эндокринных желез и обмена веществ. В результате этого физиологического для данного возраста напряжения и некоторых неблагоприятных внешних воздействий в пубертатном возрасте весьма часто наблюдается вегетативная дистония, лабильность психики и поведения.

Данные состояния характеризуются выраженной неустойчивостью и противоречивостью отдельных сторон нервно-психического склада, эмоциональной лабильностью - "пубертатная лабильность настроения", а также стремлением к самостоятельности, независимости с сомнениями и даже отрицанием прежних авторитетов и особенно негативистическим отношением к авторитету лиц из ближайшего окружения (семья, учителя и т.д.) - период "отрицания", "протеста против отцов", "стремления к самостоятельности". В настоящее время в пубертате произошли существенные изменения - значительно снизился возраст наступления пубертата. Возраст менархе в странах центральной Европы и в США в последние 100 лет снижается каждое десятилетие на 2-3 месяца. Особенно заметно это снижение в последние 50 лет, что связано со стабильностью социально-экономических условий, повышением качества жизни и общего здоровья популяции (42).

Изменения в социальной сфере, а также негативное экологическое влияние обусловили формирование двух полярных по признакам течения пубертации групп подростков. С одной стороны, это группа, имеющая более или менее выраженную тенденцию к раннему, активному пубертату и половой социализации, и которая с каждым годом становится все меньше. Другой полюс составляют дети с ретардацией (задержкой) полового и психосексуального развития. Ускоренное и замедленное половое развитие наблюдалось и раньше, однако сегодня выросло число малодифференцированных конституциональных форм, не обусловленных конкретными органическими причинами. В целом число детей с нормально протекающим пубертатным развитием в популяции уменьшилось. Группу подростков с относительной ретардацией полового развития составляют дети из семей с формирующимся или устойчивым дефицитом питания. В пищевом рационе таких детей выявлена нехватка жирорастворимых витаминов и витаминов группы "В" (43)

Напряженный характер учебы, значительный объем учебной нагрузки, дефицит времени для усвоения информации являются выраженными психотравмирующими факторами для ребенка, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся детский организм. Длительное пребывание детей в таких условиях способствует "закреплению" негативных сдвигов в физиологических реакциях организма, что формирует невротические расстройства с последующей их соматизацией и преобладанием в клинической картине висцеральных синдромов в виде нарушений деятельности сердца, желудка, кишечника и других органов. За последние годы возросло число детей с нарушениями психического здоровья и пограничными психическими состояниями, формирующими социальную недостаточность подростков. Более 70% учащихся системы общего и среднего образования испытывают трудности в усвоении базовой школьной программы. Отмечается режим роста дезадаптации подростков - девиантные формы поведения, связанные с минимальными мозговыми дисфункциями, с неврозами, характерологическими аномалиями личности, психопатоподобным состоянием. Среди подростков четверть имеет различные психические заболевания, частота которых растет каждые 10 лет на 10-15%. Лишь 10% выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, у 40-45% из них имеются хронические заболевания и у 45-50% - серьезные морфофункциональные отклонения, при этом у каждого второго школьника наблюдается сочетание нескольких хронических заболеваний с рядом функциональных нарушений, что существенно ослабляет организм (44).

По данным исследователей из Университете Арканзаса, США (21), выполнивших критический анализ 45 эмпирических статей по изучению корреляции между сроками манифестации симптомов пубертата и чувством страха/тревоги в этот период у подростков, были получены данные о том, что чаще всего это касается девочек, чем мальчиков. Среди мальчиков была обнаружена позитивная корреляция между уровнем гонадальных и адреналных гормонов с чувством страха/тревоги. Авторы рекомендуют дальнейшее исследование этого вопроса в силу его малоизученности.

Имеется сообщение (22) об изучении влияния депрессии на развитие пубертатного периода у 158 мальчиков и девочек. По данным авторов из Универ-

ситета Чикаго, США, имеются важные различия среди показателей возраста, пубертатного статуса, времени пубертата и восприятием начала подростковой депрессии. Ясно, подчеркивают они, что эти находки требуют дальнейшего более широкого изучения и понимания связи между физическими, социальными и психологическими процессами, выражающихся в половых различиях подростковой депрессии.

Согласно более ранним сообщениям (23), изучение родословных больных (12 семей) с конституциональной задержкой пубертата и развития с определением семейных случаев и моделирования наследственной передачи выявило аутосомно-доминантный тип передачи заболевания с неполной пенетрантностью.

На пубертатный скачок роста, в свою очередь, могут влиять такие факторы как инфекция Helicobacter pylori и железодефицитная анемия (24).

Другие авторы (25) выдвинули 2 конкурирующие гипотезы взаимного влияния алкоголизма и материнской роли в социуме на формирование полового созревания, сексуальное поведение и школьную адаптацию мальчиков. По данным канадских ученых, имеется связь между семейным окружением в детстве, развитием поведения, полового созревания и сексуальным развитием. Они нашли парадоксальные факты, показывающие, что отцовский алкоголизм ведет к задержке манифестации пубертата у мальчиков, из чего они делают предположение об угнетении гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси при стрессе. Вместе с тем, сыновья отцов-алкоголиков имеют больше сексуальных партнеров, что говорит в пользу теории социализации. Высокий социальный материнский статус оказывает защитное влияние на успех адаптации мальчиков в школе, у которых отцы - алкоголики. Эти результаты являются ключом к пониманию гипотезы об эволюционной теории социализации мужчин.

Авторы из Франции (27) указывают, что в большинстве случаев задержка пубертата является функциональной. По их мнению, врожденный гипогонадотропный гипогонадзм - явление редкое. Они считают, что генетические исследования таких больных расширят больше наше понимание факторов риска заболевания, так как задержка пубертата имеет генетические компоненты патогенеза.

Такого же мнения придерживаются финские авторы (28), которые на основании исследования 492 подростков с конституциональной задержкой пубертата (95 мальчиков и 29 девочек, а также их ближайшие родственники) обнаружили аутосомно-доминантный характер передачи заболевания.

По данным других зарубежных авторов (29), частота задержки пубертата - 3%.Кроме функциональной задержки пубертата, они выделяют конституциональную форму заболевания, а также гипергонадотропный и гипогонадотропный гипогонадизм. Они подчеркивают, что сотрудничество с молекулярными биологами позволит лучше понять механизм аномалий гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси и нейроэндокринную физиологию начала пубертата.

Авторы из Польши (30), изучив данные 69 мальчиков с конституциональной задержкой роста и пубертата (КЗРП), отмечают, что конечный рост этих больных прямо пропорционален весу при рождении, росту родителей и возрасту изменений. При этом другие авторы из США (31) подчеркивают, что между мальчиками с КЗРП и с избыточной массой тела имеются различия в патогенезе задержки пубертата. Так, изучение 2-х групп больных в их исследовании показало, что у детей с избыточной массой тела имеет место меньшая задержка костного возраста (p <0.01), большую SDS для хронологического возраста и для костного возраста по сравнению с детьми с КЗРП.

По данным авторов (32), дети с КЗРП имеют тенденцию к увеличению процессов метаболизма (энерго-затрат), что было подтверждено после ряда исследований (уровни гормонов крови, двойная-энергорентген-абсорбциометрия, анализ диеты, непрямая калориметрия). У этих больных (36 мальчиков) минеральная плотность кости была меньше, чем в группе контроля ($P < 0.01$). По их мнению, причиной повышения метаболизма может быть вовлечение темпов роста.

Ученые из Великобритании (33) дали определение понятия "задержка пубертата", охарактеризовав его, как отсутствие развития молочных желез к 13,4 годам у девочек, и увеличения яичек к 14 годам у мальчиков. Этиология: 1) задержка пубертата, с КЗРП, или вторичный при хроническом заболевании, 2) пубертатная недостаточность с гипогонадотропным (дефект в гипоталамо-гипофизарной области) или гипергонадотропный (вторичный из-за недостаточности гонад) гипогонадизм, или оба (вторичный вследствие химио/радиотерапии).

Следует отметить, что по данным исследователей из детского госпиталя г. Бостона (34), обследовавших 232 подростков (158 мальчиков и 74 девочек), в семейном анамнезе ближайших родственников пациентов имела место задержка полового развития или тенденция к ней. При этом своих больных авторы разделили на 4 группы: 1 гр. - функциональный гипогонадотропный гипгонадизм (ФГГ), 2 гр. - перманентный гипогонадотропный гипгонадизм, 3 гр. - перманентный гипергонадотропный гипгонадизм и 4 гр. - без четких признаков классификации. У мальчиков чаще наблюдался ФГГ., как и в целом КЗРП. Авторы выявили 50 этиологических факторов задержки пубертата. У больных с ФГГ имелась тенденция к задержке роста. Они также выдвинули гипотезу о том, что задержка пубертата встречается чаще среди больных с ФГГ и КЗРП, что может являться основой физиологии.

Мультицентрическое исследование 212 детей показало, отягощающим фактором риска, тормозящим начало, и темпы пубертата являются перинатальное заражение ВИЧ плода (35). Такой же негативный эффект оказывает пересадка сердца у детей (36).

По данным исследователей из Египта (37), на течение пубертата может негативно влиять такое заболевание, как талассемия. 10 мальчиков с талассемией значительно отставали в половом развитии при сравнении их с детьми с КЗРП, наряду с более низкими средними значениями тестостерона, ЛГ и ФСГ крови. МРТ турецкого седла обнаружило множество патологий: синдром "пустого" турецкого седла, гипоплазия/атрофия гипофиза.

Ранее в работах ученых из Чикаго (38) было указано, что хотя задержка пубертата чаще всего носит семейный характер, тем не менее, молекулярно-генетические аспекты нарушений при этом изучены плохо. Напротив, генетические нарушения при гипогонадотропном гипогонадизме (ГГ) изучены лучше (описаны гены KAL, GNRHR, and PROP1). Мутация

гена DAX1 является причиной Х-связанной врожденной адреналовой гипоплазии и ГГ. Авторы приходят к выводу, что мутация гена DAX1 является причиной ГГ и задержки пубертата (ЗП). Тогда же авторы из Испании (39) описали план обследования больных с ЗП, который должен включать детальное физикальное обследование, антропометрия, личные и семейные показатели, исследование крови (общехимический и гематологический, определение гонадотропинов, пролактин, ТТГ, ГР и ростовые факторы.), кариотипирование, МРТ гипофиза.

Роль полиморфизма бета-гена ЛГ в начале и прогрессировании пубертата у здоровых мальчиков была описана еще ранее (40). По данным авторов из Финляндии, изучивших 49 здоровых мальчиков в период пубертата, такой вариант ЛГ не только негативно отражается на течении пубертата, но также всегда вовлекает и инсулиноподобный фактор роста-1.

Таким образом, обнаружено разнообразие факторов риска, влияющих на нормальные темпы и течение пубертата у мальчиков, требующих дальнейшего углубленного изучения. Поэтому своевременное выявление факторов риска репродуктивных расстройств, повышение уровня информированности подростков по вопросам репродуктивного здоровья возможно только при объединении усилий педиатров, андрологов, акушеров-гинекологов, медицинских работников школ (20).

Таким образом, данный обзор сфокусирован на диагностике, клиническом и общем терапевтическом подходе к задержке полового созревания у мальчиков. Клинический анамнез и физикальное обследование должны быть тщательно выполнены. Задержка полового созревания обусловлена конституционным ростом и задержкой полового созревания у подавляющего большинства детей. Их следует отличать от небольшой доли мальчиков с гипогонадизмом, патологическим состоянием. Ряд лабораторных тестов позволяет прогнозировать наступление полового созревания и прогрессирование. Тем не менее, появление высокочувствительных систем иммуноанализа и радиометрического иммуноанализа для ЛГ, ФСГ и тестостерона не полностью решило проблемы, поскольку их значения могут перекрываться между нормальными и патологическими состояниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. //Мн.: Элайда, 2019.
2. Фридман Л. М. Психология детей и подростков: Справочник для учителей и воспитателей. -// М.: Изд-во Института Психотерапии, 2013.
3. Блонский П. П. Педология: книга для преподавателей и студентов высших педагогических учебных заведений // Под ред. В. А. Сластенина. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2019.
4. Андреева Е.Н., Бутрова С.А., Кучма В.Р., Чеботникова Т.В. Эпидемиологическое исследование особенностей прохождения стадий пубертата у детей и подростков, проживающих в Москве //www.t-pacient.ru/archive/n2-2006p/n2-2006p_77.html
5. Шилин Д.Е. Синдром изолированного пубархе у девочек . // Руководство для эндокринологов. М. - 1999. - С. 1-19. 1 0 .
6. Доскин В.А., Келлер Х., Мураенко Н.М., Тонкова-Ямпольская Р.В. Морфо-функциональные константы детского организма. // М.: Медицина. - 2007. - 287 с.
7. Т.А. Романова. Особенности пубертатного периода на современном этапе//
8. Дедов И.И., Семичева Т.В., Петеркова В.А. Половое развитие детей: норма и патология. //М. - 2012. - С. 50-66.
9. Тарусин Д.И., Румянцев А.Г., Гаврилова Л.В. и др. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков. //Информационное письмо. М. -1999. - 49 с.
10. Положение молодежи в РФ: .: Государственный доклад ГК РФ по делам молодежи правительству РФ. -// М. - 2016. - 159 с.
11. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты. //Педиатрия. - № 3. - 2011. - С. 4-6.
12. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Чеботникова и др. Половое развитие детей и подростков Московского региона: влияние ожирения//.
13. Marshall W.A. Sex differences at puberty. -// J Biosoc Sci Suppl. 1970 May; 2:31-41.
14. World Health Organization Expert Committee. Physical Status, the Use and Interpretation of Anthropometry. //Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1995:263-311.
15. Sun S. National estimates of the timing of sexual maturation and racial differences among US children. //Pediatrics Vol. 110 No. 5 November 2012, pp. 911-919.
16. Информационное письмо "Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей - подростков" // Планирование семьи.- 2018. - №2. - с. 10-15.
17. Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Беляков Н.Г., Вязьмин А.М. (ред.) Смертность населения Европейского Севера // Архангельск: Изд-во СГМУ, 2003.- 156 с.
18. Тер-Аванесов Г.В. Фертильность мужчин в XXI веке // Г.В. Тер-Аванесов, Т.А. Назаренко, В.И. Кулаков / Андрология и генитальная хирургия.- 2000. - №1. - с.32.
19. Мирский В.Е. Научное обоснование системы организации специализированной андрологической помощи детям в условиях крупного города: //Автореф. дис. ... канд. мед. наук-Санкт-Петербург, 2008.- 25 с.
20. И.Б. Водолазов, Л.И. Меньшикова, И.А. Колесникова.Особенности выявления факторов риска андрологической патологии у мальчиков-подростков при проведении профилактических медицинских осмотров// http://poliklin.ru/article200801sa17.php
21. Laura E. Reardon, M.A.,1 Ellen W. Leen-Feldner, Ph.D.,1* and Chris Hayward, M.D., M.P.H.A Critical Review of the Empirical Literature on the Relation between Anxiety and Puberty// Clin Psychol Rev. 2009 February; 29(1): 1-23.
22. COLLEEN S. CONLEY and KAREN D. RUDOLPH/The emerging sex difference in adolescent depression: Interacting contributions of puberty and peer stress//Dev Psychopathol. 2009; 21(2): 593-620.
23. Sedlmeyer IL, Hirschhorn JN, Palmert MR.Pedigree analysis of constitutional delay of growth and maturation: determination of familial aggregation and inheritance patterns//J Clin Endocrinol Metab. 2002 Dec;87(12):5581-6.
24. Choe YH, Kim SK, Hong YC. Helicobacter pylori infection with iron deficiency anaemia and subnormal growth at puberty//Arch Dis Child. 2000 Feb;82(2):136-40.
25. Malo J, Tremblay RE.The impact of paternal alcoholism and maternal social position on boys' school adjustment, pubertal maturation and sexual behavior: a test of two competing hypotheses//J Child Psychol Psychiatry. 1997 Feb;38(2):187-97.
26. Edouard T, Tauber M.Delayed puberty//Arch Pediatr. 2010 Feb;17(2):195-200. Epub 2009 Nov 4.
27. Bouvattier C.Pubertal delay//Rev Prat. 2008 Jun 30;58(12):1326-30.
28. .Wehkalampi K, Wid?n E, Laine T, Palotie A, Dunkel LPatterns of inheritance of constitutional delay of growth and puberty in families of adolescent girls and boys referred to specialist pediatric care.// J Clin Endocrinol Metab. 2008 Mar;93(3):723-8. Epub 2007 Dec 26.
29. Diagnosis of delayed puberty/Busiah K, Belien V, Dallot N, Fila M, Guilbert J, Harroche A, Leger J.// Arch Pediatr. 2007 Sep;14(9):1101-10. Epub 2007 Jul 19.
30. Krajewska-Siuda E, Ma?ecka-Tendera E, Krajewski-Siuda K. [Influence of different parameters on final height of boys with constitutional delay of growth and puberty]// Endokrynol Diabetol Chor Przemiany Materii Wieku Rozw. 2006;12(3):159-62.
31. Nathan BM, Sedlmeyer IL, Palmert MR./ Impact of body mass index on growth in boys with delayed puberty.// J Pediatr Endocrinol Metab. 2006 Aug;19(8):971-7.
32. Han JC, Balagopal P, Sweeten S, Darmaun D, Mauras N./ Evidence for hypermetabolism in boys with constitutional delay of growth and maturation.// J Clin Endocrinol Metab. 2006 Jun;91(6):2081-6. Epub 2006 Mar 21.

33. Traggiai C, Stanhope R.Delayed puberty.// Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2002 Mar;16(1):139-51.
34. Sedlmeyer IL, Palmert MR. Delayed puberty: analysis of a large case series from an academic center.// J Clin Endocrinol Metab. 2002 Apr;87(4):1613-20.
35. de Martino M, Tovo PA, Galli L, Gabiano C, Chiarelli F, Zappa M, Gattinara GC, Bassetti D, Giacomet V, Chiappini E, Duse M, Garetto S, Caselli D; Italian Register for HIV infection in Children.// Puberty in perinatal HIV-1 infection: a multicentre longitudinal study of 212 children./ AIDS. 2001 Aug 17;15(12):1527-34.
36. de Broux E, Huot CH, Chartrand S, Vobecky S, Chartrand C [Growth and pubertal development following pediatric heart transplantation].// Ann Chir. 2001 Nov;126(9):881-7.
37. Soliman AT, elZalabany MM, Ragab M, Abdel Fattah M, Hassab H, Rogol AD, Ansari BMSpontaneous and GnRH-provoked gonadotropin secretion and testosterone response to human chorionic gonadotropin in adolescent boys with thalassaemia major and delayed puberty..// J Trop Pediatr. 2000 Apr;46(2):79-85.
38. Achermann JC, Gu WX, Kotlar TJ, Meeks JJ, Sabacan LP, Seminara SB, Habiby RL, Hindmarsh PC, Bick DP, Sherins RJ, Crowley WF Jr, Layman LC, Jameson JLMutational analysis of DAX1 in patients with hypogonadotropic hypogonadism or pubertal delay. //J Clin Endocrinol Metab. 1999 Dec;84(12):4497-500.
39. Argente J. Diagnosis of late puberty//Horm Res. 1999;51 Suppl 3:95-100.
40. Raivio T, Huhtaniemi I, Anttila R, Siimes MA, Hagen?s L, Nilsson C, Pettersson K, Dunkel L. The role of luteinizing hormone-beta gene polymorphism in the onset and progression of puberty in healthy boys. //J Clin Endocrinol Metab. 1996 Sep;81(9):3278-82.
41. Сердюковская Г.Н. Руководство для врачей. //М.: Медицина. - 1983. - С. 14-40.
42. Дедов И.И., Семичева Т.В., Петеркова В.А. Половое развитие детей: норма и патология. // М. - 2002. - С. 50-66.
43. Тарусин Д.И., Румянцев А.Г., Гаврилова Л.В. и др. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков. /Информационное письмо. М. -1999. - 49 с.
44. Положение молодежи в РФ: 1995 г.: Государственный доклад ГК РФ по делам молодежи правительству РФ. - М. - 1996. - 159 с
45. Л. Лоу, К. Вонг. Нарушения полового развития у мальчиков
46. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. //Arch Dis Child 45:13, 1970.

Поступила 09.10.2020

УДК 612.65.055.15:616.8

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА РАЗВИТИЕ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Азизова Г.Д.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

✓ ***Резюме***

Широкая распространенность миомы матки с тенденцией к "омоложению" заболевания и сложностью выбора лечебной тактики представляет серьезную проблему для практического здравоохранения. Ранняя профилактика, а также лечение миомы матки на ранней стадии у женщин высокого риска являются приоритетными действиями.

Ключевые слова: витамин D, миома матки, лейомиома, рецептор витамина D.

THE EFFECT OF VITAMIN D ON THE DEVELOPMENT OF UTERINE FIBROIDS (LITERATURE REVIEW)

Azizova G.D.,

State Institution Republican specialized scientific-practical medical center of obstetrics and gynecology.

✓ ***Resume***

The widespread prevalence of uterine fibroids with a tendency to "rejuvenate" the disease and the complexity of the choice of treatment tactics is a serious problem for practical health care. Early prevention as well as early treatment of uterine fibroids in high-risk women are priority actions.

Key words: vitamin D, uterine myoma, leiomyoma, vitamin D receptor

ВИТАМИН D-НИНГ БАЧАДОН МИОМАСИ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ (АДАБИЁТ ШАРҲИ)

Азизова Г.Д.,

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази.

✓ ***Резюме***

Касалликни "ёшариши" тенденциясига эга бачадон миомаси кенг тарқалиши ва даволаш тактикасини танлашнинг мураккаблиги амалий соғлиқни сақлаш учун жиддий муаммо ҳисобланади. Эрта олдини олиш ва юқори хавф аёлларда эрта босқичда бачадон миомаси даволаш энг устувор ҳаракатлардан биридир.

Калит сўзлар: витамин Д, бачадон миомаси, лейомиома, витамин Д рецепторлари.

Актуальность

Миома матки (ММ)- наиболее распространенная доброкачественная опухоль у женщин репродуктивного возраста. Она встречается в любом возрасте, но чаще в позднем репродуктивном и пременопаузальном периодах. Был проведен анализ по данным архивных материалов больных, прооперированных в условиях "Республиканского специализированного научно-практического центра акушерства и гинекологии республики Узбекистан" с 2015 по 2016 год поступивших в отделение оперативной гинекологии. Ретроспективный анализ показал, что средний возраст женщин, поступивших на оперативное лечение составило 43,1 ±3,8 лет, из них старше 50 лет -24%, от 40-49лет-43,6%, от 30-39 лет-24%, младше 29 лет- 8,4%. Гистерэктомия обеспечивает окончательное излечение для женщин с симптомной миомой, которые не хотят сохранять фертильность, что приводит к полному разрешению симптомов, эта операция была выполнена 67,5 % женщинам, консервативная миомэктомия- является предпочтительной хирургической процедурой для женщин, которые хотят сохранить свою матку или фертильность была проведена 32,4 % женщин. В большинстве случаев ММ протекает бессимптомно, но они также могут вызывать широкий спектр тяжелых и хронических симптомов, наиболее распространенные симптомы включают: аномальные и чрезмерные маточные кровотечения, вторичную железодефицитную анемию, абдоминальные и тазовые боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, такие как вздутие живота и запор, симптомы опорожнения кишечника, бесплодие и акушерские патологии (включая выкидыш и преждевременные роды) [1]. Также существенна финансовая нагрузка на бюджет здравоохранения, включающая затраты на предоперационную диагностику, хирургическое лечение, время госпитализации, прогулы на работе, медикаменты, заработную плату медицинских работников , расходы на контрольные визиты [2]. Ежегодные прямые и косвенные расходы при миоме матки в США оцениваются примерно в $4,1-9,4 млрд и $1,6-17,2 млрд соответственно [2]. Симптомная миома матки чаще всего лечат хирургическим путем [1]. Существуют различные виды хирургических методов, как открытых, так и эндоскопических (гистерэктомии, миомэктомии, гистероскопические резекции) [6,7]. ММ являются ведущей причиной гистерэктомии. Оптимальное

лечение должно уменьшить кровопотерю и опухолевую нагрузку, сохраняя при этом фертильность [9,10]. Женщинам, желающим сохранить свою матку, могут быть предложены менее инвазивные методы. Тем не менее, многие из них потребуют повторного вмешательства в будущем. В связи с доброкачественным характером опухолей лечение первой линии должно приводить к снижению заболеваемости и риска побочных эффектов [8].

Лейомиома чаще встречаются у женщин репродуктивного возраста и не наблюдаются у девочек пубертатного возраста, что указывает на зависимость происхождения опухоли от гормональных изменений [1]. В недавно опубликованном систематическом обзоре Stewart et al., подчеркнуты факторы, повышающие заболеваемость ММ, а именно: черная раса, повышенный индекс массы тела (ИМТ), возраст, пременопаузальный возраст, артериальная гипертензия, семейный анамнез, потребление пищевых добавок и соевого молока [2]. Помимо вышеперечисленных факторов риска, недавние исследования показали, что гиповитаминоз D играет определенную роль в развитии ММ [3]. Исследование образа жизни окружающей среды и миомы (SELF) было проведено с целью описания фактического вклада гиповитаминоза D и других факторов в развитие миомы [4]. Большая часть исследований в этой области сосредоточена на афроамериканских женщинах, которые подвергаются повышенному риску возникновения ММ [5]. Среди афроамериканских женщин дефицит витамина D из-за более высоких концентраций меланина приводит к снижению уровня витамина D в сыворотке крови и сниженная экспрессия рецептора витамина D (VDR) в миометрии [6], по сравнению с белыми женщинами [7].

Витамин D-это название группы стероидных соединений, растворимых в жирах, которые оказывают мощное воздействие на организм человека и рецепторы которых находятся в различных органах, включая миометрий и опухолевую ткань ММ [10] (Рис.1).

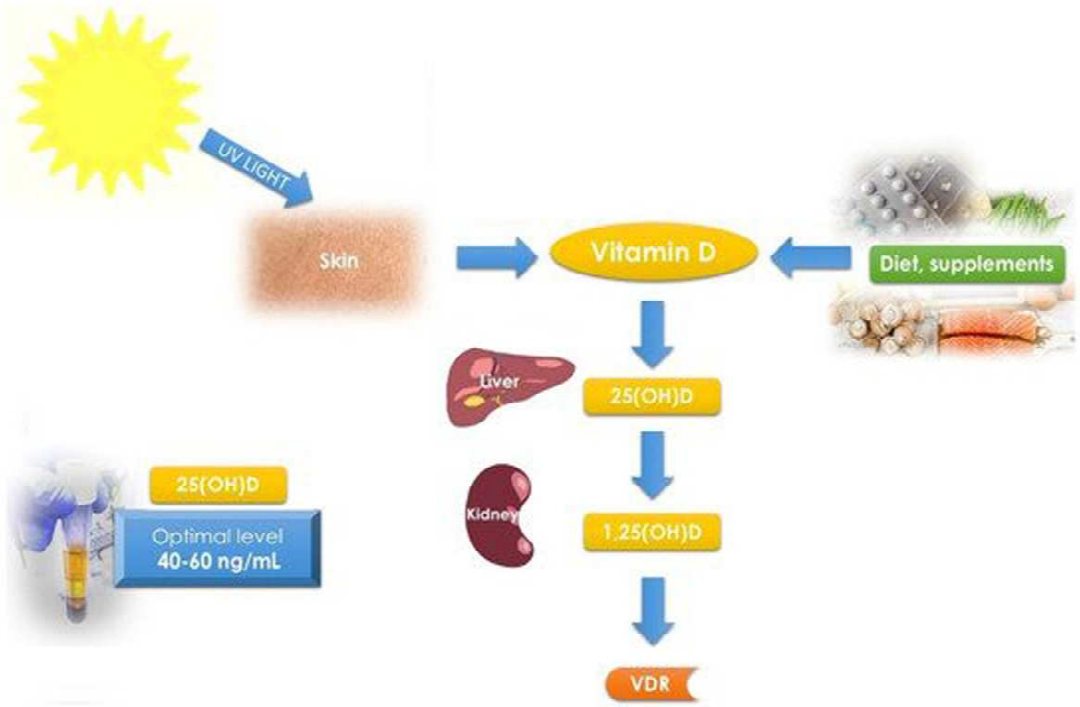


Рисунок 1. Метаболизм витамина D и схематические пути. Диета, пищевые добавки и солнечный свет являются основным источником витамина D в организме человека. Витамин D синтезируется в коже из 7-дегидрохолестерина. На последующих этапах печень преобразует его в 25(OH)D, а затем почки-в 1,25(OH)D. оптимальный уровень витамина D в сыворотке крови был описан как 25(OH)D 40-60 нг/мл [10].

Несмотря на накопленные данные по лейомиоме, сведения об участии витамина D в их патофизиологии ограничены.

Генетические исследования миомы матки. Генетические исследования доказали, что ММ является моноклональным гормонозависимым заболеванием [13]. Развитие опухоли начинается с создания патологически измененной и трансформированной первичной клетки миометрия. Впоследствии все вторичные клетки делятся, заставляя опухоль расти дальше [14]. Модифицированные клетки нуждаются в надлежащей стимуляции для того, чтобы делиться и производить внеклеточный матрикс [15]. Механизмы, контролирующие рост ММ, сложны и до сих пор недостаточно изучены. Основными гормонами, моделирующими развитие и рост ММ, являются эстроген [16] и прогестерон [8]. Эстроген [16] и прогестерон индуцируют образование и рост ММ, воздействуя на них прямо и косвенно через различные факторы роста. Многие специалисты считают прогестерон основным стероидом, инициирующим дифференцировку маточных мышц и их последующий аномальный рост [13,17]. Влияние прогестерона на рост миоматозных узлов было подтверждено широким использованием его антагонистов (SPRMs) в лечении ММ [18]. Эстрогены, играющие меньшую роль в патофизиологии ММ, подготавливают опухоль к стимуляции прогестероном, повышая регуляцию его рецепторов [16]. Миома матки в значительной степени подвержены влиянию генетических аномалий [19,20]. Специфические мутации

в гене MED12, кодирующие субъединицу медиаторного комплекса 12 (MED12), выявляются почти в 80% образцов ММ [19]. До настоящего времени мутации MED12 в здоровом миометрии исследуемых женщин не были обнаружены [20].

Витамин D и его рецептор. Витамин D относится к группе стероидных соединений, оказывающих мощное воздействие на многие части человеческого организма, включая опорно-двигательный аппарат, нервную и иммунную системы, а также половые пути [21]. Основная активность витамина D связана с контролем кальциево-фосфатного баланса, а также правильным строением и функцией скелета. Хотя он традиционно входит в состав витаминов, витамин D также отвечает требованиям, предъявляемым к классификации в качестве гормона [22]. Витамин D может встречаться в нескольких формах-витамин D1, или кальциферол (чаще всего встречается в рыбьем жире), витамин D2-эргокальциферол (встречается в растениях) и витамин D3-холекальциферол (вырабатывается в коже). Витамин D превращается в 25-гидроксивитамин D [25(OH)D] ферментом 25 α-гидроксилазы в печени, а затем гидроксилируется в почках до 1,25-дигидроксивитамина D [1,25(OH)D] [22]. Наиболее активная форма этого витамина-1,25 (OH)D-проявляет свою активность практически в каждой ткани человеческого организма [7].

Витамин D переносится специфическим транспортным белком-витамин D-связывающим белком, который относится к семейству генов альбумина. Этот белок транспортирует различные формы витамина D, включая эргокальциферол, холекальциферол, кальцифедиол и кальцитриол, между кожей, печенью и почками, а затем к различным тканям-мишеням. Существуют некоторые исследования, которые уже продемонстрировали полезность витамин D-связывающего белка в клинической диагностике. Он может быть использован в качестве биомаркера для некоторых заболеваний, например, рака молочной железы. Кроме того, в своем исследовании, проведенном в 2012 году, Lin et al., указал, что витамин D-связывающий белок может быть использован в качестве потенциального маркера для ММ. Считается, что витамин D регулирует пролиферацию и дифференцировку клеток, ингибирует ангиогенез и стимулирует апоптоз [21]. Витамин D работает по определенному типу рецепторов-VDR. Он является медиатором плейотропного действия этого витамина. Витамин D опосредует свои метаболические функции через стероидные транскрипционные механизмы [22]. Этот витамин может модулировать экспрессию различных генов в ткани специфическим образом, а затем может привести к ингибированию клеточной пролиферации, дифференцировки и апоптоза. Эти процессы могут принимать участие как в ингибировании неопластической трансформации, так и в опухолевом росте, например , при МКБ [7].

Эндогенное производство витамина D ограничено такими факторами, как географическое положение, экологические и индивидуальные особенности (например, широта, сезон, погодные условия, одежда), а также использование солнцезащитных кремов и других косметических средств [23]. Считается, что основными причинами дефицита витамина D в белом женском населении являются ненормальное потребление пищевых добавок и недостаточное воздействие солнечной радиации из-за проведения большей части времени в помещении. Люди с темной кожей, особенно чернокожие, должны проводить на улице в 5-10 раз больше времени, чтобы вырабатывать ту же порцию витамина D, по сравнению с людьми со светлым цветом лица, что является причиной того, что, например, афроамериканцы чаще имеют низкий уровень витамина D [21].

Уровни витамина D, определенные как "дефицитные", являются предметом жарких дискуссий среди экспертов [10]. Согласно практическим рекомендациям Эндокринного общества по статусу витамина D, "дефицит " определяется как уровень 25 (OH) D <20 нг/мл, недостаточность-как 21-29 нг/мл и достаточность-как минимум 30 нг/мл (Для лучшего общего опорно-двигательного эффекта). Фактические рекомендации предполагают предпочтительный диапазон от 40 до 60 нг/мл при сосредоточении внимания на плейотропном эффекте витамина D [10,2123] (Рис.1).

Витамин D в биологии миомы матки.

Считается, что витамин D снижает риск хронических заболеваний и новообразований [21]. Согласно обзору Гранта, имеющиеся научные данные подтверждают концепцию добавок витамина D, как метода профилактики рака [24]. Снижение уровня витамина D в сыворотке крови уже подтверждено при некоторых гинекологических и акушерских патологиях, таких как бесплодие или синдром поликистозных яичников [25,26]. Известно также, что витамин D влияет на регулярность цикла через его влияние на гормоны, такие как инсулин или андрогены. Различные исследования подтвердили, что более низкие уровни 25(OH)D в сыворотке крови были связаны с нерегулярными менструальными циклами [27]. Витамин D также может влиять на овариальный резерв и обратно связан с уровнем ФСГ, что было продемонстрировано Jukic et al. [28]. Культурные и экологические различия также могут играть определенную роль в развитии ММ, Oskovi Kaplan et al., предположил, что традиционный стиль одежды (покрывающий тело), низкое образование или быть домохозяйкой также являются факторами риска дефицита витамина D, которые в какой-то момент жизни могут привести к ММ [29]. Эпидемиологические исследования продолжают подчеркивать роль дефицита витамина D в развитии ММ.

Витамин D-потенциальный способ профилактики или лечения миомы матки.

Наименее изученные факторы, влияющие на риск возникновения ММ, связаны с образом жизни, питанием или местом жительства. Особенно питание и диета могут быть воротами к эффективной профилактике ММ [9]. Поскольку новые руководящие принципы от 2018 года определили оптимальную концентрацию витамина D на уровне 40-60 нг/мл (Рис. 1)[10], добавки витамина D и воздействие солнечного света могут быть двумя основными ключами к профилактике ММ. В случаях дефицита витамин D может быть повышен до правильного уровня путем приема дополнительной дозы-7000 международных единиц (МЕ)/ день или 50 000 МЕ/неделя, в зависимости от выбора пациента [10]. Хроническое введение высоких доз витамина D может привести к его токсическому воздействию, проявляющемуся выраженной гиперкальциемией и функциональным гипопаратиреозом, приводящим к переломам и остеоартрозным болям [32]. По-

видимому, нежелательные эффекты витамина D можно обойти с помощью кратковременной высокодозной терапии вместо хронического введения.

В 2016 году в исследовании, проведенном Ciavattini et al., 53 женщины получали добавки витамина D, которые восстанавливали правильную концентрацию витамина D в сыворотке крови у женщин с небольшими размерами миоматозных узлов. У этих женщин лечение витамином D уменьшало прогрессирование заболевания. Насколько нам известно, это первое исследование, показывающее полезные результаты использования витамина D с целью профилактики развития миомы матки у женщин.

По нашему мнению, витамин D, по-видимому, предлагает многообещающую, эффективную и недорогую профилактику или лечение ММ и их клинических симптомов. Если дальнейшие результаты будут положительными, витамин D добавки / лекарства могут стать новым оружием в борьбе с лейомиомой, с дополнительным полезным плейотропным эффектом [9].

Имеются данные, подтверждающие благотворное действие витамина D в виде добавок у женщин с небольшими миоматозными узлами [32], но необходимы дальнейшие обширные исследования, чтобы полностью понять точную роль витамина D в биологии ММ. Отсутствие рандомизированных контролируемых исследований по применению витамина D в профилактике или лечении ММ остается серьезной проблемой. По нашему мнению, основной причиной этого является отсутствие единых порогов отсечения дефицита витамина D-они различаются в разных странах [10]. Консенсус в этой области может принести ощутимую пользу женщинам с ММ. В настоящее время пациенты высокого риска, те, кто имеет генетическую предрасположенность к развитию миомы матки, афроамериканцы и те, кто имеет повышенный ИМТ, должны быть обследованы и предложены добавки, если это необходимо [3].

Дополнительным аспектом, который должен быть реализован при построении последующих клинических испытаний и определении рекомендаций по добавлению витамина D, является индивидуально дифференцированный ответ на прием витаминных добавок. По имеющимся данным, до 25% человечества можно рассматривать как низкорецепторов витамина D (медленная реакция после стандартных доз добавок) [33]. Например, аналогичные дозы витамина D в группе с высоким уровнем ответа могут привести к высокому повышению уровня 25(OH)D в сыворотке крови и последующему удержанию роста опухоли, тогда как у низкорецепторных пациентов будет только очень низкое повышение уровня 25(OH)D в сыворотке крови и небольшой плейотропный эффект [33]. Поэтому представляется, что следующим шагом в построении качественных исследований влияния витамина D как лекарственного средства в терапии ММ должно стать использование индекса реакции витамина D при создании групп пациентов.

Поскольку коррекция концентрации витамина D оказывает положительное влияние на ингибирование роста ММ, мы должны также рассмотреть другие методы лечения (кроме добавок), которые увеличат уровень витамина D в сыворотке крови. Harmon et al. сообщалось, что применение эстрогенсодержащих контрацептивов было связано с 20%-ным увеличением концентрации 25(OH)D в сыворотке крови. Наши исследования также недавно показали, что использование комбинированной оральной контрацепции (КОК) с дроспиреноном приводит к повышению уровня витамина D в сыворотке крови [34]. Точные механизмы, вызывающие это увеличение, до сих пор неизвестны, поэтому исследования должны быть продолжены. Использование выбранной формы оральной контрацепции в отдельных группах может уменьшить симптомы, связанные с ММ, а также помочь поддерживать правильную концентрацию витамина D. Следует подчеркнуть, что использование КОК не должно приводить к уменьшению объема опухоли. При краткосрочном лечении КОК может быть использован для уменьшения менструальных кровотечений, связанных с ММ. Следует подчеркнуть, что по имеющимся данным применение КОК незначительно повышает общий риск развития рака молочной железы происшествие. С другой стороны, этот риск уравновешивается более низким риском развития рака эндометрия, яичников и колоректального рака в будущем у женщин, которые использовали КОК [35].

В связи с редкими побочными эффектами и относительно высокой безопасностью витамина D мы также могли бы рассмотреть комбинированную терапию-препараты с дополнительным одновременным добавлением витамина D. Согласно очень недавнему исследованию Ali et al., УПА и витамин D обладают синергической анти-фиброзной активностью [33]. В этом исследовании комбинированная терапия УПА и витамином D приводила к значительному ингибированию роста миоматозных клеток (самая низкая скорость пролиферации из всех исследованных групп) [33]. Это исследование является важной вехой и может принести совершенно новые перспективы в отношении того, как лечить ММ. Мы считаем, что такое лечение было бы полезным для отдельных групп населения. Возможно, он мог бы быть более эффективным, чем традиционный подход, у пациентов с наиболее тяжелыми симптомами, такими как ожирение афроамериканцев с дефицитом витамина D. Он также может рассматриваться как тип дополнительной терапии во время аналогового лечения гонадотропин-рилизинг-гормоном (ГнРГ), например, для предотвращения потери костной массы [34] или негативного влияния на настроение или когнитивной способности вызванное дефицитом эстрогена. Аналогичные исследования, проведенные на других веществах, таких как аналоги ГнРГ, например, лейпролид, госерелин, элаголикс или релуголикс, могут представлять собой следующий шаг. Если безопасность такой терапии будет подтверждена, то исследования должны быть перенесены на следующие этапы клинических испытаний на людях.

Ранняя профилактика, соответствующая профилактика, а также лечение ММ на ранней стадии у женщин высокого риска являются приоритетными действиями. Возможно, решение на будущее будет заключаться в выявлении групп повышенного риска до появления миоматозных узлов, а затем в осуществлении профилактических мероприятий. Идеальные методы профилактики и ранней терапии должны быть недорогими и относительно свободными от риска [7]. Можно также рассмотреть высоко индивидуализированную и персонализированную мультилекарственную терапию с использованием витамина D.

Высокие дозы витамина D и его аналогов сами по себе или в качестве сопутствующих препаратов рано или поздно могут стать оптимальными, эффективными, безопасными препаратами для консервативного лечения ММ. Однако сначала они должны пройти передовые клинические испытания, где они могут подтвердить свою эффективность.

Выводы

Витамин D играет существенную роль в развитии миомы матки. Витамин D и его аналоги, по-видимому, являются перспективными, эффективными и недорогими соединениями в лечении миомы матки и их клинических симптомов. В случае дальнейших положительных наблюдений и рандомизированных контрольных исследований препараты витамина D могли бы стать новым инструментом в борьбе с ММ. Необходимы дальнейшие исследования о биологическом влиянии витамина D на развитие миомы матки. Синергизм между витамином D и некоторыми препаратами применяемые при лечении является очень интересным вопросом, который требует дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Stewart, E.A.; Laughlin-Tommaso, S.K.; Catherino, W.H.; Lalitkumar, S.; Gupta, D.; Vollenhoven, B. Uterine fibroids. Nat. Rev. Dis. Primers 2016, 2, 16043.
2. Al-Hendy, A.; Myers, E.R.; Stewart, E. Uterine fibroids: Burden and unmet medical need. Semin. Reprod. Med. 2017, 35, 473-480.
3. Ciebiera, M.; Wlodarczyk, M.; Slabuszewska-Jozwiak, A.; Nowicka, G.; Jakiel, G. Influence of vitamin D and transforming growth factor beta3 serum concentrations, obesity, and family history on the risk for uterine fibroids. Fertil. Steril. 2016, 106, 1787-1792.
4. Wise, L.A. Study of environment lifestyle and fibroids (self): Advancing the field of fibroid epidemiology. J. Women's Health 2015, 24, 862-864.
5. Baird, D.D.; Harmon, Q.E.; Upson, K.; Moore, K.R.; Barker-Cummings, C.; Baker, S.; Cooper, T.; Wegienka, G. A prospective, ultrasound-based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and growth: Methods and results of recruitment. J. Women's Health 2015, 24, 907-915.
6. Halder, S.K.; Osteen, K.G.; Al-Hendy, A. 1,25-dihydroxyvitamin D3 reduces extracellular matrix-associated protein expression in human uterine fibroid cells. Biol. Reprod. 2013, 89, 150.
7. Brakta, S.; Diamond, J.S.; Al-Hendy, A.; Diamond, M.P.; Halder, S.K. Role of vitamin D in uterine fibroid biology. Fertil. Steril. 2015, 104, 698-706.
8. Kim, J.J.; Sefton, E.C. The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma. Mol. Cell. Endocrinol. 2012, 358, 223-231.
9. Ciebiera, M.; Lukaszuk, K.; Meczekalski, B.; Ciebiera, M.; Wojtyla, C.; Slabuszewska-Jozwiak, A.; Jakiel, G. Alternative oral agents in prophylaxis and therapy of uterine fibroids-an up-to-date review. Int. J. Mol. Sci. 2017, 18.
10. Pludowski, P.; Holick, M.F.; Grant, W.B.; Konstantynowicz, J.; Mascarenhas, M.R.; Haq, A.; Povoroznyuk, V.; Balatska, N.; Barbosa, A.P.; Karonova, T.; et al. Vitamin D supplementation guidelines. J. Steroid Biochem. Mol. Biol. 2018, 175, 125-135.
11. Protic, O.; Toti, P.; Islam, M.S.; Occhini, R.; Giannubilo, S.R.; Catherino, W.H.; Cinti, S.; Petraglia, F.; Ciavattini, A.; Castellucci, M.; et al. Possible involvement of inflammatory/reparative processes in the development of uterine fibroids. Cell Tissue Res. 2016, 364, 415-427.
12. Halder, S.; Al-Hendy, A. Hypovitaminosis D and high serum transforming growth factor beta-3: Important biomarkers for uterine fibroids risk. Fertil. Steril. 2016, 106, 1648-1649.
13. Elkafas, H.; Qiwei, Y.; Al-Hendy, A. Origin of uterine fibroids: Conversion of myometrial stem cells to tumor-initiating cells. Semin. Reprod. Med. 2017, 35, 481-486.
14. Holdsworth-Carson, S.J.; Zaitseva, M.; Vollenhoven, B.J.; Rogers, P.A. Clonality of smooth muscle and fibroblast cell populations isolated from human fibroid and myometrial tissues. Mol. Hum. Reprod. 2014, 20, 250-259.
15. Islam, M.S.; Ciavattini, A.; Petraglia, F.; Castellucci, M.; Ciarmela, P. Extracellular matrix in uterine leiomyoma pathogenesis: A potential target for future therapeutics. Hum. Reprod. Update 2018, 24, 59-85.
16. Borahay, M.A.; Asoglu, M.R.; Mas, A.; Adam, S.; Kilic, G.S.; Al-Hendy, A. Estrogen receptors and signaling in fibroids: Role in pathobiology and therapeutic implications. Reprod. Sci. 2017, 24, 1235-1244.
17. Chill, H.H.; Safrai, M.; Reuveni Salzman, A.; Shushan, A. The rising phoenix-progesterone as the main target of the medical therapy for leiomyoma. Biomed. Res. Int. 2017.
18. Chwalisz, K.; Taylor, H. Current and emerging medical treatments for uterine fibroids. Semin. Reprod. Med. 2017, 35, 510-522.
19. Heinonen, H.R.; Sarvilinna, N.S.; Sjoberg, J.; Kampjarvi, K.; Pitkanen, E.; Vahteristo, P.; Makinen, N.; Aaltonen, L.A. Med12 mutation frequency in unselected sporadic uterine leiomyomas. Fertil. Steril. 2014, 102, 1137-1142.
20. Halder, S.K.; Laknaur, A.; Miller, J.; Layman, L.C.; Diamond, M.; Al-Hendy, A. Novel med12 gene somatic mutations in women from the southern united states with symptomatic uterine fibroids. Mol. Genet. Genom. 2015, 290, 505-511.
21. Holick, M.F. The vitamin D deficiency pandemic: Approaches for diagnosis, treatment and prevention. Rev. Endocr. Metab. Disord. 2017, 18, 153-165.
22. Pike, J.W.; Christakos, S. Biology and mechanisms of action of the vitamin D hormone. Endocrinol. Metab. Clin. N. Am. 2017, 46, 815-843.
23. Pilz, S.; Trummer, C.; Pandis, M.; Schwetz, V.; Aberer, F.; Grubler, M.; Verheyen, N.; Tomaschitz, A.; Marz, W. Vitamin D: Current guidelines and future outlook. Anticancer Res. 2018, 38, 1145-1151.
24. Grant, W.B. A review of the evidence supporting the vitamin D-cancer prevention hypothesis in 2017. Anticancer Res. 2018, 38, 1121-1136.
25. Skowronska, P.; Pastuszek, E.; Kuczynski, W.; Jaszczol, M.; Kuc, P.; Jakiel, G.; Woclawek-Potocka, I.; Lukaszuk, K. The role of vitamin D in reproductive dysfunction in women-A systematic review. Ann. Agric. Environ. Med. 2016, 23, 671-676.
26. Whynott, R.M.; Vaught, K.C.C.; Segars, J.H. The effect of uterine fibroids on infertility: A systematic review. Semin. Reprod. Med. 2017, 35, 523-532.
27. Jukic, A.M.; Steiner, A.Z.; Baird, D.D. Lower plasma 25-hydroxyvitamin D is associated with irregular menstrual cycles in a cross-sectional study. Reprod. Biol. Endocrinol. 2015, 13, 20.
28. Jukic, A.M.; Steiner, A.Z.; Baird, D.D. Association between serum 25-hydroxyvitamin D and ovarian reserve in premenopausal women. Menopause 2015, 22, 312-316.
29. Oskovi Kaplan, Z.A.; Tasci, Y.; Topcu, H.O.; Erkaya, S. 25-hydroxy vitamin D levels in premenopausal Turkish women with uterine leiomyoma. Gynecol. Endocrinol. 2018, 34, 261-264.
30. Ciebiera, M.; Wlodarczyk, M.; Wrzosek, M.; Slabuszewska-Jozwiak, A.; Nowicka, G.; Jakiel, G. Ulipristal acetate decreases transforming growth factor beta3 serum and tumor tissue concentrations in patients with uterine fibroids. Fertil. Steril. 2018, 109, 501-507.
31. Ciebiera, M.; Wlodarczyk, M.; Wrzosek, M.; Meczekalski, B.; Nowicka, G.; Lukaszuk, K.; Ciebiera, M.; Slabuszewska-Jozwiak, A.; Jakiel, G. Role of transforming growth factor beta in uterine fibroid biology. Int. J. Mol. Sci. 2017, 18.
32. Tebben, P.J.; Singh, R.J.; Kumar, R. Vitamin d-mediated hypercalcemia: Mechanisms, diagnosis, and treatment. Endocr. Rev. 2016, 37, 521-547.
33. Ali, M.L.A.; Shaheen, S.; Sabri, M.; Al-Hendy, A. Vitamin D synergizes the antiproliferative, apoptotic, antifibrotic and anti-inflammatory effects of ulipristal acetate against human uterine fibroids. Fertil. Steril. 2017, 108, e66.
34. Ciebiera, M.W.M.; S?abuszewska-J??zwiak, A.; Ciebiera, M.; Nowicka, G.; Jakiel, G. Vitamin D serum levels in women using contraception containing drospirenone-A preliminary study. Arch. Med. Sci. 2017.
35. Iversen, L.; Sivasubramaniam, S.; Lee, A.J.; Fielding, S.; Hannaford, P.C. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: The royal college of general practitioners' oral contraception study. Am. J. Obstet. Gynecol. 2017, 216, 580.e1-580.e9.

Поступила 09.10. 2020

УДК 616.282-004.2-006-08.1

МИКОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Газиев К.У., Нарзуллаев Н.У.,

Бухарский Государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Целью данного исследования является изучение частоту и клинические особенности кандидозных поражений среднего уха у детей с ВИЧ-СПИД в зависимости от стадии инфекционного процесса. В исследование были включены 38 пациента (27 мальчиков (61,4%), 11 девочек (38,6%). Диагноз "ВИЧ-инфекция" устанавливался по результату ИФА и иммуноблота. Кандидозные поражения слизистой оболочки среднего уха распределились следующим образом: кандидозный миринГит был выявлен в 38,9% случаев, кандидозный экссудативный отит - 9,3% случаев у детей с 4 клинической стадий заболевания. Тогда как у детей с 3 клинической стадией кандидозные поражение наружного слухового прохода регистрировался в 4,8% случаев. Данные наших исследований подтверждают. тот факт, что кандидозные поражения слизистой оболочки среднего уха манифестируют при тяжелом иммунодефиците, а именно: чаще встречаются в 4 клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: микозы, ВИЧ-инфекция, оппортуническая инфекция, острый средний отит, иммуноферментный анализ.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЎРТА ҚУЛОҚ ЗАМБУРУҒЛИ ЗАРАРЛАНИШИ

Газиев К.У., Нарзуллаев Н.У.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ушбу изланиш мақсади, ОИВ-инфекцияси фонида болаларда ўрта қулоқнинг замбуруғли яллиғланиши ОИВ/ОИТС инфекцион жараёни кечиш босқичига боғлиқ ҳолда частотаси ва клиник хусусиятларини ўрганишдан иборат. Кўриниб турибдики, ОИВ-инфекцияси фонида болаларда ўрта қулоқнинг замбуруғли яллиғланиши 14 ёшгача бўлган 38 та болаларда кузатилди. Шулардан 27 таси ўғил болаларни, 11 таси қиз болаларни ташкил этди. "ОИВ-инфекцияси" ташхиси ИФА ва иммуноблот усулида қўйилди. Ўрта қулоқнинг замбуруғли яллиғланиши қуйидагича тақсимланди: кандидозли миригит 38,9%ни, кандидозли экссудативли отит 9,3% ни ташкил этди. Бу ўз навбатида ОИВ-инфекциясининг 4 клиник босқичига тўғри келди. ОИВ-инфекциясининг 3 клиник босқичида ташқи эшитув йўлининг замбуруғли яллиғланиши 4,8% ни ташкил этди. Кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, ўрта қулоқнинг замбуруғли яллиғланиши оғир иммунтанқислик фонининг 4 клиник босқичида яққол намоён бўлади.

Калит сўзлар: замбуруғлар, ОИВ-инфекция, оппортунистик инфекция, ўткир ўрта отит, иммунофермент таҳлили.

MYCOSIS IN THE STRUCTURE OF OPPORTUNISTIC DISEASES OF THE MIDDLE EAR IN HIV-INFECTED CHILDREN

Gaziev K.U., Narzullaev N.U.,

Buxara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The aim of this study is to examine the frequency and clinical features of candidal lesions of the middle ear in children with HIV-AIDS, depending on the stage of infection. The study included 38 patients (27 males (61.4%), 11 girls (38.6%). The diagnosis of "HIV infection" was placed on the result of ELISA and Western Blot. Candida lesions of the mucous membrane of the middle ear as follows: Candida miringit was detected in 38.9% of cases, Candida exudative otitis - 9.3% of cases in children from 4 clinical stages of disease. Then, as in children with clinical stage 3 lesion candida ear passage was detected in 4.8% of cases. The data of our research confirm. the fact that candida lesions of the mucous membrane of the middle ear manifest with severe immunodeficiency, namely the more frequently encountered in clinical stage 4 HIV infection.

Key words: mycosis, HIV infection, opportunistic infection, acute otitis media, enzyme immunoassay.

Актуальность

Проблема инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в оториноларингологии в нашей стране изучается с начала 90-х годов. Выделены и описаны заболевания, являющиеся индикатором син-дрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), изучена симптоматика по-ражения уха, горла и носа у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. [1,3]

В связи со значительным нарастанием количества случаев ВИЧ-инфек-ции вероятность контакта врача-оториноларинголога с ВИЧ-инфицирован-ными пациентами увеличивается. При ВИЧ-инфекции часто имеют место ра-зличные проявления болезни с поражением ЛОР-органов. Оториноларинго-логам,

как, впрочем, и другим специалистам, уже приходится принимать ак-тивное участие в диагностике, лечении ВИЧ-инфицированных лиц, профилактической работе, что, безусловно, потребует знания особенностей патологии уха, горла и носа при ВИЧ-инфекции (СПИДе). [2,4,5]

У ВИЧ-инфицированных детей микозы, вызванные Candida spp. и Cryptococcus spp., встречаются значительно чаще, чем у неинфицированных. В связи с тем, что ВИЧ-инфекция характеризуется выраженными нарушениями иммунной системы, больные легко заражаются аспергиллами, пенициллами, мукорами и другими грибами.

Известно, что имеется прямая взаимосвязь между состоянием иммунной системы и активацией непатогенных флоры и оппортунической микрофлоры среднего уха. При ВИЧ-инфекции уже на ранних стадиях заболевания, еще до развития картины выраженного иммунодефицита появляются первые признаки иммуносупрессии рецидивирующий кандидоз среднего уха [6].

Наиболее частой причиной развития микозов среднего уха являются грибы рода Candida, Aspergillus, многие авторы придают значение грибам рода Penicillum. Плесневые микромицеты Alternaria, Rhizopus, Absidia встречаются реже. Нередко хронический отит бактериальной этиологии предшествует грибковой инфекции. В таких случаях при культуральном исследовании секрета из барабанной полости можно обнаружить миксты бактерий в ассоциации с условно-патогенными грибами. При микроскопии в барабанной полости находят некротические массы, мицелий гриба с инвазией в ткани или без нее. В качестве причин, вызывающих развитие грибкового воспаления, прежде всего стоят состояния, сопровождающиеся иммунологической недостаточностью: первичный иммунодефицит, сахарный диабет, СПИД, онкопатология, аутоиммунные процессы и др [7,8].

Целью настоящего исследования явилось изучение частоту и клинические особенности кандидозных поражений среднего уха у детей с ВИЧ-СПИД в зависимости от стадии инфекционного процесса.

Материал и методы

В исследование были включены 38 пациента (27 мальчиков (61,4%), 11 девочек (38,6%), находящихся на стационарном лечении в Лор отделении Бухарской детской многопрофильной больнице. Диагноз "ВИЧ-инфекция" устанавливался по результату ИФА и иммуноблота. Стадии заболеваний ВИЧ-инфекции определяли согласно клинической классификации ВОЗ ВИЧ-СПИДа у детей, 2007г. С 3 стадией ВИЧ-инфекции был обследован 18 ребенок, с 4 стадией - 20. Средний возраст составил 2,9-14лет. В группу сравнения вошли 20 практически здоровых детей. Всем обследованным детям проводилось микробиологическое исследование гноя из наружного слухового прохода с посевом на среду Сабуро.

Результат и обсуждения

Анализ жалоб обследованных лиц с микотическим поражением среднего уха показал, что чаще всего у них присутствовали боль, жжение и выделение из наружного слухового прохода.

Кандидозные поражения слизистой оболочки среднего уха распределились следующим образом: кандидозный миринтит был выявлен в 38,9% случаев, кандидозный экссудативный отит - 9,3% случаев у детей с 4 клинической стадий заболевания. Тогда как у детей с 3 клинической стадией кандидозные поражение наружного слухового прохода регистрировался в 4,8% случаев. Кандидоз наружного слухового прохода имел затяжной и рецидивирующий характер течения, чаще всего наблюдался в виде псевдомембранозной и эритематозной (или атрофической) формах: на стенках наружного слухового прохода появлялись пятнистые или сливные участки гиперемии. На гиперемированной участке наружном слуховом проходе образовывались творожистые налеты. При их удалении обнажались гиперемированная, иногда кровоточащая.

Необходимо отметить, что в 3 и 4 клинических стадиях ВИЧ-инфекции у детей существенно увеличивались высеваемость дрожжеподобных грибов по сравнению с таковой у иммунокомпетентных лиц. Так количества грибов р. Кандида в 1мл гное у ВИЧ-инфицированных детей в 3 стадии заболевания составило 5,60±0,5 КОЕ/мл, у больных в 4 стадии этот показатель был равен 6,30±0,7 КОЕ/мл, тогда как у здоровых детей высеваемость грибов р. Кандида регистрировалась на уровне 2,15±0,1 КОЭ /мл. Всем больным была проведена фунгицидная терапия и лечение, как правило, было высокоэффективным.

Данные наших исследований подтверждают. тот факт, что кандидозные поражения слизистой оболочки среднего уха манифестируют при тяжелом иммунодефиците, а именно: чаще встречаются в 4 клинической стадии ВИЧ- инфекции. Грибковые поражение среднего уха является маркером терминальной стадии ВИЧ-инфекции - стадии СПИДа. Своевременная диагностика и рациональная противогрибковая терапия позволяют избежать осложнений и улучшает качество жизни больных ВИЧ-инфекцией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бессараб Т.П. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии //Лечащий врач. - 2012. -№1. -С.26-30.
2. Бектемиров А.М., Рахматова Х.А., Кандидоз ротовой полости у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита. "Современные подходы в диагностике, профилактике и лечении ВИЧ-инфекции". Ташкент.2013. С. 95.
3. Бессараб Т. П., Ющук Н. Д., Анютин Р. Г., Потекаев С. Н., Ющук Н. Д. ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике //Лечащий Врач.- 2015.-12-07
4. Богомильский М.Р., Румянцев А.Г. и др. Поражения ЛОР-органов при СПИДе у детей. Вестн. оториноларингологии. 2012; 1:4-6.
5. Макарова Н.Ю., Кравченко А.В., Юрин О.Г., Покровский В.В. Особенности этиологии грибковых заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией и лекарственная устойчивость выявленных грибковых патогенов к флюконазолу //Эпидемиология и инфекционные болезни.- Москва.- 2013.- №2.- С.33-35.
6. Narzullaev N.U. FarGALS efficiency in complex treatment of HIV-infected children with acute purulent sinusitis//European Science Review. - Austria, 2017. - No.1-2. -pp.86-88.
7. Narzullaev N.U. The Incidence of exudative otitis media in HIV-infected children//International Journal BIOMEDICINE (IJBM) USA. - 2012. -No.1. -pp.211-213.
8. Narzullaev N.U. Immune Status of HIV-positive Children with Acute Rhinosinusitis//International Journal of Public Health Science (IJPHS) USA. - 2013. - Vol. 2, No.3. - pp. 83-88.

Поступила 09.10. 2020

УДК 616.284-004.3-006-09.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Нарзуллаев Н.У., Газиев К.У.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Целью данного исследования является изучение особенности клиника и течения острого гнойного среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей. Показано, что ВИЧ-инфицированные дети до 14 лет с острым средним отитом составляет 60 больных. Из них мальчики составляют 32 больных, а девочки 28. В результате анализа полученных нами данных установлено, что наиболее частыми признаками острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей являются: боли в ушах, гноетечение, повышение температура тела, токсикоз, эксикоз. Своеобразие клинического проявления острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей, на наш взгляд, в первую очередь связано как с биологическими свойствами вируса (поражение иммунокомпонентных клеток), так и с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. Резюмируя, следует отметить, что клиника и течение острого гнойного среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей схоже, что и у неинфицированных детей, то есть при выборе антибактериальной терапии врачи должны следовать тем же рекомендациями, что и при лечении ОСО у иммунокомпонентных детей.

Ключевые слова: острый гнойный средний отит, ВИЧ-инфекция, иммунокомпонентные дети, антибактериальная терапия.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нарзуллаев Н.У., Газиев К.У.,

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ушбу изланиш мақсади ОИВ-инфекцияси билан зарарланган болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг клиникаси ва кечишини ўрганишдан иборат. Кўриниб турибдики, ОИВ-инфекцияси фонида ўткир ўрта отит 14 ёшгача бўлган 60 та болаларда кузатилаяпти. Шулардан 32 таси ўғил болаларни, 28 таси қиз болаларни ташкил этаяпти. Кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, ОИВ-инфекцияси билан касалланган болаларда ўткир ўрта отитнинг қуйидаги клиник симптомлари юқори фоизларда кузатилди: қулоқда оғриқ, қулоқдан йиринг оқиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, токсикоз ва эксикоз ҳолатлари. Бизнинг назаримизда ОИВ-инфекцияси фонида ривожланган ўткир ўрта отитнинг клиник кўриниши, биринчи навбатда ОИВ-вирусининг иммун ҳужайраларининг зарарлаш биологик хусусияти, ҳамда бола организмининг анатомо-физиологик хусусиятига боғлиқ. Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, ОИВ-инфекцияси фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитнинг клиникаси ва кечиши, ОИВ-инфекцияси билан зарарланмаган болаларда бир хилда кечади. Шу сабабли, шифокорлар ўткир йирингли ўрта отитни антибактериал даволашда иммунокомпонентли болаларни даволашдагидек тавсия беришлар лозим.

Калит сўзлар: ўткир йирингли ўрта отит, ОИВ-инфекция, иммунокомпонентли болалар, антибактериал терапия.

FEATURES DURING ACUTE PURULENT OTITIS MEDIA IN HIV-INFECTED CHILDREN

Narzullaev N.U., Gaziev K.U.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The aim of this study is to examine characteristics and clinical course of acute otitis media in HIV-infected children. It is shown that HIV-infected children under 14 years with acute otitis media is 60 patients. Of these 32 patients are boys, and girls 28. The analysis of our data revealed that the most common signs of acute otitis media in HIV-infected children are: pain in the ears, suppuration, increased body temperature, toxemia, exsicosis. The peculiarity of the clinical manifestations of acute otitis media in HIV-infected children, in our opinion, primarily due to both the biological properties of the virus (defeat immunokomponent cells), and with the anatomical and physiological characteristics of the child's body. In summary, it should be noted that the clinic and during acute otitis media in HIV-infected children is similar to that of the uninfected children, that is the choice of antibiotic treatment doctors should follow the same guidelines as the treatment of AOM in children immunokomponent.

Key words: acute otitis media, HIV-infection, immunokomponent children, antibiotic therapy.

Актуальность

Проблема ВИЧ-инфекции у детей является актуальной в связи с продолжающимся развитием пандемии этого заболевания среди детского населения всего мира [1,8,9].

ЛОР-заболевание - одна из наиболее распространенных и опасных заболеваний детского возраста, возникает как осложнение респираторных, бактериальных, грибковых и ВИЧ-инфекции. Один из серьезных осложнений ВИЧ-инфекции детского возраста является поражение ЛОР-органов, где резко возрастает

риск развития внутричерепных осложнений, приводящих и неблагоприятному исходу основного заболевания [2,6].

Глобальность эпидемии ВИЧ-инфекции по-прежнему настораживает. Большинство детей инфицируется вертикально, т.е. инфицирование ребенка происходит от матери в пред-, пери- и послеродовом периоде. Показатели трансмиссии варьируют от 15-20% по развитым странам. Разнообразие клинических проявлений ВИЧ-инфекции обусловлено присоединением оппортунистических инфекций, среди которых наибольшее значение имеют грибковые, бактериальные и вирусные инфекции. Поражения полости рта и слизистых оболочек ЛОР-органов у ВИЧ-инфицированных относят к одним из первых клинических проявлений болезни [7,10]. У детей СПИД может проявиться рецидивирующими или атипичными заболеваниями уха, околоносовых пазух, мастоидитом, тонзиллитом, воспалением орбитальной и периорбитальной клетчатки, кандидозом ротоглотки и инфекционными поражениями зубов. Часто встречаются инфекции, ассоциированные с группой Streptococcus A и Streptococcus pneumoniae, которые нередко прогрессируют в тяжелые генерализованные формы, приводящие к значительному количеству смертельных исходов. Инфекции могут быть вызваны необычными патогенами, такими как Pseudomonas, типичными и атипичными Mycobacteria, Candida, Aspergillus и т.д. Грибковые поражения околоносовых пазух (в том числе Aspergillus и Rhizopus spp.) могут иметь деструктивное течение с быстрым распространением, вовлечением в процесс кости и центральной нервной системы [3,4,5]. Другое классическое проявление ВИЧ-инфекции, с которым может столкнуться оториноларинголог, это развитие острого среднего отита. Это диктует острую необходимость выполнения исследования.

В связи с этим целью, настоящего исследования явилось изучение особенности течения острого гнойного среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей.

Материал и методы

За период с мая 2015 года по июль 2020 год под нашим наблюдением находились 60 детей с диагнозом "ВИЧ-инфекция". Исследование проводились на базе областного детского многопрофильного больнице. Диагноз ВИЧ-инфекция устанавливался на основании приказа №480 Министерства Здравоохранения. Материалом исследование явилось 60 больных детей за 2015-2020гг до 14 лет с ВИЧ-инфекцией. Мальчики составляют 32 (53.3%) больных, а девочки 28(46.7%).

Дети обследовались вне зависимости от наличия жалоб. Кроме стандартных методов исследование (общий анализ крови, мочи, бактериологический и биохимический исследования) нами было проведено всем детям тщательное оториноларингологическое (отоскопия, передняя риноскопия, ларингоскопия, аккуметрия, импедансометрия, аудиометрия, вестибулометрия) обследование, а у 8(13,4%) рентгенологические исследование.

Результат и обсуждение

В результате анализа полученных нами данных установлено, что наиболее частыми признаками острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей являются: боли в ушах(100%), гноетечение(100%), повышение температура тела (100%), симптом Пинца (30%), симптом wache (47%), сепсис (43%), явление менингизма (17,7%), судороги (42%), отказ от груди (29,4), токсикоз (12%), эксикоз (56%), выделение из носа (29,4%) и недомогание (5,6%). У большинства детей наблюдались кандидозные поражения среднего уха, особенно в стадии СПИД.

Своеобразие клинического проявления острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей, на наш взгляд, в первую очередь связано как с биологическими свойствами вируса (быстрая репликация, поражение иммунокомпонентных клеток, высокая генетическая изменчивость),так и с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. К ним относятся неспособность к выработке адекватного иммунного ответа против ВИЧ, большое количество клеток-мишеней для вируса, физиологическая незрелость различных систем и органов, в том числе среднего уха.

В результате у ВИЧ-инфицированных детей происходит более быстрое формирование глубокого иммунодефицитного состояния (ИДС) и тяжелой полиорганной патологии, включающей широкий спектр ВИЧ- ассоциированных (базисных симптомов), оппортунических инфекций, злокачественных опухолей, что вызывает трудности в клинической диагностике ВИЧ-инфекции в детском возрасте.

Таким образом, результаты данного исследования позволяют утверждать что клиника и течение острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей схоже, что и у неинфицированных детей, то есть при выборе антибактериальной терапии врачи должны следовать тем же рекомендациями, что и при лечении ОСО у иммунокомпонентных детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бессараб Т.П. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии //Лечащий врач. -2012.-№1.-С.26-30.
2. Бессараб Т. П., Ющук Н. Д., Анютин Р. Г., Потекаев С. Н., Ющук Н. Д. ВИЧ-инфекция в оториноларингологической практике //Лечащий Врач.- 2015.-12-07
3. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита. //РМЖ. -2012. -№20. С. 903-909.
4. Крюков А. И., Туровский А. Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха // www.MedLinks.Ru.-2012.
5. Daly KA, Brown JE, Lindgren BR et al. Epidemiology of otitis media onset by six months of age. Pediatrics 2009; 103: 1158-66.
6. Dowell, S. F., Butler, J. C., Giebink, G. S. et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance - a report from the Drug-resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Pediatr. Infect.Dis. J. 18 (2012), 1-9.
7. Healy GB. Otitis media and middle ear effusions. In: Ballenger JJ, Snow JB, Ed. Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. 15th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 2016: 1003-1009.
8. Marchisio, P., Principi, N., Sorella, S., Sala, E. & Tornaghi, R. Etiology of acute otitis media in human immunodeficiency virus-infected children. Pediatr. Infect. Dis. J. 15 (2016),58-61.
9. Narzullaev N.U. The Incidence of exudative otitis media in HIV-infected children//International Journal BIOMEDICINE (IJBM) USA. - 2012. -No.1. -pp.211-213.
10. Narzullaev N.U. Immune Status of HIV-positive Children with Acute Rhinosinusitis//International Journal of Public Health Science (IJPHS) USA. - 2013. - Vol. 2, No.3. - pp. 83-88.

Поступила 09.09. 2020

УДК 616-02. 616.225.2

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ АДЕНОТОМИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Абдуллаева Р.Р., Ашуров А.М.,

Республиканская детская многопрофильная больница. Каракалпакстан,
Ташкентский институт усовершенствования врачей.

✓ ***Резюме***

Сделан анализ истроии болезни 332 (78,3%) больных детей с гипертрофией носоглоточной миндалины. Гипертрофия носоглоточных миндалин чаще всего встречается среди мальчиков (60%).

Проведен сравнительный анализ операции под местной аппликационной анестезии и общим интубационным наркозом. Указаны положительные и отрицательные стороны данных способов анестезии.

Определены относительныеколичество коровопотер при применении различных методов удаления гипертрофированных носоглоточных миндалин.

Выявлено наличие железодефицитной анемии у 260 (78,3%).

В конце статьи приводится выводы в качестве рекомендации для практических ЛОР врачей.

Ключевые слова: Аденоидная вегетация, аденотомия, анемия.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА АДЕНОТОМИЯ ЖАРРОҲЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаева Р.Р., Ашуров А.М.,

Республика болалар кўптармоқли касалхонаси. Қорақалпоғистон,
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти.

✓ ***Резюме***

Аденоидли вегетация 2-3 даражада бўлган 332 бемор болалар архив материаллари ўрганилди. Умумий беморларни кўпчилигини (60%) ўғил болалар ташкил этган.

Маҳаллий аппликацион анестезия ва умумий интубацион наркоз усулларида олиб борилган аденотомия операциялари қиёсий тахлил қилинган. Бу оғриқсизлантириш усулларининг қулайлик ва камчилик томонлари кўрсатилган.

Аденотомия операциясини ўтказиш усулларидаги қон йўқотиш миқдори аниқланган.

Текширилган 260 (78,3%) болаларда темир танқислик анемия борлиги аниқланган.

Мақола сўнгида хулоса, амалий ЛОР шифокорларига таклиф сифатида баён этилган.

Калит сўзлар: Аденоид вегетация, аденотомия, анемия.

FEATURES OF ADENOTOMY SURGERY IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN

Abdullaeva R.R., Ashurov A.M.,

Republican children's multidisciplinary hospital. Karakalpakstan,
Tashkent Institute for the Advancement of Physicians.

✓ ***Resume***

An analysis of the history of the disease was made in 332 (78.3%) children with hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil. Hypertrophy of the nasopharyngeal tonsils is most common among boys (60%).

A comparative analysis of the operation under local application anesthesia and general intubation anesthesia was carried out. The positive and negative aspects of these methods of anesthesia are indicated.

Determined the relative amount of cow losses when using various methods of removing hypertrophied nasopharyngeal tonsils.

The presence of iron deficiency anemia was revealed in 260 (78.3%).

At the end of the article, conclusions are given as a recommendation for practicing ENT doctors.

Key words: Adenoid vegetation Anemiya, adenomectomiya

Актуальность

Патологические изменения органов дыхания остаются одной из актуальных проблем современной педиатрии, определяя высокий уровень детской заболеваемости. Функциональная несостоятельность структурных образований лимфоэпителиального кольца глотки занимает одно из ведущих мест по распространённости среди всех ЛОР заболеваний в детской оториноларингологии (Козлов В.С. и др., 2009;). По данным отечественных авторов, в детской популяции количество детей с патологией лимфоглоточного кольца колеблется от 50 до 70% (Пухлик С.М., Нейверт Э.Г. 2008.). У детей дошкольного и младшего школьного возраста 74,3% в структуре заболеваний уха, горла и носа составляет патология глоточной миндалины (Пронина Ю.В. и др. 2003.). Дети с аденоидами или гипертрофией глоточной миндалины, относятся к группе часто болеющих детей.

Лечение детей с патологией глоточной миндалины на фоне сопутствующих аллергических заболеваний сегодня является актуальной проблемой и для педиатров, и для аллергологов, и для оториноларингологов. Во-первых, потому что гипертрофия и воспаление глоточной миндалины в детском возрасте являются самой распространенной патологией среди

всех заболеваний верхних дыхательных путей и составляет 30 % (Козлов В.С. и др.2002). Во-вторых, потому что среди всех детей, страдающих гипертрофией нёбных миндалин 30 - 40% имеют сопутствующее заболевание (Богомильский М.Р. 2000). Традиционным способом лечения аденоидов и хронического аденоидита уже более 100 лет является аденотомия. Сегодня это самая распространенная операция в детской оториноларингологии.

Отсутствие единых стандартов диагностики и лечения приводит к тому, что выбор метода лечения пока зависит от того, в руках какого специалиста находится пациент (Карпова Е.П. 2007.). На сегодняшний день очевидна необходимость составления единого алгоритма обследования и лечения детей с патологией глоточной миндалины на фоне сопутствующих аллергических заболеваний. Данное исследование должно внести свою лепту в создание стандартного протокола ведения таких пациентов, что позволит всем специалистам, занимающимся этой проблемой, осуществлять свою профессиональную деятельность, основываясь не на частных мнениях, а с позиций доказательной медицины.

Актуальность проблемы аденоидов обусловлена тем, что она выходит за пределы оториноларингологии и тесно связана с бронхолёгочной патологией, аллергизацией организма, изменениями в местном и гуморальном иммунитете. Поэтому гипертрофия носоглоточной миндалины привлекает внимание не только оториноларинголога, но и врачей других специальностей.

Операция аденотомия, является одной из наиболее широко распространенных операции в оториноларингологии и активно применяется с XIX века. Автору этой операции H. W. Meyer на его родине в городе Копенгагене в знак особой благодарности был воздвигнут памятник на средства врачей и родителей оперированных детей. В структуре оториноларингологической патологии гипертрофия носоглоточной миндалины занимает значительное место и составляет от 30% до 45,2% (Быкова В.П. и др. 2005.; David H. et al. 2002). В структуре оперативных вмешательств отделений детской оториноларингологии аденотомия составляет до 80%.

Но операция проводятся по определённым показаниям и требованиям, в некоторых случаях, когда имеется противопоказания со стороны общего организма, проводить операция аденотомия невозможно на определённый срок. Один из таких факторов - наличие анемии у ребенка. Данная патология широко распространена в Республике Каракалпакстан, также не разработаны стандарты - показания для проведения аденотомия. Многие дети страдают от хронической гипоксии, развиваются сопряженные заболевания не решение проблемы гипертрофии носоглоточной миндалины.

Цель работы: изучить особенности операции аденотомии у детей с анемией.

Материал и методы

Работа проведена в Республиканской детской больнице г. Нукус за период с 2016 по 2019гг. нами было обследовано 332 дети с 3 до 14 лет (средний возраст 6 года), с гипертрофией носоглоточной миндалины, из них 200 (60%) мальчики, 132 (40%) девочки.

Предмет исследования: пациенты - дети с гипертрофией носоглоточной миндалины 2-3 степени.

Таблица 1.

Распределение больных детей с гипертрофией носоглоточной миндалины

годы	**2016**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**	
пол	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д
Количество больных	36	21	34	26	31	26	58	31	41	28
Общее Количество больных	57		60		57		89		69	
итого	332									

Как видно из таблицы 1, у мальчиков больше встречается гипертрофия носоглоточной миндалины, чем девочки. По данным архивного материала, за этот период, осложнения в виде кровотечения после аденотомия, было в 5 случаях, это соответствует 1,5%, от общего числа больных. Всем больным оказано своевременная помощь и во всех случаях - прогноз благоприятный.

Результат и обсуждения

290(87,3%) больным, операция аденотомия произведена традиционным методом - местная аппликационная анестезия с премедикацией и 42(12,7%) детям, под общим интубационным наркозом, с помощью эндоскопа.

Аппликацинную анестезию провели смазыванем 10% лидокаина на слизистую оболочку носоглотку, с помощью ватника введенной через полости носа. Аденоидная вегетация удалена вслепую, аденотомом Бекмана.

Под общим наркозом операцию проводили с помощью эндоскопической трубкой 4мм., диаметром 70 , при этом была хорошая визуализация гипертрофированной носоглоточной миндалины. Наш опыт позволяет сравнить операции аденотомии местной и общей анестезией.

Традиционная аденотомия с аппликационной анестезией

Положительные стороны:

1. НЕ требуется больших затрат.
2. НЕ требуется много медперсонала.
3. НЕ требуется большого времени.

Недостатки:

1. Нет визуального контроля.
2. Ребенок получает психоэмоциональная травма.

3. Невозможно применять коагулирующих инструментов.

Аденотомия с общим интубационным наркозом

Положительные стороны:

1. Операция проводится визуально, исключается травма устья слуховых труб, крупных сосудов, контролировать удаление остатки аденоидной ткани и др.

2. Для остановки кровотечения можно применять коагулятор.

3. Ребенок не чувствует страх и боль.

Недостатки:

1. В послеоперационном периоде у ребенка наблюдается тошнота, головокружение.

2. Требуется наркозный аппарат и препараты.

3. Требуется участие анестезиолога и анестезистки.

4. Есть риск повреждение гортани и др.

Характерная особенность у детей с гипертрофией носоглоточной миндалины - это наличие железодефицитной анемии у 260 больных (78,3%), только у 72 больных было гемоглобин выше 100г.%. Самый высокий гемоглобин среди обследованных больных 120г.%, самый низкий показатель 72г.%. Средний показатель гемоглобина составляет 85г.%. В предоперационном периоде больным назначена улучшающая свертывающие системы крови. Дицинон по $^{1}/_{2}$ таб. 2 раза, кальций глюконат по 1 таб. 3 раза и аскорутин по 1 таб. 3 раза в день. Несмотря на наличие анемии, у больных послеоперационный период прошло гладкое.

Диаграмма 1.

Среднее значение гемоглобина в хронологическом аспекте у больных перенесших операция аденотомия

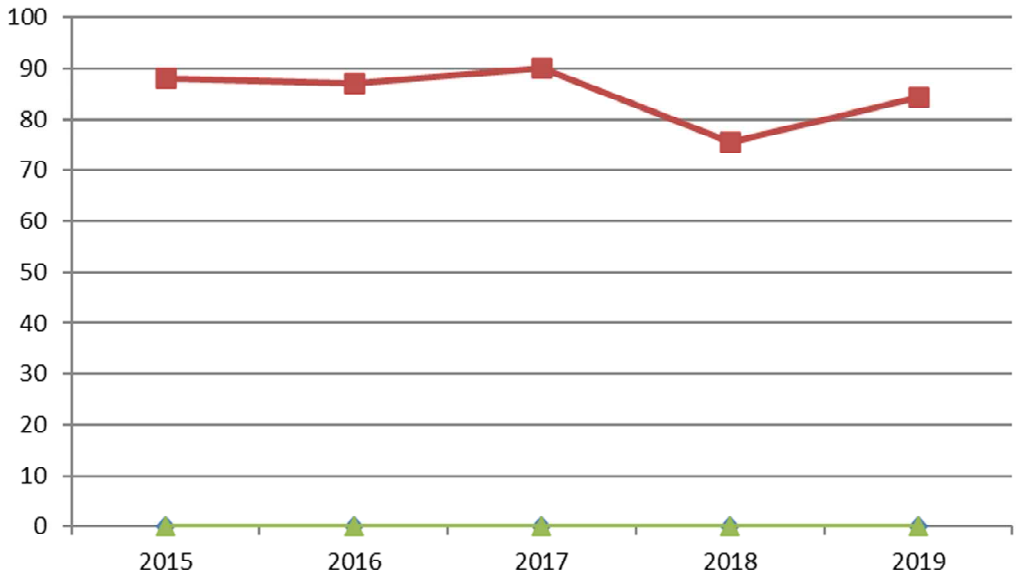
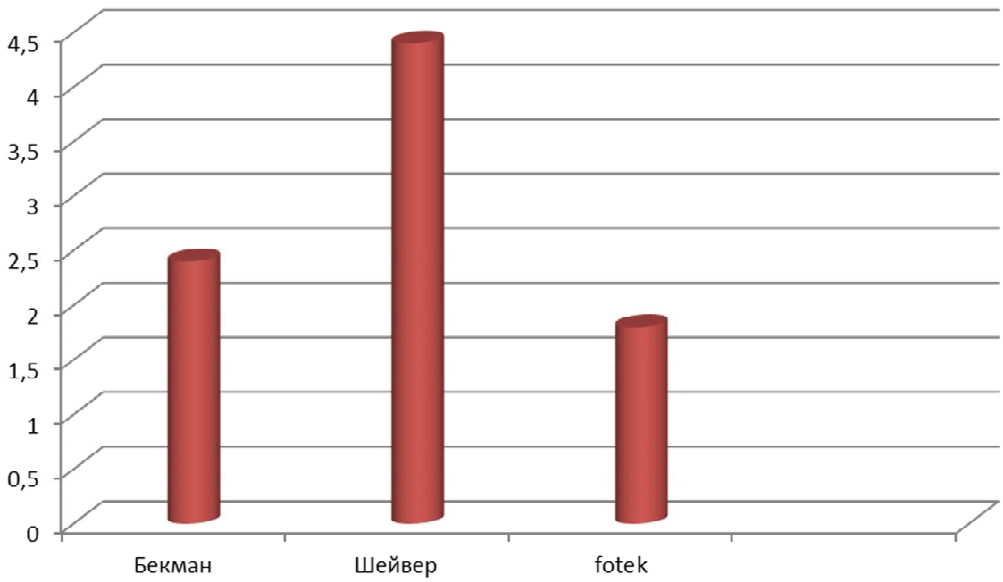


Диаграмма 2.

Интероперационная кровопотеря во время аденотомии при применении различных способов.



Как видно на диаграмме показатель гемоглобина не имеет рост в течение 5 лет. Это указывает на проведение диспансерное наблюдение и проведение профилактических и лечебных мероприятий среди детей в Республике Каракалпакстан на предмет анемии.

Общий интубационный наркоз даёт возможность удалить гипертрофированную носоглоточную миндалину различными способами: с применением аденотома Бекмана, шейвера, хирургического лазера, коагулятора, ультразвуковым скальпелем, радиоволновым ножом, холодно плазменным способом и др. Для удаление гипертрофированную носоглоточную миндалину, мы в своей практике применяли, аденотом Бекмана, коауглятор фирмы "Fotek" и шейвер. И сравнили количество кровопотери в каждом случае. Данные отражены на диаграмме 2.

Однако применение коагулятора "Фотек" весьма ограничен, этим способом можно удалять аденоида у детей 3-4 года.

Гипертрофия носоглоточных миндалин, результат частых воспаления верхних дыхательных путей, нарушение гемопоэза. Дети с аденоидной вегетацией 2-3 степени являются часто болеющими детьми. Сама аденоидная вегетация, нарушая нормальное носовое дыхание; приводить к воспалению слизистой оболочки полости носа, глотки. У детей нарушается сон, отстают от умственного и физического развития, усугубляется анемия. Получается замкнутый круг. Появляется абсолютное показание к удалению аденоидной вегетации, в состояние легкой железодефицитной анемии. При правильной предоперационной подготовке, предотвращается послеоперационные осложнения.

Выводы:

- В республике Каракалпакстан среднее содержание гемоглобина в крови у детей от 3 до 14 лет составляет 85г.%.

- Проведение операцию аденотомия под общим наркозом, хирургу даёт возможность визуально контролировать ход операции.

- При легкой степени анемии, проведение предоперационной подготовке, максимально уменьшает риск после операционных осложнении.

- Гипертрофия носоглоточных миндалин чаще всего встречается у мальчиков, чем девочки, в соотношение 3:2.

- Целесообразно проводить диспансерные профилактические и лечебные мероприятия среди детей с железодефицитной анемией.

- Учитывая наличие железодефицитной анемии, целесообразно применять малокровный метод удаление аденоидной ткани.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богомильский М.Р. Аллергические риниты: проблемы хирургического лечения / М.Р. Богомильский // Консилиум медикум.-2000.-Экстра-выпуск.- С. 11-12.
2. Быкова В.П. и др. Аденоиды как индуктивный орган мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. // Рос.ринология. 2005. - № 2.-С. 175-176.
3. Карпова Е.П. Лечебно-диагностический алгоритм ведения детей с хроническим аденоидитом, гипертрофией глоточной миндалины и аллергическим ринитом в сочетании с бронхиальной астмой / Е.П. Карпова, М.В. Соколова // Рос. оториноларинолар. Прил.-2007.-С. 144-148.
4. Козлов ВІС. Роль местной терапии в лечении хронического аденоидита / В.С. Козлов, В.А. Карпов. // Рос. мед. журн,-2002.-Т.10.-№ 20.- С. 910-913.
5. Пухлик С.М., Нейверт Э.Г. Аденоиды, аденоидит и АР // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2008. - № 5/2.-С. 16-20..
6. Пронина Ю.В.и др. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей. // Рос. ринология. 2003. -№ 3. - С. 56.)
7. David H. et al. Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy. // The Laryngoscope. 2002. - № 112. - P. 6-10.

Поступила 09.10.2020

УДК 616.27-002"312"-084-089:616.1-089

ПРОФИЛАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Мирходжаев И.И., Тураев Ф.Ф.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова.

✓ ***Резюме***

Одним из затратных со всех сторон, сложных и грозных осложнений после кардиохирургических вмешательств является постстернотомный медиастенит (ПСМ), или глубокая стернальная инфекция (глубокой раневая инфекция, острый передний медиастинит, Deep Sternal Wound Infection (DSWI) приводящая к развитию остеомиелита грудины и ребер. Для того, чтобы снизить частоту развития стернальной инфекции после операции на сердце, требуется внедрение комплекса мероприятий, которые нужно соблюдать при лечении пациента с момента поступления в стационар до выписки. Усовершенствование хирургической составляющей, а также методов интенсивной терапии, анестезии и проведения искусственного кровообращения, понимание патогенеза развития инфекции, а также учет факторов риска может способствовать снижению частоты стернальной инфекции в кардиохирургии. Несомненно, в клинических условиях взаимодействия в системе "организм-патогенная микрофлора" присоединяется не менее важный компонент - лечебное учреждение и медицинский персонал, зачастую сильно меняющий естественное течение событий.

Ключевые слова: постернотомный медиастенит, стернальная инфекция, анестезии, искусственное кровообращение, кровоснабжение, остемиелит.

THE PROPHYLAXIS AND SURGICAL TREATMENT OF STERNOMEDIASTINITIS AFTER CARDIAC SURGERY

Mirhodzhaev I.I., Turaev F.F.,

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Surgery Center named after Academician V.Vakhidov.

✓ ***Resume***

One of the costly, complex and formidable complications after cardiac surgery is post-sternotomy mediastinitis (PSI), or deep sternal infection (deep wound infection, acute anterior mediastinitis, Deep Sternal Wound Infection (DSWI) leading to the development of osteomyelitis of the sternum and ribs. In order to reduce the incidence of sternal infection after heart surgery, it is necessary to introduce a set of measures that must be observed in the treatment of a patient from the moment of admission to the hospital until discharge.

Improvement of the surgical component, as well as methods of intensive therapy, anesthesia and cardiopulmonary bypass, understanding the pathogenesis of infection, as well as taking into account risk factors can help reduce the incidence of sternal infection in cardiac surgery. Undoubtedly, in clinical conditions of interaction in the system "organism-pathogenic microflora" an equally important component joins - a medical institution and medical personnel, which often strongly change the natural course of events.

Key words: posternotomic mediastinitis, sternal infection, anesthesia, cardiopulmonary bypass, blood supply, ostemyelitis.

KARDIOJARROHLIKDAN SO'NG STERNOMEDIASTINITNI PROFILAKTIKASI VA JARROHLIK DAVOLASH

Mirxodjaev I.I., Turaev F.F.,

Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiy jarrohlik markazi.

✓ ***Rezyume***

Yurak operatsiyasidan keyingi davrda eng qimmat, murakkab va dahshatli asoratlardan biri bu sternotomiyadan keyingi mediastinit (SKM), yoki tosh suyakning chuqur infektsiyasi (chuqur yara infektsiyasi, o'tkir oldingi mediastinit, Deep Sternal Wound Infection (DSWI)) tosh suyakning va qovurg'alar osteomiyelitiga olib keladi.

Yurak operatsiyasidan keyingi davirda tosh suyakning infektsiyasini kamaytirish uchun bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab kasalxonadan chiqqunga qadar davolashda bajarilishi kerak bo'lgan bir qator chora-tadbirlarni amalga oshirish kerak.

Jarrohlik komponentini takomillashtirish, shuningdek intensiv terapiya usullari, behushlik va yurak-o'pka suniy qon aylanishinig, infektsiyaning patogenezini tushunish, shuningdek, xavf omillarini hisobga olgan holda yurak jarrohligida tosh suyak infektsiyasini kamaytirishga yordam beradi.

Shubhasiz, klinik sharoitida "organizm-patogen mikroflora" tizimidagi tibbiyot muassasa va tibbiyot xodimlaridek tarkibiy qism qo'shiladi, bu esa voqealarning tabiiy rivojlanishini keskin o'zgartirib yuboradi.

Kalit so'zlar: posternotomik mediastinit, tosh suyak infektsiyasi, behushlik, sun'iy qon aylanishi, qon ta'minoti, ostemiyelit.

Актуальность

За последние 3 года отмечено значительное качественное и количественное увеличение объемов кардиохирургической помощи оказываемых населению Республики Узбекистан, что стало возможным благодаря коренным изменениям в медицине нашего государства.

Президент Узбекистана указом от 7 февраля утвердил Стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития страны в 2017-2021 годах, где одним из приоритетных направлений выделено развитие социальной сферы. Принятие постановлений Президента Республики Узбекистан "О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы" за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года и "О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи" за №ПП-3494 от 26 января 2018 года, Указа Президента Республики Узбекистан "О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан" за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, создание новых Центров оказывающих специализированную кардиохирургическую помощь в областях РУз - все это способствовало активизации работы в области фундаментально-прикладных научных исследований по приоритетным научным направлениям и целевым исследовательским программам с целью разработки и внедрения в широкую клиническую практику новых инновационных методов диагностики и лечения. Наряду с имеющимися центрами, где проводятся кардиохирургические операции (г. Андижан, г. Ургенч, г. Ташкент) в Республике были открыты и начали самостоятельно функционировать новые центры с кардиохирургическими отделениями в г.Бухаре, г. Карши, г. Навои, г. Намангане.

В связи с этим, на современном этапе развития отечественной кардиохирургии требуется не только совершенствование, разработка и внедрение современных высокотехнологических методов диагностики и операционных технологий, но и разработка путей профилактики и комплекса мероприятий направленных на снижение специфических (кардиохирургических) интра- и послеоперационных осложнений ближайшего и отдаленного периодов.

Полная продольная срединная стернотомия (ППСС) является стандартным доступом не только к органам средостения при сердечно-сосудистых операциях на сердце и магистральных сосудах, но и при торакальных операциях - 2х сторонних операциях на легких, крупных воздухоносных путях [5,9,21,23,49]. Срединная стернотомия разработана и впервые выполнена каирским хирургом H.Milton в 1897 г. для удаления опухоли переднего средостения крупных сосудов [44,79]. Несмотря на длительную историю применения ППСС, он не лишен недостатков: несостоятельность швов грудины, диастаз грудины, полная нестабильность костного каркаса грудной клетки, фрагментация грудины. Все это может иметь место развиться как изолированно, так и на фоне развития инфекции. Обладая множеством преимуществ перед другими хирургическими доступами, существует определенный процент осложнений со стороны раны, связанных с самим доступом - развитие стернальной инфекции и медиастинита, которые в ряде случаев приводят к летальным исходам [8,47,50,62,70,74,109,114]. Несмотря на современный контроль за соблюдением правил асептики и антисептики, внедрение в клиническую практику новейших антисептических и антибактериальных средств, общая частота (поверхностной и глубокой) стернальной инфекции в кардиохирургии всегда встречается и является одним из грозных осложнений и колеблется от 0,4% до 15% [4,9,17,23,96,97,99,120,121]. Предотвратить ее развитие после срединной стернотомии считается трудно достижимой задачей, о чем свидетельствуют большинство работ, посвященных этой проблеме.

Одним из затратных со всех сторон, сложных и грозных осложнений после кардиохирургических вмешательств является постстернотомный медиастенит (ПСМ), или глубокая стернальная инфекция (глубокой раневая инфекция, острый передний медиастинит, Deep Sternal Wound Infection (DSWI)) приводящая к развитию остеомиелита грудины и ребер. Доля несостоятельности швов грудины и глубокой раневой инфекции стернотомной раны в общей структуре инфекционных осложнений после кардиохирургических вмешательств составляет до 25% и сопровождается высокой летальностью составляющей от 10 до 25%. При этом у пациентов группы риска летальность достигает до 75% (ХОБЛ, СД, октогенерики) [22,58,66,80,98,109,111]. По данным Бокерии Л.А (2009 г.), при уровне раневой инфекции после сердечно-сосудистых операциях 1-4,3%, частота развития послеоперационного гнойного медиастинита составляет 0,23-3,8% (10000 пациентов/год) [7].

Учитывая, что после полной продольной срединной стернотомии (ППСС) составляющими раны являются как органы и клетчатка средостения, так и сама грудная кость, то несостоятельность шва грудины в большинстве случаев сопровождается первичным либо вторичным инфицированием. Это сопровождается присоединением стерномедиастинита у 12-20% пациентов и сопровождается летальностью в 15-47% случаев [105].

Диагностика глубокой стернальной инфекции проводится по крайней мере при помощи одного из следующих критериев: выделение микроба с инфекционным потенциалом, демонстрация раневой инфекции во время оперативных процедур или гнойные выделения, сопровождаемые температурой выше 38 гр.С [53]. Ряд авторов предполагают, что любое проявление инфекционного процесса в области стернотомии после кардиохирургических операций следует расценивать как ПСМ [118].

Как было отмечено ранее, общая частота встречаемости стернальной инфекции в кардиохирургии достигает около 6% [75,85]. Обсеменение операционного поля происходит путем попадания микроорганизмов в рану из глубоких волосяных фолликулов при разрезе кожи. Наиболее восприимчивая к развитию инфекции подкожно-жировая клетчатка, которая ишемизируется при использовании электрокоагуляции, а также наложении швов, при наличие микроорганизмов в глубоких волосяных фолликулах, приводит к невозможности обеспечений стерильности операционного поля при хирургической обработке. Из этого следует, что местные меры воздействия являются наиболее важными для профилактики инфекции в области хирургического вмешательства [62,121]. При этом в подавляющем большинстве возбудителя-

ми стернальной инфекции являются грамположительные бактерии [95]. По данным ряда авторов в посевах встречаются Staphylococcus epidermitis, Staphylococcus aureus, MRSA, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas [51]. Согласно рекомендациям по применению антибактериальных препаратов, грамположительная микрофлора в 100% случаев является чувствительной к ванкомицину [51,104].

Решающее значение в развитии п/о СМ (стернодиастенита) играет ишемический некроз грудной кости который и приводит к развитию гнойно-некротического процесса. В основе остеонекроза выделяют *внесосудистые и внутрисосудистые нарушения* [9,59].

Внесосудистые нарушения развиваются с началом хирургического разреза "местно". Внесосудистая окклюзия сосудов, особенно на уровне микроциркуляции - капилляров, обусловлена не только механической травмой мягких тканей и надкостницы грудины, но воспалительным и/или реактивными инфильтративными процессами. При ППСС вследствие хирургической травмы развивается реактивное воспаление костного мозга, которое приводит к отеку, полнокровию и замедлению тока крови. Одновременно отмечается повышение проницаемости сосудов, что способствует миграции клеточных элементов и лейкоцитарной инфильтрации костного мозга. Замкнутое пространство кости с твердыми стенками гаверсовых каналов способствует нарушению кровоснабжения. Распространение отека на гаверсовы каналы ведет к сдавлению венозных и лимфатических сосудов, а их несостоятельность еще больше нарушает микроциркуляцию, приводя к окончательному стазу крови.

В хирургическом аспекте очень важно помнить, что кровоснабжение грудины обеспечивают передние и задние поднадкостничные сплетения, образованные из ветвей обеих грудных артерий. Поэтому грубые манипуляции с ретрактором, длительная по времени компрессия половин грудины, травма или использование внутренней грудной артерии (ВГА) в качестве кондуита приводят к нарушению кровоснабжения грудной стенки, повышая риск возникновения инфекционных осложнений (ИО). Методы пересечения грудины (пила Джигли, вертикальная или маятниковая электическая пилы) и связанные с ними ошибки при выполнении ППСС (смещение от центральной линии, повреждение реберных хрящей, повреждение ВГА и т.д.) повышают вероятность возникновения осложнений при установке ретракторов и разведении грудины. Дальнейшее использование различные методы фиксации грудины (металлические конструкции, пластины, ленты, капрон, леска и т.д.) делает фиксацию грудинных половинок менее надежной и стабильной, повышается риск п/о кровотечения и увеличивает % рестернотомий [9,57,105].

Внутрисосудистый механизм усугубляет все эти процессы на системном уровне и имеют сложный механизм. Большинство факторов связаны с использованием ИК, продолжительностью как времени операции, так и экстракорпорального кровообращения, температуры охлаждения организма, переливания крови, кровозаменителей и микроциркуляторными внутрисосудистыми расстройствами. Это приводит к активации системно-воспалительной реакции (СРВ) и реакции комплимента, вовлечение тучных клеток, нарушение реологических свойств крови и гемокоагуляция, изменения адгезии лейкоцитов и тромбоцитов, влияет на функцию фагоцитов, белковый спектр плазмы и приводит к изменениям гуморально-клеточного иммунитета. А начинающийся инфекционный процесс приводит к значительным изменениям в работе всех звеньев иммунной системы макроорганизма, как "ответ" на экзо- и эндогенные факторы воздействия микроорганизмов (бактерий, грибов) [9,59].

Инфекционные осложнения срединной стернотомии можно классифицировать на поверхностные и глубокие. К поверхностным осложнениям относятся поражения лишь кожи и подкожно-жировой клетчатки. Глубокие осложнения включают остеомиелит грудины в сочетании с инфицированием ретростернального пространства или без него [86,88].

Elawadi M.A.(2013) тяжесть инфекции классифицирует следующим образом: **слабо выраженная** - минимальные признаки активного медиастинита, отсутствие гноя или скопления жидкости за грудиной, отсутствие некроза или активной инфекции; **умеренная** - наличие гноя или скопление жидкости за грудиной, отсутствие некроза или инфекции грудины; **тяжелая** - некроз или активная инфекция грудины [51].

В El Oakley R.M. и Wright J.E. (1996) предложена классификация медиастинитов у пациентов перенесших операцию на сердце, в которой выделяется семь типов [52].

Классификация медиастинитов El Oakley R.M. (1996 г.)

Класс	Описание
Тип I	Медиастинит, проявляющийся в течение 2 недель после операции при отсутствии факторов риска
Тип II	Медиастинит, проявляющийся в течение 2-6 недель после операции при отсутствии факторов риска
Тип III A	Медиастинит типа I в присутствии одного или более факторов риска
Тип III B	Медиастинит типа II в присутствии одного или более факторов риска
Тип IVA	Медиастинит типа I, II или III после одной неудавшейся терапевтической попытки
Тип IV B	Медиастинит типа I, II или III после более чем одной неудавшейся терапевтической попытки
Тип V	Медиастинит, проявляющийся впервые более чем через 6 недель после операции

В соответствии с El Oakley RM и Wright J.E. (1996), **медиастинит** определяется как раневая инфекция, связанная с грудным остеомиелитом с или без инфицирования загрудинного пространства (возможность отрицательного посева). Дополнительными факторами риска для медиастинита являются сахарный диабет (СД), ожирение и необходимость в иммунодепрессантах. Неудавшееся пробное терапевтическое лечение включает в себя любое хирургическое вмешательство с целью лечения медиастинита [52].

В литературе широко обсуждаются следующие факторы риска развития медиастинита. Их можно объединить в **3 группы**: предоперационные, интраоперационные, послеоперационные [21, 29, 30, 35, 71, 88, 93, 115, 125, 127].

К ведущим **предоперационным факторам** риска относятся: ХОБЛ, ХПоН, остеопороз, СД, ожирение, курение, АГ, иммуносупрессия, гормонотерапия, врожденная деформация грудной клетки. К **интраоперационным**: метод выполнения стернотомии, ИК и время длительности окклюзии аорты, компрессионная ишемия в области операционной раны, глубокая дистракция раны, наличие гематом, метод ушивания грудины, выбор шовного материала, продолжительность операции, кровопотеря, использование обеих внутренних грудных артерий, воск для гемостаза кости, неадекватное дренирование. К **послеоперационным**: обострение ХОБЛ, прорезывание швов грудины, рестернотомия, гемотрансфузии, продолжительность ИВЛ, продолжающееся кровотечение, непрямой массаж сердца, низкий СВ, декомпенсация СД, трахеостомия, неправильный режим ведения больного в п/о периоде.

При этом исходная респираторная инфекция является одной из ведущих в увеличении риска возникновения инфекционных осложнений, значительно снижая реактивность организма [41,63,78,81]. При остеопорозе и ожирении имеется более высокий риск нестабильности грудины, т.к. это приводит к большей нагрузке на шов грудины, увеличивается шанс на прорезывание и фрагментацию стернум, особенно при движениях пациента и кашле [28].

Важную роль в развитии СМ играет не только технические особенности выполнения стернотомии (без повреждения питающих грудину внутренних грудных артерий), но техника забора ВГА при необходимости выполнения маммаро-коронарного шунтирования: скелетизация артерии без грубой деструкции ложа является альтернативой забору в виде ложа ("футляра") [83,110,126]. Стремление к полной аутоартерилизации миокарда при ИБС, требует билатерального забора ВГА, что еще более усугубляет кровоснабжение грудины и реберных хрящей [46]. Так в исследовании клиники Нью-Йоркского университета была показана взаимосвязь между количеством забранных ВГА и частотой возникновения осложнений при заживлении грудины. Так при использование 2х ВГА осложнения заживления грудины отмечены в 8,5 %, одной ВГА - 2,3%, а при использовании только венозных кондуитов - 1,1% [88].

Очевидно, что любой фактор, который способствует плохому заживлению раны или грудины, увеличивает риск развития инфекции после кардиохирургических операций. И наоборот, п/о поверхностная и/или глубокая инфекция грудины приводит к нестабильности грудины и расхождению краев операционной раны. Поэтому не до конца понятно - развитие ли инфекции является причиной нестабильности грудины или нестабильность грудины вследствие неадекватной ее фиксации, недостаточности перфузии тканей и других причин приводит к развитию инфекции [76,77].

Лечение и пути профилактики СМ.

Лечение стерномедиастенита (СМ) направлено на основные звенья этиологии и патогенеза, требуя комплексного подхода, включающего как консервативное, так и хирургическое лечение [10,14,27]. Консервативная терапия направлена на борьбу с микрофлорой (антибактериальная терапия), иммуномодулирующая терапия, общеукрепляющая терапия (парэнтеральное и энтеральное восполнение белковых фракций, витамины). Консервативная терапия также используется в качестве средства местного воздействия на воспалительный процесс (лечебные пункции, дренирование и лаважи), с целью добиться обратного развития или ограничения.

Основным методом лечения остается хирургический. Его можно разделить на два метода: закрытый и открытый. Принципиальное различие между ними во времени и способе закрытия операционной раны. Открытый метод подразумевает сохранение разведенной раны с последующими ежедневно, многократными перевязками и тампонированием, с применением местно очищающих фармакологических препаратов. Закрытие стернотомной раны осуществляется поэтапно по мере ее очищения с наложением вторичных швов. Преимущество данного метода является постоянная визуализация и оценка динамики раневого процесса, хорошее дренирование раны с возможностью активного доступа и этапных некрэктомий краев грудины и мягких тканей до полного очищения раны. Недостаток - угрожающие жизни пациента повреждения и кровотечения из обнаженных сосудов и органов средостения во время некрэктомий, образование больших дефектов, требующих в дальнейшем пластики, нарушение целостности каркаса грудной клетки с нарушением функции дыхания, частая смена повязок, отсутствие активизации, длительное пребывание и "моральный дискомфорт" пациенту [9]. Закрытие дефектов донорскими тканями из соседних областей (грудные мышцы, прямые мышцы живота, сальник) приводят к функциональным и косметическим дефектам [42,64,116].

При этом пластические операции являясь дорогостоящими, проводятся в отсроченном периоде опять же обрекая пациента на длительное ожидание [11,12,82,89]. Критериями эффективности лечения в данном случае являются снижение общепринятых лабораторных показателей воспаления (лейкоциты, С-реактивный белок, СОЭ), положительная динамика со стороны самой раны (очищение, грануляции и репарация). Усугубление местных воспалительных явлений может быть связано с неудовлетворительным дренированием раневой поверхности. Показания к закрытию раны стандартны: отрицательные бактериологические посевы раневого отделяемого, макроскопические признаки положительной активности местных репаративных процессов, нормализация лабораторных показателей крови и удовлетворительный соматический статус пациента, позволяющий выполнить стернопластику.

Существует множество видов стернопластик [100,101]. Основополагающей является стернопластика по Robicsek F.,1977 (Рис.1.)

После отделения прикрепления грудных мышц в основании хрящей реберно-грудинных сочленений проводится наложение продольных обвивных металлических швов от 2 до 5 межреберий с обеих сторон - проволочный шов теперь проходит параллельно и близко к отделенной части грудины "выше и ниже" тех же реберных хрящей. Это обеспечивает двойной ряд швов, который повторяется и на противополож-

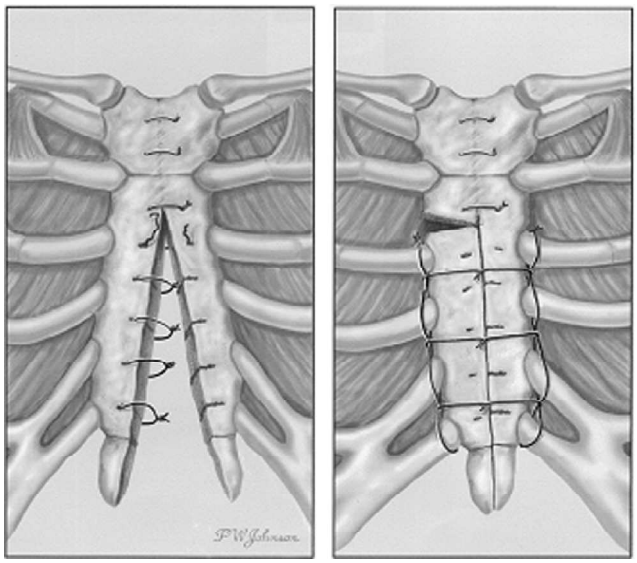


Рис.1 Стернопластика по Robicsek F. [101]

ной стороне грудины. Далее за этими швами проводятся 3-4 поперечных шва, которые заходят за продольные стальные швы - поперечным перистернальным "переплетением". Этот маневр позволяет легко аппроксимировать две половины грудины (Рис.1). Операция завершается ушиванием грудных мышц престерально. Существуют и модификации данной операции [73].

Закрытый метод лечения п/о СМ предусматривает одномоментное закрытие грудной раны после ревизии, удаления гноя, некрэктомии и дренирование. После хирургической санации стернотомной раны под мечевидным отростком в ретростернальное пространство оставляют два дренажа - один короткий, второй более длинный, который доходит до верхнего края грудины. Дренажи подсоединяют к системе активной аспирации и постоянного капельного орошения. Стандартная техника дренирования - наложение проточно-промывного лаважа. Иногда дополняют установкой микроирригаторов (катетеров для введения антисептических растворов - диоксидин, мирамистин, аналит и др.) [23]. Преимущества закрытого метода - отсутствие обширной раны, облегчает уход за пациентом, снижает риск реинфекции, стабилизирует каркас грудной клетки, большая активность пациента, что способствует быстрой реабилитации. Недостатки - трудности определения границ воспалительного процесса и жизнеспособности тканей, не всегда адекватное дренирование, отсутствует возможность проведения этапной ревизии и хирургической санации раны, возможность формирования пролежней на жизненно важных органах. В 20-40% применение закрытого метода приводит к хронизации процесса [116].

Современный уровень развития раздела хирургии гнойных ран позволяют использовать методы активного дренирования ("вакуумного дренирования"), такие как - терапия раны отрицательным давлением (NPWT - negative pressure wound therapy) и вакуумная система лечения ран (VAC - vacuum-assisted closure), при которых эвакуация раневого отделяемого постоянна и надежная. В этих методах совокупность преимуществ "открытого" и "закрытого" ведения послеоперационной раны: "закрытое" введение раны с возможностью активной хирургической обработки раневой поверхности, "этапных" ревизий и некрэктомий при смене герметично "закрытой" повязки, а возможность реже проводить перевязки (два раза в неделю), уменьшает травмирование раны [16, 20, 31, 32, 48, 56, 84, 106, 117].

Плотное прилегание повязки обеспечивает равномерное распределение отрицательного давления по всей ране и хорошую эвакуацию, полное дренирование и ускоряет репаративные процессы в ране. Герметичность раны, которая обеспечивается клейкой пленкой с антибактериальным покрытием, создает рекомендуемое отрицательное давление порядка 70-125 мм рт.ст., которое позволяет временно частично стабилизировать каркас грудной стенки [40,53,67]. Применение эластического пористого материала (как правило изготовлено на основе поролона) для заполнения раны в сочетании с встроенной дренажной трубкой со множественными отверстиями для активной аспирации позволяет равномерно распределить макро- и микронапряжение на ткани раны. Макронапряжение обеспечивает сближение краев раны, прямой и полный контакт дна раны с повязкой, равномерное распределение отрицательного давления, удаление раневого отделяемого [60,92,103]. Микронапряжение - это микродеформация на клеточном уровне, которая воздействует на обменные процессы в клетках раны, что выражается в уменьшении отека, более быстрое очищение раны, облегчение миграции фагоцитарных клеток, способствует более интенсивному росту новых сосудов. Генерируемое непрерывное отрицательное давление обеспечивает расширение артериол, способствуя ускорению грануляции ткани. Отрицательное давление удаляя интерстициальную жидкость, снижает локальный отек, улучшает диффузию антибиотика, снижает бактериальное загрязнение ткани, а механическая деформация клеток усиливает процессы пролиферации. Все это позволяет выполнять пластическое закрытие ран с хорошими результатами в ближайшие сроки [37,43,60].

Так по данным A.Salica et al. (2014) использование данной методики способствует улучшению клинического статуса пациентов с медиастенитом согласно шкале APACHE II и успешному элективному закрытию [102]. Множеством авторов, показана высокая эффективность использования ваккумной технологии при закрытии раны грудины при ее расхождении: повышение выживаемости, уменьшение смертности и частоты осложнений, необходимость повторных операций, укорочение пребывания в ПИТ, что ведет к снижению стоимости лечения [14,45,48,55,84,113,122].

Однако существую ряд факторов, обуславливающих риск использования ваккумной терапии при лечении СМ. Противопоказанием к применению ваккумной терапии являются несанированные очаги остеомиелита грудины и реберных хрящей, манифестирующее кровотечение и неполный гемостаз (пациенты с высоким риском раннего п/о кровотечения из-за близко расположенных артериальных и венозных сосудов большого диаметра [20,34,61,65,90,91,107,119].

Инфекция послеоперационной раны грудины негативно влияет на 30-тидневную и отдаленную выживаемость после кардиохирургических операций [36,68,72]. Если оценивать результаты до выписки в течение 30 дней с момента операции, то на первый взгляд кажется, что у пациентов с глубокой стернальной инфекцией выживаемость сравнима с пациентами, у

которых ее не было [39]. Но, если сравнивать 90-дневную летальность, то даже применяя современные протоколы лечения стернальной инфекции, включающие мышечную пластику раневого дефекта с вакуумным дренированием, она сохраняется высокой и достигает от 19 до 50 %, а где то и превышает эти показатели [5,33,54,59,108,123,124]. Развитие инфекции снижает отдаленную выживаемость после кардиохирургических операция [38]. Остается актуальным вопрос: почему на современном уровне развития антибиотикотерапии, хирургического лечения, существующих способов контроля и коррекции гемодинамики, обеспечения доставки кислорода и поддержки микроциркуляции частота развития инфекционных осложнений (стернальная инфекция, медиастинит, эмпиема плевры, пневмония) после операций на сердце остается высокой [6,43,87,112].

Поэтому не менее актуальной является разработка путей профилактики развития стернальной инфекции.

Пути профилактики стернальной инфекции

До настоящего времени существуют ряд проблем в профилактике и лечении стернальной инфекции в кардиохирургии. Ее элиминация труднодостижима и требует применения комплекса мероприятий при лечении пациента с момента поступления в стационар до выписки. Такие объективные показатели качества лечения, как смертность, инфаркт миокарда, **инфекционные осложнения**, неврологические нарушения, могут служить индикаторами качества оказания помощи в целом.

Одной из разработанных методик и применяемой в клинической практике нескольких клиник является концепция элиминации поверхностной и глубокой стернальной инфекции в кардиохирургии.

В 2006 г. врачами фонда ""EurAsia Heart"" под руководством профессора P. Vogt была разработана и предложена методика элиминации стернальной инфекции, которая после внедрения в клиническую практику в Clinik In Park (Цюрих, Швейцария) позволила снизить частоту развития стернальной инфекции с 5,6 до 0% [121]. Детально методика воспроизведена Г.Г.Хубулава (2015) в ретроспективном исследовании анализа частоты развития стернальной инфекции у пациентов после операций на сердце с использованием срединного стернотомного доступа. Исследование базировалось на отдаленных результатах лечения 388 больных с приобретенными пороками сердца, которые были прооперированы в Первой клинике (хирургии усовершенствования врачей) им. П. А. Куприянова ВМедА им. С. М. Кирова в период с 2006 по 2012 г. [25].

В дальнейшем данная методика совместно специалистами фонда "EurAsia Heart" под руководством доктором медицины, профессором сердечно-сосудистой хирургии, президентом фонда Paul R.Vogt и специалистами из Санкт-Петербурга под руководством члена-корреспондента РАМН профессора Г.Г.Хубулава была опубликована в виде методической рекомендации [26]. Согласно методическим рекомендациям "Элиминация стернальной инфекции в кардиохирургии" заключается в следующем: o Все мягкие ткани, включая надкостницу, рассекают только скальпелем, без использования диатермии. o Стернотомию выполняют электромеханической пилой, при этом мечевидный отросток не пересекают, он остается в окружении мягких тканей, чтобы не допускать его избыточной подвижности. o ВГА скелетизируют, а их бифуркации сохраняют интактными для сохранения кровотока и питания нижней трети грудины. После скелетизации ВГА целостность фасции грудной стенки восстанавливают отдельными швами при помощи синтетических шовных материалов со средними сроками рассасывания. o После отключения от аппарата искусственного кровообращения и непосредственно перед ушиванием рану промывают 1 л физиологического раствора (45 °С). o Проводят раздельное дренирование полости перикарда и рестростернального пространства. o Перед сведением краев грудины ее губчатое вещество тампонируют пастой на основе антибиотика (ванкомицин 3 г смешивают с 2-4 мл 0,9% NaCl до консистенции замазки). o На грудину накладывают восьмиобразные лигатуры из монопроволоки USP 7. При этом рекомендуемое расстояние между лигатурами составляет 1-1,5 см. В общей сложности накладывают от 6 до 8 восьмиобразных проволочных швов. o Рассеченный апоневроз прямых мышц живота сшивают отдельными (или непрерывными) швами. o Грудину после остеосинтеза орошают раствором, содержащим 120 мг гентамицина. o Предгрудинный фасциально-мышечный слой сшивают отдельными П-образными швами при помощи плетеной нити со средними сроками рассасывания диаметром USP 0-2/0. o Подкожно-жировую клетчатку не ушивают. o Перед наложением внутрикожного шва проводят повторное орошение подкожной жировой клетчатки раствором, содержащим 120 мг гентамицина. o Кожу ушивают при помощи внутрикожного непрерывного шва с использованием мононити со средними сроками рассасывания USP 3/0-4/0. Данная методика направлена на профилактику развития возможных инфекционных осложнений. Методика была апробирована и внедрена в нескольких крупных российских кардиохирургических центрах, что позволило достоверно снизить количество инфекционных осложнений после кардиохирургических вмешательств с 4,05 до 0,3% [2,15].

В связи с жизнеугрожающим характером развития стернальной инфекции, отдельные авторы предлагают отказаться от ППСС как оперативного доступа, а для проведения операций на сердце использовать альтернативные, например, миниинвазивные доступы [13,17]. Но пытаясь избежать развития стернальной инфекции, путем использования миниинвазивных доступов, появляется опасность развития таких осложнений как неадекватный объем оперативного вмешательства и недостаточная защита миокарда.

Частота инфекционных осложнений является интегральным показателем качества оказания кардиохирургической помощи в стационаре, поскольку элиминация инфекции требует совершенствования не только хирургической техники, но и анестезиологического, реаниматологического, перфузиологического обеспечения вмешательств на сердце [1,4,5, 69,99].

Таким образом, проведенный обзор литературы, показывает, что элиминация инфекции в кардиохирургии является одной из самых сложных задач, т.к. требуют комплексного подхода к повышению качества всего процесса лечения пациента с момента поступления в стационар [3, 24]. Остающимися нерешенными такие актуальные вопросы: почему несмотря на достижения по контролю за соблюдением правил

асептики и антисептики, появлением и внедрением в клиническую практику новейших антисептических и антибактериальных средств, при современном уровне развития антибиотикотерапии, хирургического лечения, существующих способов контроля и коррекции гемодинамики, обеспечения доставки кислорода и поддержки микроциркуляции частота встречаемости и развития стернальной инфекции в кардиохирургии и инфекционных осложнений (стернальная инфекция, медиастинит, эмпиема плевры, пневмония) после операций на сердце остается высокой и является одним из самых серьезных осложнений; что необходимо предпринимать для предотвращение развития стернальной инфекции и каковы пути ее профилактики - смена доступов или комплексные мероприятия? Для того, чтобы снизить частоту развития стернальной инфекции после операции на сердце, требуется внедрение комплекса мероприятий, которые нужно соблюдать при лечении пациента с момента поступления в стационар до выписки [18,19,94]. Усовершенствование хирургической составляющей, а также методов интенсивной терапии, анестезии и проведения искусственного кровообращения, понимание патогенеза развития инфекции, а также учет факторов риска может способствовать снижению частоты стернальной инфекции в кардиохирургии. Несомненно, в клинических условиях взаимодействия в системе "организм-патогенная микрофлора" присоединяется не менее важный компонент - лечебное учреждение и медицинский персонал, зачастую сильно меняющий естественное течение событий [3].

В связи с этим, сохраняется актуальным вопрос предупреждения развития стернальной инфекции у кардиохирургических пациентов после операции на сердце.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Бранд Я.Б. Реконструктивная микрохирургия коронарных артерий: опыт первых 2000 операций. // Сбор.статей по Материалам Всерос.науч.-практ.-конф.:тез.докл.и сообщ. М,2001, с.13-15.
2. Базылев В.В., Россейкин Е.В., Карпунькин О.А. Сравнительный анализ результатов применения методики элиминации стернальной инфекции и стандартной методики проведения кардиохирургических вмешательств.//Ангиология и сосуд. хир. 2014, Т.20,№ 2. С.134-139.
3. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н. Хирургическое лечение инфекционных осложнений повреждений груди и живота. СПб.: Изд. Logos, 1997, с.224.
4. Бокерия Л.А., Ступакова И.Н., Самородская И.В. Клинико-экономический анализ в ССХ: состояние проблемы.// Грудная и ССХ.2004;1:4-9.
5. Бокерия Л.А. Современные тенденции развития сердечно-сосудистой хирургии (20 лет спустя).//Annals of Surgery, Russian Journal. 2016; 21 (1-2).
6. Бокерия Л.А., Беришвили И.И., Сигаев И.Ю. и др. Современные тенденции и перспективы развития коронарной хирургии.// Анналы хирургии. 1997;4:31.
7. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. ССХ 2008. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М: НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН; 2009.
8. Валыка Е.Н., Сальников А.В., Сонькин И.Н. Правосторонняя переднебоковая торакотомия и продольная стернотомия. Анализ гнойных осложнений.// Грудная и ССХ.2003;2:46-47).
9. Вишневский А.А., Рудаков С.С., Миланов Н.О. Хирургия грудной стенки. М: Видар; 2005.
10. Вишневский А.А., Печетов А.А., Головтеев В.В. Этапное лечение хронического послеоперационного стерномедиастенита.// В кн.:Сборник тезисов научной конференции "Новые технологии диагностики и лечения в торакальной хирургии". Ярославль 15-16 октября 2009 г. Ярославль; 2009:39-40.
11. Вишневский А.А., Головтеев В.В., Перепечин В.И., Хирургическое лечение хронического остеомиелита грудины и ребер.// Хирургия 1999;9:55-7.
12. Вишневский А.А., Оганесян А.К., Головтеев В.В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита грудины.// Грудная хирургия 1988;6:46-51.
13. Горбачевский, С.В., Шмальц А.А., Гренадеров М.А., с соавт., Хирургическое лечение пограничных состояний у больных с заболеваниями ССсистемы, осложненных ЛГ.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН СС заболевания 2017, №1, Т.18, с.73-80.
14. Горбунов В.А., Джорджикия Р.К., Вагизов И.И.. Тактика лечения послеоперационного медиастинита у кардиохирургических пациентов. // В кн.: Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии: Материалы III Международного конгресса под.ред.проф.П.К.Яблонского. СПб.;2013:159-60.
15. Кузнецов М.С., Козлов Б.Н., Насрашвили Г.Г., Панфилов Д.С., Андриянова А.В., Петлин К.А., Шипулин В.М. Сравнительный анализ результатов применения методик элиминации стернальной инфекции в кардиохирургии.// Журнал имени академика Б.В. ПЕТРОВСКОГО.2016; №2:51-59.
16. Малков А.Б., Тюрмин В.С., Винник Ю.С. Вакуум-аспиратор. // Сибирское медицинское обозрение.2008;51(3):47-9.
17. Муратов Р.М., Шамсиев Г.А., Мидинов А.Ш., Бокерия Л.А. Ожирение и патология клапанов сердца - министернотомия, как способ снижения частоты ранних послеоперационных осложнений. // Грудная и ССХ. 2011; 4; 32-33.
18. Никитина Т.Г., Кардиология ППС за 2015 г.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН СС заболевания 2017, №1, Т.18, С.58-62.
19. Скопин И.И. , Лечебная и научная работа отделения реконструктивной хирургии клапанов сердца и коронарных артерий в 2015 г.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН СС заболевания 2016, №1, С.58-62.
20. Никитин В.Г., Оболенский В.Н., Семенистый А.Ю., Сычев Д.В. Вакуум -терапия в лечении ран и раневой инфекции.// Российский мед.журнал.2010;17:1064.
21. Порханов В.А., Печетов А.А., Митиш В.А. и др. Клинические рекомендации по хирургическому лечению больных послеоперационным медиастинитом и остеомиелитом грудины и ребер. Краснодар -М; 2014.
22. Сунцов Ю.И., Болотская Л.Л., Маслова О.В., и др. Эпидемиология СД и прогноз его распространенности в РФ.// Сахарный диабет. 2011;№1:18-28).
23. Тураев Ф.Ф., Мирходжаев И.И., Хужакулов И.К. Профилактика стернальной инфекции.//Бюллетень НЦССХ им.А.Н-.Бакулева РАМН. Материалы 22го Всероссийского съезда ССХ. Москва. 27-30 ноября 2016 г.: Том 17.№6. С. 191.
24. Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Шихвердиев Н.Н. Современное состояние и возможности кардиохирургии в лечении заболеваний сердца и сердечной недостаточности. СПб.:изд. "Наука";2011:с.420.
25. Хубулава Г. Г., Шихвердиев Н. Н., Фогт П. Р., Марченко С. П., Наумов А. Б., Суворов В. В., Аверкин И. И. Результаты применения методики элиминации стернальной инфекции у кардиохирургических пациентов. // Вестник хирургии 2015.Т 174:57-60.
26. Фогт П.Р., Хубулаева Г.Г., Марченко С.П. и др. Элиминация стернальной инфекции в кардиохирургии : методические рекомендации. СПб. : Б. Браун Медикал, 2012.
27. Фургал А.А., Щава С.П., Капустин М.А., Силаев А.А., Полькина Л.Н., Сорокин В.А. Современная концепция хирургического лечения послеоперационного стерномедиастинита.// Гр.и ССХ 2017;№5(59):296-303.
28. Abboud C.S., Wey S.B., Baltar V.T. Risk factors for mediastinitis after cardiac surgery.// Ann.Thorac.Surg.2000;77:676-83).
29. Apisarnthanarak A., Ratz D., Greene M.T., Khawcharoenporn T., Weber DJ, Saint S. National survey of practices to prevent health care-associated infections in Thailand: The role of prevention bundles.//Am J Infect Control. 2017;45(7):805-810. doi:10.1016/j.ajic.2017.01.014
30. Agrifoglio M., Trezzi M., Barili F. et.al. Double vs single internal thoracic artery harvesting in diabetic patients: role in perioperative infection rate.// J.Cardiothorac.Surg.2008; 3:35: Mauermann 2008.
31. Argenta, LC, Morykwas, MJ, Shelton Brown, McGuirt, W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation.// Ann Plast Surg.1997; 38:553-562.

32. Argenta L.C., Morykwas M.J. Vacuum-assisted clousure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. // /Ann.Plastic Surg.1997;38(6):563-77.
33. Atkins BZ, Onaitis MW, Hutcheson KA, Kaye K, Petersen RP, Wolfe WG. Does method of sternal repair influence long-term outcome of postoperative mediastinitis?// Am J Surg. 2011;202(5):565-567. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.06.013
34. Bain C.J., Lo S., Soldin M. Vacuum-assisted closuer should not replace conventional therapy in the treatment of sterna wounds. //J.Plast.Reconstr.Aesthet.Surg.2012;65(6):833-4; 42
35. Baue A.E. Cardiopulmonary bypass for cardiac surgery: an inflammatory event: can it be modulated?// Multiple Organ Failure.2000;82-85
36. Blajchman MA. Immunomodulation and blood transfusion.// Am J Ther. 2002;9(5):389-395. doi:10.1097/00045391-200209000-00005
37. Braakenburg A., Obdeijn M.C., Feitz R. et al. The clinical efficacy and cost effectiveness of vacuum assisted closure technique in the management of acute and chronic wounds: a randomized controlled trial.// Plast.Reconstr.Surg.2006; 112(2):390-400).
38. Braxton J.H., Marrin C.A., McGrath P.D. et al. Postoperative survival rate after mediastinitis. // Ann.Thorac.Surg.2000;70:2004-7.
39. Cayci C, Russo M, Cheema FH, et al. Risk analysis of deep sternal wound infections and their impact on long-term survival: a propensity analysis. // Ann Plast Surg. 2008 Nov;61(5):520.
40. Chen S.Z., Li X.Y., et al. Effects of vacuum assisted closure on wound microcirculation: an experimental study.// Asian J.Surg.2005; 28(3):211-7).
41. Cimochowski G.E., Harostock M.D., Brown R. Et al. Intranasal Mupirocin reduces sterna wound infection after open heart surgery in diabetics and nondiabetics.// Ann.Thorac.Surg. 2001;71:1572-9
42. Clarcson J., Probst F., Niranjan N., Meuli C., Vogt P., Lidman D., Anderson L.C. Our experience using rectus abdominal muscle flap for reconstruction in 12 patients dehiscence of a median sternotomy wound and mediastinitis.// Scand.J.Plast.Reconstr.Hand.Surg.2003;37(5): 266-71
43. Dalfino L, Giglio MT, Puntillo F, Marucci M, Brienza N. Haemodynamic goal-directed therapy and postoperative infections: earlier is better. A systematic review and meta-analysis.// Crit Care. 2011;15(3):R154. Published 2011 Jun 24. doi:10.1186/cc10284
44. Dalton ML, Connally SR. H. Milton: visionary surgeon.//Am J Surg. 1993;165(3):355-357. doi:10.1016/s0002-9610(05)80842-6
45. De Caridi G., Serra R., Massara M. VAC therapy for the treatment of complex wounds after cardio-thoracic surgery. // Int.Wound J.2014; 43:622-5
46. De Paulis R., deNataris S., Scaffa R. Et al.The effect of bilateral internal thoracic artery harvesting on superficial and deep sternal infection: The role of skeletonization.// J.Thorac. Cardiovasc.Surg.2005:129:536
47. Diez C, Koch D, Kuss O, Silber RE, Friedrich I, Boergermann J. Risk factors for mediastinitis after cardiac surgery - a retrospective analysis of 1700 patients.// J. Cardiothorac Surg. 2007;2:23. Published 2007 May 20. doi:10.1186/1749-8090-2-23
48. Domkowski P.W., Smith M.L., Gonyon D.L. Evaluation of vacuum-assisted closure in the treatment of poststernotomy mediastinitis. // J.Thorac.Cardiovasc.Surg.2003;126:386-90
49. D?rrleman N. and Massard G. Elective anterior and posterior thoracotomies.// MMCTS,2006(0810), 1446.
50. Eklund AM, Lyytik?inen O, Klemets P, et al. Mediastinitis after more than 10,000 cardiac surgical procedures.//Ann Thorac Surg. 2006;82(5):1784-1789.
51. Elawadi M.A., Oueida, F. Vacuum-assisted closure system in treatment of postoperative mediastinitis.// Asian Cardiovascular and Thoracic Annals. 2013;21: 708-712.
52. El Oakley RM, Wright JE: Postoperative mediastinitis: classification and management.// Ann Thorac Surg. 1996, 61 (3): 1030-6. 10.1016/0003-4975(95)01035-1.
53. Ennker, I.C., Malkoc, A., Pietrowski, D. et al.The concept of negative pressure wound therapy (NPWT) after poststernotomy mediastinitis - a single center experience with 54 patients.// J Cardiothorac Surg 4,5 (2009). https://doi.org/10.1186/1749-8090-4-5).
54. Estrada CA, Young JA, Nifong LW, Chitwood WR Jr. Outcomes and perioperative hyperglycemia in patients with or without diabetes mellitus undergoing coronary artery bypass grafting.// Ann Thorac Surg. 2003;75(5):1392-1399. doi:10.1016/s0003-4975(02)04997-4
55. Fernandez Palacios J., Abad C., Garcia-Duque O. Postoperative mediastinitis in open heart surgery patients. // J.Cardiovasc. Surg.(Torino).2015;51(5):765-71; 39
56. Fleck T.M., Fleck M., Moidl R. The vacuum-assisted closure system for the treatment of deep sterna wound infections after cardiac surgery. // Ann.Thorac.Surg. 2002;74:1596-600;
57. Fokin A.A., Robicsek F., Masters T.N. et.al. Sternal nourishment in various conditions of vascularization.// Ann. Thorac. Surg. 2005;79:1352-57.
58. Fowler V.G., O Brien S.M., Muhlbaier L.H. et al. Clinical predictors of major infecions after Cardiac Surgery. // Circulation 2005;112(1):358-65.
59. Gardlung B., Bitkover C., Vaage J. Postoperative mediastinitis in cardiac surgery - microbiology and pathogenesis. // Eur.J. Cardiothorac. Surg.2002; 21:825-30
60. Greene A.K., Puder M., Roy R. et al. Microdeformational wound therapy: effects on angiogenesis and matrix metalloproteinases in chronic wounds of 3 debilitated patients.// Ann.Plast.Surg. 2006; 56(4):418-22).
61. Gregor S., Maegele M., Sauerland S. Negative pressure wound therapy: A vacuum of evidence?// Arch.Surg.2008;143(2):189-96
62. Gualis J, Fl?rez S, Tamayo E, Alvarez FJ, Castrodeza J, Casta?o M. Risk factors for mediastinitis and endocarditis after cardiac surgery.// Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2009;17(6):612-616. doi:10.1177/0218492309349071
63. Iba?ez J, Riera M, Amezaga R, et al. Long-Term Mortality After Pneumonia in Cardiac Surgery Patients: A Propensity-Matched Analysis.//J Intensive Care Med. 2016;31(1):34-40. doi:10.1177/0885066614523918
64. Jang, YJ, Park, MC, Park, DH, Lim, H, Kim, JH, Lee, IJ.Immediate debridement and reconstruction with a pectoralis major muscle flap for poststernotomy mediastinitis.// Arch Plast Surg 2012; 39:36-41.
65. Jones SM, Banwell PE and Shakespeare PG. Advances in wound healing: topical negative pressure therapy. // Postgrad Med J 2005; 81: 353-357.
66. Jonkers D. Elenbaas T., Terporten P., Nieman F., Stobberingh E. Prevalence of 90-days postoperative wound infections after cardiac surgery.// Eur.J.Cardiothorac.Surg.2003;23:97-102
67. Joseph E.N. A prospective randomized trial of vacuum assisted closure versus standard therapy of chronic non healing wounds. // Wounds.2000:60-7
68. Karra R, McDermott L, Connelly S, Smith P, Sexton DJ, Kaye KS. Risk factors for 1-year mortality after postoperative mediastinitis.//J Thorac Cardiovasc Surg. 2006;132(3):537-543. doi:10.1016/j.jtcvs.2006.04.037
69. Kirklin J.K., Naftel D.C., Mechanical circulatory support: registering a therapy in evolution. // Circ.Heart Fail.2008;1(3):200-5;
70. Kowalewski M, Pawliszak W, Zaborowska K, et al. Gentamicin-collagen sponge reduces the risk of sternal wound infections after heart surgery: Meta-analysis.// J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149(6):1631-40.e406. doi:10.1016/j.jtcvs.2015.01.034
71. Krein SL, Fowler KE, Ratz D, Meddings J, Saint S. Preventing device-associated infections in US hospitals: national surveys from 2005 to 2013.//BMJ Qual Saf. 2015;24(6):385-392. doi:10.1136/bmjqs-2014-003870
72. Kubota H, Miyata H, Motomura N, et al. Deep sternal wound infection after cardiac surgery.//J Cardiothorac Surg. 2013;8:132. Published 2013 May 20. doi:10.1186/1749-8090-8-132
73. Lafci G., Yasar E., Cicek O.F. A novel modified Robicsek technique for sterna closure: "Double-check". // Asian Cardiovasc. Thoirac.Ann.2013; 22(6):758-60; 2
74. Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM, et al. J. Maxwell Chamberlain memorial paper. Sternal wound complications after isolated coronary artery bypass grafting: early and late mortality, morbidity, and cost of care.// Ann Thorac Surg. 1990;49(2):179-187. doi:10.1016/0003-4975(90)90136-t
75. Magedanz EH, Bodanese LC, Guaragna JC, et al. Risk score elaboration for mediastinitis after coronary artery bypass grafting./ /Rev Bras Cir Cardiovasc. 2010;25(2):154-159. doi:10.1590/s0102-76382010000200005
76. Matros E., Aranki S.F., Bayer L.R. et al. Reduction in incidence of deep sterna wound infections: random or real ?// J.Thorac.Cardiovasc.Surg.2010;139:680;
77. Mauermann W.J., Sampethkumar P., Thompson R.L. Sternal wound infections. // Prac.Res.Clin.Anaesthesiol.2008;22:423.
78. Mazzei V., Nasso G., Salamone G. Et al. Prospective randomized comparison of coronary bypass grafting with minimal

extracorporeal circulation system (MECC) versus off-pump coronary surgery.// Circulation.2007; 116:1761
79. Milton H. Mediastinal surgery// Lancet 1897;1:892-75.
80. Mokhtari A, Sjogren J, Nilsson J, Gustafsson R, Malmsjo M. and Ingemansson R. The cost of vacuum-assisted closure therapy in treatment of deep sternal wound infection. Scand Cardiovasc J 2008; 42: 85-89.
81. Morotomi, N, Saitoh, M, Takanashi, S, Nagayama, M, Mizuma, M. After omental flap transposition, respiratory function and exercise capacity decrease.// Ann Thorac Cardiovasc Surg.2010; 16:9-15.
82. Murthy S.C., Rise T.W. Thoracic surgery.// Churchill Livingstone; 2002:R127-31.
83. Nezi? D, Milojevi? P, Knezevi? A, et al. Hirurska revaskularizacija miokarda [Surgical revascularization of the myocardium]. //Acta Chir Iugosl. 2003;50(2):87-98. doi:10.2298/aci0302087n
84. Obdeijn M.C., de Lange M.Y., Lichtendahl D.H.E. et al. Vacuum-assisted closure in the treatment of post-sternotomy mediastinitis.// Ann.Thorac.Surg. 1999;68:2358-60).
85. Oliveira FDS, Freitas LDO, Rabelo-Silva ER, Costa LMD, Kalil RAK, Moraes MAP. Predictors of Mediastinitis Risk after Coronary Artery Bypass Surgery: Applicability of Score in 1.322 Cases.//Arq Bras Cardiol. 2017;109(3):207-212. doi:10.5935/abc.20170119
86. Omran A.S., Karimi A, Ahmadi S.H. Superficial and deep sterna wound infection after more than 9000 coronary artery bypass graft: incidence, risk factors and mortality.// BMC infectious Dis.2007;7(1):112.
87. Osawa EA, Rhodes A, Landoni G, et al. Effect of Perioperative Goal-Directed Hemodynamic Resuscitation Therapy on Outcomes Following Cardiac Surgery: A Randomized Clinical Trial and Systematic Review. // Crit Care Med. 2016;44(4):724-733. doi:10.1097/CCM.0000000000001479
88. Ottio C., Paulus R.P., Pansini Q et al. Major sterna wound infection after open-head surgery:multivariable analysis of risk factors in 2579. Cosecutive operative procedures.// Ann. Thorac. Surg. 1987;44(2):173-4.
89. Pairolero P.S., Arnold C.L. Management of recalcitrant median sternotomy wound. // J.Cardiovasc.Surg.1984;88(3):357-64;
90. Petzina, R, Hoffmann, J, Navasardyan, A. Negative pressure wound therapy for post-sternotomy mediastinitis reduces mortality rate and sternal re-infection rate compared to conventional treatment.// Eur J Cardiothorac Surg.,2010; 38:110-113.
91. Petzina R, Malmsjo M, Stamm C and Hetzer R. Major complications during negative pressure wound therapy in poststernotomy mediastinitis after cardiac surgery.// J Thorac Cardiovasc Surg 2010; 140: 1133-1136.
92. Petzina R, Ugander M, Gustafsson L.Hemodynamic effects of vacuum assisted closure therapy in cardiac surgery: assessment using magnetic resonance imaging.// J Thorac Cardiovasc Surg.2007; 133:1154-1162.
93. Rao C., Patel V., Ibrahim M. et.al. Leadership in cardiac surgery.// Eur.J.Cardiothorac.Surg.2011;39(6):905-11;
94. Red?ek A, Mironicki M, Gvozdenovi? A, et al. Predictors for hospital readmission after cardiac surgery.//J Card Surg. 2015;30(1):1-6. doi:10.1111/jocs.12441
95. Rehman SM, Elzain O, Mitchell J, et al. Risk factors for mediastinitis following cardiac surgery: the importance of managing obesity.// J Hosp Infect. 2014;88(2):96-102. doi:10.1016/j.jhin.2014.06.011
96. Risnes I, Abdelnoor M, Almdahl SM, Svennevig JL. Mediastinitis after coronary artery bypass grafting risk factors and long-term survival.//Ann Thorac Surg. 2010;89(5):1502-1509. doi:10.1016/j.athoracsur.2010.02.038
97. Risnes I, Abdelnoor M, Veel T, Svennevig JL, Lundblad R, Rynning SE. Mediastinitis after coronary artery bypass grafting: the effect of vacuum-assisted closure versus traditional closed drainage on survival and re-infection rate. //Int Wound J. 2014;11(2):177-182. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.01060.x
98. Robich MP, Iribarne A, Leavitt BJ, et al. Intensity of Glycemic Control Affects Long-Term Survival After Coronary Artery Bypass Graft Surgery.//Ann Thorac Surg. 2019;107(2):477-484. doi:10.1016/j.athoracsur.2018.07.078
99. Robich MP, Sabik JF 3rd, Houghtaling PL, et al. Prolonged effect of postoperative infectious complications on survival after cardiac surgery.//Ann Thorac Surg. 2015;99(5):1591-1599. doi:10.1016/j.athoracsur.2014.12.037
100. Robicsek F., Daugherty HK, Cook JW . The prevention and treatment of sternum separation following open-heart surgery. // The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 1977, 73(2):267-268
101. Robicsek F., MD, PhD, Joseph W. Cook, MD, and Walter Rizzoni, MD, Charlotte, N.C. Sternoplasty for incomplete sternum separation // The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery Volume 116, Number 2 ; 361-362
102. Salica A., Weltert L., Scaffa R. Negative pressure wound treatment improves Acute Physiology and Chronic Health Evalution II score in mediastinitis allowing a successful elective pectoralis muscle flap closure: six-year experience of a single protocol.// Thorac. Cardiovasc. Surg. 2014; 148(5): 2397-403).
103. Saxena V.S., Hwang C.W., Huang S.M. et al. Vacuum assisted closure: Microdeformations of wohds and cell proliferation. // Plest.Reconstr.Surg.2004; 114(5):1086-96;
104. Schilling A.,Neuner E., Rehm S.J. Vancomycin: A 50-something-yearold antibiotic we still don't understand. // Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2011;78(7)465-471;DOI: https://doi.org/10.3949/ccjm.78a.10168
105. Sergio F., Herrera A.M., Atehortua M. et al. Use of steel bands in sternotomy clousure implications in high-risk cardiac surgical population.// Interact.Cardiovasc.Thorac.Surg.2009;8:200-5
106. Shima S, Okamura K, Morizumi S, et al. Vacuum-assisted Closure (VAC) Treatment for Sternal Infection in a Patient After Cardiovascular Surgery // Kyobu Geka. 2015;68(3):225-228.
107. Sjogren J, Gustafsson R, Nilsson J, Lindstedt S, Nozohoor S and Ingemansson R. Negative-pressure wound therapy following cardiac surgery: bleeding complications and 30-day mortality in 176 patients with deep sternal wound infection.// Interact Cardiovasc Thorac Surg 2011; 12: 117-120.
108. Sjogren J., Malmsjo M., Gustafsson R. Et al. Poststernotomy mediastinitis: a review of conventional surgical treatments, vacuum-assisted closure therapy and presentation of the Lund University Hospital mediastinitis algoritm// Eur. J.Cardiothorac.Surg.2006;30:898.
109. Speir A.M., Kasirajan V, Barnett SD, Fonner E Jr. Additive costs of postoperative complications for isolated coronary artery bypass grafting patients in Virginia //Ann Thorac.Surg,88(2009), pp.40-45
110. Speziale G, Speziali G, Ruvolo G, Marino B. Flow capacity of inferior epigastric artery in composite arterial grafts.//J Cardiovasc Surg (Torino). 1999;40(6):857-859.
111. Spindler N., Lehmann S., Steinau H.U. Complication management after interventions on thoracic organs: deep sterna wound infections.// Chirurg. 2015; 86 (3):892-33).
112. Shi YD, Qi FZ, Zhang Y. Treatment of sternal wound infections after open-heart surgery.//Asian J Surg. 2014;37(1):24-29. doi:10.1016/j.asjsur.2013.07.006
113. Tarzia V., Carrozzini M., Bortolussi G. Impact of vacuum-assisted closure therapy on outcomes of sterna wound dehiscence. //Interact.Cardiovasc.Thorac.Surg.2014;19(1):70-5; 38
114. Taylor GJ, Mikell FL, Moses HW, et al. Determinants of hospital charges for coronary artery bypass surgery: the economic consequences of postoperative complications.//Am J Cardiol. 1990;65(5):309-313. doi:10.1016/0002-9149(90)90293-a
115. Tennyson C, Lee R, Attia R. Is there a role for HbA1c in predicting mortality and morbidity outcomes after coronary artery bypass graft surgery?//Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2013;17(6):1000-1008. doi:10.1093/icvts/ivt351
116. Tizian C, Borst H.G., Berger A. Treatment of total sternals necrosis using the latissimus dorsi muscle flap.// Plast. Reconstr.Surg.1985;76(5):703-7
117. Tocco M.P., Constantino A., Ballardini M. et al. Improved results of the vacuum assisted closure and Nitinol clips sterna closure after postoperative deep sterna wound infection. // Eur.J.Cardiothorac.Surg. 2009;35(5):833-8 .
118. Van Wingerden JJ, Maas M, Braam RL, de Mol BA. Diagnosing poststernotomy mediastinitis in the ED.// Am J Emerg Med. 2016;34(3):618-622. doi:10.1016/j.ajem.2015.12.048
119. Van Wingerden J.J., Segers P., Jekel L. Major bleeding during negative pressure wound. VAC therapy for postsurgical deep sternal wound infection - a critical appraisal. // J.Cardio-thorac.Surg. 2011;6:121
120. Vogel TR, Dombrovskiy VY, Lowry SF. Impact of infectious complications after elective surgery on hospital readmission and late deaths in the U.S. Medicare population.//Surg Infect (Larchmt). 2012;13(5):307-311. doi:10.1089/sur.2012.116

121. Vogt P. Elimination of deep and superficial sterna wound infection // Abstr. 30th Cardiovascular Surgical Symposium. Zurs, Austria, 2012. :F345
122. Vos R.J., Yilmaz A., Sonker U. et al. Vacuum-assisted clouser of post-sternotomy medistinitis as compared to open packing./ / Interact.Cardiovasc. Thorac.Surg.2012;14(1):17-21).
123. Vos RJ, Yilmaz A, Sonker U, Kelder JC, Kloppenburg GT. Vacuum-assisted closure of post-sternotomy mediastinitis as compared to open packing.// Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012;14(1):17-21. doi:10.1093/icvts/ivr049
124. Vos RJ, Yilmaz A, Sonker U, Kloppenburg GT. Acute mediastinal bleeding during vacuum-assisted closure.// Int Wound J. 2013;10(3):348-350. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.00989.x
125. Vranken NP, Weerwind PW, Barenbrug PJ, Teerenstra S, Ganushchak YM, Maessen JG. The role of patient's profile and allogeneic blood transfusion in development of post-cardiac surgery infections: a retrospective study.// Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014;19(2):232-238. doi:10.1093/icvts/ivu096
126. Wendler O., Tssholl D., Huang Q., Schafers H.J. Free flow capacity of sceletonized versus pedicled internal thoracic artery grafts in coronary artery bypass graft.// Eur. J.Cardio-thorac.Surg.1999;15930:247-50;
127. Zeitani J., Bertoldo F., Bassano C. et al. Superficial wound dehiscence after median sternotomy: surgical treatment versus secondary wound healing.// Ann.Thorac.Surg.2004;77:672

Поступила 09.09. 2020

УДК 615.281.03:616.314.17-008.1

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ COVID-19, ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Сайдалиев С.Б., Рахимбаева Г.С.,

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ ***Резюме***

Пандемия COVID-19, поразившая все части мира, имеет огромные последствия для лечения инсульта. Пациенты, перенесшие инсульт, не только кажутся более восприимчивыми к тяжелой инфекции, но и пандемия оказывает серьезное влияние на то, как мы оказываем помощь при инсульте. Сама инфекция COVID-19 также была описана как фактор риска инсульта.

Ключевые слова: COVID-19, инсульт, коагулопатия, D-димер, Вирус SARS-CoV-2, тромбопрофилактика.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF THE ISCHEMIC STROKE IN COVID-19, OPTIMIZATION OF THERAPEUTIC APPROACHES

Saydaliev S.B., Raximbaeva G.S.,

Tashkent Medical Academy Fergana Branch.

✓ ***Resume***

The COVID-19 pandemic affecting all parts of the world is having huge implications for stroke care. Not only do stroke patients appear to be more susceptible to severe infection, but the pandemic is having major implications on how we deliver stroke care. COVID-19 infection itself has also been described as a risk factor for stroke.

Key words: COVID-19, stroke, coagulopathy, D-dimer, SARS-CoV-2 virus, thromboprophylaxis.

COVID-19 ДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ КЛИНИК ВА НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ, ТЕРАПЕВТИК ЁНДАШУВНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Сайдалиев С. Б., Рахимбаева Г. С.,

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали.

✓ ***Резюме***

Дунёнинг барча қисмларига тарқалган COVID-19 пандемияси инсультни даволашда бир қанча мураккабликлар яратмоқда. Инсульт ўтказган беморлар нафақат инфекцияга моил балки уни даволашда янги мураккабликларга сабаб бўляпти. Хаттоки COVID-19нинг ўзи инсульт касаллигига сабабчи бўляпти.

Калит сўзлар: СОВИД-19, инсульт, коагулопатия, Д-димер, SARS-CoV-2 вирус, тромбопрофилактика.

Актуальность

Коронавирусное заболевание 2019 г. (COVID-19) затронуло более 8 миллионов человек и стало причиной 440000 смертей во всем мире [12]. Хотя COVID-19 в первую очередь является респираторным заболеванием, отчеты предполагают, что оно может привести к состоянию гиперкоагуляции и тромботическим осложнениям. Недавние публикации из Китая, Франции и Нью-Йорка указывают на возможность того, что COVID-19 может повысить риск ишемического инсульта [13]. Однако в этих исследованиях не было соответствующих контрольных групп. Чтобы оценить, связан ли COVID-19 с более высокой частотой ишемического инсульта, чем обычно можно было бы ожидать от вирусной респираторной инфекции, мы сравнили вероятность острого ишемического инсульта у пациентов с COVID-19 и пациентов с гриппом, известным фактором риска инсульта [14]. Согласно отчету, четырнадцать из каждых 1000 пациентов с COVID-19, госпитализированных в больницу, страдают инсультом, и этот показатель еще выше у пожилых пациентов и пациентов с тяжелой инфекцией и ранее существовавшими сосудистыми заболеваниями.

Инсульт - основная причина заболеваемости и смертности во всем мире, фактически третья по значимости причина после болезней сердца и рака. Кроме того, треть лиц, переживших инсульт, страдает стойкой инвалидностью [1]. В целом инсульты можно разделить на ишемические и геморрагические, на которые приходится 80% и 20% от общего числа соответственно. В 2017 году во всем мире от цереброваскулярных заболеваний умерло 6,2 миллиона человек (2,7 миллиона человек смертей от ишемического инсульта, 3,0 миллиона смертей от внутримозговых кровоизлияний и 0,4 от субарахноидального кровоизлияния) [2].

В Узбекистане госпитальная летальность после инсульта составила 17,3%, при этом инвалидность после инсульта составляла 83,8%. Сегодня главной причиной стойкой утраты трудоспособности является инсульт. Большинство перенесших инсульт не удовлетворены качеством своей дальнейшей жизни. Из выживших больных лишь 20% могут вернуться к прежней работе. То есть инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости [3,4,5,6].

Пандемия коронавирусной инфекции 2019-2020 продемонстрировала не только высокую агрессивность нового инфекционного агента, но и его способность вызывать тяжелые сердечно-сосудистые осложнения.Неврологические проявления подразделяются на 3

категории: проявления центральной нервной системы (головокружение, головная боль, нарушение сознания, острое цереброваскулярное заболевание, атаксия и судороги), проявления периферической нервной системы (нарушение вкуса, обоняния, ухудшение зрения и нервная боль) и скелетные проявления мышечной травмы[7]. Ишемический инсульт (ИИ) в последние десятилетия является одной из ведущих причин смерти в старших возрастных группах. Обобщение первых результатов лечения пострадавших от коронавирусной инфекции показало, что развитие ИИ у таких больных весьма вероятно высокая летальность больных пожилого возраста, зараженных COVID-19, отчасти связана с развитием фатальных сердечно-сосудистых осложнений, наиболее тяжелым изкоторых является инсульт.

С COVID-19 связана гиперкоагуляция, которая, вероятно, является "коагулопатией, вызванной сепсисом" и может предрасполагать к инсульту. Одним из новых признаков тяжелой формы COVID-19 является коагулопатия, получившая название "коагулопатия, индуцированная сепсисом" (SIC) с высоким уровнем D-димера и повышенным фибриногеном. SIC является предшественником диссеминированной внутрисосудистой коагуляции (DIC) и ассоциируется с повышенным протромбиновым временем (PT), повышенным уровнем D-димера и тромбоцитопенией, но без гипофибриногенемии. Это связано с вызванной инфекцией системной воспалительной реакцией с эндотелиальной дисфункцией и микротромбозом с органной недостаточностью и обычно без кровотечения [11,10].

Вирус SARS-CoV-2 связывается с ангиотензинпревращающим ферментом 2 (ACE2), присутствующим на эндотелиальных и гладкомышечных клетках головного мозга. ACE2 является ключевой частью ренин-ангиотензиновой системы (RAS) и противовесом ангиотензинпревращающему ферменту 1 (ACE1) и ангиотензину II. Ангиотензин II обладает провоспалительным действием, имеет сосудосуживающий эффект и способствует повреждению органов. Истощение ACE2 SARS-CoV-2 может склонить чашу весов в пользу "вредной" оси ACE1 / ангиотензин II и способствовать повреждению тканей, включая инсульт [9].

Антифосфолипидные антитела (aPL) были зарегистрированы у 3 пациентов с COVID-19. aPL представляют собой антитела, направленные к фосфопротеинам и связанные как с артериальными, так и с венозными тромботическими явлениями. Все 3 пациента перенесли множественные церебральные инфаркты и у одного была множественная ишемия конечностей. У всех был повышенный уровень антикардиолипиновых антител IgA и повышенный уровень антител IgA и IgG к бета 2 гликопротеину I с увеличенным активированным частичным тромбопластиновым временем и протромбиновым временем, но без антикоагулянта волчанки. У двух из трех пациентов была тромбоцитопения, и у всех был высокий уровень С-реактивного белка. Неясно, были ли инсульты и тромботические события связаны с SIC или aPL.

Вспышка коронавирусной болезни в 2019 году (COVID-19) в Ухане, Китай, является серьезной и может перерасти в эпидемию во всем мире. В нескольких исследованиях описаны типичные клинические проявления, включая жар, кашель, диарею и утомляемость. Однако, насколько нам известно, не сообщалось о каких-либо неврологических проявлениях у пациентов с COVID-19[7]. Это ретроспективная серия наблюдений. Данные были собраны с 16 января 2020 года по 19 февраля 2020 года в 3 специальных центрах по уходу за COVID-19 (главный район, западное отделение и онкологический центр) больницы Union при университете науки и технологий Хуачжун в Ухане, Китай. В исследование были включены 214 последовательно госпитализированных пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом тяжелого острого респираторного синдрома, инфицированного коронавирусом 2. Из 214 пациентов (средний [SD] возраст 52,7 [15,5] лет; 87 мужчин [40,7%]) с COVID-19 у 126 пациентов (58,9%) была нетяжелая инфекция, а у 88 пациентов (41,1%) была тяжелая инфекция в соответствии с их респираторный статус. В целом у 78 пациентов (36,4%) были неврологические проявления. По сравнению с пациентами с нетяжелой инфекцией пациенты с тяжелой инфекцией были старше, имели больше основных заболеваний, особенно гипертонии, и демонстрировали меньше типичных симптомов COVID-19, таких как лихорадка и кашель. У пациентов с более тяжелой инфекцией наблюдались неврологические проявления, такие как острые цереброваскулярные заболевания (5 [5,7%] против 1 [0,8%]), нарушение сознания (13 [14,8%] против 3 [2,4%]) и травмы скелетных мышц (17%). [19,3%] против 6 [4,8%]). Об остром ишемическом инсульте также сообщалось во время более ранних эпидемий тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) и ближневосточного респираторного синдрома (MERS). Из 206 пациентов, госпитализированных по поводу атипичной пневмонии в Сингапуре, 5 пациентов (2,4%) перенесли инсульт крупных артерий. 5 У троих не было традиционных факторов риска цереброваскулярных заболеваний, а у 4 были тяжелые заболевания, что указывает на связь с самой инфекцией или ее лечением. Возможные причины острого ишемического инсульта у этих пациентов включали низкую фракцию выброса из-за сердечной дисфункции, диссеминированную внутрисосудистую коагулопатию и марантный (небактериальный тромботический) эндокардит.Недавняя серия случаев из Нью-Йорка подтверждает выводы этого исследования, поскольку ишемический инсульт крупных сосудов произошел у 5 пациентов с COVID-19 моложе 50 лет. У каждого из них были симптомы острого инсульта и лимфопении, а также повышенные маркеры воспаления при поступлении в лабораторию, но у 2 не было симптомов COVID-19[8]. Это ретроспективное когортное исследование было проведено в 2 академических больницах в Нью-Йорке, штат Нью-Йорк, и включало взрослых пациентов, посещавших отделения неотложной помощи или госпитализированных с COVID-19 с 4 марта 2020 года по 2 мая 2020 года.Среди 1916 пациентов, посещавших отделения неотложной помощи или госпитализированных с COVID-19, 31 (1,6%; 95% ДИ, 1,1% -2,3%) перенес острый ишемический инсульт. Средний возраст пациентов с инсультом составил 69 лет (межквартильный размах 66-78 лет); 18 (58%) были мужчинами. Инсульт явился причиной обращения в стационар в 8 случаях (26%). Для сравнения: у 3 из 1486 больных гриппом (0,2%; 95% ДИ 0,0-0,6%) был острый ишемический инсульт. После корректировки на возраст, пол и расу вероятность инсульта была выше при инфекции COVID-19, чем при инфекции

гриппа (отношение шансов, 7,6; 95% ДИ, 2,3-25,2). Связь сохранялась в анализах чувствительности с поправкой на сосудистые факторы риска, вирусную симптоматику и госпитализацию в отделение интенсивной терапии. В этом ретроспективном когортном исследовании, проведенном в 2 академических больницах Нью-Йорка, примерно 1,6% взрослых с COVID-19, которые посетили отделения неотложной помощи или были госпитализированы, испытали ишемический инсульт, что является более высоким уровнем инсульта по сравнению с когортой пациентов с гриппом. Необходимы дополнительные исследования, чтобы подтвердить эти выводы и изучить возможные тромботические механизмы, связанные с COVID-19[15]. Группа исследователей из Исследовательской группы по инсульту Кембриджского университета провела систематический обзор и метаанализ опубликованных исследований связи между COVID-19 и инсультом. Этот подход позволяет исследователям объединить существующие - и часто противоречащие друг другу или недостаточно обоснованные - исследования, чтобы сделать более надежные выводы. Всего исследователи проанализировали 61 исследование, охватывающее более 100 000 пациентов, госпитализированных с COVID-19. Результаты их исследования опубликованы в InternationalJournalofStroke. Исследователи обнаружили, что инсульт случился в 14 из 1000 случаев. Наиболее частым проявлением был острый ишемический инсульт, который случился чуть более чем в 12 из 1000 случаев. Кровоизлияние в мозг было менее распространенным и возникало в 1,6 из 1000 случаев. Большинство пациентов поступили с симптомами COVID-19, через несколько дней случился инсульт. Фактором риска был возраст: пациенты с COVID-19, у которых развился инсульт, были в среднем (медиана) на 4,8 года старше тех, у кого этого не было. Пациенты с COVID-19, перенесшие инсульт, в среднем (в среднем) были на шесть лет моложе пациентов, перенесших инсульт, без COVID-19. Не было разницы по полу и не было значительной разницы в процентном отношении курильщиков и некурящих [16].По данным первых публикаций, в которых были проанализированы неврологические осложнения коронавирусной инфекции острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) обнаруживались у 6% больных. Первые обобщения клинических наблюдений показывают, что в структуре патогенетических подтипов ишемического инсульта (ИИ) преобладают синдромы тромботической окклюзии крупных артерий. Кроме того, высокая частота нарушений сознания (более 15% по данным Mao l. 2020) может свидетельствовать о возможности диффузных повреждений мозга по типу острой (токсической, гипоксемической, ишемической) энцефалопатии. Пациенты с COVID-19 могут иметь повышенный риск инсульта, связанный с системным воспалительным и протромботическим состоянием (Klok, ThrombRes, 2020), возможной эндотелиальной дисфункцией, связанной с истощением ACE2 (Hess, TransStrokeRes, 2020), и / или медицинскими заболеваниями. сопутствующие заболевания. Инсульт был связан с пожилым возрастом, факторами риска (гипертония, диабет, предшествующее цереброваскулярное заболевание), повышенным уровнем С-реактивного белка, повышенным содержанием D-димера и более тяжелым заболеванием COVID-19 (Li, PreprintinLancet, 2020, Aggarwal, Int J Инсульт, 2020, Mao, JAMA Neurology, 2020)

Отчеты о клинических случаях предполагают, что инфекция COVID-19 может предрасполагать к инсультам окклюзии крупных сосудов, в том числе у молодых пациентов, хотя требуется больше данных более крупных исследований для определения наличия и степени повышенного риска (Beyrouti, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2020; Оксли, NEJM, 2020; Gonzalez-Pinto, Eur J Neurol, 2020; Valderrama, Stroke, 2020; Viguier, J Neuroradiol, 2020).В отчетах о случаях заболевания также зарегистрированы пациенты с положительной реакцией на COVID-19, обращающиеся за помощью с острым ишемическим инсультом или внутричерепным кровоизлиянием, что подчеркивает необходимость рассмотрения тестирования на COVID-19 для пациентов с неврологическими синдромами (Oxley, NEJM, 2020; Avula, BrainBehavImmun, 2020; Мухаммад, Brain Behav Immun, 2020).

Понимание одного из ключевых механизмов системных повреждений органов и тканей при коронавирусной инфекции привело к изменению лечебной стратегии [17-18]. Тромбопрофилактика является одним из главных направлений терапии больных, которые находятся в отделении интенсивной терапии. Особенности коагулопатии при коронавирусной инфекции привели к признанию низкомолекулярных гепаринов в качестве основного антитромботического средства, которое используется на протяжении всего острого периода заболевания. В качестве поддерживающего лечения, которое может проводится до 40 дней, а при необходимости и дольше, рассматриваются такие антикоагулянты как ривароксабан (10 мг в сутки)[7]. Антикоагулянтная терапия в терапевтических дозах (полная доза) (например, эноксапарин 1 мг / кг каждые 12 часов) уместна в условиях, обсуждаемых в следующих разделах, включая зарегистрированную или сильно подозреваемую венозную тромбоэмболию (ВТЭ) и свертывание устройств сосудистого доступа, если нет является противопоказанием к антикоагуляции (например, активное кровотечение или серьезное кровотечение в предшествующие 24-48 часов) или к применению гепарина (например, гепарин-индуцированная тромбоцитопения в анамнезе [HIT], и в этом случае может применяться альтернативный агент, такой как фондапаринукс. использоваться)[19].

Заключение

Особенности коагулопатии при коронавирусной инфекции создают условия для ОНМК, в основе которых лежит тромботическая окклюзия крупной артерии, не связанная с атеротромбозом - COVID-зависимый ИИ. Опасное инфекционное заболевание способствует развитию и других вариантов ИИ: атеротромботического, кардиоэмболического и парадоксальной эмболии. Однако в целом, вероятность ишемического инсульта при острой коронавирусной инфекции (примерно 6%). Профилактика COVID-зависимого ИИ основывается на применении антикоагулянтов, целесообразность назначения которых определяется тяжестью заболевания и биомаркерами тромбообразования, наиболее надёжным из которых является D-димер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. 2020 Heart Disease and Stroke Statistical Update Fact Sheet At-a-Glance.
2. https://www.researchgate.net/publication/327028621_Stroke_types_and_management.
3. A conceptual frameworks for the OECD Health Care Quality in Health Care /O.A Arah et al-September.2006// Suppl. 18,- P.5-14.
4. Виберс, Д.О. Инсульт: клиническое руководство Текст. / Д.О. Виберс
5. Umapathi T, Kor AC, Venketasubramanian N, et al. Large artery ischaemic stroke in severe acute respiratory syndrome (SARS).J Neurol2004; 251(10):1227-1231. doi:10.1007/s00415-004-0519-8 CrossRefPubMedGoogle Scholar
6. A 24-week, double-blind, place-bo-controlled study of cerebrolysin in patients whith mild to moderate Alzheimer disease /X.A. Alvarez et al. // Eur J Neurol. -2006; 13:1: 43-54.
7. Mao l., Jin h., Wang m. et.al. neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in wuhan, china/
8. Acute ischemic stroke and COVID-19 Catherine Hassett, DO, Aron Gedansky, MD, MaryAnn Mays, MD and Ken Uchino, MD Cleveland Clinic Journal of Medicine June 2020, DOI: https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc042
9. COVID-19-Related Stroke David C. Hess, Wael Eldahshan &Elizabeth RutkowskiTranslational Stroke Research volume 11, pages322-325(2020)
10. Iba T, Levy JH, Warkentin TE, Thachil J, van der Poll T, Levi M. Diagnosis and management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. J ThrombHaemost. 2019;17(11):1989-94. https://doi.org/10.1111/jth.14578.
11. Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J ThrombHaemost. 2020. https://doi.org/10.1111/jth.14817.
12. World Health Organization. Coronavirus (COVID-2019) situation reports. Accessed June 15, 2020. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/
13. Yaghi S, Ishida K, Torres J, et al. SARS2-CoV-2 and stroke in a New York healthcare system. Stroke. 2020; A120030335. doi:10.1161/STROKEAHA.120.030335.
14. Boehme A.K., Luna J., Kulick E.R., Kamel H., Elkind M.SV. Influenza-like illness as a trigger for ischemic stroke. Ann Clin Transl Neurol. 2018;5(4):456-463. doi:10.1002/acn3.545
15. Risk of Ischemic Stroke in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) vs Patients With Influenza Alexander E. Merkler, MD1; Neal S. Parikh, MD, MS1; Saad Mir, MD1; et al JAMA Neurol. Published online July 2, 2020. doi:10.1001/jamaneurol.2020.2730
16. A systematic review and meta-analysis of stroke in COVID-19 patients. Nannoni, S., et al. (2020) EXPRESS: Stroke in COVID-19: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Stroke. doi.org/10.1177/1747493020972922.
17. Zucker d., Zucker b. hospital-based use of thromboprophylaxis in patients with covid-19 / published online april 21, 2020 https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30926-0
18. Cukera., Peyvandil coronavirus disease 2019 (covid-19): hypercoagulability/ this topic last up dated: apr 29, 2020.
19. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Hypercoagulability Adam Cuker, MD, MS, Flora Peyvandi, MD, PhD, Lawrence LK Leung, MDliterature review current through: Sep 2020. | This topic last updated: Oct 12, 2020.

Поступила 09.10.2020

УДК 614.2:616.05-616.892

АЛКОГОЛГА ҚАРАМЛИК ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИГА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ

Авезова Гулойим Саттаровна,

Тошкент тиббиёт академияси.

✓ ***Резюме***

Спиртли ичимликлар дунёнинг деярли барча мамлакатларида истеъмол қилинади, шунга қарамасдан у одамлар ҳаётининг турли жиҳатларига таъсир қилади ва жамиятга иқтисодий зарар етказади. Алкоголнинг салбий таъсири ижтимоий ва тиббий жиҳатдан турли шаклларда намоён бўлади. Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ўтмишда ҳам ҳозирги кундагидек жамиятнинг ажралмас қисми бўлиб, унинг салбий оқибатларига қарамасдан келажакда ҳам худди у худди шундай позицияда сақланиб қолади. Мақолада турли мамлакатларнинг алкогол ва ичкиликбозларга нисбатан олиб борган сиёсати кўриб чиқилиб, Ўзбекистон Республикасининг алкоголизмни камайтириш ва ичкиликбозликка қарши кураш, ҳамда соғлом турмуш тарзини шакллантиришга қаратилган асосий қонун ҳужжатлари таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: алкоголизм, давлат сиёсати, алкоголизм профилактикаси, соғлом турмуш тарзи.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ

Авезова Г.С.,

Ташкентская медицинская академия.

✓ ***Резюме***

Алкоголь употребляется почти во всех странах мира, воздействует на различные аспекты жизни людей и наносит экономический ущерб обществу. Негативное влияние алкоголя имеет разные формы проявления как социального, так и медицинского характера. Современное состояние проблемы и история вопроса позволяют считать, что употребление алкоголя является неотъемлемой частью жизни общества и будет играть такую же роль в будущем, несмотря на негативные последствия его употребления. В статье сделан обзор политики различных стран в отношении алкоголя и зависимых от алкоголя, рассмотрены основные Законодательные акты Республики Узбекистан, направленные на снижение алкоголизма и борьбу с алкогольной зависимостью, а также формирование здорового образа жизни.

Ключевые слова: алкоголизм, государственная политика, профилактика алкоголизма, здоровый образ жизни.

ALCOHOL DEPENDENCE AND A SYSTEMATIC APPROACH TO PREVENTION

Avezova G.S.,

Tashkent medical Academy.

✓ ***Resume***

Alcohol is consumed in almost all countries of the world, affects various aspects of people's lives and causes economic damage to society. The negative impact of alcohol has different forms of manifestation, both social and medical. The current state of the problem and the history of the issue allow us to believe that alcohol consumption is an integral part of society and will play the same role in the future, despite the negative consequences of its use.The article reviews the policies of various countries in relation to alcohol and alcohol addicts, examines the main Legislative acts of the Republic of Uzbekistan aimed at reducing alcoholism and combating alcohol dependence, as well as the formation of a healthy lifestyle.

Keywords: alcoholism, state policy, prevention of alcoholism, healthy lifestyle.

Долзарблиги

Алкоголизмга қарши ўтказилаётган интенсив ва фаол тиббий чора-тадбирларга қарамасдан, бутун дунёда алкоголизм муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) [16] маълумотларига кўра, ҳар йили спиртли ичимликлар истеъмол қилиш натижасида 3,3 миллион киши нобуд бўлади. Бутун дунёда йилига 15-29 ёшгача бўлган ёшлар орасида 320 минг спиртли ичимликлар билан боғлиқ ўлим ҳолатлари қайд этилиб, бу ёш гуруҳида барча ўлим сабабларининг 9,0% ини ташкил қилади. Спиртли ичимликлар жиддий ижтимоий ва ривожланиш муаммолари билан боғлиқ, зўравонлик, шу жумладан, болаларга бепарволик, уларнинг қаровсиз қолиши каби жиддий оқибатларга сабаб бўлди [5,10,13,15].

Ҳозирги иқтисодий шароит ва соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш даврида спиртли ичимликларга қарамлик тиббий ва ижтимоий жиҳатдан энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, оила ва иш жойида турли касалликлар, номутаносиб хатти-ҳаракатлар, низоли вазиятларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Маълумки, ичкиликбозлик ва алкоголизм ишлаб чиқариш жароҳатларининг асосий сабабларидан биридир. Спиртли ичимликларни ҳаддан ташқари кўп ичадиган одамлар орасида турли сабаблардан ўлганлар сони умумий аҳолига нисбатан 2 - 4 баробаргача кўпни ташкил қилади. Ўлим даражаси нафақат жароҳатлар билан, балки ортиқча спиртли ичимликларни истеъмол қилиш оқибатида юзага келадиган касалликлар билан ҳам боғлиқдир. Бунинг оқибатида биринчи навбатда, юрак-қон томир ва ошқозон-ичак тизими касаллик-

лари ривожланади. Бундан ташқари, алкоголизмнинг ўзига хос касалликлари: жигар циррози, кардиомиопатия, руҳий - эмоционал психозлар, шахснинг дегредацияси ва бошқалар келиб чиқади [4,5,10,13].

Мақоланинг мақсади: Ўзбекистон Республикасининг (шу жумладан, СССР нинг ҳам) ичкиликбозликка қарши курашиш ва алкоголизмнинг олдини олишга қаратилган қонун ҳужжатларини кўриб чиқиш.

Тадқиқот материаллари: Ўзбекистон Республикасининг қонун ҳужжатлари, адабиётлар манбалари.

Тадқиқот усуллари: информацион-аналитик.

Натижа ва таҳлиллар

Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва спиртли ичимликларга муносабат турли даврларда, хусусан турли мамлакатларда ўз тарихига эга. Таркибида спирт сақловчи ичимликларни ичишни тақиқловчи чоралар қадимдан қабул қилинган, Жумладан, Хитой императори Ву Вонг милоддан аввалги 1220 йилда чиқарган фармонига биноан, маст деб топилган барча шахслар ўлим жазосига тортилган. Қонунлари бу мамлакатнинг барча аҳолиси учун мажбурий бўлган қадимги Ҳиндистон дини шароб ичишни тақиқлаган. Бу қонунни бузган олий касталарнинг баъзи аъзолари ўлим содир бўлгунга қадар қайноқ вино ичишга мажбур бўлганлар, бошқалари маркаланиб, пешоналарига вино идиши тасвири чизиб қўйилган. Мусулмон динида ҳам маст қилувчи ичимликларни ичишни ман этилган. Қадимги Юнонистонда Афина ёзма қонунларининг биринчи тўплами қонун чиқарувчи Дракон томонидан милоддан аввалги 621 йилда чиқарилган. Бу қонунлар жуда шавқатсиз бўлиб, спиртли ичимликлар ичганларга "қатл" жазоси қўлланилган. Кейинчалик Соломон даврида қонунлар бироз енгиллаштирилган, спиртли ичимликлар ичганларни қатл этиш тўхталилган, бироқ уларга нафрат билан қаралган. Қадимги Римда эркакларга 30 ёшгача, аёлларга эса бутун ҳаёти давомида шароб ичиш тақиқланган. Хотинини маст ҳолатда топган ҳар бир Римлик уни ўлдиришга ҳақли бўлган. Қадимги Спартада қулларга спиртли ичимликлар ичирилиб, уларни ёшларга намойиш қилишган. Кейинчалик бу ёшларда спиртли ичимликларга нафрат ва қўрқув ҳиссини уйғотган [6,7,11].

Қадим замонлардан ўрта асрларга келиб, ичкиликбозларга нисбатан муносабат анча енгиллашди. Жамиятнинг спиртли ичимликларга бўлган муносабатининг юмшаши XX асрга келиб алкоголизм билан оғриган беморлар сонининг ортишига олиб келди. Жумладан, иқтисодий жиҳатдан ривожланган 15 та мамлакатда алкоголизмнинг тарқалганлиги ўртача йиллик даражаси 1900-1929 йилларда 1000 аҳолига 0,3; 1956-1975 йилларда 12,3ни ташкил қилган бўлса, 1930 йилдан 1965 йилгача алкоголизм билан касалланган шахслар сони 50 мартадан ортиқ кўпайди [14].

1980 - йиллардан бошлаб алкоголизм муаммосини ўрганишга бағишланган йирик эпидемиологик тадқиқотлари олиб борилган; улар алкоголизм ва ичкиликбозликнинг тарқалиши мамлакатдан мамлакатга сезиларли даражада ўзгариб туришини кўрсатади. Бу тадқиқотлар натижалари ривожланган мамлакатлар Америка Қўшма Штатлари, Швейцария ва Швеция, шунингдек Францияда алкоголизм энг кенг тарқалганлигини асослаб берди. Бироқ вақт ўтиши билан кўрсаткичлар ўзгарди; масалан, АҚШда спиртли ичимликлар истеъмоли камайди, бироқ собиқ Совет Иттифоқи ва Японияда эса - ошди [7,8].

Йигирма биринчи асрнинг бошига келиб, бутун дунёда йилига 200 миллиард литр спиртли ичимликлар ишлаб чиқарилган; барча ривожланган мамлакатларда 15 ёшдан ошган аҳолининг аксарияти, шунингдек 1/6 эркаклар ва тахминан 1/13 аёллар кундалик спиртли ичимликлар истеъмол қилиши аниқланган [11].

Ривожланган мамлакатларда аҳоли жон бошига спиртли ичимликлар истеъмол қилиш йилига 7-14 литрни ташкил этади [16], ривожланаётган мамлакатларда бу кўрсаткич пастроқ, лекин юқорига кўтарилиш тенденцияси мавжуд.

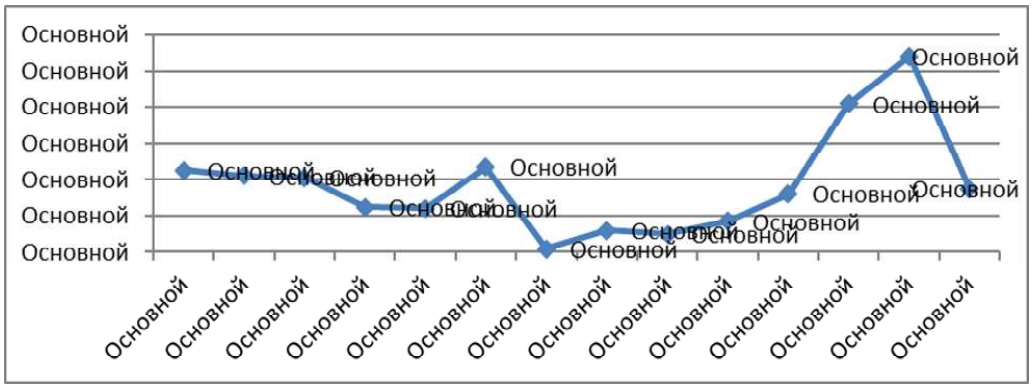
Россияда спиртли ичимликлар истеъмоли турли тарихий даврларда турлича бўлган. Руслар асрлар давомида спиртли ичимликларни ичишган ва улар Европа аҳолисини ичишга ўргатган деган афсоналар мавжуд. Аслида Россия тарихдаги ичкиликбозликка қарши чоралар ишлаб чиққан энг биринчи давлатлардан бири бўлган. Шароб савдосини монополлаштириш бўйича кетма-кет чораларни амалга оширган биринчи подшолардан бири Иван Грозний бўлган. У яширинча виночилик билан шуғулланиб, шароб сотганларни қаттиқ жазолаган. Пётр I даврида шароб ичганларга "ичкиликбозлик учун" ёзуви бўлган 7 кг оғирликдаги чўян медал осиб қўйилган ва бу одамлар билан муносабат ўрнатилмаган. Россия қонунчилиги ўзининг инсонпарварлиги билан ажралиб турарди: бошқа мамлакатларда ичкиликбозлик учун шафқатсиз жазолар жорий этилган бўлса, Россияда уларга асосан маънавий-маърифий чоралар ва пул жарималари қўлланилган. 1895-йилда чор ҳукумати Россияда спиртли ичимликлар сотиш бўйича давлат монополиясини жорий этди. Шароб ишлаб чиқариш ва сотиш чор Россияси хазинага яхши фойда берди, бюджетдаромаднинг учдан бир қисмиспиртли ичимликлар сотишдан олинган фойда ҳисобитга тўлдирилди.

XX ва XXI -асрларда ичкиликбозликнинг кенг тарқалиши рус жамиятини ҳушёрликка ўтишга ундади [11]. 1914-йилда биринчи жаҳон уруши арафасида Россия бўйлаб спиртли ичимликларнинг барча турларини ишлаб чиқариш ва сотишни тақиқловчи Қироллик фармони эълон қилинди [12]. Кучли спиртли ичимликлар фақат ресторанларда сотилган. Бироқ қонунни четлаб ўтишнинг кўплаб усуллари мавжуд бўлсада, бир киши учун ўртача спиртли ичимликлар истеъмоли ўн мартадан кўпроқ камайди. Катта Совет энциклопедияси маълумотларига кўра, спиртли ичимликлар жон бошига 1913-йилда-4,7 литр; 1915-йилда-0,2 литр; 1925 - йилда-0,88 литр; 1940-йилда 1,9 литри стеъмол қилинган.Қироллик фармони чоп этилгандан сўнг 1914 иккинчи ярмида, Санкт-Петербургда мастли оқибатида жиноят қилган маҳбуслар сони 70%га, алкоголизм туфайли ўз жонига қасд қилиш-50% га камайди. Худди шундай натижалар Россиянинг бошқа 9 та вилоятида ҳам кузатилган. Россияда Совет ҳокимиятининг ўрнатилишидан сўнг ҳам алкоголизмга қарши кураш давом эттирилди.

Бироқ 1923-йил 26-августда СССР нинг Марказий Қўмита (ЦИК)си алкоголли ичимликлар ишлаб чиқариш ва савдосини қайта тиклаш тўғрисида фармон чиқарди. Бироқ, 1929 да Совет Иттифоқи ҳукумати ва маҳаллий ҳокимият органлари пиво дўконлари ва бошқа ичимлик муассасаларини оммавий ёпишга киришдилар, уларни ошхона ва чойхоналарга айлантирдилар.

"Ҳушёрлик ва маданият" журналининг нашри ташкил этилиб, унда ичкиликбозликга қарши кураш ва соғлом турмуш тарзи тарғиб қилинди. Кейинчалик алкоголга қарши Қонунлар 1958, 1972-йилларда ишлаб чиқилди. СССРда спиртли ичимликларни истеъмол қилиш барқарор равишда ошди ва шунинг учун 1985-1987 ййда маъмурий ва жиноий жазолар, шунингдек ҳушёрликни интенсив тарғиб қиладиган янги алкаголга қарши кураш компанияси ташкил қилинди.

1987 йилда иқтисодий инқироз туфайли спиртли ичимликлар ишлаб чиқариш ва истеъмол қилишга қарши кураш ва ҳушёрликни фаол тарғиб қилиш тўхтатилди. 1994-йилга келиб аҳоли жон бошига ўртача спиртли ичимликлар истеъмол қилиш Россияда ўлим даражасининг ўсишига олиб келди [12]. 1860-1990 йилларда СССРда аҳоли жон бошига спиртли ичимликларни истеъмол қилиш динамикасини расмда кўрсатилган.



Расм. СССРда алкоголни ўртача жон бошига истеъмол қилиш (литрда)

Расмда келтирилган маълумотлар ва шу даврлардаги амалдаги Қонунчилик билан солиштирилса, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ва ичкиликбозликка қарши ишлаб чиқилган қонунлар ўртасида бевосита боғлиқлик борлиги кўринади. Чекловчи чора-тадбирлар остида спиртли ичимликларни истеъмол қилиш камайганлиги аниқланди.

Бугунги кунда Республикамизда ЖССТ: алкогол истеъмоли бўйича дунёдаги мамлакатлар рейтинги бўйича аҳоли жон бошига ўртача 2,7 литр соф спирт истеъмол қилинади. Мамлакатимиз дунёдаги 189 мамлакат орасида аҳоли жон бошига алкогол истеъмоли бўйича 137-ўринни эгаллайди. Қўшни республикалар билан солиштирганда масалан, Қозоғистон 76, Қирғизистон 96, Туркманистон 107, Тожикистон эса 131, Хитой 82-ўринни эгаллаб турибди [16].

Сўнгги йилларда мамлакатимизда аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, сурункали касалликларнинг олдини олишга қаратилган кенг кўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Жумладан, алкоголизмга қарши кураш ва соғлом турмуш тарзи сиёсати қуйидаги қонун ва қоидаларни ўз ичига олади [1,2,3].

"Алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилиши ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси қонуни 2011 йил, 26 август;

"Алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилиши, ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш тўғрисида" ги Ўзбекистон Республикаси қонунини амалга ошириш чора-тадбирлари ҳақида Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг Қарори 07.03.2012 й. №65 чакана савдо ва умумий овқатланиш соҳасида;

Иш ва бошқа жамоат жойларида тамаки маҳсулотларидан фойдаланганлик учун жарима солиш ва жамоат транспортида алкогол ва тамаки маҳсулотларидан фойдаланганлик учун жарималарни ошириш тўғрисида "Ўзбекистон Республикасининг айрим қонун ҳужжатларига ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш тўғрисида"ги 29.12.2015 йилдаги ЎРҚ-396-сон Қонуни;

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 16 сентябрдаги "Алкоголли маҳсулотлар билан чакана савдо қилиш қоидаларига ўзгартиш ва қўшимчалар киритиш тўғрисида"ги ПФ-2597-сонли Фармони;

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғи 2016 йил 30 ноябр №70, ва Адлия вазирлигининг №2840-сонли буйруғи:спиртли ичимликлар ва тамаки маҳсулотларидан фойдаланишга рухсат бермайдиган огоҳлантиришларни киритиш ва жойлаштириш тартибини тартибга солиш, шунингдек, жамоатчиликни тамаки маҳсулотларидан фойдаланиш учун мўлжалланган жойлар ва ёки бинолар ҳақида хабардор қилиш;

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 13 сентябрдаги қарори "Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида тиббий хизматлар сифатини яхшилашга, ўтказилаётган профилактика тадбирларининг самарадорлиги учун масъулиятни оширишга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида" ги 718 - сонли Қарори;

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февральдаги "2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устивор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси" ПФ-4947-сонли Фармони,

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 29 мартдаги "Ўзбекистон республикасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПҚ-2857-сонли Қарори.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 3 июндаги "Жисмоний маданият ва оммавий спортни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида" ПҚ-3031-сонли Қарори;

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 5 мартдаги "Жисмоний тарбия ва спорт соҳасида давлат бошқаруви тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПҚ-5368-сонли Фармони;

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 18 декабрдаги "Юқумли бўлмаган касалликлар

профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПҚ-4063-сонли қарори, ва шу қарорга мувофиқ 2019 - 2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари дастури;

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги "Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида"ги ПФ-5590-сон Фармони, ва шу фармонга мувофиқ 2019 - 2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш Концепцияси ва 2019 - 2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари Дастури тасдиқланди.

Умуман олганда, Ўзбекистонда ичкиликбозликка қарши сиёсат ва қоидаларни анча кучли деб ҳисоблаш мумкин. Ўзбекистонда алкоголга қарши чора-тадбирларни амалга ошириш билан боғлиқ жорий ҳолат алкоголли ичимликларга акциз солиғини ошириш акциз маркаларисиз спиртли ичимликларни сотиш тақиқланади. Акциз солиғи ставкалари ҳар йили нарх динамикаси, сотиш ҳажми, инфляция ва бошқа омиллар асосида оширилади. Шунга қарамай, турли спиртли ичимликлар учун ўртача чакана нарх ЖССТ Европа минтақасидаги мамлакатлар учун нарх оралиғининг пастки қисмига тўғри келади. Тақиқларни белгилаш ёки реклама бўйича мураккаб чекловлар (турли хил оммавий ахборот воситаларида) спиртли ичимликларни рекламасини чеклаш қоидаларини ўз ичига олади. Алкоголли ичимликларнинг ҳар қандай рекламаси, жумладан, тадбирларга ҳомийлик қилиш ва кийимкечакларга товар белгиларидан фойдаланиш тақиқланади. Спиртли ичимликларни истеъмол қилишни рағбатлантириш тақиқланади. Спиртли ичимликлар фақат савдо лицензиясига эга бўлган чакана савдо нуқталарида сотилиши мумкин. Чакана савдо воситалари ҳам чекланган; масалан, улар таълим, спорт ёки диний муассасалардан камида 500 метр радиусда жойлашмаслиги керак. Бундан ташқари, бир мижозга алкоголь порциядан максимал сонини тартибга солувчи қоидалари бор, шунингдек маст одамларга спиртли ичимликлар сотиш рад этилади. Алкоголни йигирма ёшга тўлмаган шахсларга сотиш тақиқланади.

Спиртли ичимликлар ичиб автотранспорт воситалари бошқариш ман этилган, шунингдек ҳушёрликни текшириш пунктларида қондаги спирт миқдори текширилади. Спиртли ичимликлар таъсири остида автотранспорт воситалари бошқаришга жарималар жуда юқори. Жумладан, энг кам иш ҳақининг 25 баробаригача жарима ёки 1 йилдан 3 йилгача озодликни чеклаш жазаси қўлланилади.

Хулоса

Хулоса қилиб шуни такидлаш мумкинки, алкоголизмга қарши кураш, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишга қаратилган чора тадбирлар ўтказилишига қарамасдан Республикамизда, бутун дунёдаги каби алкоголизм муаммоси долзарблигича қолмоқда. Алкоголизм ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ҳар қандай жамият ва умуман цивилизациянинг ривожланишига тўсқинлик қилади. Ичкиликбозлик ва алкоголизмнинг ижтимоий оқибатлари жуда кенг бўлиб, жамиятнинг кўп жиҳатларига салбий таъсир кўрсатади. Тиббий ва демографик оқибатлар, аҳоли саломатлик даражасининг пасайиши, касалланишнинг ортиши, аҳолининг муддатидан олдин ўлими, оилаларнинг бузилиши ва болаларнинг эътиборсизлигида намоён бўлади, бу эса ўз навбатида болаларнинг ичкиликка эрта берилишига олиб келади. Иқтисодий муаммолар моддий ресурсларни йўқотиш, меҳнат унумдорлиги камайтиришива касалликлар туфайли вақтинчалик меҳнат қобилиятини йўқотиш ва ногиронликнинг ортиши билан боғлиқдир. Шунинг учун ҳозирги иқтисодий шароит ва соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш даврида республикамизда алкоголизмнинг тарқалганлиги, алкоголизм оқибатида келиб чиқадиган тиббий - иқтисодий зарарни баҳолаш, аҳоли ўртасида зарарли одатлар хусусан, ичкиликбозлик профилактикаси, соғлом турмуш тарзини кенг тарқиб этишга илмий асосланган чоралар ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотларни олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ўзбекистон Республикаси қонунлари.
2. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармон ва Қарорлари.
3. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг Қарорлари.
4. Ашуров З. Ш., Ходжаева Н. И. Особенности психотерапии алкогольной зависимости у пациентов с девиантным поведением/ Методические рекомендации. - Ташкент. - 2012. - 24 с.
5. Ашуров З.Ш. Девиант ҳулқ -атворли беморларда алкоголизм ва наркоманиянинг клиник хусусиятлари// докторлик дисс.-автореферати Т-2017 й, 59 бет
6. Гринченко Н.А. Трезвый образ жизни: практикум по теории и методике трезвенной работы. - Рабочая тетрадь № 1. - Елец: ЕГУ им. И.А. Бунина, 2012. - 69 с.
7. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. - Новосибирск: Наука, 1987. - 170 с.
8. Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). - 2-е издание, переработанное и дополненное. - М: Медицина, 1983. - 233 с.
9. Ловчев В.М. Римские философы I века до н. э. о психоактивных веществах. Учебно-методическое пособие. - Казань: Казанский филиал Челябинского танкового института, 2001. - С. 7-9.
10. Минаков С.Н. Медико-социальные аспекты и распространённость алкоголизма среди различных групп населения (на примере отдельного муниципального образования): Автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.33; Московская медицинская академия. - Москва, 2008. - 25 с.
11. Мирошниченко Л. Д. Алкоголизм // Большая российская энциклопедия / С. Л. Кравец. - М: Большая Российская энциклопедия, 2005. - Т. 1. - С. 500-502. - 768 с. Рощина Я. М. Динамика и структура потребления алкоголя в современной России / /Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ. 2012. № 2. С. 238-257.
12. Сахаров А.В. Эпидемиологическая ситуация по алкогольной зависимости в субъекте РФ (модель изучения и система мониторинга): Дис.... докт. мед.наук: 14.01.27; Читинская Государственная Медицинская академия - 2012. - 295 с.
13. European Status Report on Alcohol and Health 2010 / World Health Organization 2010. - P. 25-36, 290-295.
14. Holder H. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. WHO/MSD/MSB/OO.4. / H. Holder // World Health Organization, 2000. - P. 3-15.
15. Global Status Report on Alcohol and Health 2011 (англ.). World Health Organisation.
16. ww.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616.12.-008.331.4.615.38.06.-073.17

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДИАЛИЗНОЙ ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ

Ортикбоев Ж.О.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Исследования свидетельствуют о том, что в условиях применения современных технологий заместительной почечной терапии классические представления о факторах риска развития синдиализной гипотонии требуют пересмотра. В обзоре приведены исследования о патогенетические факторы синдиализной гипотонии клинические рекомендаций для профилактики синдиализной гипотонии.

Ключевые слова: синдиализная артериальная гипотензия, хроническая почечная недостаточность, гидратация, монитор состава тела, водный статус, гемодиализ.

ГЕМОДИАЛИЗ ОЛГАН БЕМОРЛАРДА СИНДИАЛИЗ ГИПОТЕНЗИЯСИНИНГ РИВОЖЛАНИШНИНГ ЭТИОПАТОГЕН ХУСУСИЯТЛАРИ

Ортикбоев Ж.О.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, буйракни дезинтоксикацион терапиясининг замонавий технологиялари шароитида синдиализ гипотензиясини ривожлантириш учун хавф омилларининг классик тушунчалари қайта кўриб чиқишни талаб қилади. Бу мақола патогенетик омиллар синдиализ гипотензиянинг олдини олиш клиник кўрсатмалар бўйича тадқиқотлар маколада тақдим этади.

Калит сўзлар: синдиализная артериал гипотензия, сурункали буйрак етишмовчилиги, гидратация, тананинг таркиби, сув ҳолати, гемодиализ.

ETIOPATHOGENETIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF SYNDIALYSIS HYPOTENSION IN PATIENTS RECEIVING HEMODIALYSIS

Ortiqboev J.O.,

Tashkent pediatric medical institute.

✓ ***Resume***

Studies indicate that in the context of the use of modern technologies of renal replacement therapy, the classical concepts of risk factors for the development of syndialysis hypotension require revision. The review presents studies on the pathogenetic factors of syndialysis hypotension and clinical guidelines for the prevention of syndialysis hypotension.

Key words: syndialysis arterial hypotension, chronic renal failure, hydration, body composition monitor, water status, hemodialysis.

Актуальность

ХБП - понятие почек различной природы. Причины выделения этого понятия базируются на единстве основных патогенетических механизмов прогрессирования патологического процесса в почках. Между ХБП и ССЗ существует тесная патофизиологическая взаимосвязь, прослеживается общность многих факторов риска развития и прогрессирования заболеваний. Внедрение концепции ХБП в практику здравоохранения следует рассматривать как важный стратегический подход к снижению СС и общей смертности, увеличению продолжительности жизни населения. Скрининг ХБП должен занять важное место в структуре профилактики как почечной, так и сердечной патологии, а совершенствование мер нефропротекции приведет также к снижению СС-смертности. Основная причина смерти больных с хронической почечной недостаточностью, получающих лечение программным гемодиализом, сердечно-сосудистые заболевания и связанные с ними осложнения [1]. Одной из проблем программного гемодиализа является синдиализная гипотензия, которая осложняет проведение гемодилиза в 10-50% случаев [2], и является прогностически неблагоприяным фактором, определяющим повышенную летальность больных на гемодиализе [3]. В многочисленных крупномасштабных исследованиях (ACCOMPLISH, ADVANCE, ALTITUDE, CARRESS-HF, ONTARGET, ROADMAP) было подтверждено то, что ХБП имеет достаточно высокую распространенность (10-15 % населения) и занимает одно из ведущих мест в общей структуре смертности и заболеваемости населения, наряду с такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, сахарный диабет [4], В России ХБП страдают около 14 млн человек. Болезни почек как непосредственная причина смерти занимают 11 место, а как причина утраты трудоспособности - 17 место [5]. Почки вовлекаются в патологический процесс при широком спектре заболеваний - сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и других [6]. Вместе с тем, почечная дисфункция является сильным независимым фактором риска неблагоприятного течения и исхода па-

циентов с сердечно-сосудистой патологией, что объясняется общностью их патофизиологических механизмов. Особенность и опасность ХБП заключается в том, что пациенты длительное время не предъявляют никаких специфических жалоб и не обращаются к врачу-нефрологу по поводу почечной патологии, наблюдаются длительное время у других специалистов, что приводит к поздней диагностике и неэффективности консервативной нефропротективной терапии. Анализ результатов крупных популяционных исследований (HOPE, PREVEND, LIFE), работа Butler J, позволила нам выявить самостоятельную прямую связь между снижением расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ), альбуминурией и сердечно-сосудистой заболеваемостью, в частности- артериальной гипертензией, ИБС, хронической сердечной недостаточностью [7]. Около 40-80% пациентов с ХБП на додиализной стадии имеют ССЗ. Факторы риска развития ХБП во многом совпадают с факторами риска ССЗ, а значит, также совпадают основные направления нефро- и кардиопротекции: нормализация АД, снижение или об- ратное развитие альбуминурии, коррекция нарушений углеводного обмена, коррекция анемии, дислипидемии и фосфорно-кальциевого обмена, низкосолевая диета, борьба с ожирением и курением, а также предупреждение острого снижения функции почек и борьба с гиперкалиемией. Гемодиализ является высокотехнологичной процедурой, связанной с использованием многокомпонентного оборудования, экстракорпорального кровообращения, коррекцией водно-электролитного баланса, изменениями кислотно-основного состояния и осмолярного равновесия. В связи с этим гемодиализ сопровождается различными осложнениями. Синдиализная гипотония - это результат неадекватного ответа сердечно-сосудистой системы на уменьшение объема циркулирующей крови, которое происходит во время удаления большого объема жидкости из организма за короткий промежуток времени. Во время типичной диализной процедуры объем удаляемого ультрафильтрата зачастую эквивалентен или больше объема циркулирующей плазмы. Несмотря на большой объем ультрафильтрата, объем плазмы обычно уменьшается всего на 10 - 20 %. Такая способность поддержания объема плазмы во время ультрафильтрации обеспечивается за счет мобилизации жидкости из интерстициального во внутрисосудистое пространство. На восполнение внутрисосудистого объема влияют как индивидуальные особенности самого пациента, так и факторы, связанные с медикаментозной терапией, получаемой данным пациентом, которые воздействуют на распределение воды между секторами организма. [8,9,10]. У пациентов, находящихся на поддерживающем гемодиализе, развиваются как структурные, так и функциональные сердечно-сосудистые нарушения. Несмотря на улучшение технологии диализа, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в этой популяции остается высокой. Патофизиологические механизмы этих изменений сложны и недостаточно изучены. Было высказано предположение, что несколько нетрадиционных факторов риска, связанных с уремией, особенно долгосрочное уремическое состояние, могут влиять на сердечно-сосудистую систему. При хроническом заболевании почек возникает множество сердечно-сосудистых изменений, включая гипертрофию левого желудочка, фиброз миокарда, микрососудистые заболевания, ускоренный атеросклероз и артериосклероз. Эти структурные и функциональные изменения у пациентов, получающих хронический диализ, делают их более восприимчивыми к ишемии миокарда. Сам по себе гемодиализ может отрицательно повлиять на сердечно-сосудистую систему из-за нефизиологического удаления жидкости, что приводит к гемодинамической нестабильности и возникновению системного воспаления. В последнее десятилетие росло понимание того, что патофизиологические механизмы вызывают сердечно-сосудистую дисфункцию у пациентов, находящихся на хроническом диализе [8,9].

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений является синдиализная гипотония. Развитие синдиализной гипотонии - полиэтиологический патологический процесс со сложным патогенезом. Среди причин развития ИДГ, прежде всего, целесообразно выделить те, которые напрямую связаны с процедурой гемодиализа. Уровень артериального давления может зависеть от температуры диализирующего раствора [8,9]. Во время процедуры гемодиализа с использованием диализирующего раствора стандартной температуры (37-37,5 °С) увеличивается активность симпатической нервной системы (вследствие уменьшения объема циркулирующей крови), что приводит к вазоконстрикции сосудов кожи и повышению температуры тела [10,12]. В последующем происходит периферическая вазодилатация, что увеличивает риск развития ИДГ [13, 14]. Использование диализирующего раствора с температурой ниже стандартной приводит к увеличению сократимости миокарда, росту периферического сосудистого сопротивления [13, 15], снижению числа эпизодов ИДГ в 7,1 раза [16]. Частота эпизодов синдиализной гипотонии у больных, получающих лечение программным гемодиализом, взаимосвязана с индексом массы тела, преддиализным и постдиализным уровнем АД, отношением междиализной прибавки массы тела и объема ультрафильтрации к "сухому" весу и эхокардиографическими показателями. [16,17]. Абсолютные значения интрадиализного АД коррелируют с продолжительностью лечения гемодиализом, сывороточным уровнем альбумина и междиализной прибавкой массой тела, а показатели, характеризующие относительное снижение АД во время гемодиализа, - с сывороточной концентрацией электролитов (натрия, калия и кальция) [17]. На количество интерстициальной жидкости, доступной для восполнения внутрисосудистого объема, оказывает влияние установленный "сухой" вес тела пациента. Небольшой объем интерстициальной жидкости при любом объеме ультрафильтрации с большей вероятностью будет сопровождаться гемодинамической нестабильностью. Это объясняет развитие гипотонии во время проведения процедуры гемодиализа у пациентов, "сухой" вес которых установлен ниже истинных значений. Напротив, увеличение количества интерстициальной жидкости, расширит границы объема, доступного для восполнения внутрисосудистого пространства, тем самым, уменьшит вероятность развития гипотонии. У большинства пациентов в настоящее время "сухой" вес подбирается до минимального количества интерстициальной жидкости, так как хроническая перегрузка объемом оказывает отдаленные неблагоприятные эффекты на сердечно-сосудистую систем [18]. Определение "сухой" массы тела в боль-

шинстве случаев осуществляется эмпирически, путем проб и ошибок. "Сухой" вес определяется как масса тела, ниже значения которой развиваются следующие неприемлемые симптомы: судороги, тошнота и рвота или гипотония. У многих пациентов "сухой" вес весьма вариабелен и может колебаться во время присоединения интеркуррентной патологии (например: диарея, инфекционные заболевания), при изменении гематокрита крови (применение эритропоэтина) [19]. Использование диализата с высоким содержанием натрия (более 140 ммоль/л) - эффективный способ обеспечения адекватного восполнения сосудистого русла и по праву относится к числу наиболее действенных и легко переносимых пациентами методов лечения эпизодов гипотензии. Суть методики профилирования натрия в растворе диализата заключается в изменении концентрации натрия в ходе проведения процедуры гемодиализа. Наиболее распространенный вариант профилирования заключается в установке изначально высокой концентрации натрия с его последующим прогрессивным снижением к концу процедуры до изотонического или даже гипотонического уровня. Данный способ регулирования натрия позволяет за счет диффузии натрия из диализата в самом начале процедуры предотвращать быстрое снижение осмолярности плазмы (как результат удаления мочевины и других низкомолекулярных веществ). В оставшуюся часть процедуры, когда снижение осмолярности связанное с удалением мочевины не так выражено, натрий в диализате должен устанавливаться на более низком уровне по сравнению с изначальным, т.к. более высокая концентрация натрия в диализирующем растворе приводит к появлению жажды, увеличению междиализных прибавок и развитию артериальной гипертензии в междиализный период. Профилирование ультрафильтрации заключается в преднамеренном увеличении уровня ультрафильтрации в начале процедуры гемодиализа, когда объем интерстициальной жидкости доступной для восполнения сосудистого русла максимален, с последующим постепенным снижением уровня ультрафильтрации параллельно ожидаемому снижению объема интерстициальной жидкости. В последних исследованиях для большей эффективности рекомендуется комбинировать профилирование ультрафильтрации и натрия в диализате. Устройства, контролирующие интрадиализные изменения объема циркулирующей крови, пропагандируются как инструмент для минимизации синдиализной гипотонии. В основу таких устройств положена концепция вероятности развития гипотензии, которая происходит всегда при удалении приблизительно одинакового объема крови [20]. К сожалению, в большинстве исследований не было найдено связи между изменениями ОЦК у отдельно взятого индивидуума и частотой развития гипотонии. В проспективном рандомизированном исследовании оценивалось, как влияет применение мониторирования объема крови во время гемодиализа на частоту связанных и несвязанных с сосудистым доступом госпитализаций и смертность по сравнению с применением стандартного диализа. Отсутствие видимого преимущества применения мониторирования объема крови по сравнению со стандартным диализом отчасти может объясняться особенностью данного метода недооценивать истинную величину удаляемого объема. Метод основан на измерении степени гемоконцентрации, которая происходит в результате ультрафильтрации; степень смешивания плазмы и эритроцитов во всем циркуляторном русле предполагается одинаковой. В последних исследованиях высказывается мнение о некорректности такого допущения. Средний гематокрит всего организма несколько ниже, чем в артериальной или венозной крови в результате активного снижения гематокрита в микроциркуляторном русле, известного как феномен Фареуса. Во время процесса ультрафильтрации, вероятно, происходит компенсаторная мобилизация из микроциркуляторного русла в центральные сосуды крови с низким гематокритом. Такая гемодилюция минимизирует степень гемоконцентрации, что потенциально приводит к недооценке всего объема ультрафильтрата. [17,18,19]. Было показано, что мониторирование объема крови является более эффективным методом при включении его в систему биологической обратной связи (biofeedback system), в которой кондуктивность диализата и уровень ультрафильтрации постоянно корректируются на основании поступающих данных об изменении объема циркулирующей крови. Система была разработана для проведения снижения объема крови по индивидуальному, предварительно установленному графику во избежание острых и внезапных снижений объема, которые быстро приведут к гипотензии. Было обнаружено, что с помощью этой методики удается снизить частоту эпизодов гипотензии и обеспечить более стабильное артериальное давление, как во время, так и после процедуры гемодиализ. У диализных пациентов со склонностью к гипертензии данная методика может улучшить показатели АД за счет оптимизации волемического статуса, а также за счет уменьшения частоты эпизодов гипотензии по сравнению со стандартным проведением процедуры. [21]. Использование во время процедуры ГД систем с биологической обратной связью, в которых уровень ультрафильтрации корригируется соответственно изменениям артериального давления, измеряемого каждые 5 минут, может так же уменьшать частоту синдиализной гипотонии. В этом методе используется нечеткая логическая система управления артериальным давлением, которая корригирует уровень ультрафильтрации в соответствии с сиюминутными изменениями АД в контексте уже имеющихся данных о динамике артериального давления данного пациента во время предыдущих процедур. [22]. У пациентов с повторяющимися эпизодами синдиализной гипотонии обычно обнаруживается неадекватная реакция симпатической нервной системы на удаление объема циркулирующей крови. По сравнению с пациентами со стабильной гемодинамикой в плазме пациентов с интрадиализной гипотензией концентрация хромогранина А (белок, высвобождаемый вместе с катехоламинами) повышается после диализа в меньшей степени, что согласует развитие гипотензии со снижением активности симпатической нервной системы. Точный механизм, приводящий к дисфункции автономной нервной системы при уремии неизвестен, но определенную роль играет хроническая гиперкалиемическая деполяризация нервных волокон [23]. При снижении тонуса симпатической нервной системы для повышения общего периферического сопротивления наиболее часто применяются различные вазоконстрикторы. Систематический обзор литературы S. Prakash с соавт. свидетельствует, что предпочтение отдается

назначению от 2,5 до 10 мг мидодрина (селективного α1 адренергического агониста), доказавшего свою эффективность при лечении некоторых пациентов с частыми эпизодами синдиализной гипотонии. Этот препарат в большей степени сохраняет эффективное мозговое кровообращение у пациентов с ортостатической гипотензией после диализа, что является дополнительным благоприятным эффектом. В недавних докладах сообщалось об эффективности вазопрессина в поддержании артериального давления во время удаления объема циркулирующей крови. В предыдущих исследованиях обнаружено, что во время процесса ультрафильтрации уровень вазопрессина в плазме увеличивается незначительно, несмотря на ожидаемую реакцию с барорецепторов. В рандомизированном двойном слепом плацебо контролируемом исследовании постоянное введение субпрессорных доз вазопрессина обеспечивало лучшую гемодинамическую стабильность, даже когда объем ультрафильтрации увеличивался на 0,5 кг сверх изначально установленного уровня (Таблица 1). В последние годы в профилактике и коррекции синдиализной гипотонии удалось достичь некоторых успехов. Вероятно, для сведения к минимуму этого осложнения самые большие надежды можно возлагать на технологии, способные корригировать состав диализата и уровень ультрафильтрации на протяжении всей процедуры ГД, основываясь на изменениях в реальном времени параметров, отражающих восполнение сосудов. Проведение процедуры ГД в таком режиме возможно благодаря регуляторным системам, основанным на ежеминутных изменениях показателей сердечно-сосудистой системы в ответ на ультрафильтрацию. На практике установление параметров перед каждой процедурой основываются на предположении, что реакция сердечно-сосудистой системы будет такая же, как во время проведения предыдущих процедур. Такое предположение в большинстве случаев некорректно из-за динамической природы факторов, влияющих на восполнение сосудов [24].

Таблица 1.

Лечение гемодинамической нестабильности у больных получающих гемодиализ

1. Исключить причины, не связанные с диализом (ишемию миокарда, некардиогенный отек, инфекции)	
2. Индивидуальный подбор режима гемодиализа: - точное определение «сухой» массы тела - оптимизация параметров диализата - концентрация натрия в диализате более 140 ммоль/ - бикарбонатный диализ - избегать низкомагниевого диализата - избегать низкокальциевого диализата	
3. Оптимизация процесса ультрафильтрации: - профилирование ультрафильтрации без или совместно с профилированием по натрию - последовательная УФ и изоволемический диализ - низкая температура диализата	
4. Избегать приема пищи на диализе	
5. Избегать приема антигипертензивных препаратов в день диализа Внутривенные препараты: - мидодрин - вазопрессин - антагонисты аденозина	

Синдиализная гипотензия (СДГ) на фоне высоких темпов УФ остается частым и потенциально опасным осложнением процедуры ГД, которая ухудшает отдаленный прогноз пациентов на ГД главным образом вследствие роста сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Новый метод профилактики и коррекции гипотензии с применением АСКД позволяет своевременно уменьшать скорость УФ, предупреждая развитие эпизодов гипотензии, снижая ее частоту и улучшая достижение целевых значений АД как пред-, так и постдиализных значений АД, а также его синдиализных вариаций [24]. Одновременное профилирование натрия и ультрафильтрации улучшает стабильность гемодинамики во время процедуры гемодиализа [25]. Чаще всего применяют принцип так называемого "зеркального" профилирования, когда повышение уровня натрия в диализате соответствует высокой скорости ультрафильтрации и наоборот [26]. Гемодинамическая стабильность при "зеркальном" про- филировании достигается посредством увеличенной концентрации натрия в диализирующем растворе для повышения восполнения внутрисосудистого объема в периоды высокой скорости ультра- фильтрации и уменьшенной концентрации натрия в диализирующем растворе в период медленной скорости ультрафильтрации, когда восполнение внутрисосудистого объема является менее интенсивным [27]. Таким образом, одновременное профилирование замедляет скорость снижения объема крови и снижает риск развития СДГ [28]. Однако, по результатам исследований А.Г. Строкова и В.А. Терехова [29], профилирование концентрации иона натрия в диализате и скорости ультрафильтрации существенно не влияет на динамику относительного объема крови в ходе гемодиализа и, соответственно, на число эпизодов СДГ. Развитие СДГ - поли этиологический патологический процесс со сложным патогенезом. Среди причин развития СДГ, прежде всего, целесообразно выделить те, которые напрямую связаны с процедурой гемодиализа. Уровень интрадиализного артериального давления может зависеть от температуры диализирующего раствора [29]. Во время процедуры гемодиализа с использованием диализирующего раствора стандартной температуры (37-37,5 °С) увеличивается активность симпатической нервной системы (вследствие уменьшения объема циркулирующей крови), что приводит к

вазоконстрикции сосудов кожи и повышению температуры тела [29,30]. Выделяют самые разные факторы риска развития идг: возраст старше 55 лет, женский пол, сахарный диабет, заболевания сердца, терапия нитратами, гиперфосфатемия, низкое преддиализное ад (< 100 мм рт. ст.) [30]. К редким причинам развития гипотонии на диализе относят: амилоидоз сердца, тампонада перикарда, инфаркт миокарда, расслоение аорты, внутреннее или наружное кровотечение (желудочно-кишечное кровотечение, кровоизлияние в надпочечники), сепсис, гемолиз, воздушная эмболия, тромбоэмболия легочной артерии, реакция на диализирующий раствор, пневмоторакс, компрессия нижней полой вены (поликистоз почек), экссудативный или констриктивный перикардит, клапанная дисфункция (острая митральная регургитация), кардиогенный шок. некоторые из этих причин являются потенциально модифицируемыми, что еще больше повышает значимость прогнозирования риска СДГ и ее предупреждения. Патогенез СДГ - сложный и недостаточно изученный процесс, в котором под влиянием причин, ассоциированных с пациентом или с процедурой гемодиализа, происходит уменьшение объема плазмы и нарушение сердечно-сосудистых регуляторных механизмов. СДГ возникает в результате изменения факторов, отвечающих за поддержание гемодинамической стабильности: медленного перемещения жидкости из внесосудистого пространства в сосуды (refilling), снижения системного сосудистого сопротивления и сердечного выброса. У больных на ГД были значимо снижены показатели ролевого и физического функционирования, что связано с психологической и физической зависимостью пациентов от медицинского персонала и аппаратуры, было снижено выполнение видов деятельности, связанных с повседневными физическими нагрузками. При детальном анализе отдельных параметров КЖ при разных видах ЗПТ отмечены достоверные различия по шкалам обремененности и влиянии заболевания почек на повседневную деятельность, социальное и эмоциональное функционирование. Пациенты на ПД оценивали себя выше по данным показателям, что обусловлено меньшей зависимостью от медицинских центров.[31].

Основной механизм СДГ - это быстрое уменьшение объема крови вследствие уф и снижение внеклеточной осмолярности во время процедуры диализа [18]. предрасположенность больного к СДГ во многом определяется темпом перемещения жид- кости из интерстициального пространства в сосуды и наличием капиллярной проницаемости. суть закона транскапиллярного обмена старлинга в том, что движение жидкости и накопление ее в межсосудистом пространстве происходит в силу разности абсолютного градиента гидростатического и онкотического давлений, при повышенном гидростатическом давлении внутри капилляров [32,33]. скорость восполнения сосудистого пространства уменьшается под воздействием старлинговых сил - гипоальбуминемии, сердечной недостаточности по правожелудочковому типу, повышенной проницаемости капиллярной мембраны, повышенного гидростатического давления в капиллярах. широкое использование антагонистов кальция из группы дигидропиридинов (нифедипин, амлодипин) ведет к дилатации прекапиллярного сфинктера, таким образом увеличивая внутрикапиллярное давление и уменьшая скорость перемещения жидкости между внутри и внесосудистым пространствами. осмолярные факторы другая причина медленного перемещения жидкости. во время гемодиализа осмолярность плазмы и внеклеточной избыточной жидкости уменьшаются в резу тате диффузии осмотический активных веществ в диализирующий раствор. быстрое снижение осмолярной плазмы приводит к снижению скорости внутрисосудистого восполнения и развитию гипотонии. Такое явление наблюдается, когда концентрация натрия в диализате меньше, чем в плазме на 4 ммоль/л и более. это вызывает падение осмолярной плазмы, и вода может двигаться во внесосудистое (интерстициальное и внутриклеточное) пространство до тех пор, пока не установится новое равновесие. В это время у пациента происходит быстрое уменьшение объема плазмы и развивается гипотония. вероятность гипотонии в данной ситуации может быть уменьшена при не проведении УФ в первый час гемодиализа [32]. Одним из главных факторов в поддержании гемодинамической стабильности во время процедуры гемодиализа является регуляция сердечного выброса (СВ). Во время гемодиализа для поддержания гемодинамической стабильности происходит уменьшение объема крови. На снижение объема крови реагируют сердечно-легочные рецепторы, находящиеся в предсердиях и главных легочных венах, и артериальные барорецепторы в дуге аорты и каротидном синусе. Это приводит к подавлению активности симпатической нервной системы, последующему увеличению периферического сосудистого сопротивления и скорость патока, что препятствует снижению АД следовательно, в патогенезе СДГ может быть задействован любой компонент из этих компенсаторных механизмов ослабление способности сердца увеличивать СВ, сосудистая патология в результате снижения эластичности венозной стенки или пониженной реактивности на вазоконстрикторную стимуляцию или автономная нейропатия в результате патологии кардиолегочных рецепторов [32,33,34].

Структура венозной стенкиопределяет величину венозного возврата. при сниженной эластичности венозных стенок, незначительное уменьшение объема крови приводит к выраженному понижению венозного давления и артериальной гипотонии [33,34,35]. У пациентов со сниженной эластичностью венозных сосудов восполнение жидкости из интерстициального пространства затруднено из-за нарушения капиллярного старлингового равновесия. эластичность венозных сосудов особенно снижена у диализных пациентов с артериальной гипертонией, которая способствует структурной патологии венозной стенки [33].

Высокие темпы ультрафильтрации (более 13 мл/кг/час) оказывают негативное влияние на уровень артериального давления в период проведения процедуры гемодиализа у больных хронической болезнью почек, увеличивая распространенность интрадиализной гипотензии. Ее распространенность составляла 26,69%, при этом установлена отрицательная корреляция между скоростью ультрафильтрации и систолическим артериальным давлением [36,37]. Преддиализная, интрадиализная и постдиализная гипотензия негативно влияют на выживаемость больных хронической болезнью почек, находящихся на программном гемодиализе, увеличивая риск смерти больных с преддиализным диастолическим артериальным давлением на 55% и 69% в квартилях 45-77,8 мм рт. ст. и

77,8-83,7 мм рт. ст. соответственно. Снижение постдиализного систолического артериального давления до 125,9 мм рт. ст. и более ассоциировано с повышением риска смерти на 59% снижение постдиализного артериального давления до 88,1 мм рт. ст. и более выявило значимое возрастание риска смерти на 35%. Риск смерти повышается у всех больных хронической болезнью почек с синдиализной гипотензией, а именно: при легкой (>10 мм рт. ст.) в 1,3 раза (на 31%); при умеренной (>20 мм рт. ст.) в 2,4 раза (на 240%); при тяжелой (>30 мм рт. ст.) в 2,49 раз (на 249%). [37,38]. Применение компьютерного алгоритма контроля скорости ультрафильтрации способствует оптимизации и персонификации программы гемодиализа, позволяя снизить число эпизодов синдиализной гипотензии и уменьшить частоту интервенций гипертоническими растворами, направленных на стабилизацию АД. Исключение ошибок в работе медицинского персонала и постоянный мониторинг контролируемых параметров пациента в период проведения процедуры гемодиализа снижает риск осложнений на 20,33%. Проведении процедуры гемодиализа необходим постоянный мониторинг уровня артериального давления для профилактики и своевременной коррекции эпизодов интрадиализной гипотензии в связи с их негативным влиянием на выживаемость больных хронической болезнью почек. [39].

Процедуры гемодиализа пациентам с хронической болезнью почек, введенным в программный гемодиализ, следует проводить при темпе ультрафильтрации не выше 13 мл/кг/ч и не допускать снижения интрадиализного артериального давления более чем на 20-30 мм рт. ст. У больных хронической болезнью почек, склонных к эпизодам интрадиализной гипотензии, большим междиализным прибавкам жидкости, с необходимостью в значительных объемах ультрафильтрации оптимально проведение гемодиализа на аппаратах с компьютерным алгоритмом управления скоростью ультрафильтрации. [40].

Заключение

Таким образом, вопрос современной анализа методик для профилактики СДГ остаётся актуальной темой. Современные методы профилактики СДГ использующие холодный диализирующий раствор (35-36 ˚С), бикарбонатный буфер для гемодиализа, поддержания содержания натрия в диализирующем растворе на уровне 138-144 ммоль/л, калия - 2-3 ммоль/л, кальция 1,50 ммоль/л, магния - 0,75 ммоль/л и постоянное проведение профилированную ультрафильтрацию, с использованием специальных мониторов для контроля объема крови во время процедуры гемодиализа, а также использования объективных методов для оценки сухого веса остаётся актуальным научным направлением требующие глубоких научных походов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шило В.Ю., и др. Гемодиализ или гемодиафильтрация: актуализация выбора [Текст] / В.Ю. Шило, И.Ю. Драчев, О.Б. Рыбакова [и др.]. - Текст : непосредственный // Московская медицина. - 2016. - Специальный выпуск № 1. - С. 209-210.
2. Драчев И.Ю. и др. Хроническая болезнь почек и заместительная почечная терапия: медико-социальные и клинические аспекты проблемы (обзор литературы) / И.Ю. Драчев, В.Ю. Шило. - Текст : непосредственный // Верхневолжский медицинский журнал. - 2016. - Т. 15, № 4. - С. 45-49.
3. Драчев И.Ю. и др. Влияние показателей пред- и постдиализного артериального давления и его вариаций в ходе процедуры гемодиализа на выживаемость пациентов в 5-летнем когортном исследовании в условиях реальной клинической практики / И.Ю. Драчев, В.Ю. Шило. - Текст : непосредственный // Клиническая нефрология. - 2017. - № 3. - С. 14-22.
4. Shilo, V. Association of predialysis and intradialytic blood pressure changes with 5- year survival rates in multicenter prospective cohort study of ESRD patients on maintenance hemodialysis (HD) / V. Shilo, I. Drachev. - Text: electronic // ICN WCN. - 2017. - URL: https://cm.theisn.org/ cmgateway/wcn17/ index.html?module =searchableprogramme&personid= anonymous&key=0b043bad6d30b7641c8df4bb4b a50591f39d2bfe#! abstractdetails/0005873 (дата обращения: 02.10.2019).
5. Драчев И.Ю. Выживаемость пациентов в зависимости от значений преддиализного пульсового давления и его вариаций в ходе процедуры гемодиализа в 5-летнем когортном исследовании / И.Ю. Драчев, Г.С. Джулай, В.Ю. Шило. - Текст : непосредственный // Врач-аспирант. - 2018. - Т. 1, № 86. - С. 26-36.
6. Драчев И.Ю. Новый подход в профилактике и коррекции интрадиализной гипотензии у больных на программном гемодиализе / И.Ю. Драчев В.Ю. Шило, Г.С. Джулай. - Текст : непосредственный // Трансплантология. - 2018. - Т. 4, № 10. - С. 298-307.
7. Суворов АВ, Зубеева ГН, Суслова ОА и др. Особенности артериальной гипертензии у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью в додиализном и диализном периодах. Мед альманах 2010; 4: 249-251
8. Хорошилов СЕ, Никитин АВ, Очеченко ТЮ. Опыт лече- ния тяжелых нарушений фосфорно-кальциевого обмена при терминальной почечной недостаточности с использованием цинакалцета. Леч Врач 2010; 1: 69-74
9. Бикбов БТ, Томилина НА. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2007 гг. (Аналитический отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии). Нефрология и диализ 2009; 3: 144-233
10. Чупрасов ВБ. Программный гемодиализ. Фолиант, СПб., 2001; 256.
11. Терехов ВА, Строков АГ. Показатель относительного объема крови как средство профилактики артериальной ги- потензии в ходе гемодиализа. Вестн трансплантологии и искусственных органов 2010; 3: 101-105
12. Santorio A, Mancini E, Basile C et al. Blood volume controlled hemodialysis in hypotension-prone patients: A randomized, multicenter controlled trial. Kidney Int 2002; 62: 1034-1045
13. Драчев И.Ю. Уровень натрия сыворотки крови и диализирующего раствора: взаимосвязь и влияние на интрадиализные изменения систолического артериального давления, водный баланс и скорость ультрафильтрации в ходе процедуры программного гемодиализа / И.Ю. Драчев, Г.С. Джулай, Н.А. Шатохина. - Текст : непосредственный // Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков Молодежь - практическому здравоохранению", 2018. - Тверь: РИЦ ТГМУ. ? С. 349-352.
14. Шило, В.Ю. Гипотензивные эпизоды на программном гемодиализе в ходе диализной процедуры: современный подход к диагностике, профилактике и коррекции / В.Ю. Шило, И.Ю. Драчев. - Текст : непосредственный // Клиницист. - 2018. - Т. 12, № 3-4. - С. 30-36.
15. Prevention severe intradialytic hypotensive episodes in patients on maintenance hemodialysis (HD) by automated biofeedback system ultrafiltration rate control in a 3-week pilot prospective study / V. Shilo, I. Drachev, N. Tomilina [et al.]. - Text : visual // Nephrology Dialysis Transplantation. - 2018. - Vol. 33, № 1. - P. 536-537.
16. Драчев И.Ю. Оценка эффективности спектроскопического и классического методов расчета дозы диализа у больных хронической болезнью в проспективном перекрестном исследовании / И.Ю. Драчев., В.Ю. Шило., Г.С. Джулай. - Текст: непосредственный // Верхневолжский медицинский журнал. - 2019. - Т. 18, № 2. - С. 3-10.
17. Шило, В.Ю. Новые аппаратные возможности оптимизации гемодиализной программы / В.Ю. Шило, И.Ю. Драчев. - Текст : непосредственный // Клиническая нефрология. - 2019. - № 3. - С. 10-1

18. Шило, В.Ю. Прогностическое значение гериатрического нутритивного индекса на выживаемость пациентов на программном диализе в проспективном когортном исследовании / В.Ю. Шило, И.Ю. Драчев, О.Б. Рыбакова. - Текст : непосредственный // Нефрология. - 2019. - Т. 23, Приложение № 1. - С. 129.
20. Шишкин А. Н. Современные проблемы уремической кардиопатии // Нефрология. 2003. Т. 7, № 1. С. 14-20.
21. Kooman J. P., Leunissen K. M. Cardiovascular aspects in renal disease // Curr. Opin. Nephrol. Hypertens. 1993. Vol. 2 (5). P. 791-797.
22. Yang N.-I., Hung M.-J., Wang C.-H. et al. Left ventricular assessment by real time three dimensional echocardiography in intra-dialytic hypotensive patients // Int. J. Card. 2007. Vol. 122 (Suppl. 1). P. 43.
23. Santoro A. Cardiovascular dialysis instability and convective therapies // Hemodial. Int. 2006. Vol. 10 (Suppl. 10). P. 51-55.
24. Певзнер А. В., Кучинская Е. А., Вершута Е. В. и др. Велоэргометрическая проба в диф- ференциальной диагностике синкопальных состояний. Новые возможности старого метода // Кард. вестник. 2006. Т. 13, № 1. С. 19-23.
25. Masani N. N., Miyawaki N., Maesaka J. K. A patient with uncommon etiology of intradialytic hypotension // Semin. Dial. 2005. Vol. 18 (5). P. 435-439.
26. Perazella M. A. Review articles: Approach to patients with intradialytic hypotension: a focus therapeutic options // Semin. Dial. 1999. Vol. 12 (3). P. 175-181.
27. Lee P.-T., Fang H.-C., Chen C.-L. et al. High vibration perception threshold and autonomic dysfunction in hemodialysis patients with intradialytic hypotension // Kidney Int. 2003. Vol. 64 (3). P. 1089-1094.
28. Calvo C., Maule S., Mecca F. et al. The influence of autonomic neuropathy on hypotension during hemodialysis // Clin. Auton. Res. 2002. Vol. 12 (2). P. 84-87.
29. Chang M. H., Chou K. J. The role of autonomic neuropathy in the genesis of intradialytic hypo- tension // Am. J. Nephrol. 2001. Vol. 21 (5). P. 357-361.
30. Nakamoto H., Honda N., Mimura T. et al. Hypoalbuminemia is an important risk factor of hypo- tension during hemodialysis // Hemodial. Int. 2006. Vol. 10 (Suppl 2). P. 10-15.
31. Милованов Ю. С., Милованова Л. Ю., Лысенко Л. В. Протеинурия и нефротический син- дром // Мед. вестник. 2009. № 7. С. 9-10.
32. Veeneman J. M., Kingma H. A., Boer T. S. Protein intake during hemodialysis maintains a posi- tive whole body protein balance in chronic hemodialysis patients // Am. J. Physiol. 2003. Vol. 284 (5). P. 954-965.
33. Akner G., Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant dis- orders // Am. J. Clin. Nutr. 2001. Vol. 74 (1). P. 6-24.
34. Barakat M. M., Nawab Z. M., Yu A. W. et al. Hemodynamic effect of intradialytic food ingestion and effects of caffeine // J. Am. Soc. 1993. Vol. 3. P. 1813-1818.
35. Tomita M., Malhotra D., Dheenan S. et al. A potential role for immune activation in hemodialysis hypotension // Re. Fail. 2001. Vol. 23(5). P. 637-649.
36. Petrosa G., Grandialiano G., Gesualdo L. et al. Clinical relevance of cytokine production in he- modialysis // Kidney Int. 2000. Vol. 58. P. 104-111.
37. Михайлова Н. Б., Кетлинский С. А., Симбирцев А. С. и др. Беталейкин (rhIL-1) как про- тектор гемопоэза при интенсивной полихимиотерапии // Цитокины и воспаление. 2003. Т. 2, № 2. С. 28-31.
38. Черний В. И., Нестеренко А. Н. Нарушения иммунитета при критических состояниях. Особенности диагностики // Внутренняя медицина (Украина). 2007. № 3 (3). С. 25-39.
39. Фрейндлин И. С. Иммунная система и ее дефекты: руководство для врачей. СПб.: НТФФ "Полисан", 1998. 113 с.
40. Noris M., Benigni A., Boccardo P. et al. Enchanced nitric oxide synthesis in uremia: implications for platelet dysfunction and dialysis hypotension // Kidney Int. 1993. Vol. 44. P. 445-450.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.9-036.22(575.1)

ЯНГИ КОРОНАВИРУС (COVID-19) ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЎЗБЕКИСТОНДА ТАРҚАЛИШИ МУАММОЛАРИ

Атабеков Н.С., Улмасова С.И., Фарманова М.А.,

Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ҳозирги кунда дунё COVID-19 коронавирус инфекциясининг мисли кўрилмаган кўлами ва глобал таъсирига дуч келмоқда.

Ўзбекистонда коронавирус инфекциясининг эпидемиологияси ўзига хос хусусиятларга эга. Қабул қилинган эпидемияга қарши (карантин) чора-тадбирларини ҳисобга олган ҳолда, эпидемиологик тўлқинсимон хусусиятга эга булиб, Европа минтақасида ҳам, умуман олганда глобал жиҳатдан фарқ қилади.

Калит сўзлар: коронавирус (covid-19), инфекция, Ўзбекистон, тарқалиш муаммолари.

ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В УЗБЕКИСТАНЕ

Атабеков Н.С., Улмасова С.И., Фарманова М.А.,

Служба санитарно-эпидемиологического спокойствия и общественного здравоохранение, Ташкентского педиатрического медицинского института, Бухарский государственный медицинский институт,

✓ ***Резюме***

В настоящее время мир столкнулся с невиданной по своим масштабам и глобальному воздействию пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.

Эпидемиология коронавирусной инфекции в Узбекистане имеет свои особенности. Ввиду предпринимаемых противоэпидемических (карантинных) мероприятий эпидемиологическая кривая имеет волнообразный характер и отличается от таковой как по Европейскому региону, так и в мировом аспекте в целом.

Ключевые слова: проблемы распространения, коронавирусная инфекции (covid-19), Узбекистан.

PROBLEMS OF SPREADING NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) IN UZBEKISTAN

Atabekov N.S., Ulmasova S.I, Farmanova M.A.,

Service of sanitary and epidemiological peace and public health, Tashkent Medical Pediatric Institute, Bukhara State Medical Institute

✓ ***Resume***

The world is currently confronted with the unprecedented scale and global impact of the Covid-19 coronavirus pandemic.

The epidemiology of coronavirus infection in Uzbekistan has its own characteristics. In view of the anti-epidemic (quarantine) measures taken, the epidemiological curve has a wavy character and differs from that both in the European Region and in the global aspect as a whole.

Key words: spread problems, coronavirus infection (covid-19), Uzbekistan.

Долзарблиги

Вирусли юқумли касалликлар ҳозирда ҳам тиббиётнинг долзарб муаммоларидан биридир. Ер юзида ҳозирги вақтда миллиардлаб одамлар у ёки бу турдаги юқумли касалликлар билан касалланадилар. Тиббиёт ходимларининг самарали ҳаракатлари натижасида баъзи юқумли касалликлар (чин чечак) бутунлай бартараф қилинган бўлсада, айрим касалликлар билан касалланиш (шол, бўғма, ўлат, безгак, қоқшол ва бошқалар) даражаси кескин камайишига эришилган. Бироқ, баъзи касалликларнинг қайд этилиши юқорилигича сақланиб қолмоқда. Ҳатто, кейинги пайтларда "яна қайтиб келаётган", "янгидан пайдо бўлаётган" каби атамалар юқумли касалликлар соҳасига илдам кириб келмоқда. XXI аср бошидан парранда гриппи эпидемияси Шарқий Осиё мамлакатлари (Хитой, Лаос) ҳудудида қайд қилинган бўлса, 2005 йилга келиб, Россия ва Европа мамлакатларига (Руминия, Италия) тарқалди. 2006 йилда эса касаллик Туркия ва Озарбайжонда рўйхатга олиниб, Туркияда одамлар орасида касалланиш натижасида ўлим ҳолатлари ҳам кузатилди.

2010 йил H1N1 янги грипп (чўчқа гриппи) вируси ер юзининг қатор мамлакатларида кузатилиб, пандемик равишда тарқалди. Касаллик республикамиз ҳудудига эса етиб келмади. Эбола иситмасининг катта эпидемияси Шарқий Африка мамлакатларида (Гвинея, Сьерра-Леоне ва Либерия) 2014 йил феврал ойидан 2015 феврал ойи охиригача давом этиб 23,5 мингдан кўп одам зарарланди ва 9,5 минг нафардан ортиқ ўлим ҳолатлари кузатилди. 2014 йилнинг 8 - августида Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) томонидан Эбола иситмаси дунё миқёсидаги "хавф" сифатида эътироф этилди. 2014 йилда Денге иситмаси билан Хитойнинг жанубий ҳудудида 30 мингдан ортиқ

одам касалланди. Ҳозирги вақтда вирусли гепатит С ва ОИВ-инфекцияси тарқанганлик даражаси юқорилигича сақланиб қолмоқда.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертлари маълумотларига кўра, юқумли касалликларнинг 80% ини вирусли касалликлар ташкил этади.

Вируслар (лот. Virus-"заҳар") - ҳаётнинг ҳужайрасиз шакллари бўлиб, фақатгина ҳужайра ичида кўпая олиш хусусиятига эга. Вируслар - нуклеин кислота молекулали оқсилдан ташкил топган, ҳимоя қобиғи билан ўралган генетик информация ташувчилардан иборат бўлган жуда майда тирик мавжудот хисобланади. Уларнинг асосий хусусияти зарарланган аъзолар ҳужайраларида паразитлик қилиб кўпайишидир. Бу вируслар аъзо молекулаларини синтез қилиш учун ўзининг аппаратига эга эмас, шунинг учун ҳам улар ўзўзидан кўпайиш мақсадида, манба сифатида инсон ва ҳайвонлар ҳужайраларидан фойдаланадилар. Табиатда бактериялар, ўсимликлар, ҳайвонлар ва инсонлар ҳужайраларида паразитлик қилиб келаётган жуда кўп хилма хил вируслар маълум. Ҳужайралардаги вирусларнинг кўпайиши тобора чуқурлашиб, аъзоларнинг зарарланишига ва ҳаттоки ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Лекин вирусларнинг табиатдаги ўрни фақат бу билан чекланмайди. Улар дунёдаги тирик организмларнинг эволюцияси учун муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Вируслар зарарланган организмнинг генетик информациясини ўзгартира олиш хусусиятига эга эканлиги сабабли бунга эришган.

Вирус бирор бир ҳужайрага тушгач, ўзининг генетик информациясидан холос бўлади ва организмнинг генетик кодини ўзгартирган ҳолда уни ўзлаштиради. Шунингдек, вируслар организмлар ўртасидаги генлар ёки генлар гуруҳини ташийди.

Вируслар табиатда мунтазам айланиб турганлиги сабабли ўзгариб туради, мутацияга дучор бўлади, натижада эса вирусларнинг янги турлари пайдо бўлади. Табиий танланишнинг босими остида вирусларнинг фақат энг чидамли шакллари сақланиб қолади. Тирик организм бир пайтнинг ўзида бир нечта вируслар билан зарарланиши мумкинлигини таъкидлаш жоиз. Бундай ҳолатларда вируслар орасида генларнинг ўзаро таъсири натижасида янги рекомбинант шакллар пайдо бўлади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг расмий маълумотига кўра янги коронавирус юқтирган беморлардаги касалликнинг илк клиник белгилари 2019 йилнинг 8 декабридан олдинроқ кузатила бошлади. Касаллик эпидемияси ҳақидаги хабарлар дастлаб, 2019 йилнинг 31 декабрида пайдо бўлди. 2020 йилнинг 22 январидан бошлаб, Ухан шаҳри карантин мақсадида ёпиб қўйилди. Барча жамот транспортлари қатнови тўхтатилди. Шаҳарга кириш-чиқиш буткул таъқиқланди ва 24 январдан бошлаб, Ухан шаҳрига яқин бўлган Хуанган, Эчжоу, Чиби ва Чжицзян шаҳарлари ҳам карантинга олинди. Натижада, Хитой ҳукумати жами 14 шаҳарга кириш-чиқишни ёпиб қўйди. Буни қаранг-ки, ушбу вирус Хитойнинг Тибетдан бошқа барча маъмурий ҳудудлари ва бирликларида топилди. Хитойликлар одатда ўзларининг янги йил байрамларини ўта дабдаба билан нишонлайдилар ва ушбу байрамдан халқи расман 15 кун дам оладилар ҳамда янги йил киришидан олдин ва кейин нафақат мамлакат ичида, балки, хорижий давлатларга ҳам саёҳатлар уюштирадилар. Бунинг натижасида коронавирус дунё бўйлаб тарқалиш хавфи пайдо бўлди.

Шунингдек, касаллик Таиланд, Япония ва Жанубий Корея каби давлатларида аниқланган. Ухан шаҳрида ўтказилган эпидемиологик суриштирув натижаларига кўра, айрим касалланган беморлар маҳаллий денгиз маҳсулотлари савдо бозорларида ишлаганлиги маълум бўлган.

Беморларнинг кўпчилиги тана ҳароратининг юқорилиги ҳамда нафас олишининг қийинлашишидан шикоят қилишган. Кўкрак қафасининг рентгенография текшируви хулосасига кўра, айрим ҳолатларда беморларнинг ўпкалари шикастланганлиги аниқланган ва коронавирус инфекциясининг асосан ҳайвонлардан юқиши тахмин қилинган. Бугунги кунда эса ушбу касалликнинг одамдан-одамга юқиши маълум бўлган ва тиббиёт ходимлари ҳам мазкур хасталикни юқтириб олиш ҳолатлари учраб турибди.

Коронавирус шиддат билан тарқала бошлади ва Япония, Таиланд, Сингапур, Жанубий Корея, Гонконг, Австралия, Тайвань, Макао, Малайзия, Америка Қўшма Штатлар, Германия, Вьетнам, Франция, Бирлашган Араб Амирликлари, Канада, Филиппин, Буюк Британия, Россия, Италия, Ҳиндистон, Финляндия, Швеция, Шри-Ланка, Камбожа, Непал ҳамда Испанияда аниқланди.

Дунёнинг 187 га яқин давлатига кириб борган коронавирус Ўзбекистонни ҳам четлаб ўтмади. Жорий йилнинг 15 март куни соат 06:00 да Республика Вирусология институти лабораториясида Франция давлатида бўлиб қайтган бир нафар Ўзбекистон фуқаросида COVID-19 коронавирус инфекцияси аниқланди. Дарҳол эпидемиологик суриштирув ишлари бошланди ва касаллик тарқалиб кетишининг олдини олиш мақсадида профилактик чора-тадбирлар амалга ошириш бошлаб юборилди. Республикамизга 14 март куни халқаро аэропортлар орқали 38 та рейсда - 4 800 нафар, темир йўллар орқали - 1860 нафар, қолган чегара-божхона постларидан 38 минг нафар фуқаролар кириб келган барча йўловчилар санитария назорат пунктларида (СНП) термометрия ҳамда бирламчи тиббий текширувдан ўтказиш йўлга қўйилди. Бир пайтнинг ўзида эпидемик вазият нохуш бўлган давлатларда бўлиб қайтган 7781 нафар фуқаролар уй шароитида тиббий кузатув остига олинди.

Коронавирус тарқалиши Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан халқаро миқёсдаги фавқулодда вазият сифатида тан олинишидан олдин Ўзбекистонда ушбу вирусни юқтирганлик ҳолати қайд этилмаган бўлса-да, хукумат томонидан зарур профилактик чора-тадбирлар белгилаб олинди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 29 январда Ф-5537 сонли фармойиши билан Ўзбекистон Республикасига коронавирус касаллиги кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш бўйича чоратадбирлар дастурини тайёрлаш бўйича республика махсус комиссияси ташкил этилди. Махсус комиссия қарорига мувофиқ дунёнинг барча давлатлари билан мунтазам авиақатновларга чек қўйилди. Хорижий давлатлар фуқаролари ва фуқаролиги бўлмаган шахсларни шунингдек, йўловчи ташувчи транспорт воситалари (автобус, енгил автотранспорт ва темир йўл транспорти воситалари) барча чегара ўтказиш пунктлари орқали кириб келиши тўхтатилди. Четдан кириб келаётган шахсларни 14 кун давомида махсус ажратилган тиббиёт муассасаси ёки карантин тадбирларини ташкил этишга мослаштирилган муассасалар, ёхуд, уй шароитида карантинга олиш талаби белги-

ланди. Кўнгилочар объектлар, шу жумладан тунги клублар, дискотека, ресторан, кафе, ошхона, чойхона, спа ва массаж салонлар, караоке, бильярд заллари, чилим (кальян) марказлари ва компьютер ўйинлари хизматини кўрсатувчи тадбиркорлик фаолияти тўхтатилди. Оммавий тадбирлар, шу жумладан байрам тадбирлари, халқаро тадбирлар ва спорт мусобақалари, шунингдек, театр, кино ва концерт дастурлари ҳамда тўйлар, оилавий тантаналар, маърака ва маросимлар ўтказилиши чекланди. Давлат олий таълим муассасаларида, умумий ўрта, ўрта махсус, мактабдан ташқари ва мактабгача таълим муассасаларида ҳамда барча нодавлат таълим ташкилотларида таълим жараёнлари тўхтатилди ва коронавирус инфекцияси тарқалишининг олдини олишга қаратилган бошқа бир қатор чоралар зудлик билан амалга оширилди. 2020 йил 24 март соат 00.01 дан бошлаб коронавирус инфекцияси тарқалишига қарши кучайтирилган тартиб жорий этилди.

Коронавирус инфекцияси асосан Тошкент шаҳри ҳудудида аниқланганлиги боис, мазкур касаллик республиканинг бошқа ҳудудларига тарқалиб кетишининг олдини олиш мақсадида,

Тошкент шаҳрига автобус, микроавтобус, енгил автотранспорт, авиақатновлар ва темир йўл транспорти воситалари орқали кириш тўхтатилди;

Тошкент шаҳрига кирувчи ва чиқувчи шахсларда коронавирус инфекцияси аломатларини аниқлаш бўйича мажбурий тиббий назорат ўрнатилди;

Йирик деҳқон бозорлари ва савдо мажмуалари (супермаркет, гипермаркет ва бошқалар) кириш-чиқиш жойларини тегишли мутахассислар билан таъминлаган ҳолда масофадан ўлчайдиган термометрлар ва антисептик воситалар билан жиҳозланди;

Республика ҳудудига хорижий давлатлардан, шунингдек, Тошкент шаҳрига бошқа ҳудудлардан кириб келаётган барча транспорт воситалари, товар ва юкларнинг мажбурий равишда дезинфекция қилиниши йўлга қўйилди;

Давлат идоралари ва ташкилотларида фуқаролар ва тадбиркорлик субъектлари вакилларини қабул қилиш ҳамда уларга давлат ва бошқа хизматларни кўрсатиш "онлайн" режимга ўтказилди.

Тошкент вилояти Ўртасарой туманида 10 минг нафаргача хориждан келган фуқаролар учун карантин зона ташкил этилди ва бугунги кунда ўз фаолиятини бошлади. Бундай карантин зоналар Ўзбекистон бошқа вилоятларида ҳам қурилиши бошлаб юборилди..

Бугунги кунда дунёда коронавирус инфекцияси қайд этилганлар сони 1 691 719 тани, соғайиб кетганлар 376 096 нафарни, вафот этганлар 102 525 нафарни, Ўзбекистонда эса аниқланган ҳолатлар 729 тани, соғайганлар 42 нафарни, вафот этганлар 3 нафарни ташкил қилмоқда. Беморларнинг кўпчилиги Тошкент шаҳрида аниқланаётганлиги сабабли асосан Тошкент шаҳридаги Вирусология илмий текшириш институти клиникаси ва Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий-текшириш институти клиникасида, шунингдек вилоятлар юқумли касалликлар клиникаларида коронавирус касаллигига чалинган беморларни даволаш йўлга қўйилди. Барча клиникалар керакли дори-дармон, тиббий жиҳозлар ва бошқа зарурий асбоб-анжомлар билан таъминланди. Ҳозир пайтга келиб 86 000 дан кўпроқ коронавирус касаллигига чалинган ва гумон қилинганлар билан мулоқотда бўлган ҳамда эпидемик жиҳатдан нохуш худудлардан олиб келинган ҳамюртларимиз саломатлиги устидан тиббий кузатув давом эттирилмоқда.

Хулоса

Хулоса қилиб айтганда, Ҳурматли Президентимиз Ш.М.Мирзиёев бошчилигида амалга оширилаётган бу каби оламшумул тадбирлар ўз самарасини бериши муқаррар ва биз эпидемик барқарор муҳитга яқин кунларда етиб боришимизга ишонамиз. Зеро, республикамиздаги барча куч ва имкониятлар бирлашиб забардаст бир муштга айланган. Бу мушт "дунёвий офатнинг" Ўзбекистондаги уруғини янчиб ташлашга қодир...

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Откуда появился коронавирус. Версия ученых. www.pnp.ru. Дата обращения 8 мая 2020.
2. Рекомендации ВОЗ для населения в связи с распространением нового коронавируса (2019-нКоВ). www.who.int. Дата обращения 5 февраля 2020.
3. Coronavirus COVID-19 can live on Smartphones Screens up to 4 Days (англ.). RF (Radio Frequency) Safe (2 March 2020). Дата обращения 17 апреля 2020.
4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 29 январда Ф-5537-сонли фармойиши.
5. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2020 йил 23 мартдаги 176-сонли "Коронавирус инфекцияси тарқалишига қарши қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида"ги Қарори.
6. Ўзбекистон Республикаси Бош давлат санитария врачининг "COVID-19 коронавирус инфекциясини республика ҳудудига кириб келиши ва тарқалишининг олидини олиш бўйича тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида"ги 1-7-сонли қарорлари.
7. Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции при подозрении на новую коронавирусную (2019-nCoV) инфекцию. Временные рекомендации. 27 мая 2020 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г.
8. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Министерство здравоохранения Российской Федерации. (обращение 3 июня 2020).
9. Руководство по профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Первая академическая клиника Университетской школы медицины провинции Чжэцзян, 96с.
10. Национальная комиссия здравоохранения Китайской Народной Республики. Протоколы по профилактике и борьбе с COVID-19 (6-я версия) [EB/OL]. (2020-03-09) [2020-03-15].
11. Китайский Центр по контролю и профилактике заболеваний. Руководство по эпидемиологическому исследованию COVID-19 [EB/OL], (на китайском языке) (2020-03-09) (2020-03-15].
12. Китайский Центр по контролю и профилактике заболеваний. Руководство по исследованию и ведению тесного общения с пациентами с COVID-19 [EB/OL], (на китайском языке) (2020-03-09)(2020-03-15]. http://www.chinacdc.cn/jkzt/crb/zl/szkb_n803/jszt_11815/202003/t20200309_214241.htmt

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 371/3

СЕМАНТИКА ПОНЯТИЯ "MAN" В "ГАМЛЕТЕ" КАК РЕЗУЛЬТАТ НОВОГО ОТНОШЕНИЯ К ЧЕЛОВЕКУ

Бакаев Н.Б., Шодиев Ш.Ш., Садуллаев Д.Б.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Статья посвящена аспектам истории становления лингвофилософского мышления узбекских джадидов начала 20 века. Автор статьи проводит мысль о том, что ярчайшие представители философской мысли джадидизма были вполне единодушны в стремлении создать, обосновать научную философию созвучную со своим временем и духом. И это сознание необходимости была продиктовано новой исторической эпохой. Основоположники этой философии периода видели в науке новое, неизвестное прошлому явление, высшую форму всякого возможного знания, согласно которому наука включала в себя философию в качестве своей мировоззренческой и методологической основы.

Ключевые слова: узбекский, джадиды, лингвофилософский, сознание, категории, мировоззренческий, понятийное поле.

"HAMLET" DAGI "MAN" KONTSEPTSIYASINING SEMANTIKASI, INSONGA YANGI MUNOSABATNING NATIJASI SIFATIDA

Bakayev N.B., Shodiyev Sh.Sh., Sadullayev D.B.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Maqola 20-asr boshlarida o'zbek jadidlarining lingvosofalsafiy tafakkurining shakllanishi tarixining aspektlariga bag'ishlangan. Maqola muallifi jadidchilikning falsafiy fikrining eng yorqin vakillari o'zlarining zamoni va ruhiga mos keladigan ilmiy falsafani yaratishga, asoslashga intilishlarida bir ovozdan bir fikrda edilar degan fikrni ilgari surmoqdalar. Va bu zaruriyat ongi yangi tarixiy davr tomonidan belgilab qo'yilgan. Ushbu davr falsafasining asoschilari ilmda o'tmishga noma'lum yangi hodisani, barcha mumkin bo'lgan bilimlarning eng yuqori shaklini ko'rdilar, unga ko'ra fan falsafani o'zining g'oyaviy va uslubiy asosi sifatida kiritdi.

Kalit so`zlar: o'zbek, jadidlar, lingvosofalsionallik, ong, kategoriyalar, dunyoqarash, kontseptual soha.

SEMANTICS OF THE CONCEPT "MAN" IN "HAMLET" AS A RESULT OF A NEW ATTITUDE TO HUMAN BEING

Bakaev N.B., Shodiev Sh.Sh., Sadullaev D.B.,

Bukhara state medical institute.

✓ ***Resume***

The article is devoted to aspects of the history of the formation of linguo-philosophical thinking of the Uzbek Jadids at the beginning of the 20th century. The author of the article carries the idea that the brightest representatives of the philosophical thought of Jadidism were quite unanimous in their desire to create, substantiate a scientific philosophy consonant with their time and spirit. And this consciousness of necessity was dictated by the new historical era. The founders of this philosophy of the period saw in science a new phenomenon unknown to the past, the highest form of all possible knowledge, according to which science included philosophy as its ideological and methodological basis.

Key words: Uzbek, Jadids, linguo-philosophical, consciousness, categories, worldview, conceptual field.

Каждая эпоха занимается бесчисленными проблемами, но проблема человека, человеческого, всегда была актуальной. В истории человечества есть периоды, когда этот вопрос всплывает на поверхность с новой силой и новым пониманием понятия "человек". Находит свое выражение с большой страстью, чем обычно. Таким периодом была эпоха Возрождения, эпоха гуманизма, когда в центре нового миропонимания стал человек.

Небывалый расцвет искусства и науки в эпоху Возрождения, давшую миру таких величайших художников слова, как Данте и Боккаччо, Рабле и Лопа де Вега, Сервантес и Шекспир, объясняется коренными изменениями в общественном укладе западноевропейских стран, которые происходили в то бурное время. Прогрессивные писатели того времени противопоставили теологии и схоластике тезис о праве человека на счастье в земных условиях. Человек с его наслаждениями и страстями, с его активным вмешательством в жизнь стал основным критерием и основной целью литературы и искусства. В пристальном интересе к многообразной творческой деятельности человека, к его внутренним переживаниям, в глубоком сочувствии к тем, кто борется за свое счастье, и состоит сущность гуманизма эпохи Возрождения. Шекспир - писатель, впитавший лучшие завоевания современной ему мысли и искусства, страстный гуманист, с наибольшей полнотой отразил в своем творчестве и в "Гамлете", особенно, в блестящей художественной форме коренные сдвиги в эволюции понятия "человек", и поэтому его наследие сохраняет непреходящее значение как прекрасный памятник великой эпохи и вечный источник эстетического наслаждения.

В драме "Гамлет" проблема человека, философское осмысление ее сути, ее значения и роли поставлена очень широко и занимает важное место в общем комплексе проблем. Термину "man", его семантическому и идейному запасу принадлежит одно из важнейших мест в составе философской лексики данного произведения.

Известно, что в результате поступательного развития человеческого мышления, философское понятие "man"("человек") постоянно менялось и расширялось. Это привело к соответствующему углублению значения этого слова, обогатило его смысл, а также и сменило его синонимичный ряд, в результате чего появлялись новые эквиваленты, временные слова-заменители, утратили свой вес старые, архаичные и возникли новые связи с другими словами.

Слово man охватывает в "Гамлете" целую нишу значений и оттенков и выступает как сложное наименование. В этой связи мы рассмотрим лишь те основные аспекты, которые, в первую очередь, обозначают в драме "Гамлет" философское значение man. С другой стороны, данное слово необходимо рассмотреть в его лексическом окружении.

Среди целого ряда слов, которые в этой драме передают понятие "человек", слово man занимает особое место. Итак, man означает "human being", т.е. "человеческое существо, независимо от рода и возраста":

He was a man, take him for all in all (1,2); What a piece of work is man! (2,2); To know a man will, were to know himself (3,3); "Homo" is a common name to all men (Henry III, 2).

С понятием человека, т. е. человеческой сущности в "Гамлете", в первую очередь, связывается наличие разума, интеллекта. В тех монологах Гамлета, где философское осмысление природы человеческой сущности выступает наиболее четко, лексико-семантическая связь man и reason, judgment является постоянным и стоит на переднем плане (2,2; 4,4; 4,5 и др.). Из всех этих контекстов четко выступает то значение man, которое связывается с пониманием человека как существа, наделенного высокими интеллектуальными качествами. Нет сомнения в том, что первичность разума для Гамлета - принципиальный, важнейший компонент смысла понятия man. Также и reason используется в этой самой связи с его взглядами на человека "homo sapiens" эпохи Возрождения.

Важным фактором для такого толкования man является наличие постоянного соотношения "man-reason", а также и то обстоятельство, что слово man развивает своеобразную противоположную связь со словом beast. Текстологический анализ показал, что лексический ряд "man - reason/ judgement/ - beast" повторяется в "Гамлете" в нескольких случаях и является, таким образом, характерным для словоупотребления Шекспира. Это свидетельствует о том, что такое использование и актуализация этих слов находится в непосредственной связи с философскими взглядами самого драматурга.

Слово beast в таком толковании употребляется в "Гамлете" лишь для выражения чуждых для Шекспира философских взглядов. При использовании beast и reason находит свое отражение тенденция Шекспира выделять те их значения, которые связывают их со словом man в философском плане. Таким образом, тесная лексико-семантическая и смысловая связь между man - reason - beast в "Гамлете", широкие комментирующие контексты, показывают, что reason является выразителем одного из основных компонентов в смысле понятия "man", "human being", "homo", т.е. означает то качество, которое отличает человека как сущность разумную от животного.

В основе лексико-семантической корреляции man и beast как философских терминов в драме лежат схожие смысловые связи обоих слов. Соединительной нитью здесь выступает слово creature с широким значением "animate created being", которое является соединяющим для обоих слов, man и beast с той лишь разницей, что creature в значении "animal being", "unreasonable creature" относится лишь к слову beast как его синониму. В значении human being, individual, т.е. reasonable creature, оно соотносится с man, human being: Confederate season, else no creature seeing (3,2).

Роль разума, языковым выражением которого в "Гамлете" выступают reason, mind и judgment , выдвигается так отчетливо на передний план в философском осмыслении человека, что разум может отождествляться с его носителем, человеком. Так, во фразе "o what a noble mind is here o'erthrown" (3,1) сочетание noble mind синонимично сочетанию noble man,т.е. оба понятия настолько слились, что их невозможно размежевать. Выражение идеи человека с помощью mind очень показательно для философии эпохи Возрождения и характерно для Шекспира-гуманиста. В этом отношении Шекспир следовал за Ф.Бэконом и другими своими современниками.

Таким образом, слово man используется в "Гамлете" в новом значении и толковании, которые по своей сути радикально противоположны понятиям средневековой схоластики, когда основным элементом в обозначении человека была "душа", "soul", что подтверждает и Л.П.Смит: The natural man, with his individual variation from the inherited type, was hardly considered; he was subordinated to the great and dominant scheme of theology, and he was thought of not so much as a person as of a soul to be saved or lost.2

Другим компонентом при обозначении философского понятия man является bodiness, наличие тела, body, что находит свое выражение в тесном лексико-семантическом соотношении слов man - body. Достаточно четко это выступает в следующем контексте драмы:

For native crescent does not grow above In thews and bulk; but, as this temple waxes The inward service of the mind and soul Grows wide withal (1,3).

Анализ лексики известного монолога Гамлета "What a piece of work is man" (2,2) также дает основания выделить аналогичный лексический ряд соотносимых слов, конкретно: man, the paragon of animals, the beauty of the world - reason, apprehension, faculties - body, form, moving, action. Такие слова как form, moving, action относятся, вне сомнения, к "телесным" признакам человека и выражают очарование Шекспира человеческим телом, его красотой, формами и движениями.

Весьма важным фактом в данном случае является наличие в "Гамлете" целого ряда синонимов слова body, прежде всего, machine, которым обозначает себя (т.е. свою сущность) Гамлет в письме к Офелии (2,2). Использование его в значении human body, corpus, a human frame as a combination of several parts, подсказывает нам, что Гамлет, как студент, изучал философию.

Слово machine весьма образно передает идею человеческого тела как единого целого, гармонично отлаженного механизма. В таком материалистически-атомистическом значении данное слово встречается в английской литературе - художественной и философской - впервые. Правда, Доуден считает, что впервые аналогично использовал это слово Т.Брайт, однако, в действительности там никогда не называется человеческое тело машиной .

Что касается "Гамлета", то здесь слово machine выступает вполне четко в новом значении и создает синонимические связи с такими словами из других произведений Шекспира как fabric (Cor. 5,4), engine (Lear. 1,4) и anatomy (Romeo. 3,3). Конечно, в основе становления нового значения этого слова лежат новейшие научные данные по физиологии и анатомии человека, которая означала "any complicated work in which any part contributes to the motion of another".

Позднее, в 17-18 веках, слово machine стало очень расширенным термином философии. Таким образом, можно сказать, что Шекспир опережает других в использовании этого слова в соответствии с духом натурфилософии Дж.Бруно. Великий драматург вкладывает в это слово прогрессивный смысл.

На философское значение слова flesh (1,2) и использование его в духе атомистического материализма Бруно указывает Б.Чишвиц, однако его размышления не дают, на наш взгляд, достаточных оснований для такого заключения. При использовании слов body и flesh в "Гамлете" заметна большая стилистическая разница. Так, слово body употребляется с образной позитивной экспрессией и ассоциируется с такими атрибутами как красота, его движения, форма. Слово flesh , наоборот, сопровождается негативной экспрессией и ассоциируется с такими аффектами как боль, страдания и т.д. Такое употребление обоих слов указывает на непосредственную связь их с семантикой этих самих слов. Body означает "тело", "corpus", а fl esh - "плоть". Поэтому первое слово встречается в высоких по философскому стилю высказываниях, а другое - в самых судных монологах Гамлета. Таким образом, body имеет более широкое значение как абстракт и передает идею человеческого тела в целом, тогда как flesh означает только материальную оболочку тела. Слово flesh , связанное лексико-семантическими отношениями с soul, играет в "Гамлете" второстепенную, вспомогательную роль, уступая место отношению "mind - body", которое играет решающую роль при обозначении термина man.

Таким образом, на философский смысл понятия man в "Гамлете" накладываются две основных, тесно связанных между собой, момента, которые обозначаются словами mind, reason и body. Оба эти момента объединяются в обозначении человека как существа разумного и телесного, homo sapiens нового времени. Этот комплекс знаков, как видно, сконцентрирован не только в основном слове man, а выражается, так сказать, суплетивно, т.к. не одно слово, а целая ниша слов служит для выражения понятия man: man/ creature, beast/ - reason/ mind, judgment/ - body/ machine, temple, flesh/. Из этого ряда слов четко вырисовывается суть самого термина man: "the new Man is a Mind and a Body".

Синонимом man в "Гамлете" выступает также person, которое разделяет с этим первым функцию наиболее общего обозначения человека (см. 1,3; 5,2). Значение "человек", "особа", "кто-то" в эпоху Шекспира начинает перерастать в основное номинативное значение слова person, которое полностью закрепляется в произведениях Шекспира и его современников. К тому же, в эпоху средневековья person утрачивает сове прежнее значение "маска" и "выдающаяся особа". Постепенно person утрачивает свое прежнее значение, которое сковывало его дальнейшее развитие, и становится, как указывает С.Джонсон, "of general loose term for a human being."

Здесь необходимо учесть одну интересную особенность в выражении идеи человека при помощи слов soul и, с другой стороны, mind. Дойчбайн М., например, указывает, что если раньше челов ек как носитель soul обозначался местоимениями "I", "thou" и т.д., то теперь, включая и "Гамлета", человек как носитель понятия mind, reason обозначается местоимением "self", который широко употреблялся в английском языке 16 века:

To thine own self be true (1,3) To know a man will, were to know himself (3,3);

В этих примерах self означает собственное "я" человека. Таким образом, в данном случае person и self стали синонимами, выражая понятия человеческой персоны, ее индивидуальности как совокупности отличных, неповторимых разумно-духовных и телесных признаков и качеств. Разница между ними в том, что self выражает внутреннее "я" человека, ее разум и принадлежность телу, тогда как person - с последним связан неразрывно.

В связи с вышесказанным, важно учесть, что такие средневековые обозначения человека в плане космоса как "little kingdom" и "microcosm" в "Гамлете" отсутствуют. С другой стороны, не встречаем в произведениях Шекспира слова "individium", этого окончательного выражения индивидуализации понятия man. Переосмысление значения этого слова, которое в средние века означало "один из божественного триединства" (термин теологии) наступило гораздо позже.

Новое философское толкование man, его высокое звучание достигают наиболее полного выражения в известном монологе со второго действия драмы: "What a piece of work is man! how noble is reason! how infinite in faculties! In form and moving how express and admirable! in actions how like an angel! in apprehension how like a god! the beauty of the world! the paragon of animals" (2,2). В основе этого монолога Гамлета лежит представление о человеке как сущности, наделенной необъятными способностями, высокими моральными и интеллектуальными качествами. Именно в таком употреблении слова man в "Гамлете" оно является выражением одного из основных понятий философии драмы. Здесь философское значение и смысл слова man нашли свое наиболее адекватное выражение, ибо здесь man как философский термин употребляется в полном понимании этого слова, концентрирует все, что было прекрасного в человеке в отличие от животного. Шекспир использует это слово в контексте, вмещающем всю философию гуманизма о человеке и равного ему в этом нет во всей английской литературе.

Новая трактовка и толкование man в "Гамлете" станет еще четче, когда приведем примеры в пользу доказательства использования этого слова с негативной экспрессией: "Of all creatures man is the most

miserable and frail, and therefore... the disdainfullest (Montaigne. Essays)"; "How poor and inconsiderable a thing is man. Man, whom Paracelsus would undertake to have made in a limbeck, in furnace (Donne)".

Действительно, новое понятие человека в "Гамлете" выражается иными лексическими средствами, новыми синонимами, эквивалентами, эпитетами, предикатами:

Ср. века: man - soul - flesh |body| - siu - corruption - miserable - creature - disdainful - misery of man, etc.

"Гамлет" и эпоха Возрождения: man - mind |reason| - body |flesh| - the beauty of the world - the paragon of animals - reasonable creature - noble - like good - of infinite faculties - dignity of man, etc.

Приведенный лексический материал свидетельствует о различном употреблении man, о разном философском смысле означаемого им понятия, о разной оценке и отношения к человеку.

Таким образом, man выступает в "Гамлете" как терминологическое обозначение человека и имеет цельное образное и законченное философское значение. На философский смысл понятия man в "Гамлете" накладываются два основных эпитета, которые передаются словами reason |mind| и body.

Слово там выступает в драме как основное - доминанта - и с ним сближается целый ряд других слов. Они по-разному сочетаются с там: один - как синонимы |creature, person, self|, другие как временные стилистические варианты (beast, the paragon of animals, the beauty of the world).

Из проведенного анализа ясно, что Шекспир употребляет man в новом филос. значении, вкладывает в него новый гуманистический смысл и, тем самым, продолжает лучшие традиции классической и гуманистической философии.

Философское понятие man выражается в "Гамлете" такими лексическими средствами: man| person, self, the paragon of animals | - mind | reason, judgementt | - body | temple machine| в отличие от средневековых средств, а именно: man /miserable creature, worm/ - soul/spirit/ - body/flesh,jail,cage/. Шекспир вводит индивидуальные термины /temple,machine/.

Употребление man в значении human being, homo sapiens, сближение и замена лексических средств выражения его философского значения и смысла, новая трактовка слова и позитивная экспрессивная характеристика - все это связано с утверждением нового миропонимания человека, характерного для мировоззрения передовых мыслителей эпохи Возрождения, эпохи гуманизма, периода, когда складывается и получает свое новое развитие и выражение новое понятие человека, человеческой индивидуальности.

Заключая, следует сказать, что нами были рассмотрены лексико-семантические средства выражения в драме "Гамлет" таких понятий как природа, разум, мышление и человек. Каждое из выделенных для анализа слов - nature, mind, wit, reason, man - выступает в роли последовательно употребленного терминологического обозначения одного из основных понятий философии драмы "Гамлет". Выступая в различном лексическом окружении, эти слова-термины несут в себе большую идейную и семантическую нагрузку и занимают важное место в составе философской лексики произведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Горфункель А.Х. Философия Эпохи Возрождения. -М.,1980. - С.10-11; Рутенбург В.И. Общество Возрождения// Культура Возрождения и общество. -М.,1986. с.5-10; Шведов Ю.Ф. Вильям Шекспир. Исследования. - М.,1987. - с.272-274; Burkhart J. The Civilization of the Renaissance. - N.-Y.,1964. p.105.
2. Гуревич А.Я. Проблемы средневековой народной культуры. - М.,1981;Taylor H.O. The Medieval Mind. - Cambridge,1979. - p.18.
3. Морозов М.М. Указ. Соч. с.450.
4. Соколов И.Т. Указ. Соч. с.26-28; Коллингвуд Р.Дж. Указ.соч. с.57-58.
5. Шведов Ю.Ф. Вильм Шекспир. Исследования. -М., 1987. -с.272-274.
6. Шведов Ю.Ф. Эволюция шекспировской трагедии. -М.,1975. - с.198-200.
7. Шведов Ю. Вильям Шекспир. Исследования. М.,1987. с.272; Collins J.Ch. Studies in Shakespeare. Westminister,1904. p.197.

Поступила 09.11. 2020

УДК 614.2:616.98-036.22-084

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМ МУАССАСАЛАРИДА ФАОЛИЯТ КЎРСАТАЁТГАН УАШЛАР УЧУН КОРОНАВИРУС-ИНФЕКЦИЯСИ ТАРҚАЛИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ШИФОХОНАДА ДАВОЛАНИБ ЧИҚҚАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ БЎЙИЧА ЧОРА-ТАДБИРЛАР АЛГОРИТМИ

Расулова М.И., Садирова М.А.,

Тошкентда Врачлар малакасини ошириш институти.

✓ ***Резюме***

Ўзбекистон Республикаси Президентининг "Ўзбекистон Республикасига коронавируснинг янги тури кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш юзасидан чора-тадбирлар дастурини тайёрлаш бўйича республика махсус комиссиясини ташкил этиш тўғрисида" 2020 йил 29 январда Ф-5537-сонли Фармойиши ижросини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг талабларига кўра БТСЁМ ишлайдиган УАШларининг бажарадиган бирламчи профилактик вазифалар йўриқномаси ишлаб чиқилди.

УАШларни профилактик вазифалар доираси бир дақиқага ҳам кечиктириб бўлмайдиган жараён бўлиб, пациентларни касалликнинг илк белгиларидан, бошланғич давридаёқ назоратга олиб, карантин талабларига, шахсий гигиена қоидаларига, соғлом турмуш тарзига қаратилса, салбий хавф омилларини, оғир асоратларни, ўлим ҳолатларини камайтириб, минглаб инсонлар ҳаётини сақлаб қолишга, миллион, миллиард Давлат бюджет маблағларини тежашга ёрдам беради.

Калит сўзлар: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, коронавирус, хавф омилари, профилактика

АЛГОРИТМ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ВОП РАБОТАЮЩИХ В ПЕРВИЧНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

Расулова М.И., Садирова М.А.,

Ташкентский институт повышения квалификации врачей.

✓ ***Резюме***

Во исполнение Распоряжения Президента Республики Узбекистан №5537 "Об образовании Специальной республиканской комиссии по подготовке Программы мер по предупреждению завоза и распространения нового типа коронавируса в Республике Узбекистан" от 29 января 2020 года, а также согласно требованиям Министерства здравоохранения Республики Узбекистан разработан перечень мероприятий первичной профилактики, проводимых ВОП в условиях первичного звена здравоохранения.

Одной из задач, стоящих перед ВОП, является наблюдение за пациентом с момента появления первых симптомов заболевания и обучения его соблюдению правил карантина, личной гигиены и здорового образа жизни. Такой подход позволяет уменьшить влияние негативных факторов риска, предотвратить развитие серьезных осложнений, уменьшить показатели смертности, а также необходим для спасения жизни тысяч людей и экономии средств государственного бюджета.

Ключевые слова: Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, коронавирус, факторы риска, профилактика.

ALGORITHM OF MEASURES TO PREVENT THE SPREAD OF CORONAVIRUS INFECTION FOR GPS WORKING IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS AND PERFORMING HOSPITAL TREATMENT

Rasulova M.I., Sadirova M.A.,

Tashkent Institute of advanced training of doctors.

✓ ***Resume***

Pursuant to Presidential Instruction No. 5537 of 29 January 2020 on the establishment of a special national commission to prepare a programme of measures to prevent the importation and spread of a new type of coronavirus in Uzbekistan, and in accordance with the requirements of the Ministry of Health, a list of primary prevention measures has been drawn up for the primary health care sector.

One of the tasks of a general practitioner is to observe the patient from the moment the first symptoms of the disease appear and to teach him or her to follow quarantine, personal hygiene and healthy lifestyle rules. This approach reduces the impact of negative risk factors, prevents the development of serious complications, reduces mortality rates, and is necessary to save the lives of thousands of people and save the state budget.

Key words: Ministry of health of the Republic of Uzbekistan, coronavirus, risk factors, prevention.

Долзарблиги

Ўзбекистон Республикаси Президентининг "Ўзбекистон Республикасига коронавируснинг янги тури кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш юзасидан чора-тадбирлар дастурини тайёрлаш бўйича республика махсус комиссиясини ташкил этиш тўғрисида" 2020 йил 29 январда Ф-5537-сонли Фармойиши ижросини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг талабларига

кўра БТСЁМ ишлайдиган УАВларининг бажарадиган бирламчи профилактик вазифалар йўриқномаси ишлаб чиқилди [4].

УАШларни профилактик вазифалар доираси бир дақиқага ҳам кечиктириб бўлмайдиган жараён бўлиб, пациентларни касалликнинг илк белгиларидан, бошланғич давридаёқ назоратга олиб, карантин талабларига, шахсий гигиена қоидаларига, соғлом турмуш тарзига қаратилса, салбий хавф омилларини, оғир асоратларни, ўлим ҳолатларини камайтириб, минглаб инсонлар ҳаётини сақлаб қолишга, миллион, миллиард Давлат бюджет маблағларини тежашга ёрдам беради.

УАШларни ўтказадиган бирламчи профилактикаси - бу инсон ҳаётига зиён етказувчи касаллик ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини эрта аниқлаб, бартараф этишга йўналтирилган фаолиятдир.

УАШларни профилактик вазифалари қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Карантин даврида ўзида бирор бир касаллик ёки нохушлик аломатларини сезган республикамизнинг ҳар бир фуқароси аптекага бориб дори-дармон сотиб олиши ёки ҚВП, ҚОП, ОП, КТМПга чиқиб шифокорга мурожаат қилиши қатийян ман этилади. Фақат уйида қолиб, УАШни уйига чақиртириши мумкин;

2. УАШ индивидуал ҳимоя воситаларини кийиб, ниқобини тақиб, ҳамма пациентларга бирдек потенциал коронавирус инфекцияси (КВИ) билан касалланган деб фараз қилиши шарт;

3. Тана ҳарорати кўтарилишига шикоят қилган бемор ёнига яқин келишдан қўрқиб, бошқа тор мутахассисни юбормасдан, коронавирус инфекциясига гумон қилинган беморда коронавирус инфекциясининг умумий ва специфик хусусиятларини аниқлаши (грипп, парагрипп ёки бошқа респиратор инфекциялар каби кечаяптими, ютинганида, аксирганда оғриқ, ринит, бош оғриғи, йўтал, ҳарорат кўтарилиши, титраш, ҳансираш, ҳолсизлик, мушакларда оғриқ бор йўқлигини суруштириши) зарур;

4. Беморнинг холатини бирламчи баҳолаш, унинг оғирлиги даражасини аниқлаш (кўзнинг шикастланиши (конъюнктивит), қусиш, суюқ ва тез-тез ич кетиши (гастроинтестинал синдром), айрим беморларда аҳволи тезда ёмонлашиб, ҳарорат кўтарилиб, тинимсиз йўтал ва нафас етишмовчилиги ривожланади);

5. Объектив усулларни қўллаш (тана ҳарорати, пульс, қон босимини ўлчаш, ўпка аускультацияси, нафас олиш частотасини санаш, оғиз ва бурун бўшлиғини кўриш);

6. Эпидемиологик тарихни ойдинлаштириш ва эпидемиологик анамнез йиғишни (КВИ қайд этилган давлатлардан 0-14 олдин келганлиги, КВИ қайд этилган давлатлардан келган қариндош-уруғи ёки таниш-билишиникига бориб, улар билан мулоқотда бўлганлиги, шифохонада ётган беморни кўришга борганлиги);

7. Ушбу инфекцияга берилувчанлик ҳусусиятини синчиклаб аниқлаш, айниқса ёши 60дан юқори бўлганларда истма ҳар доим ҳам кўтарилмаслигини унитмаслик, анамнезида ўриндош касалликлари (юрак қон томир касаллиги, артериал гипертония, семизлик, бронхиал астма, қантли диабети) мавжудлигини, физиологик модда алмашинуви ва когнитив қобилиятларини сусайишини, депрессия ҳолатларини инобатга олиш; ўзи ёш, лекин сурункали ноинфекцион касаллиги бўлганларда, мунтазам кучли дори препаратларни ичиб юрадиган, иммуносупрессорли ҳолатларни тўғри баҳолаш;

8. КВИни қиёсий ташҳисотини олиб бориш (грипп, риновирусли инфекция, РС-инфекция, бактериал ва вирусли гастроэнтеритлар билан);

9. Коронавирус инфекциясининг енгил шакли кечаётган бемор шифохонада даволаниши талаб этилмайди, лекин вирус тарқалиб кетишини олдини олиш учун уни бошқалар билан мулоқат қилишдан чегаралаб, изоляция қилинади. КВИнинг енгил шакли кечаётган беморларга симптоматик даво, масалан истма учун антипиретик (парацитамол) тавсия этилади. Агар бемор бирор бир асорат аломатларини сезса (тумов белгилари, нафас олишини қийинлашиши, нафас қисиши, қуруқ йўтал кўпайиши, оғзи қуриши, хансираш ва ҳ.к.) маҳаллий ҳудуднинг УАШ билан телефон орқали боғланиб, 1003 чақиртирилади ва тез ёрдам машинасида шифохонага юборилади;

10. Агар коронавирус инфекцияси мавжуд беморни ташхисланса, КВИ аниқланса ёки гумон қилинса шошилинч хабарномани худудий СЭОМга тўғри тўлдириш, ўчоқда якуний дезинфекция тадбирларини ўтказиш учун дезинфекция бўлимига буюртма бериш, КВИ эпидемиологик тарихини тўлдира олиш, зарурият бўлганда коронавирус инфекциясини аниқлаш учун биоматериаллар намунасини ола билиш (теширув учун бурун-халқум ажралмалари, шиллиқ, балғам, қон, пешоб ва нажас олинади);

11. Коронавирус инфекциясини аниқланганда, уларга даво режасини аниқлаш (беморни тез ёрдам машинасида инфекцион шифохонага юбориб, бемор чиққан хонадоннинг зарарсизлантирилиши лозим бўлган хонанинг барча жихозлар, мебель юзалари, эшик тутқичлари, беморга тааллуқли идишлар, кўрпа-тўшак ва б. зарарсизлантирилади. Биологик чиқиндилар (қусуқ моддалари, овқат қолдиқлари, нажас) 1:5 нисбатда қуруқ дезинфектант билан аралаштирилади, 1 соат дан сўнг канализацияга тўкиб юборилади. Хоналарда мунтазам равишда хона ҳавосини кондиционер ёрдамида ёки 30 минут давомида хона "елвизак" усулида шамоллатилади. Беморнинг оила аъзолари ва яшаш жойидаги мулоқотда бўлган қўни-қўшнилари бўйича маълумотлар олиниб, бирламчи ҳудудий тиббиёт муассасалар томонидан 14 кунлик кузатувга қўйилади);

12. КВИ эпидемияга қарши профилактик чора-тадбирларни ўтказиш ва аҳоли орасида ҳамда КВИ билан касалланган беморнинг оила аъзоларига қуйидаги тушунтириш ишларини олиб бориш (КВИ қўзғатувчилари ташқи юзаларда ҳарорат +33 °С 16 соатгача сақланади, +56 °С да нобуд бўлади. Хлороформ, формалин, (70%) этил спирти, (1%) хлоргексидин таъсирида 2 минутда ўлади. Шунинг учун қўлни антисептик воситалар билан тез-тез артиб туриш; камида 20 секунд давомида мунтазам равишда қўлларни совун билан яхшилаб ювиш; зарурият бўлмаса, юз-кўзига, бурнига кўл билан тегмаслик; йўталганда ва акса урганда бир маротабалик салфеткалардан фойдаланиб, ахлатга ташлаш; индивидуал ҳимоя воситаларидан фойдаланиш (тиббий ниқоб, қўлқоп); фақат қайнатилган ёки қадоқланган сувни истеъмол қилиш; яқин 1 метр масофада мулоқотда бўлмаслик; коронавирусли инфекция энг кўп учрайдиган ҳудудларга бормаслик, одамлардан узоқда, тоза ҳавода кўпроқ сайр қилиш; хоналарда ҳаво ҳарорати ва намликни меъёрда ушлаш; хоналарни тез-тез шамоллатиш; соғлом

турмуш тарзи ва спорт билан шуғулланиш; шамоллашга қарши табиий махсулотлардан: пиёз, чеснок, қора седана, жуссей, заржабил (имбирь), асал, ялпиз, мелисса (торонгил), розмарин, корица, зарчава (куркума), витамин С га бой бўлган кўкатлардан салатлар тайёрлаб, кунига 2-3 маҳал истемол қилиш; овқат қилишдан аввал хом гўштни яхшилаб ювиб, гўшттахтани ишлатгандан сўнг уни ҳам яхшилаб ювиб, кейин устида бошқа маҳсулотларни тўғраш; гўштли овқатларни яхшилаб қовуриш ёки узоқ вақт қайнатилган овқатларни истеъмол қилиш, фас-фудлардан чегараланиш; турли ёввойи хайвонларга яқинлашмаслик, набодо қўли билан хайвонни силаган бўлса, зудлик билан қўлга ишлов бериш; тана ҳарорати кўтарилиб, юқори нафас йўллари касалликлари аломатини сезса, дарҳол УАШ телефон орқали чақиртириб, мурожаат этиш) [3,5,8].

Коронавирус инфекциясига чалинган бемор ушбу инфекциянинг белгилари тугагач, клиник кечиш даражасига қараб шифохонадан чиқарилади. Шифохонадан чиқарилишининг асосий шарти 24 соат интервал оралиғи билан 2 марта ўтказилган диагностик тест негатив, яъни манфий натижани кўрсатувчи вирус элиминациясидир. Шифохонадан чиққач, бирламчи ҳудудий тиббиёт муассаса ходими УАШ томонидан 14 кунлик изоляцияда назоратда бўлади. Мана шу пайтда шифохона мутахассисини берган тавсиясини давом эттириш билан бирга БТСЁМ ишлайдиган УАШларининг бажарадиган учламчи профилактик вазифалар йўриқномаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

УАШларнинг учламчи профилактикаси ёки реабилитацияси КВИ билан хасталанган беморларда пайдо бўлиши мумкин бўлган кейинги асоратларини олдини олиш, ўз вақтида назоратли объектив текширувларни ўтказиш, уларнинг аҳволини енгиллаштириш ҳамда ҳаёт сифатини яхшилаш учун реабилитацион муолажа олиб бориш ва динамикада монитор қилишга йўналтирилган фаолиятдир[6].

Шифохонадан чиққан беморлар организмида қуйидаги ўзгаришлар кузатилиши мумкин:

1. КВИга чалинган беморлар шифохонадан чиққандан кейин ҳам ўзининг асосий касалликларини хуружи туфайли турли дори препаратларнинг полипрагмазияси ҳисобига организмга (жигар, ошқозон, буйрак, ичак микробиоми) ножўя таъсири маълум бир вақтгача давом этиб боради. Кўпинча ушбу беморларда гастрит, токсик гепатит, диарея, тилининг карач боғлаши, эшитиш қобилиятини пасайиши, кандидоз ва ҳ.к.лар учрайди;

2. Шифохонада даволанган даврда бемор кам ҳаракатлилиги натижасида қабзият бўлиши, тана вазни индексининг ошиб кетиши, физиологик модда алмашинуви, қон ва лимфа алмашинувини бузилиши ҳисобига қўл-оёқ мушаклар тонусини сусайиши, ётоқ яралари пайдо бўлиши мумкин;

3. КВИ ўтказган кекса беморларда когнитив қобилиятларнинг сусайиши натижасида кўпинча депрессия ҳолатлари (кайфиятни тушиши, уйқуни бузилиши, теварак-атрофидагилардан ҳафа, гина-киноялари, ёлғизлик, ўзгаларга мухтожлик ҳисси, бетоқатлик, ваҳма, қўрқув, фобия, паника хуружлари);

УАШнинг асосий қуроли бўлган иммунитетни кўтариш, организмни токсинлардан ювиб тозалаш, ошқозон ичак микрофлорасини тиклаш, модда алмашинувини яхшилаш, организмнинг қувватини ошириш ва секин-асталик билан беморни чиниқтириш.

КВИни юқтириш билан бирга ўриндош сурункали ЮБК (юрак қон томир касаллиги, артериал гипертония, семизлик, бронхиал астма, қандли диабет) бўлган, ҳамда ёши 65дан юқори бўлган кексалар шифохонадан тузалиб чиққанларида, шифохонада антивирус препаратлари (арбидол, хлорохин фосфат ва ҳ.к.) юрак қисқариш частотаси, ритми ва ўтказувчанлигини пасайтиришини инобатга олиб, уларда кунига АҚБ ўлчаш, юрак ва ўпка аускультацияси, пульс ва нафас олиш частотасини санаш, ҳар 3 ойда гликимия ва холестерин миқдорини текшириб туриш, жигар, қораталоқни УТТ ўтказиш.

Амбулатор кузатувда ётган беморда кайфиятини кўтариш, ҳавотирли ҳолатлардан чиқариб олиш учун аввалам бор бу бемор иккинчи маротаба ушбу штаммли коронавирус касаллигига дучор бўлмаслигини, унда умрини оҳиригача короновирусга қарши бир умрлик иммунитетини ҳосил бўлганлигини тушунтириш керак. Психопрофилактика, медитация ва аутотренинг машқларини ўтказиш ("Мен бошқа касал бўлмайман", "Мен узоқ-умр бахтли ҳаёт кўраман", "Мен ҳаммага керакли инсонман" ва х.к.).

Тўғри овқатланиш тартибига риоя қилишни ўргатиш:

- Инсон кун давомида 2,5 л суюқлик ичиб, 1,5 л чиқарса, оғир КВИни ўтказган беморга организмни ювиш учун 1 кунда 2,5 л.дан кўпроқ суюқлик (тоза минерал сув; туршак, олча, олма қоқиларидан қилинган компот; табиий мевалардан шарбатлар; мурабба, асал, лимон қўшиб дамланган чойлар, наъматак, қорақанд дамламалари, ёғсиз гўштлар, товуқдан тайёрланган қайнатма шўрвалар ва ҳ.к.);

- Кундалик овқат рационини 7%ни ташкил этиши керак бўлган антиоксидант, витамин ва минералларга бой бўлган сабзавот-мевалар (сабзи, каром, пиёз, честнок, шолғом, жўхори, олма, банан, кўкатлар ва ҳ.к.) 400 гр.дан кам бўлмаслиги керак.

- Қабзиятни олдини олиш учун енгил ҳазм бўладиган оқсил, клечатка, крахмалга бой бўлган (гуруч, нўхот, ловия, мош, гречка, геркулес, қора нон, қуритилган мевалар ва ҳ.к.) кундалик овқат рационини 47-60%ни (600-800 гр) ташкил этса, энергетик манбани қоплаш учун 10% ширинликлар истемол қилиш кифоя;

- Ичак микрофлорасини тиклаш учун ҳар куни қатиқ ёки йогурт ичишни тавсия этиш; Иммунитетни кўтариш учун пиёз, чеснок, қора седана, жуссей, заржабил (имбирь), асал, ялпиз, мелисса (торонгил), розмарин, корица, зарчава (куркума), витамин С га бой бўлган кўкатлардан салатлар тайёрлаб, кунига 2-3 маҳал истемол қилиш.

Шифохонадан чиққан кунидан бошлаб пневмония ёки бошқа асоратлар ўтказган беморларга жисмоний ҳаракатлардан:

- калаватда ўтирган ҳолатда бошини ўнга, чапга, олдинга, орқага ва айланма ҳаракатларни секин-асталик билан бажариш;

- Нафас олишини яхшилаш, енгиллаштириш учун респиратор релаксация гимнастикалари ўтказилади: - ўпкасини тўлдириб, чуқур аста-секинлик билан нафас олади, 5-10 секунд нафасини ушлаб туриб, аста-секинлик билан чиқаради;

- кўкрак қафаси олдинга, елкалар орқага аста-секинлик билан диафрагмани кўтаролганича чуқур нафас олади ва чиқаради;

- қўлларни қайчисимон ҳаракатлар қилиб, аввал ўнг томонга кейин чап томонга 5-6 мартадан такрорлайди;

- шарни пуфлаб шиширади ва бўшатади;

- Ўрнидан туриш, юриш имконияти бўлса, бирор бир нарсага таяниб туриб, жойида юриш;

- танасини 30-40-50 градусга ён томонларга буриш;

- олдинга, орқага энгашиш, оёқ-қўлларни эхтиёрий эркин равишда ҳаракатлантириши мумкин.

5 дақиқа ичида юрак уриши ва пульсни тезлашиши, демак қон тананинг ҳамма аъзоларига етиб борганлигидан, қон яхши юришаётганлигидан далолат беради. Ушбу жисмоний ҳаракатлар сонини ошириб бориб, кунига 20-25 дақиқага етказиш организмда модда алмашинувини яхшилайди. "Соғлом" вазн - тана вазни индексини (ТВИ) 18,5-25 оралиғида ушлаш. Ёши улуғ кекса беморларга 18,5 дан камайиб кетса ҳам, 25дан ортиб кетса ҳам организмга салбий таъсир кўрсатади [7,9].

Организмни чиниқтириш учун ҳар куни сочиқни хўллаб баданни яхшилаб артиш; душ тагида чўмилгандан кейин иссиқ сувни секин-асталик билан илиқ, сўнгра совуқроқ сувга алмаштириш, контраст сувда чўмилиш; Қиш мавсумида тоғ - ён бағирларида чанғи, чана учиш, табиат қўйнида йилига 1 маротаба 2-3 ҳафтага бориб дам олиш ёки санатория-курорт дам олиш зоналарида физиотерапия, сувли массаж ва уқалаш муолажаларини қабул қилиш организм учун кони фойда.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ўзбекистон Республикасига коронавируснинг янги тури кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш юзасидан чоратадбирлар дастурини тайёрлаш бўйича республика махсус комиссиясини ташкил этиш тўғрисида Ўзбекистон Республикаси Президентининг № 5537 Фармойиши (29.01.2020й)
2. COVID-19 коронавирус инфекциясининг республика ҳудудига кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш бўйича қўшимча профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни такомиллаштириш тўғрисида Ўзбекистон республикаси Бош давлат санитария врачининг № 3 Қарори (27.02.2020 й)
3. COVID-19 коронавирус инфекциясини республика ҳудудига кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш бўйича чоратадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида Ўзбекистон республикаси Бош давлат санитария врачининг № 4 Қарори (14.03.2020 й)
4. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) Временные методические рекомендации. Москва, 2019.
5. Национальное руководство по COVID-19 Ташкент, 26 марта, 2020.
6. Коронавирус инфекциясини ташхислаш ва даволаш бўйича клиник протокол. Тошкент, 12.02.2020.
7. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2020 йил 2 июлдаги "Коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларни даволаш ва касаллик тарқалишини олдини олиш борасида ўтқазилаётган эпидемияга қарши кураш тадбирларини такомиллаштириш тўғрисида"ги № 176 сон буйруғи.
8. Медицинская вирусология /Учебное пособие Под ред. д.м.н., профессора И.И. Генералова// Витебск 2017 год.
9. "Пандемия даврида умумий таълим муассасаларида COVID-19 коронавирус касаллигининг профилактикасини амалга ошириш, уни эрта аниқлаш ва даволаш-диагностика хамда реабилитация жараёнларини ташкиллаштириш чоралари тўғрисидаги ССВнинг 228 сонли буйруғи"

Келиб тушган вақт 09.11. 2020

УДК 616.432,433

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МАКРОАДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Халимова З.Ю., Кулдашева Я.М., Иномова Г.К., Абдухалилов М.К.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Статья посвящена анализу литературы по эпидемиологии, этиологии, классификации и клинических проявлений макроаденом гипофиза. Представлены данные литературы, свидетельствующие об особенностях проявлений макроаденом гипофиза с учетом их локализации и послеоперационных осложнений. Авторами описаны клинические случаи пациентов с макроаденомами гипофиза.

Ключевые слова: аденома гипофиза, этиология, классификация, методы диагностики, лечения

GIPOFIZ MAKROADENOMALARINING JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYINGI KECHISH XUSUSIYATLARI (ADABIYOTLAR SHARXI)

Halimova Z.Y., Qo'ldasheva Y.M., Inomova G.Q., Abduhalilov M.Q.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Maqolada gipofiz makroadenomalarining epidemiologiyasi, etiologiyasi, tasnifi va klinik ko'rinishlari haqidagi adabiyotlar tahlil qilingan. Maqolada gipofiz makroadenomalarining namoyon bo'lish xususiyatlarini ko'rsatadigan adabiyot ma'lumotlari, ularning lokalizatsiyasi va operatsiyadan keyingi asoratlarni hisobga olgan holda keltirilgan. Mualliflar gipofiz makroadenomasi bo'lgan bemorlarning klinik holatlarini tavsiflaydi.

Kalit so'zlar: gipofiz adenomasi, etiologiyasi, tasnifi, diagnostika usullari, davolash

POSTOPERATIVE FEATURES OF PITUITARY MACROADENOMAS (LITERATURE REVIEW)

Halimova Z.Y., Quldasheva Y.M., Inomova G.Q., Abdukhalilov M.Q.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article analyzes the literature on the epidemiology, etiology, classification and clinical manifestations of pituitary macroadenomas. The literature data are presented, indicating the features of the manifestations of pituitary macroadenomas, taking into account their localization and postoperative complications. The authors describe clinical cases of patients with pituitary macroadenomas.

Key words: pituitary adenoma, etiology, classification, diagnostic methods, treatment

Актуальность

Первое морфологическое описание строехния гипофиза, которое сделал П. И. Перемежко, относится к 1867 г. Он показал, что в гипофизеимеется корковый слой (передняя доля), полость мозгового придатка и белый мозговидный слой (задняя доля). В последующие годыбыла изучена функция, регулирующая деятельность периферических желез внутренней секреции, меланостимулирующего гормона, липотропина, вазопрессина, окситоцина [1].

Функции гипофиза изучал P. Marie, в 1886 г. он опубликовал свои наблюдения над больными акромегалией и обзор пяти предыдущих публикаций. Через три года V. Horsley провел первую транскраниальную операцию на гипофизе, но описал ее лишь в 1906 г., так как успешное проведение операции было омрачено поздним ее осложнением. Первый транссфеноидальный доступ в 1907 г. Использовал H. Schloffer, ориентируясь в топической диагностике по боковой рентгенограмме основания черепа. К сожалению, он не имел возможности оценить размеры опухоли, и оперированный пациент умер через 2 месяца от острой внутричерепной гипертензии. Несмотря на это печальное событие, транссфеноидальная хирургия гипофиза развивалась, и заметный вклад в ее развитие внесли O. Chiari., A. B. Kanavel, A. E. Halstead, H. Cushing, N. Dott. С 1919 г. для более четкойвизуализации аденом гипофиза начали использовать пневмоэнцефалографию. В 1950-х гг. интерес к транссфеноидальной хирургии усилился. С появлением кортизона и антибиотиков показатели смертности и долгосрочной выживаемости улучшились. Интраоперационная визуализация в виде флюороскопии в реальном времени стала революционной для хирургии гипофиза. Воздух при люмбальной пункции или контрастный раствор вводили прямо в зону гипофиза для контроля за удалением опухоли. Хирургическое лечение аденом гипофиза развивалось по различным направлениям, и в 1965 г. J. Hardy для проведения тотальной аденомэктомии гипофиза впервые использовал микроскоп. G. Guiot в 1963 г. Для оптимизации контроля за ходом операции при сублябиальной транссфеноидальной хирургии применил эндоскопию. H. B. Griffith и R. Veerapen в 1987 г. использовали эндоназальный транссфеноидальный доступ и тем самым определили дальнейшее развитие эндоскопической хирургии гипофиза.

Рентгеноскопия и рентгенография были основными методами визуализации аденом гипофиза до 1970-х гг, когда стали возможны компьютерная томогра-

фия (КТ) и магнитнорезонансная томография (МРТ), которые позволили визуализировать гипофиз и более четко планировать операцию. Впоследствии появились методики интраоперационных исследований КТ, МРТ и ультрасонографии.

В романе М. А. Булгакова "Собачье сердце", как мы помним, профессор Ф. Ф. Преображенский пересадил гипофиз от человека собаке. Прототипом профессора в реальной жизни был петербургский врач С. А. Воронов, однако в 20-х гг. прошлого века он занимался не гипофизарной хирургией, а пересадкой яичек и яичников шимпанзе людям с целью омолаживающего эффекта. Вторым прототипом Преображенского был дядя Булгакова, известный в Москве врач, профессор Н. М. Покровский, однако нет сведений, что он производил операции на гипофизе. Применение установки "гамма-нож" для радиохирургического лечения интракраниальных объемных образований в 2007 г. позволило вывести проблему лечения аденом гипофиза на новый уровень. В Республике Беларусь первый опыт стереотаксической радиохирургии аденом гипофиза относится к 2007 г. [8].

Эпидемиология. После глиом и менингиом аденомы гипофиза занимают третье место по частоте заболеваемости среди всех интракраниальных опухолей [15]. Гормонально активные аденомы гипофиза выявляют в 20 случаях среди 1 млн. населения, а неактивные - в 70-90 случаях на 1 млн. населения. По данным белорусских авторов, в результате анализа биопсийного материала, массовая доля аденом гипофиза среди всех интракраниальных опухолей в 1991-1995 гг. составляла 6 %, а в 2003-2005 гг. снизилась до 4,37 %. При этом аденома гипофиза чаще встречалась у женщин 20-30 и 50-60 лет [2]. По данным других авторов, частота встречаемости данной патологии среди первичных опухолей ЦНС составляет от 7,3 до 18 % и обнаруживается чаще у лиц молодого и среднего возраста - от 20 до 50 лет. Согласно публикации 2005 г., в Санкт-Петербурге распространенность первичных аденом гипофиза составила 0,78 на 100 тыс. населения. Гипофизарных опухолей было выявлено 114 (12,2 %) из 915 случаев первичных опухолей ЦНС, в том числе у мужчин - 40 (35 %), у женщин -74 (65 %) [13]. В республике Татарстан из 1558 больных первичными опухолями ЦНС аденомы гипофиза составили 5,9 %, заболеваемость аденомами на 100 тыс. населения составила 0,24 случая, 0,19 - среди мужчин и 0,29 среди женщин. Мужчин, больных данной патологией, было 34 (37 %), женщин - 58 (63 %) [3]. Несколько иное гендерное соотношение описывается среди больных гигантскими аденомами. Такие аденомы встречаются чаще умужчин (в 1,4-4 раза), но есть данные и об отсутствии различий в частоте наблюдений инвазивных гигантских аденом гипофиза между мужчинами и женщинами и отмечающие, что улиц моложе 50 лет инвазивный рост аденом встречается в 3 раза чаще [7]. Оценка прижизненной распространенности асимптоматических аденом гипофиза, проведенная у 100 добровольцев (70 женщин и 30 мужчин) с помощью магнитно-резонансной томографии с контрастированием гадолинием, показала, что среди здоровых добровольцев обоего пола они встречаются примерно в 10 % случаев (7 женщин и 30 мужчин), варьируя от 3 до 6 мм в диаметре. Аналогичное исследование, выполненное среди здоровых женщин репродуктивного возраста с помощью высокоразрешающей компьютерной томографии (перекрывающиеся срезы толщиной 1,5 мм), показало такую же частоту встречаемости подобных аномалий гипофиза [12]. Среди аденом гипофиза наибольший удельный вес занимают пролактиномы и гормонально неактивные опухоли гипофиза. СТГ, АКТГ и ТТГ-продуцирующие опухоли встречаются значительно реже.

Среди первичных опухолей мозга более четверти представлены злокачественными формами, однако в классификации TNM опухоли головного и спинного мозга не представлены, более того, не существует классификации (подобной TNM), которая могла бы упорядочить опухоли центральной нервной системы (ЦНС) и сделать простой и доступной их систематизацию. Утвержденная ВОЗ в 2001 г. классификация опухолей ЦНС основана на гистологических характеристиках новообразований и свободна от общепризнанных онкологических принципов [1].

По размеру аденомы гипофиза могут быть микроаденомами (их размер не превышает 10 мм) или макроаденомами (более 10 мм). В НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН большими называют опухоли гипофиза, размеры которых составляют от 35 до 60 мм, гигантскими считают аденомы, у которых хотя бы один размер составляет 60 мм и более [7]. Другие авторы называют гигантскими аденомы, которые выступают над jugum sphenoidale более чем на 20 мм, независимо от объема интраселлярной части [2]. В таблице 1 представлена классификация Gilbert H. Daniels и Joseph B. Martin опухолей гипофиза по размерам.

Таблица 1

Аденомы гипофиза

I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
Размеры <10 мм> опухоли в диаметре (микроаденомы)	> 10 мм> (макроаденомы)> 10 мм (макроаденомы)	> 10 мм> (макроаденомы)> 10 мм (макроаденомы)	> 10 мм> (макроаденомы)> 10 мм (макроаденомы)
Гипопитуитаризм-нет	Выражен	Выражен	Выражен

Особенности гигантских аденом гипофиза. По данным российских исследователей [13], которыми было проанализировано 205 случаев гигантских инвазивных АГ, чаще всего гигантская опухоль инвазировала зрительные нервы и хиазму - 80,5 % случаев (эти структуры полностью находились в массе опухоли у 4 больных), дно III желудочка - 63,4 %, медиальную стенку кавернозного синуса - 59 % и передние отделы вилизиева круга - 19 %, лобную и височную доли - 10 %. Редко отмечался рост аденомы в ротоглотку (2 %), орбиту (2 %) и заднюю черепную ямку (4 %). Врастание АГ в желудочки мозга (главным образом III) встречается редко - в 5,4 % случаев. Гораздо чаще наблюдается грубая компрессия их верхним плюсом опухоли с инвазией лишь в дно III желудочка. В случаях распространения опухоли в кавернозные синусы могут

возникнуть глазодвигательные нарушения, в медиальные отделы височной доли - судорожный синдром. При супраселлярном росте возможен "эффект стебля гипофиза": компрессия стебля гипофиза, нарушение гипоталамической регуляции секреции пролактина и, как следствие, вторичная гиперпролактинемия. При массивном супраселлярном росте бывает окклюзионная гидроцефалия. Головная боль возникает при вовлечении в процесс твердой мозговой оболочки и раздражении нервных окончаний вследствие растяжения диафрагмы "турецкого седла". Для группы инвазивных гигантских аденом гипофиза характерны сложности хирургического удаления, большая летальность, высокая частота рецидивов.

Группой японских ученых [14] проводилось наблюдение над 42 пациентами с НАГ без клинических проявлений. Аденомы были случайными находками при МРТ. Между размером опухоли, возрастом пациентов, наличием интраопухолевых кист и опухолевым ростом при НАГ корреляция отсутствует. В течение 4 лет у всех пациентов размер опухоли увеличился на 40 %, а симптомы болезни появилась у 20 %. В течение пятилетних исследований апоплексия развилась у 9,5 % пациентов и проявилась сильной головной болью, зрительными нарушениями и (или) острым началом гипопитуитаризма. При МРТ были обнаружены геморрагические инфаркты опухоли. Установлено, что МРТ-исследования способны предсказать гистопатологические проявления апоплексии гипофиза в большинстве случаев и способствовать более легкому клиническому течению и улучшению исходов при геморрагических инфарктах/геморрагиях [12]. Гормонально активные аденомы гипофиза. Составляют 75 % случаев аденом гипофиза и при избыточной секреции того или иного гормона в кровь приводят к развитию соответствующего клинического синдрома [14].

Клиническая картина. По мере роста опухоли отмечается последовательное выпадение тропной функции гипофиза со снижением уровней лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, тиреотропного гормона и адренокортикотропного гормона на фоне функциональной гиперпролактинемии [10]. Эндокринным проявлением аденомы гипофиза может быть частичный или полный (при макроаденомах) гипопитуитаризм [9, 10], нередко следствием этого являются расстройства репродуктивного здоровья. При этом наиболее частыми начальными симптомами являлись снижение потенции (у 57,9 % пациенток), дефекты полей зрения (у 11,6 % больных), головная боль (у 11,3 %) [11]. По данным других авторов [12], репродуктивные нарушения могут иметь место у 78,3 % больных с неактивными аденомами гипофиза.

Диагностика макроаденом гипофиза. Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет исследовать структуру гипофиза, выявить и оценить размер и распространенность объемных образований гипофиза (аденомы, кисты, краниофарингиомы и др.), определить наличие кровоизлияний и их давность, оценить эффективность консервативного и хирургического лечения. МРТ позволяет выявить опухоль, а также оценить ее положение в турецком седле и взаимоотношения с окружающими структурами мозга, прежде всего с хиазмой и зрительными нервами. Несмотря на ведущую роль в диагностике аденом гипофиза инструментальных методов обследования, анамнестические и клинические данные помогают диагностировать наличие аденомы на более ранних этапах заболевания. У некоторых аденом гипофиза наблюдается агрессивное течение, однако подавляющее большинство имеет доброкачественный характер [11]. При наблюдении длительностью 15,2 ± 4,8 года за 50 пациентами, оперированными по поводу опухоли размером свыше 30 мм, проанализированы три биомаркера ткани: p53, Ки-67 и c-erbB2. Опухоли были отнесены, согласно комбинации гистологических и радиологических особенностей, в пределах от атравматичного и непролиферативного (1А) к инвазивно-пролиферативному характеру (2В). Маркеры опухолей 2А и 2В составляли 42 и 52 % соответственно. Наличие p53 ($p = 0,003$), параселлярная инвазия ($p = 0,03$) и маркер 2В ($p = 0,01$) были связаны с худшим исходом болезни. Параселлярная инвазия преобладает как сильный прогнозирующий фактор рецидива опухоли. Выраженный супраселлярный рост рассматривается как параметр инвазии с влияснеем на прогноз болезни [11].

J.A. Landeiro и соавт. [12] сообщили о хирургическом лечении (эндоскопическая транссфеноидальная хирургия) 35 пациентов с гигантскими гормонально-неактивными гипофизарными аденомами. Самые частые дооперационные жалобы (нарушения остроты зрения и дефекты поля зрения) наблюдались в 25 (71,2 %) и 23 случаях (65,7 %) соответственно. Улучшение остроты и дефицита поля зрения после хирургического лечения отмечалось у 20 (80 %) и 17 пациентов (73,9 %) соответственно. После хирургического лечения 18 пациентов (51,4 %) нуждались в гормональной заместительной терапии. Уровень рецидива в опухолях с маркерами Ки-67 составлял 7,7 % (2 пациента). Оригинальное исследование было выполнено E. Espinosa и соавт. [10]. Его цель состояла в том, чтобы охарактеризовать клинический спектр гигантских пролактином в сравнении с негигантскими пролактиномами. Анализ был сосредоточен на клиническом, биохимическом анализах и характеристике объема опухоли, а также на реакции на лечение агонистами допамина. Среди 292 пациентов с пролактиномами, обнаруженными в период между 2008 и 2015 г., у 47 (16 %) данные соответствовали диагностическим критериям для гигантских пролактином (42 мужчины). Наиболее распространенными жалобами были нарушения зрения, головная боль, половая дисфункция. Гипогонадотропный гипогонадизм был зарегистрирован у 87 % больных. Лечение каберголином привело к нормализации уровней пролактина в 68 % и уменьшению на 50 % объема опухоли у 87 % пациентов с гигантскими пролактиномами. Нормализация уровня пролактина и уменьшение на 50 % объема опухоли достигнуты у 55 % ($n = 26$) пациентов с гигантскими пролактиномами и у 66 % пациентов без гигантских макропролактином ($p = 0,19$). Улучшение зрения наблюдалось у 68 % пациентов. Лечение каберголином было одинаково эффективным у больных с гигантскими пролактиномами и макропролактиномами в отношении достижения целей лечения, хотя средняя доза препарата была немного выше в группе больных с гигантскими пролактиномами. Кроме впечатляющих размеров и значительного увеличения уровня пролактина, клиническое течение гигантских пролактином не отличается от макропролактином. Эти опу-

холи очень чувствительны к лечению каберголином и в оперативном лечении нуждаются редко.

M.O. Chohan и соавт. [13] в 2016 году предложили новый объемный порог в 20 см3 как наиболее точный для МРТ гигантских аденом гипофиза. По их мнению, краниохвостовой показатель является наименее полезным. Пещеристая инвазия пазухи остается лучшим показателем неполной резекции.

Диагоностические исследования проведенные на МРТ в ООО "Лечебно диагностический центр Международного института биологических систем", показало что у 15 из 45 пациентов были выявлены макроаденомы гипофиза, причём у 3 из них выявлена инвазия в клиновидную кость, у 7 пациентов обнаружено латероселлярное распространение опухоли, в двух случаях имел место охват образованием сифонов ВСА, и в трёх случаях компрессия хиазмы, у двух пациентов имело место распространение опухолевого процесса в область решетчатого лабиринта и переднюю черепную ямку. У 11 пациентов были визуализированы образования другой природы: в четырёх случаях - менингиомы бугорка и спинки турецкого седла, а также большого крыла клиновидной кости, в остальных случаях 4 краниофарингиомы, метастазы рака молочной железы и меланомы, а также единичный случай хордомы клиновидной кости. На полученных томограммах были выявлены различные типы распространения аденом гипофиза: давление на соседние структуры с развитием в них дистрофических процессов и последующим их разрушением, что характерно для наиболее длительно растущих аденом огибание окружающих структур (спинки и бугорка турецкого седла, кавернозных синусов) и дальнейшее распространение опухоли в соседнюю область, что характерно для более быстро растущих аденом инфильтративный и метастатический тип распространения, характерные для аденокарциномы гипофиза, а также для метастазов карцином другой локализации. В процессе данной работы были определены наиболее характерные для аденом гипофиза дифференциально-диагностические критерии: изначально эндоселлярная локализация опухоли, изменение формы и размеров турецкого седла; отсутствие дифференцировки нормальной ткани гипофиза и опухолевого узла. Наиболее сложно дифференцировать аденомы гипофиза с параселлярными менингиомами [3]. На менингиому обычно указывают следующие признаки: преимущественно параселлярная локализация, в большинстве случаев неизменённое турецкое седло, чёткая дифференцировка между тканью гипофиза и опухолевым узлом (рис. 4). Очень важную диагностическую информацию даёт направление распространения опухоли. Супраселлярное распространение опухоли с последующим продвижением в переднюю черепную ямку через бугорок турецкого седла и вдоль площадки клиновидной кости характерно для обоих объёмных процессов, однако антеселлярное распространение в решетки лабиринта с последующим разрушением дна ПЧЯ и проникновением опухоли в ольфакторную зону характерно только для аденом гипофиза (рис. 5). Ретроселлярное петрокливально расположение опухолевого узла в большинстве случаев бывает проявлением менингиом. Инфраселлярный рост с инвазией в клиновидную кость и основную пазуху - характерный признак аденом гипофиза [3]. Латероселлярная локализация объёмного процесса характерна для обоих видов опухолей, здесь в пользу менингиомы будет говорить экстраселлярное расположение основной массы опухолевого узла, интраселлярное расположение - в пользу аденомы гипофиза. Краниоорбитальная область распространения опухоли не является специфичной ни для оного из видов объёмных процессов, а вот прорастание в крылонёбную и подвисочную ямки - диагностический признак менингиом. Эндосупраселлярная краниофарингиома.Серьёзные затруднения встречаются при дифдиагностике кистозных аденом гипофиза и эндосупраселлярных краниофарингиом. Оба объёмных процесса носят кистозный характер, оба могут иметь как повышенный, так и пониженный по Т1 ВИ сигнал. Как правило, краниофарингиома выдает себя гипоинтенсивными по Т2 ВИ включениями, представляющими собой петрификаты [3, 4, 5, 6]. Обызвествление определяется также по ходу капсулы. Дифдиагностика с метастазами карцином не представляет трудности, на наш взгляд, для метастатического процесса характерна множественность поражения и выраженный инфильтративный рост. В обоих случаях, представленных в нашей работе, встречается локализация процесса в пространстве Меккеля, в непосредственной близости с ВСА, в одном из случаев определяется метастаз в области хиазмы и воронки с распространением на вещество гипофиза .

Лечение макроаденом гипофиза. Комплексное обследование больных (определение гормонов сыворотки крови, использование тестов для определения того или иного вида гормональной недостаточности; компьютерная томография и/или МРТ; развитие оптической техники и микрохирургии) позволяет значительно улучшить результаты оперативного лечения. Расширилась возможность более радикального удаления опухолей при одновременном снижении послеоперационной летальности. Однако, несмотря на достигнутые успехи, проблема лечения больных с аденомами гипофиза далека от своего решения [14-15]. Тем не менее к настоящему моменту не существует алгоритма коррекции гормональных нарушений у больных с аденомами гипофиза в раннем и отдаленном послеоперационных периодах, что в значительной степени определяет качество жизни. Гигантские гипофизарные аденомы с максимальным диаметром по крайней мере 40 мм продолжают вызывать высокие хирургические риски, несмотря на успехи в микрохирургической и/или эндоскопической хирургии. Так, японские авторы пришли к выводу, что дооперационная эмболизация гигантской гипофизарной аденомы является полезной процедурой, которая может потенциально уменьшить заболеваемость и смертность от этой разрушительной опухоли [10].

H. Nishioka и соавт. [14] представили серию гигантских гормонально-неактивных аденом и указали на ограничения эффективной и безопасной резекции гигантской опухоли гипофиза. В общей сложности 93 пациента (72,7 %) перенесли полную или субтотальную резекцию опухоли. Авторы пришли к выводу, что независимо от хирургического подхода крупное внутричерепное вытяжение, конфигурация неправильной формы и инвазия являются факторами, ограничивающими эффективную резекцию.

По данным T. Graillon и соавт. [8], транскраниальный подход к удалению опухоли остается востребованным при гигантских и инвазивных аденомах гипо-

физа в условиях недоступности транссфеноидального подхода. При этом следует учитывать возможность возникновения сосудистых осложнений, нарушений зрения, дооперационные симптомы пациентов и доброкачественные особенности опухоли.

S. Han и соавт. [14] проанализировали хирургические исходы болезни у 62 больных с гигантскими (диаметр более 4 см) неактивными аденомами гипофиза. В течение четырехлетнего наблюдения у 49 пациентов (79 %) наблюдалось улучшение функции зрения. Не зарегистрировано случаев послеоперационного кровотечения или смертности. У восьми пациентов (12,9 %) был рецидив. Данные S. Yano и соавт. [9] указывают на послеоперационное улучшение дефицитов поля зрения у 92 % больных.

Послеоперационные осложнения. К частым послеопераннам осложнениям отностся: Назальная ликворрея, несахарный диабет, эпидуральная гематома, внутримозговая гематома, желудочно-кишечное кровотечение, менингит, кровоизлияния в остатк опухоли и лож опухоли, бронхопневмония, диэнцефальный синдром, обострения сахарного диабета , пневмоцефалия, синдром поражения лобных долей, ТЭЛА, тромбофлебит, тромбозы, острая гидроцефалия, холецистопанкреатит.

Несахарный диабет (его нейрогенная форма) являлся самым частым послеоперационным осложнением - у 50 (16,9%) больных. В большинстве наблюдений диагностировался, в среднем, на 3 сутки, был транзиторным и проявлялся умеренной жаждой и полиурией, а также снижением удельного веса мочи. Длительность его составлял 3-4 суток и, как правило, не требовалось особых мер лечения. У 19 (38,0%) пациентов несахарное мочеизнурение носило более стойкий характер и имелась необходимость применения адиуретина или минирина в течение 3-4 недель, а трем из них понадобилось принимать данные препараты в течение многих месяцев.

Назальная ликворрея проявлялась на 3-4 сутки послеоперационного периода. У 12 (42,8%) пациентов она была купирована несколькими разгрузочными люмбальными пункциями и эндолюмбальным введением воздуха. У 16 (57,2%) больных потребовалось установление эндолюмбального дренажа на срок от 5 до 12 суток. У 5 (17,8%) пациентов к ликворрее присоединился менингит с незначительными цифрами нейтрофильного цитоза и умеренными клиническими проявлениями. Воспалительные осложнения со стороны ЦНС (менингит, менингоэнцефалит и вентрикулит) отмечались у 22 (7,4%) пациентов, в среднем, на 4-5 сутки и у 3 (13,6%) из них они явились пиричиной летального исхода. Другие осложнения раннего послеоперационного периода встречались реже диэнцефальный синдром - 15 (5,0%), бронхопневмония - 14 (4,7%), острые инфекции мочевых путей - 18 (6%), синдром поражения лобных долей - 14 (4,7%) пациентов. Диэнцефальный синдром вероятно, являлся следствием ишемии в гипоталамо - диэнцефальной области, в результате как непосредственно хирургической травмы, так и спазма или тромбироввания мелких артериальных сосудов этой области.

Пневмоцефалия - нередкое осложнение при субфронтальном доступе отмечалась у 8 (2,7%) пациентов, но, вероятно, истинная частота ее несколько выше, поскольку неее всем больным выполнялась КТ в раннем послеоперационном периоде.

Кровоизлияние в оставшуюся часть опухоли чаще всего происходило в течение первых двух суток послеоперационного периода и диагностировано у 9 (3,0%) больных.

Кровотечение из язв желудка и 12-перстной кишки также диагностировано у 9 (3,0%) оперированных, проявлялось на 5-6 сутки после хирургического вмешательство и более, чем у половины пациентов с этим осложнением оказалось причиной летального исхода.

Послеоперационные внутричерепны гематомы были выявлены в течение первых суток у 6 больных и потребовали повторного хирургического вмешательства, но лишь в одном случае внугримозговая гематома лобной доли (в сочетании с кровоизлиянием в остатки опухоли) привела к смерти. У 2 пациентов возникла острая окклюзионная гидроцефалия на уровне межжелудочковых отверстий в результате отека оставшейся супраселлярной части опухоли (в среднем, на 3 сутки) и им было выполнено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Выявлена зависимость некоторых послеоперационных осложнений от особенностей направления роста опухоли. Так, ликворрея отмечена почти у половины (45,4%) больны с выраженны инфраселлярны и у 14,3% - с антеселлярным ростом опухоли, что связано с разрушением ею дна клиновидной пазухи или площадки клиновидной кости. Несахарный диабет у данной группы пациентов встречался 2-2,5 раз реж (9%), че пр супраселлярном, ретроселлярно или смешанном варианта рост опухол (17,5-20%) Кровоизлияние в оставшиеся участки аденомы чаще отмечены в случаях смешанного, инфраселлярного и многоузлового роста новообразования (4,5-6,6%). Частота диэнцефальных нарушений было более свойственно больным с супраселлярным и ретроселлярным ростом опухоли, а также при многоузловой ее формы (7-13,7%). Остальные осложнения встречались примерна с одинаково частотой, независим от направлени роста.

Выводы

В диагностическом комплексе при гигантских аденомах гипофиза, помимо клинического обследования, необходимо применение полного комплекса нейровизуализационных методов с определением расположения хиазмы, степени распространения опухоли на основание черепа и деструкции последнего.

Хирургическое лечение является методом выбора при установлении диагноза гигантской аденомы гипофиза, исключение составляют единичные случаи СТГ- и пролактин секретирующих опухолей, при которых возможно проведение лечения агонистами дофамина. При этом при гигантских аденомах гипофиза (диаметр более 4 см) отсутствует единый алгоритм оптимальной хирургической стратегии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. /Эндокринология,национальное руководство // г. Москва, 2009 г.
2. Эндокринология. Руководство для врачей. Под редакцией проф. В.Потемкина.- Москва,2013 г.)
3. Калинин П.Л., Фомичев Д.В.,Кутин М.А. и др. Эндоскопическая эндоназальная хирургия аденом гипофиза (опыт 1700 операций). Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко 2012;3:26-33. [Kalinin P.L., Fomichev D.V.,Kutin M.A. et al. Endoscopic endonasal surgery of pituitary adenomas (experience of 1700

operations). Voprosy neyrokhirurgii imeni N.N. Burdenko = Burdenko's Journal of Neurosurgery 2012;3:26-33. (In Russ.)]
4. Liu J.K., Patel J., Eloy J.A. The role of temozolomide in the treatment of aggressive pituitary tumors. J Clin Neurosci 2015;22(6):923-9. DOI: 10.1016j.jocn.2014.12.007. PMID: 25772801.
5. Langlois F., McCartney S., Fleseriu M. Recent progress in the medical therapy of pituitary tumors. Endocrinol Metab. 2017;32(2):162-70. https://doi.org/10.3803/EnM.2017.32.2.162
6. . Gondim J.A., Almeida J.P., de Albuquerque L.A., Gomes E., Schops M., Mota J.I. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery in elderly patients with pituitary adenomas. J Neurosurg. 2015;123(1):31-8. https://doi.org/10.3171/2014.10.JNS14372
7. Pala A., Knoll A., Brand C., Etzrodt-Walter G., Coburger J., Wirtz C.R., et al. The value of Intraoperative magnetic resonance imaging in endoscopic and microsurgical transsphenoidal pituitary adenoma resection. World Neurosurg. 2017;102:144-50. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.02.132
8. Coburger J., K?nig R., Seitz K., B?zner U., Wirtz C.R., Hlavac M. Determining the utility of intraoperative magnetic resonance imaging for transsphenoidal surgery: a retrospective study. J Neurosurg. 2014;120(2):346-56. https://doi.org/10.3171/2013.9.JNS122207
9. Amano K., Aihara Y., Tsuzuki S., Okada Y., Kawamata T. Application of indocyanine green fluorescence endoscopic system in transsphenoidal surgery for pituitary tumors. Acta Neurochir (Wien). 2019;161(4):695-706. https://doi.org/10.1007/s00701-018-03778-0
10. Sanmill?n J.L., Torres-Diaz A., Sanchez-Fern?ndez J.J., Lau R., Ciller C., Puyalto P., et al. Radiologic predictors for extent of resection in pituitary adenoma surgery. A single-center study. World Neurosurg. 2017;108:436-46. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.09.017
11. Graffeo C.S., Link M.J., Brown P.D., Young W.F., Pollock B.E. Hypopituitarism after single-fraction pituitary adenoma radiosurgery: dosimetric analysis based on patients treated using contemporary techniques. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2018;101(3):618-23. https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2018.02.169
12. Zhan R., Ma Z., Wang D., Li X. Pure endoscopic endonasal transsphenoidal approach for nonfunctioning pituitary adenomas in the elderly: surgical outcomes and complications in 158 patients. World Neurosurg. 2015;84(6):1572-8. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2015.08.035
13. Magro E., Graillon T., Lassave J., Castinetti F., Boissonneau S., Tabouret E., et al. Complications related to the endoscopic endonasal transsphenoidal approach for Nonfunctioning pituitary macroadenomas in 300 consecutive patients. World Neurosurg. 2016;89(C):442-453. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.02.059
14. Fan Y., Lv M., Feng Sh., Fan X., Hong H., Wen W., et al. Full endoscopic transsphenoidal surgery for pituitary adenoma-emphasized on surgical skill of otolaryngologist. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;66(Suppl 1):S334-40. https://doi.org/10.1007/s12070-011-0317-4
15. Zhang H., Wang F., Zhou T., Wang P., Chen X., Zhang J., et al. Analysis of 137 patients who underwent endoscopic transsphenoidal pituitary adenoma resection under high-field Intraoperative magnetic resonance imaging navigation. World Neurosurg. 2017;104:802-15. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.04.056

Поступила 09.11.2020

УДК 618.173:612.172.2

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Негматшаева Хабибахон Набиевна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В настоящее время на популяционном уровне женщин в возрасте менопаузального и постменопаузального периодов становится больше. Численность женского населения старше 50 лет в мире насчитывает более 470 млн. В США за последние 15 лет число женщин старше 50 лет возросло с 30 до 43 млн. В Германии 95% женщин достигают возраста менопаузы, в Дании проживает более 50% женщин в возрасте 40-50 лет, в Австралии женщины возраста постменопаузы составляют 13% (2,1 млн.). В России в 1995г. наметилась тенденция к увеличению продолжительности жизни женщин до 72 лет.

Увеличение продолжительности жизни способствует тому, что около 30 лет женщины проводят в постменопаузе. То есть, во всем мире в развитых странах увеличилась популяция женщин возраста гормональных изменений, связанных, как известно, с соматическим неблагополучием.

Ключевые слова: вегетативная регуляция, перименопауза, кровообращения.

АЁЛЛАРДА ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ВЕГЕТАТИВ РЕГУЛЯЦИЯСИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Негматшаева Хабибахон Набиевна,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Ҳозирги кунда аҳоли даражасида менопаузал ва постменопаузал даврлар аёллар кўпроқ кузатилмоқда. Дунёда 50 ёшдан ошган аёллар сони 470 миллиондан ошди, Қўшма Штатларда сўнгги 15 йил ичида 50 ёшдан ошган аёллар сони 30 дан 43 миллионгача ўсди, Германияда 95% аёллар менопауза ёшига етишди, Данияда 40 ёшдаги аёлларнинг 50% дан ортиғи бор. -50 ёшда, Австралияда менопаузадан кейинги аёллар 13% (2,1 миллион) ни ташкил қилади. Россияда 1995 йилда. аёлларнинг умр кўриш давомийлигини 72 ёшгача ошириш тенденцияси кузатилди.

Ўртача умр кўриш давомийлиги аёлларнинг тахминан 30 йилни постменопаузал аёлларда ўтказишига ёрдам беради. Яъни, бутун дунёда ривожланган мамлакатларда гормонал ўзгаришлар ёшидаги аёллар сони, маълумки, соматик нохушликлар билан кўпайган.

Калит сўзлар: вегетатив регуляция, перименопауза, қон айланиши.

FEATURES OF VEGETATIVE REGULATION OF BLOOD CIRCULATION IN WOMEN IN PERIMENOPAUSE

Negmatshaeva Khabibakhon Nabievna,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Currently, at the population level, there are more women at the age of menopausal and postmenopausal periods. The number of women over 50 in the world is more than 470 million.In the United States, over the past 15 years, the number of women over 50 has increased from 30 to 43 million.In Germany, 95% of women reach the age of menopause, in Denmark there are more than 50% of women aged 40 -50 years, postmenopausal women in Australia account for 13% (2.1 million). In Russia in 1995. there has been a tendency to increase the life expectancy of women to 72 years.

The increase in life expectancy contributes to the fact that women spend about 30 years in postmenopausal women. That is, all over the world in developed countries the population of women of the age of hormonal changes associated, as you know, with somatic ill-being, has increased.

Key words: autonomic regulation, perimenopause, blood circulation.

Актуальность

В настоящее время ведется активный поиск рациональных путей профилактики климактерических нарушений. Именно поэтому приоритетным направлением становятся исследования, раскрывающие закономерности возрастной динамики физиологических процессов на всех стадиях онтогенеза женского организма [4]. К таким методам относится анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР), который в настоящее время является маркером вегетативной регуляции, позволяющим судить о состоянии симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы (ВНС) [3]. Особенно актуальным этот вопрос становится у женщин в менопаузальном переходе и менопаузе, когда оценка текущего функционального состояния и резервов адаптации регуляторных систем может позволить более адекватно определять лечебную тактику и обеспечивать при необходимости полноценную коррекцию проявлений климактерического синдрома [1,5].

В настоящее время предложен метод выявления системной дисфункции вегетативной регуляции кровообращения на основе изучения синхронизованности низкочастотных и высокочастотных колебаний, выявляемых в ритме сердца [2,6].

Однако остается множество нерешенных вопросов в области изучения особенностей вегетативной дисфункции у женщин в постменопаузе. Также не уточнена зависимость развития вегетативной дисфункции от тяжести течения климактерического синдрома у женщин в постменопаузе.

Цель исследования. Изучение особенностей вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у женщин в перименопаузальном периоде с учетом различий их клинического статуса и степени выраженности климактерического синдрома.

Материал и методы

В данное исследование было включено 289 женщин на условиях добровольного информированного согласия в возрасте 43-70 лет.

Результат и обсуждения

Всем пациенткам проводился подсчет индекса Купермана и оценка гормонального фона. Выполнялась синхронная регистрация сигналов электрокардиограммы (ЭКГ), фотоплетизмограммы (ФПГ) и механической записи дыхания в состоянии покоя (горизонтальное положение тела) с частотой 250 Гц при 12-разрядном разрешении в течение 10 мин. Запись ФПГ, характеризующую кровенаполнение дистального сосудистого русла, выполнялась с использованием пульсоксиметрического датчика с дистальной фаланги указательного пальца руки.

При помощи программы "Кардиостат" оценивали показатели ВСР - спектральные мощности в низкочастотных диапазонах спектра (LF), высокочастотных (HF) и очень низкочастотных диапазонах (VLF), выраженные в абсолютных значениях (мс2) и в процентах от суммарной мощности спектра во всех диапазонах, так же определялся индекс синхронизации (S).

Для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали метод выявления системной дисфункции вегетативной регуляции кровообращения на основе изучения синхронизованности высокочастотных волн (около 0,4 Гц), низкочастотных (около 0,1 Гц) и очень низкочастотных волн (около 0,04 Гц) колебаний, выявляемых в ритме сердца и фотоплетизмограмме.

Вычисление значений S выполнялось при помощи программы Синхрокард.

Статистические расчеты проводились при помощи программного пакета "Statistica" 6,1. Была произведена проверка соответствия изучаемых показателей закону нормального распределения на основе вычисления W-критерия Шапиро-Уилка. Выявлено, что не все показатели имеют нормальное распределение, поэтому дальнейший анализ производили методами непараметрической статистики.

Выводы. В ходе исследования не было выявлено клинически значимых ассоциаций изменений в вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы и менопаузальных изменений в организме женщины. Однако в исследовании были показаны статистически (но не клинически) значимые корреляции некоторых показателей вегетативной регуляции с давностью наступления менопаузы и степенью выраженности КС.

Со степенью КС у женщин в менопаузе коррелировали HF, LF, VLF, при этом в значениях индекса синхронизации (S) во всех трех рассматриваемых нами подгруппах статистически значимых различий выявлено не было. В связи, с чем можно предположить о наличии адаптационных механизмов, которые включаются при наступлении менопаузы.

Основы взаимоотношений между механизмами вегетативной регуляции кровообращения и менопаузальным статусом женщины требуют дополнительных исследований для профилактики ССЗ и назначения адекватной медикаментозной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Асымбекова Э.У., Катаева К.Б., Ахмедярова Н.К. и др. Особенности течения ишемической болезни сердца у женщин в зависимости от уровня женских половых гормонов. //Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. 2014; 15 (1): 39-46.
2. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем. //Вестник аритмологии. 2001; 24: 65-87.
3. Киселев А.Р., Гриднев В.И., Посненкова О.М. и др. Оценка на основе определения синхронизации низкочастотных ритмов динамики вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы при применении метопролола у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда. //Терапевтический архив. 2007; 79 (4): 23-31.
4. Abramson B.L., Melvin R.G. Cardiovascular risk in women: focus on hypertension. //Can. J. Cardiol. 2014; 30 (5): 553-9.
5. Martinez J.A., Palacios S., Chavida F., Perez M. Urban-rural differences in Spanish menopausal women. //Rural. Remote. Health. 2013; 13: 1865.
6. Chaudhuri A., Borade N.G., Hazra S.K. A study of heart rate variablity tests and lipid profile in postmenopausal women. cJ. Indian Med. Assoc. 2012; 110 (4): 228, 230-2.

Поступила 09.11. 2020

УДК [616.98-579.852]-07

STREPTOCOCCUS PYOGENES БИЛАН ЧАҚИРИЛГАН ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Усманова Э.М., Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

S.pyogenes келтириб чиқарадиган касалликларни этиологияси, эпидемиологияси, клиник хусусиятлари, замонавий диагностика ва даволаш усулларини ўрганиш бўйича адабиётлар шарҳининг маълумотлари келтирилган. Касалликнинг тезкорлиги, оғирлиги, салбий оқибатларнинг юқори даражаси S.pyogenes келтириб чиқарадиган касалликларнинг долзарблигини таъкидлайди. Шу билан бирга, терапияни тўғри танлаш ва стрептококк инфекциясининг асоратини ўз вақтида олдини олиш учун ташхис қўйишда амалий шифокорларнинг ҳушёрлигини ошириш алоҳида касб этади.

Калит сўзлар: Streptococcus pyogenes, тонзиллит, инвазив стрептококк инфекциялари, антибактериал даво.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ STREPTOCOCCUS PYOGENES

Усманова Э.М., Мирзакаримова Д.Б., Валиева Н.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Представлены данные обзора литературы, посвященной вопросам изучения этиологии, эпидемиологии, особенностей клинической картины, методов современной диагностики и лечения заболеваний, вызванных S.pyogenes. Повсеместное распространение, тяжесть заболевания, высокая частота неблагоприятных исходов подчеркивает актуальность заболеваний, вызванных S.pyogenes. Вместе с тем, требуется повышение бдительности практических врачей в постановке диагноза с целью своевременного правильного выбора терапии и профилактики осложнений от стрептококковых инфекций.

Ключевые слова: Streptococcus pyogenes, тонзиллит, инвазивные стрептококковые инфекции, антибактериальная терапия.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF INFECTIONS CAUSED BY STREPTOCOCCUS PYOGENES

Usmanova E.M., Mirzakarimova D.B., Valieva N.M.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The data of a literature review on the study of etiology, epidemiology, clinical features, methods of diagnosis and treatment of diseases caused by S.pyogenes are presented. The prevalence, severity of the disease, the high incidence of adverse outcomes underlines the relevance of diseases caused by S.pyogenes. At the same time, it is necessary to increase the vigilance of practical doctors for timely diagnosis of streptococcal disease and choose the right therapy and prevention of complications from infections, caused by S.pyogenes.

Key words: Streptococcus pyogenes, tonsillitis, invasive streptococcal diseases, antibacterial therapy.

Долзарблиги

Streptococcus pyogenes (S.pyogenes, А гуруҳидаги β-гемолитический стрептококк АБГС)-асосан инсонлар патогени ҳисобланган грам мусбат бактерий. S.pyogenes М, Т ва R юзаки протеинларининг антиген тузилиши фаркланиши асосида типларгат бўлинади. Комплемент ва опсинон компонентлар рецепторига маскировка йўл билан нейтрофиллар фагоцитозига тургунлигини таъминловчи S.pyogenes ни асосий вирулентлик факторининг М оқсилини 80 дан ошиқ серологик вариантлари мавжуд [1, 4, 7]. S.pyogenes томоқ ва терида умумий инфекцион жараён юзага келади, ҳамда оғир инвазив касаллик ривожланишига, ўткир ревматик лихорадка ва стрептококкдан кейинги гломерулонефрит ривожланишига сабаб бўлади. Хусусан, инвазив стрептококкли касалликлар спектри қизилча (рожистое) яллиғланиш, целлюлит, эндометрит, зотилжам, септицемия, менингит, оғир некротик фасцит ва стрептококкли токсик шок синдромини ривожланишига олиб келади [1, 3, 10].

Стрептококкли инфекция қуйидаги белгисиз ташиб юрувчилар шаклида кечиши мумкин: стрептококкнинг соғлом ташувчилар, клиник симптомлар ва стрептококк антигенларига антителалар йўқлиги; соғлом ташувчилар, стрептоккокк антигенларига антителаларнинг юқори титрда бўлиши; реконвалесцентлар-ташувчилар. Ўзбекистонда S.pyogenes ни томоқ ҳалқум ташувчилари муаммолари деярли ўрганилмаган, чет-эл олимлари маълумотларига кўра ташувчилик 10-28% ҳолларда мактаб ёшдаги болаларда кўп учрайди, ўртача 12% ҳолларда барча ёшдаги гуруҳларда учрайди [2].

Мутахасисслар фикрича, стрептококларни пенициллин ва цефалоспоринлар қаторига кирувчи β-лактам антибиотикларга сезувчанлиги юқори бўлишига

қарамасдан ҳар йили S.pyogenes томонидан касалланиш, ногиронлик, ўлим ҳолатлари ва ижтимоий-иқтисодий зарар келтириши юқори бўлиб қолмоқда [4]. Шундай қилиб, касалликнинг кенг тарқалганлиги, оғирлиги ва стрептококк инфекциясининг салбий оқибатларига олиб келиши S.pyogenes чақирган касалликларнинг долзарблигини таъкидлайди.

Эпидемиология

Маълумотларга кўра стрептококкли инфекциялар 616 млн. ҳолларда тонзилофарингит, 111 млн. ҳолларда пиодермия ва 660 минг ҳолларда оғир инвазив инфекциялар турларида қайд этилади. Бундан ташқари, стрептококкли инфекциядан кейинги асоратлар даражаси юқори. Шундай қилиб, ревматик лихорадка билан 15,5 млн. атрофида, 0,5 мингдан ортиқ ҳолларда эса ўткир гломерулонефрит билан касалланадилар [4].

Стрептококк этиологияли тонзиллит билан кўпроқ 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар касалланадилар. Инфекция асосан мўтадил иқлимда, қиш ва баҳор ойларида учрайди. Уй шароитида, мактабларда, ҳарбий қисмлар ва бошқа аҳоли зич жойлашган жойларда кенг тарқалади. S. pyogenes резервуарлари атроф муҳитда ёки табий хўжайини мавжуд эмас, шунинг учун касаллик манбайи фақат бемор одам бўлиши мумкин. Тахминларга кўра алиментар йўл билан ифлосланган буюм ва овқат орқали юқиши ҳақида яхши ёзилган бўлсада, асосан инфекция ҳаво-томчи йўли билан юқади. S.pyogenes қайнатилмаган сут ва ифлосланган овқат истемол қилинишида ангинанинг кенг тарқалиш ҳолатлари ҳақида маълумотлар мавжуд [10, 11].

Скарлатина бошқа иситма билан кечувчи касалликлардан (қизамиқ ва бошқ.) 17 асрдаек алоҳида касаллик бўлиб ажратилган. 19-асрнинг иккинчи ярмида Европа ва Шимолий Америкада юқори ўлим ҳолатлари билан скарлатина эпидемияси кузатилган [10]. Пенициллин пайдо бўлиши билан скарлатина тарқалиши камайган. Ўлим ҳолатлари эса жуда ҳам кам. Аммо 21-асрда Хитой ва Гонконгда баъзи катта эпидемиялар қайт этилган [10].

Ривожланган давлатларда инвазив стрептококкли инфекцияларнинг камайишига қарамасдан, кам таъминланган ва инфраструктураси яхши бўлмаган юртларда S. pyogenes чақирувчи инфекцион касалликлар асорати ва у сабабли ўлим ҳолатлари юқорилиги кузатилмоқда. Ушбу ўлим ҳолатлари ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларида юрак ревматик касалликлари ривожланиши билан боғликлиги долзарб муаммолигича қолмоқда [5, 12].

Таъкидлаш керакки, S.pyogenes ва унга алоқадор касалликларни бошқа юқумли касалликларга нисбатан таққослаганда эпидемиологик тушунчаси заиф бўлиб қолмоқда. Юқумли касалликларни назорат қилиш дастури ўрнитилган мамлакатларда S. Pyogenes ва бошқа пиоген стрептококклар чақирувчи касалликлар нисбатан кам назорат қилинмоқда. Бироқ, йиллар мобайнида вазият яхшиланди ва кўплаб мамлакатларда А гуруҳидаги инвазив стрептококкли инфекцияларни албатта рўйхатга олиш ўрниталган. Ушбу касалликнинг эпидемиологиясини асосий муаммоларини тўлиқ ўрганиш учун узоқ муддат давомида беморларни комплекс текширувларда қўзғатувчини характеристикасини ва штаммини, касалликни оғирлигини, қанча давом этишини аниқлаш мақсадида ўтказилиши талаб этилади. Ушбу омилларни тушуниш самарали профилактик стратегиясини ишлаб чиқишга ёрдам беради. Стрептококкли инфекцияларни тарқалишида касалликнинг турли популяция ўзгаришларини аниқлашда эпидемиологик назоратнинг муҳимлигини белгилайди [12, 13, 17].

1980-1990 йилларда S. pyogenes. Чақирган йирингли инфекциялар тарқалиши кузатилган. Кўп ривожланган мамлакатларда S. pyogenes инвазив изоляторлар қаторида S. pyogenes чақирган инвазив инфекциялар кўпайиш частотаси стрептококкнинг специфик MT1 колоналари билан кўпроқ боғлиқлиги устунлик қилган [12, 17]. S. pyogenes келтириб чиқарадиган инвазив инфекцияларнинг вақт ва географик минтақа қараб ўзгариб туради, бу аниқ популяцияларнинг маълум штаммларга мойиллигини, устун турларини таъбий фарқларини акс эттиради. Типларни тарқалишидаги ўзгаришлар инфекциянинг оғирлигини ва умумий ўлим кўрсаткичларини ўзгаришига олиб келади [17].

Гарчи S. pyogenes келтириб чиқарадиган инфекциялар болаларда (масалан мактабларда ва мактабгача таълим муассалаларида) тарқалиши юқори бўлсада, бир нечта факторларни ва иммунитетни ўзгариши туфайли инфекция ҳар қандай ёшдаги одамлар оғриши мумкин. Стрептококк ангиналари 3 ёшдан катталарда кўпроқ учрайди, асосан хавф гуруҳидаги мактаб ёшидаги болаларда кенг тарқалган. Чақалоқларда бу касаллик билан ортирилган трансплацентар иммунитет ҳисобига деярли кам учрайди [15]. Касаллик частотаси юқорилиги, инфекциянинг тез тарқалиши, асосан 5-15 ёшдаги болаларни ва ёшларни касалланиши, кўп меҳнат кетиши, оғир асоратлар ривожланиши, ҳамда иқтисодий зарар келтириши стрептококк инфекцияларни долзарблигидан дарак беради ва касалликни тарқалишини, асоратларини олдини олишни назорат қилиш талаб қилинади.

Стрептококк инфекцияларини клиник хусусиятлари

Стрептококк инфекциялари клиник шакллари юзаки шикастланишлардек (тонзиллит, тонзиллофарингит, импетиго ва бошқалар) оғир инвазив инфекциялар ва токсин таъсирида ривожланган касалликлар (токсик шок, скарлатина) билан ҳам характерланади [2,5,15].

Стрептококкли тонзиллитнинг клиник ривожланиши ўткир иситмадан, ҳолсизликдан ва ангинадан бошланади. Томоқдаги оғриқлар ва муртак безларининг гипертрофияси, гиперемияси, ҳамда бўйин лимфа тугунларини катталашиши касалликнинг типик белгилари ҳисобланади. Қорин соҳасида оғриқ ва қайт қилиш асосан кичик ёшдаги болаларда кенг тарқалган. Йўтал, ринорея, овознинг бўғилиши, коньюктивит ва диарея стрептококк тонзиллитларга характерли эмас, бундай симптомлар йўқлиги стрептококксиз (одатда вирус) этиологияли тонзиллитдан дарак беради.

Хусусан стрептококкли тонзиллитга интоксикацион синдром кўринишлар характерли: иситма (кўпроқ 39°С дан юқори), бош оғриги, холсизлик, қайт йилиш. Тўлиқ клиник кўриниши касаллик бошланишидан 2-суткасидан кузатилади. Томоқдаги ўзгаришлар оқ доғлар ва сариқ қоплам билан қопланиб муртак безларини гиперемияси ва гипертрофияси, ҳалқум орқа деворининг гиперемияси характерли.

Қоплам юмшоқ, шпатель билан осон ечиладиган. Бўйин олди лимфатик тугунлари одатда катталашган, қаттиқ ва оғриқли. Даволанмаса тонзиллит одатда 3-6 кунда ўтиб кетади, ҳарорат эса 1 ҳафта мобайнида пасаяди. Антибиотиклар билан даволанмаса симптом-

ларни йўқлигига қарамасдан S.pyogenes бир неча ҳафта мобайнида мусбат бўлиб қолади [5,6,16].

Стрептококк этиологияли тонзиллитни клиникасига қараб аниқлаш мушкул, чунки бошқа этиологияли тонзиллитлар билан клиник кўриниши ўхшаш. 3 ёшдан кичик болаларда катарал тонзиллит кам учрасада, бу ёшдаги болаларда стрептококк инфекцияси интоксикация, лимфоаденопатия ва шиллиқ-йирингли ринит билан кечади. Антибиотиклар билан даволашда этиологик агентни лаборатор аниқлаш муҳимдир.

Стрептококкли тонзиллитнинг йирингли асоратлари ҳалқум инфекциясининг гематоген ва лимфоген йўл билан бошқа органларга тарқалиши натижасида ривожланиши мумкин. Қуйидаги асоратларни ўз ичига олади: перитонзиляр орқа ҳалқум абсцесси, синусит, ўрта қулоқ отити, бўйин лимфаденити, бактериемия, эндокардит, пневмония ва менингит. Маҳаллий асоратлардан перитонзилляр абсцесс беморларда маҳаллий оғриқлар билан симптомларнинг оғир ёки узоқ давом этиб юқори иситма ва токсик кўринишлари билан кечади [5, 14].

Бундан ташқари, ўткир ревматик иситма ва стрептококкдан кейинги гломерулонефритни ривожланишини ўз ичига олувчи ноинфекцион аутоиммун яллиғланишлар характерлидир. Ушбу касалликлар стрептококк инфекциясига иммун жавобнинг натижасидир. Кузатувларга кўра стрептококкли тонзиллитларни пенициллин билан даволаш ўткир ревматик иситмани ривожланишини пасайтирсада, стрептококкдан кейинги гломерулонефрит ривожланишини пасайтирмайди [5].

Скарлатина - S. pyogenes чақирадиган интоксикация, тошма ва ангина клиник симптомлари билан характерланадиган ўткир юқумли касаллик. Тошмалар одатда касалликни 1-чи ёки 2-чи кунида кафт ва оёқ тагидан ташқари аввал танага кейин қўл ва оёқларга тошади. Тошмалар қўлтиқ, бўйин (Пастии чизиғи) ва бошқа шу каби терининг таъбий бурмаларида қуюқ тошишлар билан характерланади. Скарлатина билан оғриган беморлар юзининг оғиз-бурун учбурчагидан ташқари ёноқлар гиперемияси ва терида майда макула-папулез тошмалар билан характерланади. Касалликга "малинали" тил характерлидир. Тошмалар 6-9 кундан кейин йўқола бошлайди, бир неча кундан кейин терида кепаклашиш бошланади, кафт ва оёқ таги пластикали кўчишлар кузатилади. Скарлатинанинг дифференциал ташхиси вирусли экзантема, Кавасаки касаллиги, стафилококкли токсик шок ва аллергик реакциялар билан таққослаб ўтказилади [15].

Скарлатина патогенези охиригача ўрганилмаган. 1920 йилларда Джордж ва Глэдис Дик ва бошқалар олиб борган тадқиқотларга кўра аввал эритроген токсин деб юритилган, ҳозирда эса пирогенн экзотоксин деб синфланувчи S. pyogenes синтезлайдиган оқсиллар аниқлашган [8]. Кейинги кузатувлар кўра эритроген токсин стрептококкли пирогенн экзотоксинларга яқинлигини кўрсатади. Аниқланишича ушбу фаол суперантиген сифатида катта популяцияда Т-ҳужайраларнинг эркин-антиген усули билан цитокин секрециясини стимуллаш хусусиятига эга экзотоксинлар касалликни оғир, стрептоккли токсик шок синдроми ривожланишида муҳим роль ўйнайди [7, 8]. Скарлатина патогенезининг бу боғлиқликлари стрептококкли инфекцияларда кейинги асоратлари ривожланишини тушунтиради.

Диагностика

Бирламчи томоқдан олинган суртмадан олинган экманинг S.pyogenes мусбат бўлиши стрептококкли тонзиллит диагностикасида "Олтин стандарт" бўлиб ҳисобланади. S.pyogenes антигенини аниқлашда охирги йилларда экспресс-тест қўлланилмоқда. Тестлар 95% ва ундан юқори даражада спецификлиги эрта амбулатор шароитларда қўлланилганда тўғри ташхис қўйишга имкон беради. Охирги йилларда экспресс-тестлар S.pyogenes. антигенларини аниқлаш кўп ишлатилмоқда. Болалар ва ўсмирларда экспресс-тестнинг манфий жавоб олинганда культурал текширувлар ёрдамида аниқланади. Кўп клиник қўлланмаларга биноан катталарда тестнинг антигенга манфий бўлса, доимий қўлланиувчи текширувлар ўтказилиши тавсия этилмайди, чунки илк эпизодларсиз ревматик иситмани ривожланиш хавфи кам [16, 18].

S. pyogenes инфекциясида ўткир ревматик иситма ёки стрептококкдан кейинги гломерулонефрит ҳолатларида S. pyogenes антигенларига Антистрептолизин О ёки ДНКазага ўхшаш антителаларни аниқлашда серологик анализлар ретроспектив ташхисотда фойдали, лекин стрептококкли тонзиллитларда бу тестлар қўлланилмайди, чунки специфик антителалар даражаси фақатгина инфекция бошланишидан 7-14 кун ўтгач ошиши бошланади, 3-4 ҳафталарда максимал даражаларга етади [1, 11, 16].

Давоси.

Стрептококкли инфекцияларнинг, асосан стрептококкли тонзиллитларнинг асосий даволаш усули этиотроп антибактериал терапия ҳисобланади. Стрептококкли тонзиллитларни даволашда антибиотиклар учта сабабга кўра тайинланади:

1. Касалликни давомийлигини ва оғирлигини қискартиради. Баъзи кузатувларга кўра, специфик терапия иситма ва ангинани ўртача 1 кунга қискартиради.

2. Ревматизм ривожланишини олдини олади. Ўткир ревматик исима стрептококкли тонзиллитнинг потенциал асорати ҳисобланади, ва асосан йигирманчи асрнинг ўрталарида АҚШнинг қуроллий кучларида ўтказилган кузатувларига кўра пенициллин билан даволаш ревматик иситма ривожланиш хавфини пасайтиради [16].

3. Стрептококкли тонзиллитнинг йирингли асоратларини олдини олади. Кўрсатилишича, антибиотиклар билан даволаш отит ва синусит каби иккиламчи асоратларни ривожланиш частотасини пасайтиради. Антибиотиклар билан ўз вақтида даволанишнинг қўшимча афзаллиги бошқа одамлар орасида инфекция тарқалишини камайтиришда асосий кураш фактори хисобланади [18].

Кўп йиллар давомида стрептококкли тонзиллитларнинг даволашда пенициллинлар танланган антибиотиклар бўлиб қолмоқда. S. pyogenes барча жойларда пенициллин ва бошқа бета-лактам антибиотикларга сезгирлиги сақланиб қолмоқда. Пенициллин клиник амалиётда хавфсизлиги ва тор доирада самарадорлиги, арзонлиги инобатга олган ҳолда бирламчи тармоқда қўлланилиши сифатида тавсия этилмоқда.

S.pyogenes ҳозиргача β-лактам антибиотикларга сезгирлиги сақланишига қарамасдан, кейинги йилларда тонзиллитларни даволашда муаммолар аниқланмоқда. Чунки муаллифлар кузатувларига кўра стрептококкли тонзиллитларда пенициллинотерапия 25-38% ҳолатларда мувафақиятсиз бўлган. Бунинг сабабларидан бири бодомча безларининг чуқур тўқималарида, асосан сурункали яллиғланиш жаранларида мавжуд бўлган мик-

роорганизмлар-копатогенлар, булар ишлаб чиқарадиган β–лактамаза-специфик ферментлари билан пенициллинни гидролизланиши бўлиши мумкин [5, 18].

Ҳозирги вақтда пенициллин қаторидаги перорал қўлланиладиган оптимал препарат амоксициллин ҳисобланади. Амоксициллин ярим чиқарув вақтининг узоқлиги ва болаларда қўлланилиши билан самарали ҳисобланади. Анамнезида пенициллин ва амоксициллинга аллергияси бор пациентларда цефалоспоринлар қўлланилади. Макролид антибиотиклар қўшимча альтернатив препарат ҳисобида тайинланади, лекин қўзғатувчининг нисбатан турғунлиги тарқалган [7].

Назорат ва профилактика

Лицензияланган вакциналар мавжуд бўлмаганда S. pyogenes касаллиги учун соғлиқни сақлаш стратегияси юқумли касалликларни камайтириш ва инвазив оғир касалликлар хавфидан ҳимоя қилиш чораларига қаратилган [9]. Касалликнинг инвазив шакилларини кўпайишининг хавотири инфекция тарқалишининг назорат қилишда баҳолаш имконини берди. Кўпгина инвазив касалликлар маълум гуруҳларда эмас, балки камдан-кам учрайди, шунинг учун эпидемияни назорат қилиш орқали профилактика қилиш имкониятлари бир оз чекланган. Шунинг учун профилактик чораларига қуйидагилар кириши мумкин: беморни ўз вақтида аниқлаш ва изоляция қилиш, санитария-гигиена шароитларини яхшилаш, хавф гуруҳларини аниқлаш, антибиотик профилактика ва даволаш. Касаллик тарқалишида эпидемиологик текширувлар касалликни аниқлашда ёки юқиш йўлларини йўқ қилишда, профилактик чоралар қўллашда муҳим аҳамиятга эга.

Скрининг потенциал чалинган одамлар бактериологик текширувлар алоҳида ўрин эгаллаб маълум бир муҳитда ёки аҳоли гуруҳларида бошқаларга юқиш эҳтимолини кўрсатиш мумкин. Манфий натижаларни эҳтиёткорлик билан изоҳлаш керак, чунки скринингда колонизацияллашган бактерияларни танлаб олиш техникаси ёмон бўлиши, намуналарни қайта ишлаш ва тестдан ўтказишда мувафақиятсиз ўтган бўлиши мумкин [17].

Мукаммал ҳужжатлаштирилган ҳисоботларга қарамасдан S. pyogenes тарқалишида атроф муҳит роли потенциал баҳоланмаган. S. pyogenesни стрептококк билан инфицирланган беморнинг кийими ва ётоқ чойшабларидан, ҳамда тўпланиб қолган чанглардан ажратиб олиш мумкин. Зарарланган ошхона ходими томонидан ҳам озиқ-овқат ва ошхона анжомлари ёрдамида юқтириши мумкин. Шундай қилиб, стрептококкли инфекциясини эрта аниқлаш ва атроф муҳитда фаоллигини йўқотиш касалликни тарқалишини олдини олишда фундаментал компонент ҳисобланади.

Стрептококкли инфекцияларнинг асосан респиратор ва тери шакилларини антибиотиклар билан даволаш инфекцияни юқишини пасайтиришда самарали восита ҳисобланади [12, 17].

Скарлатина ва тонзиллитни тарқалиши асосан уйишган аҳоли (мактаб ва мактабгача таълим муассасалари) орасида кенг тарқалган. Бундай ҳолатларда иккиламчи профилактик чора-тадбирлар сифатида қўллар гигиенасини кучайтириш ва беморларни соғайишига қадар ёки минимум антибиотик терапия бошлангандан кейин 24 соат алоҳида қилиш керак.

S. pyogenes чақирган инвазив инфекциялар тарқалиши кам учрайди, лекин асосан даволаш-профилактик муассасаларида мунтазам учраб туради [1, 12]. Бундай ҳолатларда инфекциянинг тарқалиши S. pyogenes. ташувчилар ҳисобига юзага келади. Шунинг учун тиббий ходимда, аҳолида ва атроф муҳитда бактериологик скрининги ўтказилиши инфекциянинг юқиш йўлларини тушунишга ёрдам беради ва профилактик мақсадни аниқлашга имкон беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Матиевская Н.В. Инвазивная инфекция, вызванная β-гемолитическим стрептококком группы А: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение // Медицинские новости. - 2017. - №9. - С. 21-25
2. Новосад Е. В., Бевза С. Л., Обольская Н. М., Шамшева О. В., Белименко В. В. Носительство β-гемолитического стрептококка группы А у детей: проблема дифференциальной диагностики // Детские инфекции. 2018; 17(2):52-57. https://doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-2-52-57
3. Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы.-М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2006. - 544 с.
4. Тотолян А.А. Прошлое и настоящее Streptococcus pyogenes: некоторые факторы патогенности и их генетическое детерминирование // Вестник РАМН. - 2015. - № 1. - С.63-69.
5. Щербакова М.Ю., Белов Б.С. А-Стрептококковый тонзиллит: современные аспекты // Педиатрия. - 2009. - Том 88. - №5. - С. 127-135.
6. Chiappini E., Regoli M., Bonsignori F., Sollai S., Parretti A., Galli L., de Martino M. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children // Clin Ther. 2011. Vol. 33 (1). P. 48-58.
7. Creti R., M. Imperi, L. Baldassarri, M. Pataracchia, S. Recchia, G. Alfarone, and G. Orefici. 2007. Emm types, virulence factors, and antibiotic resistance of invasive Streptococcus pyogenes isolates from Italy: what has changed in 11 years? J. Clin. Microbiol. 45:2249-2256.
8. Cunningham M. W. 2000. Pathogenesis of group A streptococcal infections. Clin. Microbiol. Rev. 13:470-511.
9. Dale J. B. 2008. Current status of group A streptococcal vaccine development. Adv. Exp. Med. Biol. 609:53-63.
10. Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2017.
11. Johnson R., Kurlan R., Leckman J., Kaplan L. The Human Immune Response to Streptococcal Extracellular Antigens: Clinical, Diagnostic, and Potential Pathogenetic Implications. Clin Infect Dis. 2010; 50 (4): 481-490.
12. Luca-Harari et al. Clinical and Epidemiological Aspects of Invasive Streptococcus pyogenes Infections in Denmark during 2003 and 2004. J.Clin. Microbiol., Vol. 46, No. 1, Jan. 2008, p. 79-86. 0095-1137/08/$08.00+0 doi:10.1128/JCM.01626-07
13. Luca-Harari et al. Clinical and Microbiological Characteristics of Severe Streptococcus pyogenes Disease in Europe. J.Clin. Microbiol. Vol. 47, 2009 Vol. 47, No. 4., p. 1155-1165. 0095-1137/09/$08.00+0, doi:10.1128/JCM.02155-08
14. Regoli M., Chiappini E., Bonsignori F., Galli L., de Martino M. Update on the management of acute pharyngitis in children // Ital J Pediatr. 2011 Jan 31. Vol. 37. P. 10.
15. Sanyahumbi S., Murdoch S.C., Carapetis J.R. Streptoccocus pyogenes: basic biology to clinical manifistations / Ed.: J.J. Ferretti, D.L. Stevens, V.A. -Oklahoma, 2016. - 31 p.
16. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W., Gerber M.A., Kaplan E.L., Lee G., Martin J.M., Van Beneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America // Clin Infect Dis. 2012. Vol. 55 (10). P. 86-102.
17. Wahl R. U. et al. Epidemiology of invasive Streptococcus pyogenes infections in Germany, 1996-2002: results from a voluntary laboratory surveillance system. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, CMI, 13, 1173-1178.
18. Zacharioudaki M., Galanakis E. Management of children with persistent group A streptococcal carriage. Expert Rev Anti Infect Ther. 2017; 15(8): 787-795.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.9:618.3-06

ЎРВИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМИ, КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЯНГИЧА ҚАРАШ

Рузиева Н.Х., Расул-Заде Ю.Г., Алиёрова Г.А.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Адабиётларда маълумотлар бўлишига қарамасдан, бугунги кунда ҳомиладорлик ва ҳомиладорликни сўнги муддатлари ўткир респиратор инфекция билан кечганда ҳомила ва онада асоратлар кечиши, ҳомиладорликни олиб бориш ҳақида аниқ кўрсатма йўқ. Мақолада ўткир респиратор вирусли инфекцияни ҳомиладорлик паталогиясидаги роли ҳақидаги маълумотлардан ҳулоса қилиб, катта эҳтимол билан уни ҳомила ва янги туғилган болага салбий таъсирга эгалигини тан олсак бўлади. Аҳоли орасида вирус ва бактерияларни кенг айланиши ва уларни инсон организмда ҳомиладорликни кечиши ва якуни ҳақидаги бир-бирига зид маълумотлар бу инфекцияни ҳомиладорлик, ҳомила ва янги туғилган бола паталогиясини кейинги ўрганилиши долзарб эканлигини белгилайди.

Калит сўзлар: Ўткир респиратор касалликлар, хомиладорлик, асоратлар, ўткир респираторли вирусли инфекция, грипп, пневмония.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПА ТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОРВИ

Рузиева Н. Х., Расул-Заде Ю. Г., Алиёрова Г. А.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Несмотря на то, что имеются данные в литературе, на сегодняшний день нет четких указаний на возникновение осложнений у плода и матери, осуществляющих беременность, когда беременность и послеродовой период сопровождаются острой респираторной инфекцией. В статье обобщены сведения о роли острой респираторной вирусной инфекции в патологии беременности, с большой долей вероятности можно допустить, что она оказывает негативное влияние на плод и новорожденного. Противоречивые данные о широкой циркуляции вирусов и бактерий среди населения и их возникновении и окончании беременности в организме человека определяют актуальность данной инфекции при последующем изучении течения беременности, патологии плода и новорожденного.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, беременность, осложнения, острая респираторная вирусная инфекция, грипп, пневмония.

A NEW LOOK AT THE PATHOGENETIC MECHANISM, CLINICAL COURSE AND METHODS OF TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH ARVI

Ruzieva N. X., Rasul-Zade Y. G., Aliyorova G. A.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

Despite the fact that there are data in the literature, to date there are no clear indications of complications in the fetus and mother carrying out pregnancy, when pregnancy and the postpartum period are accompanied by acute respiratory infection. The article summarizes information about the role of acute respiratory viral infection in the pathology of pregnancy, with a high probability it can be assumed that it has a negative impact on the fetus and newborn. Conflicting data on the wide circulation of viruses and bacteria among the population and their occurrence and termination of pregnancy in the human body determine the relevance of this infection in the subsequent study of the course of pregnancy, fetal and newborn pathology.

Key words: acute respiratory diseases, pregnancy, complications, acute respiratory viral infection, influenza, pneumonia.

Мавзу долзарбиги

ЎРВИ ва грипп дунёда учраш миқдори бўйича асосий ўринни эгаллайди ва барча инфекцион касалликларнинг 95%ини ташкил қилади [1]. Ҳомиладорлик даврида 2-9% беморда ЎРВИ кузатилади. Ҳомиладорларда инфекцияларга ўзига хос мойиллик йўқ, бироқ табиатан инфекцион ва вирус табиатли респиратор касалликлар ҳомиладорликда оғир ўтади ва оғир асоратлар келтириб чикаради [2]. Ҳомиладорлик вақтида иммунитетни физиологик пасайиши юз беради, шунинг учун ҳомиладор аёл организми кучсизланади ва турли инфекцион касалликларга мойиллиги ортади [3].

Ҳомиладорларда респиратор инфекциялар организмнинг иммунологик реактивлигини камайтиради ва перинатал асоратлар ҳамда ҳомила йўқотишга сабаб бўлади. Респиратор инфекция киндик тизимча ривожланишига таъсир кўрсатиши, компенсатор реакцияларни кучайтириб киндик тизимчада яллиғланиш ва дисциркулятор ўзгаришларни чақириши аниқланган [4].

Нафас йўллари инфекциясини ривожланаётган ҳомилага салбий таъсири кузатилади. Бу эса алоҳида

вирусли инфекцияга таалуқли: вирус онага юқади ва онадан ҳомилага утади. Ҳомила томонидан эса оғир ўзгаришлар юзага келиб чикади. Касалликни барвақт пайдо бўлишида ҳомиладорликни тўхтатилиш даврийлиги 13-18%ни ташкил қилади [5]. Агар аёл 4 хафтадандан 12 хафтагача ҳомиладорлик пайтида касалланса - у ёки бу органнинг ривожланишида ўзгаришлар бўлиши мумкин (ЎРВИ пайдо бўлиши пайтида қайси орган ривожланаётганлигига қараб). Кўп ҳолларда туғруқдан сўнг яллиғланиш касалликлари, хомила ичида инфицирланган болаларда эса физиологик ва психологик жихатдан ривожланишда меъёрдан ортда қолиш кузатилади [6]. Грипп билан касалланиш хавфи ва грипп вақтида ҳомиладорликдаги ўлим миқдори ҳомиладор эмасликдагидан анча кўпдир. Хомиланинг ўз-ўзидан тушиши сони айниқса касалланганларда 25-50%ни ташкил қилади [7]. Кўп ҳолларда эпидемия пайтидаги грипп асоратлари вақтида ўлим биринчи навбатда пневмонияда касалхонага ётқизилган барча грипп билан касалланганларнинг 15-21%да юз беради [8].

Маълум бўлишича, организмни умумий иммун ҳолати пасаяди, бу эса вирус ва бактерияларга карши ҳимоя даражасини кўрсатади. Ҳомиладорлик вақтида айни шу вақтда биринчи навбатда ЎРК дори воситаларни бу тизимга таъсири кутилмаган ҳолат ҳисобланади [9].

Грипп - ҳомиладорларда энг куп учрайдиган инфекцион касаллик. Эпидемия вақтида 30-40% аҳолии касалланади. ЎРВИ ва грипп касаллигидан ўлим ҳолати 0,6% аҳолини ташкил килади [10]. Грипп - ўткир вирусли инфекцион касаллик бўлиб, вирус қон-томир ўтказувчанлигини оширади, микроциркуляцияни бузилишига ва геморрагик асоратларга олиб келади. Грипп иммун резистентликни камайтиради ва сурункали инфекцион касалликлар қайталанишига имконият туғдиради (ревматизм, пиелонефрит, холецистит ва бошк.). Касалланган илк соатларидан бошлаб бемор 5-7 кун давомида шиллиқ пардалар яллиғланиши билан кечади. Вирус 10-14 кун ёки кечрок гриппнинг асорати пневмонияни келтириб чикариши мумкин. Вирус факат бурун-ҳалкумни зарарлаши ҳам мумкин, касалликнинг симптомсиз кечиши эпидемиологик жиҳатдан хавфли ҳисобланади [11].

Касалликнинг оғирлик даражаси кўп факторларга боғлиқ: организмнинг умумий ҳолатига, ёшга, беморнинг олдин вируснинг шу типи билан касалланган ёки касалланмаганлигига. Ҳомиладор аёлларда касаллик кечишини 4 гуруҳга бўлиш мумкин: енгил, ўртача оғир, оғир ва гипертоксик кечиши. Ҳомиладорларда гриппнинг оғир шакли 30-40% беморларда кучли холсизлик, нерв системасида ва қон-томир тизимида бузилишлар учрайди. ДВС-синдроми кузатилиши мумкин. Умумий ўпка шиши ёки юрак қоринчалар фибриляцияси келиб чикиши мумкин. Умумлаштирилган грипп инфекцияси ДВС-синдроми, муддатдан олдин йўлдошни кўчиши, инфекцион токсик шок, она ва ҳомиланинг антинатал ўлими билан кечиши каби оғир асоратларга олиб келади. Ҳомиладорлик грипп билан кечганда буйрак, гипофиз, миокард ва бошқа органларнинг қон-томир микроциркуляциясида кўплаб тромбозлар кузатилиб, гемостатик бузилишлар намоён булади, хусусан, гриппнинг токсик шакли учун характерли. Гриппнинг ўта оғир (яшин тезлигидаги, гипертоксик) шакли - бу гриппнинг жудаҳам оғир шакли булиб, мия шиши ривожланиши билан нейротоксикоз, юрак қон-томир ва нафас етишмовчилиги, ДВС - синдроми ривожланиши билан характерланади. Касалликнинг бу шакли жудаҳам тез ва оғир кечади. Айниқса ҳомиладор аёлларда гриппнинг оғир ва асоратланган шаклида тез-тез ўткир нафас етишмовчилиги синдроми келиб чиқади. Бу эса ўпкада нафас юзасини қисқаришига, бронхиола дарахтларни обструксиясига, моддалар диффузияси бузилишига, функционал қисмлар редукцияси (коллапс, ателектаз)га, нафас мушаклари функсиясини тўлиқ бажармаслигига, сурфактант тизимининг бузилишига, нафас марказлари функсиялари бузилиши ёки нафас мушаклари бошкарувчи афферент зоналар блокадаси, вентиляция ва перфузия орасидаги номувофиқликга олиб келади [12].

Кейинги ўринда ҳомиладорларда гриппнинг оғир ва асоратланган шаклида кўп учрайдиган синдром - ўткир циркулятор етишмовчилик. Бу она ва ҳомила организмида қайтариб булмас ва оғир асоратларга олиб келади. Бу асоратлар ривожланишида вирус - бактериал токсинлар асосий ролни ташкил қилади, периферик қон айлниш регуляциясида бузилишлар чақиради [13].

Ҳомиладорларда инфекцион касалликларга сезувчанлик ва берилувчанлик юқори, уларда оғир ва асоратланган шакл тез-тез кузатилади. Ҳомиладор аёл организмида грипп инфекцияси таъсирига қаршилик кўрсата олиш қобилияти кескин пасаяди, эндокрин ва иммун тизимлар функсиясини бузилиши латент касалликларни активланишига имконият яратади. Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги вақтда гриппни вирус - бактериал этиологияли инфекцион - токсик ҳолати гиповитаминоз ва гиперацидоз ривожланишига имконият туғдиради, бошқа бузилишлар билан йиғилиб ҳар хил асоратларга олиб келиши мумкин [14].

Грипп ўтказган аёллар йўлдошида ички бўшлиқларда тромблар жойлашиб қолади, базал пластинкада, қовуқда, киндикда ўчоқли қон қуйилишлар, плацентар қон айланишлар бузилиши кузатилади, бу ўз навбатида ҳомилага салбий таъсирини ўтказади. Бу вируснинг плацента орқали ўтказилиши билан бевосита боғлиқ бўлиши мумкин ва грипп инфексияси томир силлиқ мушакларига тўғридан-тўғри таъсир ўтказади ва гиперацидоз билан грипп токсемияси, етакчи ўринларда капилярит, васкулитга олиб келади [15].

Хомиладорлик вақтида грипп ўтказган аёлларда, ҳомиладорликнинг оғир ўтиши ҳомила ривожланишида туғма аномалиялар ва болалар ўлими кўрсаткичи ошади. Муддатдан олдинги туғруқ туғувчиларда 16,5%ни ташкил қилади. Туғруқдан кейинги касалликлар эндометрит, мастит тез-тез учраб туради. Касалликнинг қайталаниши ҳомиладорлик тўҳташига олиб келади. Маълум бўлишича, ўткир даврда туғруқлар, асосан муддатдан олдинги туғруқда ҳомила ва туғилган болага салбий таъсир ўтказади, жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари камайиши ва унинг касалланиши ошишини ифодалайди. Акушернинг асосий вазифаси ҳомиладор аёлни муддатдан олдинги туғруқ бўлиши ҳақида огоҳлантириш. Туғруқ табиий туғруқ йуллари орқали кечади [16].

Ҳомила грипп вируси билан инфекцияланганда кўпинча туғруқнинг биринчи дардларида нобуд бўлади. Инфекциялар таъсирига жуда сезгир ҳомила туғруқ вақтида зарарланади ва шунинг учун грипп билан касалланганларда антенатал ва интранатал даврда ўлим юқори даражада учрайди [17].

Грипп ҳомиладорликнинг кечки муддатларида фетопатиянинг сабаби ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг I-даврида грипп билан зарарланган аёлда марказий нерв системаси ривожланиши билан боғлиқ нуксонлар келиб чиқади. Сидирова И.С., Кулаков В.И. Макаров И.А. (2006) қайд қилишича, ҳомиладорликни I-даврида ўткир инфекцион жараёнлар ҳомила ва унинг нобуд бўлишига тўғридан-тўғри токсик таъсир ўтказиши аниқланган. Баъзи ҳолларда плацентани инфекцияланиши кейинги вақтда плацента етишмовчилиги, ҳомила ўсишини тўхташи, ҳомилада ҳомила ичи инфекциясига оид патологияларни келтириб чиқаради.

Инфекцион жараён ва ҳомила ичи инфекцияси ҳомиладорликнинг I-даврида ўзига хос хусусиятга эга. Ҳомиладор аёлларда ўткир ёки сурункали инфексияланишни кечиши ҳомила ўсишининг эрта даврларида ҳомиланинг, эмбриоННинг инфекцияланишига олиб келувчи хавф омили ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг I-даврида ЎРВИ касаллиги ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши, ҳомиладорликни ўсишдан орқада қолиши ёки ҳомиланинг эмбриотоксик ва тератоген шикастланишига олиб келади. Бачадон бўшлиғига инфекция тушиши симптомлари: эндометрит, хорионнинг қисман кўчиши ва ҳомила тушиш хавфи ҳисобланади. Инфекцион агент бачадон бўшлиғига тушиб доим ҳам ҳомила ва эмбрионни шикастламайди. Ҳомиладорликнинг II-даврида ҳомила ва инфекцион агентнинг бир-бири билан ўзаро таъсир механизми мавжуд эмас. Шунинг учун инфекцион жараён кам ҳолларда бўлади [18].

Ҳомиладорликнинг II-даврида инфекция амнион орқали ҳомила ичига киради. Амнион яллиғланишини характерли белгиси кўпсувлилик ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг бу муддатларида гематоген инфекциядан ҳимояланишнинг асосий механизми плацентадаги хорион синцитияси ва Ланхганс ҳужайрасининг қалинлашиши, трансплацентар ўтказувчанликнинг қаршилиги ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг II-давридаги яллиғланиш реакциясининг ўзига хослиги плацента тўқимасида инфекцион жараённинг тарқалиб кетишини олдини олувчи пролиферация ҳисобланади.

16-ҳафтадан ҳомиланинг иммун ситемасида морфофункционал шаклланиш рўй беради. Ва натижада инфекциядан ҳимояланиш механизми қийинлашади. Онада организмидаги иммуноглобулинлар плацента оркали ҳомилага ўтади. Ўткир инфекция пайдо бўлиши билан ҳомила ўзидан IgM ишлаб чиқаради, плацента эса бактерия ва баъзи вирусларни ушлаб қолиб, уларни амнион бўшлиғига ўтишига тўсқинлик қиладиган адсорбент молекулаларни ажратади.

Ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасида ҳомила ўзининг гуморал ва ҳужайравий иммунитетини ишга туширади. Инфекцион агентнинг таъсирига жавобан кейинчалик инфекция тушишининг олдини олувчи пролифератив яллиғланиш реакцияси ривожланади. Шу давр ичида инфекция қўзғатувчиси плацентага кириб олиши ва унда яллиғланиш реакциясини келтириб чиқариши мумкин, лекин у ҳомилага ўтиб боролмайди, бу плацентанинг кучли ҳимоя функсиясидан далолат беради.

Она организмида инфекцияга бўлган носпецифик резистентликнинг мавжуд бўлмаслиги ёки иммун ҳимоянинг камайиши (стресс, совуккотиш, ЎРВИ) плацентадаги генерализацион яллиғланиш жараёнини (плацентит, децидуит) ва ҳомила ичи инфекцияланишини вужудга келтириши мумкин.

Ҳомиланинг ўзини микрофлараси йўк ва унинг иммунокомпетент ҳужайралари патоген микрофлора билан тўқнашади. Бу патоген флора ҳар хил йуллар орқали она организмидан фетал зона, плацента, амнион қобиғи ҳужайралари ва амнион суюқлигига ўтади.

Инфекцион агент факат ҳимоя механизми билан алоқа ўрнатади. Инфекцион агентнинг таъсирига жавобан ҳомила ривожланишининг кечки даврларида ҳомилада дистрофик жараён билан бирга яллиғланиш реакциясининг барча белгилари келиб чиқади. Кўпгина умумий инфекцион жараён эмас, маҳаллий инфекцион жараён (энцефалит, гепатит, пневмония) ривожланади. Бачадон-плацента ва ҳомила-плацента орасида қон айланишининг камайишига жавобан инфекцияланган ҳомилада адаптацион ва компенсатор жараёнлар пасаяди [19].

Янги туғилган чақалоқларда дисэмбрионал стигм мавжудлиги эрта фетал даврда ҳомилага кириб олиб, ҳомила организмида узоқ давом этадиган инфекциядан далолат беради.

Ҳомиладорликнинг III-даврида вируснинг таъсири кўпинча ҳомиладорликнинг муддатдаги тугрукда хомиланинг тўлиқ ривожланмаганлик белгилари билан намоён бўлади.

Ҳомиладорликнинг III-даври ҳомиланинг инфекцияга янада чидамлилиги билан тавсифланади. IgG она организми ва плацентада синтези ошади. Ҳомилада пайдо бўлган IgM синтези кўпаяди [20].

Плацента орқали ўтишининг катта хавфи ҳомиладорликнинг 32-34 ҳафтасидан плацентани ўтказувчанлиги ошганида вужудга келади.

Одатда грипп ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма ҳисобланмайди, аммо аёл ҳомиладорликнинг бошланишида грипп ўтказган ва ҳомила ривожланатёган бўлса, ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасигача ҳомиладорликни тўхтатишни тавсия қилиш мумкин [21].

Шехтман М.М. (2005) грипп билан касалланган аёлларда даво муолажалари уй шароитида ўтказилиши керак деб ҳисоблайди. Стационар даво муолажалари учун кўрсатма касалликнинг оғир формалари пневмония, миокардит, марказий нерв системасининг зараланиши ҳисобланади. Бемор изоляция қилинади. Шишлар мавжуд бўлмаганда кўпроқ суюқлик ичиш тавсия килинади. Иситма туширувчи ва оғрик колдирувчи дори воситалари тайинланади (ацетилсалицил кислота, анальгин) [22].

Гриппнинг асоратсиз кечишида антибактериал дори воситалар тайинлаш тавсия килинмайди. Антибиотиклар ҳомиладорлик давомида грипп асоратлари бронхит, пневмония, гайморит, энцефалит, отит кузатилганда рухсат этилади.

Гриппга қарши эпидемия олдидан ва шу даврда профилактика ўтказилади. Аёлларни тирик ёки гриппга қарши нофаол вакциналар билан эмлаш ҳомиладорлик даврига таъсир қилмайди. Одам лейкоцитар интерферонлари билан профилактика ўтказилади [23].

Гриппдан кўп миқдордаги ўлим кўрсатгичи бевосита бу касаллик билан эмас, ўтказилган грипп асоратлари билан боғлик. Бу асоратлардан ўпка ва юрак касалликлари тез-тез учрайди (жумладан, ўткир пневмония). Грипп ҳомиладор организмида патологик реакцияларга фон ҳисобланади, кейинчалик кўплаб асоратлар ривожланишига олиб келади. Умуман олганда, барча ўлим кўрсаткичининг 40% қисмни грипп ва унинг асоратларидан келиб чиққан ўлим кўрсаткичи эгаллайди [24].

Кўплаб ҳомиладор аёлларда гриппнинг ўзига хос асоратсиз кечиши кузатилади. Шунга қарамасдан бир қанча ҳомиладор аёлларда касаллик ҳолати шиддат билан ривожланади ва иккиламчи бактериал инфекция билан асоратланади, пневмония қўшилади. Ҳомилада дистресс-синдром ривожланиши ҳомиладор аёл касаллиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳомиладорликнинг салбий кечиши ва оналар ўлими асосан касалликнинг оғир кечиши билан боғлиқ [25].

Ҳомиладор аёлларда касаллик белгилари аниқлангандан кейин зудлик билан вирусга қарши даво муолажалари тайинланиши керак ва лаборатор-тест натижалари олингунча кечиктирилмайди, вирусга қарши даво муолажалари касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин қисқа вақтда максимал самара кўрсатиши билан боғлиқ (биринчи, иккинчи кун давомида) [26].

Гриппнинг клиник белгилари юзага келгандан кейин, максимал қисқа муддатда вирусга қарши даво муолажаларини тавсия қилиш мақсадга мувофиқ, биринчи 48 соат давомида - энг қулай вақт (икки кун) [27].

Ҳомиладорлар грипп пандемияси вақтида асоратлар ривожланиши нуқтаи назардан юқори хавф гуруҳига киради ва тез госпитализация талаб қилади. Вирусга қарши препаратларнинг ножўя таъсири хақида маълумотлар етарли эмас, шундай булса ҳам эҳтимолий хавф ошмаслиги учун уларни тадбиқ килиш сезиларли даражада афзаллик беради [28].

Мавсумий грипп даврида касаллик ҳомилага таъсир ўтказиши аниқланмаган, шунингдек, бу инфекциялар билан вирусемия камдан-кам ривожланади ва вируснинг трансплацентар йўл орқали ўтиши кузатилмайди. Шунга қарамай вирус ҳомилага бевосита таъсир ўтказади, инфекцион жараёнда салбий клиник кўриниш намоён этади, масалан, тана ҳароратини кўтарилиши. Биринчи триместр давомида таъсир ўтказилганда, кейинчалик, марказий нерв системаси ривожланиш нуқсонлари учраш тезлиги ошишига, шунингдек бир қатор бошқа асоратлар ривожланишига ҳам олиб келади [29].

Дуда И.В., Дуда В.И. (2007) ҳомиладор аёлларда барча енгил касалликлар ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан сезиларли даражада оғир кечишига эътибор қаратди. Ҳомиладорлик бир қатор ҳолларда нафас аъзолари касалликлари ошишига имконият туғдиради. Ҳомиладорлик вақтида нафас аъзоларидаги физиологик ўзгаришлар шиш кучли васкуляризатсия, бронхлар мушак қават тонусини пасайиши, бронхлар ва юқори нафас йўллари шиллиқ қавати шишидан келиб чиқади. Ҳомиладор бачадон ҳисобига кўтарилган диафрагма ўпка экскурсиясини чеклайди ва юрак қонтомир системасига қўшимча оғирлик туғдиради. Бу ўпканинг нафас юзаси, бронхларда вентиляция жараёни ва дренаж функциясини пасайишига олиб келади, нафас йўллари касаллик ривожланишига мойил бўлиб қолади [30].

Шехтман М.М. (2007) белгилашича, ҳомиладорларда бирламчи бронхит устунлик қилади, сўнгра инфекция ривожлана боради, вирус тана совуши билан бронхларни шикастлайди . Шунинг учун у тез-тез ларингит, трахеит, ўткир респиратор касалликлар бирга келади деб ҳисоблайди [31].

Ўткир бронхит - яллиғланиш касаллиги, бронх шиллиқ қаватларининг тарқоқ шикастланиши ва ўткир кечиши билан тавсифланади. Ўткир бронхитни тарқатувчиси бактерия ва вирусли инфексия ҳисобланади.

Ҳомиладорларда ўткир бронхит барча ҳомиладорлик даврида кузда ва бахорда тез-тез учрашини кузатиш мумкин. Камдан-кам ҳолларда ринит, ларингит, трахеит, грипп, юқори нафас йўллари катарал яллиғланиши билан бошланиши мумкин. Ўткир бронхитни ўртача давомийлиги 7-14 кун. Ташхис лабаротория маълумотлари ва клиник белгиларга асосланиб қўйилади [32].

Ҳомиладорларда ўткир бронхитнинг асоратлари пневмония, ўпка деструксияси, тромбоэмболия бўлиши мумкин. Ҳомиладорларда касалликнинг оғир кечиши ва инфекцион омиллар туфайли ўткир бронхит асоратланиши мумкин. Касаллик ва унинг асоратланган кечишини вирус ва бактериал этиолоия биргаликда қайталаниш ва оғирлик даражасини оширади. Ўткир бронхит қўзғатувчилари ҳомила тухумида, бачадон децидуал қаватида яллиғланиш жараёнлари, ҳомила ичи инфекцияси чақириши мумкин. Бу билан кўплаб ҳомиладорлик асоратлари - сурункали гипоксия, ҳомила ўсишдан орқада қолиши, нормал жойлашган йўлдошни вақтидан олдин кўчиши, туғруқ вақтида - туғруқ сустлиги, туғруқдан кейинги қон кетиши, туғруқдан кейинги - гипогалактия ва жинсий органлар яллиғланиш касалликларига олиб келади. Шунингдек, перинатал касалланиш ва ўлим сони ошади [33].

Ҳомиладорларда касаллик енгил кечиши билан амбулатор даво, оғир ва асоратланган кечиши билан эса туғруқ комплексларида кузатув олиб борилади. Бунда тинчлик, кўпроқ иссиқ суюқлик ичиш тавсия этилади. Йўталда йўталга қарши ва муколитик, ингаляцион воситалар қабул қилинади [34].

Ўткир бронхитнинг юқумлилик даврида антибактериал терапия ўтказилади, ҳомиладорликнинг I-даврида пенициллин ёки ампициллин тайинланади, ҳомиладорликнинг II-даврида цефалоспоринлар (цефуроксим, кефзол), сулфаниламид препаратлар қабул қилинади, аммо узоқ фойдаланиб бўлмайди, кейинчалик ҳомилада бир қанча ўзгаришларга олиб келади. Стрептомицин, левомицетин (хлорамфеникол) ва тетрациклинга ўхшаш антибиотиклар бутун ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейин қарши кўрсатма ҳисобланади, чунки стрептомицин ҳомилада вестибуляр кохлеар аппарат функсиясини бузади, левомицетин ҳомилада қон хосил бўлиш жараёнини бузади, тетрациклин тератоген таъсирга эга ва сут тишларининг гипоплазиясига олиб келади [35].

Диспансеризатсиядан кейин рўйхатдан чиқариш терапевт ва акушер-гинеколог томонидан амалга оширилади. Ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги давр асоратлари ва бронхитнинг кучайишини олдини олиш мақсадида профилактика ўтказилади. Бронх шиллиқ қаватида қўзғалиш чақирувчи барча омилларни йўқ қилиш, бурун-ҳалкумда сурункали инфексия ўчоқларини тозалаш, бурун орқали эркин нафас олишни таъминлаш, организмни табиий ҳимоя омилларини кучайтириш даркор [36].

ЎРВИни тез-тез учрайдиган асоратларидан бири, шунингдек гриппда ҳам пневмония ҳисобланади.

Пневмония - асосан бактериал табиатли ўткир юқумли касаллик, ўпканинг респиратор қисмларини ўчоқли шикастлаши, алвеола ичида экссудация мавжудлиги билан тавсифланади [37].

Проф. Перцева Т.А. (2009) қайд қилишича, пневмония ҳомиладорлар орасида мавсумий характерга эга. Совуққотиш юзага келтирувчи омил ҳисобланади. Грипп эпидемияси даврида грипп вируси пневмония

тез-тез учрашига сабаб бўлади. Қуйидаги микроорганизмлар пневмококк, гемофил тайоқчаси шунингдек, клебсиелла, тилларанг стафилококк, нейссерия, грамманфий энтеробактериялар тез-тез учровчи пневмония қўзғатувчилари ҳисобланади. Бир қатор ҳолларда хламидия, микоплазма, легионелла, риккетсия пневмория қўзғатувчиси ҳисобланади. Ўпкадаги яллиғланиш камдан-кам ҳолларда бирламчи бўлади, одатда бошқа касалликларнинг асоратлари сифатида содир бўлади, кўпроқ - ўткир респиратор вирусли инфексиялар (ЎРВИ) - бурун битиши, фарингит, ларингит, бронхит [38].

Хато ташхис қўйилган касалликларнинг юқори даражаси пневмонияга тегишли ҳисобланади. Албатта гиподиагностика "олтин стандарт" (иситма, балғамли йўтал, лейкоцитоз, ўпка тукимасида инфилтрациянинг рентгенологик белгилари) билан аниқланади, диагностик хатолар учраши 20%ни ташкил килади. Атипик пневмония номи ташхислашдаги маълум даражада қийинчилик билан боғлиқ, аслида пневмониядан фарқли ўлароқ ўпка интерстициясида асосан яллиғланиш-токсик шиш қайд этилади, шунингдек, аниқ локализация ва содда ҳужайравий элементларга эга эмас [39].

Пневмония ҳомиладоларда кўпинча оғир ўтади, касалликни оғирлаштирувчи омиллар ушбу даврдаги анатомо-физиологик хусусият билан боғлиқ.

1. Ўпканинг нафас юзасининг камайиши;
2. Диафрфагманинг юқорида жойлашиши;
3. Бачадон катталашиши билан кўтарилиши;
4. Ўпканинг нафас ҳаракатини чекланиши;
5. Юрак-қон томир системасига қўшимча оғирлик.

1-даврда ҳомиладорлик билан ривожланади: сурункали компенсирланган респиратор алкалоз, 3-триместрда эса диафрагманинг юкорида туриши сабабли ўпкани пастки бўлимларида вентиляция бузилади. Бу жараёнлар сабабли 50% ҳомиладорларда ҳансираш ривожланади, пневмония пайдо бўлиши билан эса тезда гипоксия хавфи ошади. 20% ҳомиладор аёлларда пневмония касаллиги ривожланиши билан сунъий ўпка вентиляцияси ўтказилиши керак [40].

Ҳомиладорларда пневмониянинг клиник кўриниши ўткир респиратор вирусли инфекцияга ўхшаш (ЎРВИ), ўртача йўтал ва бироз ҳансираш билан характерланади. Муттасил етарлича эътибор ва даво муолажалари ўтказилмаса пневмония кечиши ва ривожланиши оғир асоратларга олиб келади [41].

Ўткир пневмония билан касалланиш юқори даражада: ўпканинг носпецифик касалликлари гуруҳида унинг улуши 29,3% холатга тўғри келади, умумий касалликлар ҳисобида эса ўртача 0,33%ни ташкил қилади [42].

Акушерлик амалиётида кўпинча касалхонадан ташқари пневмония билан ишлаш керак. Касалхонадан ташқарида ва касалхонаичида пневмония бўлиниши барча этиологик фарқлар билан тушунтирилади. Ҳомиладорларда пневмония қўзғатувчилари этиологияси жиҳатдан ўзига хос аҳамияти билан ажралиб туради: 26-50% ҳолларда пневмококк, 10% ҳолда атипик пневмония қўзғатувчилар, микоплазма, 2-15% пневмонияни вирус этиологияли қўзғатувчилар, 5% ҳолларда (қандли диабети, бронхоэктаз, буйрак касалликлари бор беморларда асосий рол ўйнайди) тилларанг стафилококк ва пневмония клебсиелла [43].

Ҳомиладор аёлларда грипп фонида асосан пневмония ҳолати ривожланади. Пневмонияни грипп вируси чақиради ва оғир тезда нафас етишмовчилиги ривожланади, сунъий ўпка вентилясиясини қўллаш талаб қилинади. Шунинг учун грипп эпидемияси даврида барча профилактик тадбирлар амалга оширилиши керак. Агар санаб ўтилган профилактика тадбирлари бажарилмаса, ҳомиладорларга ҳомиладорликнинг I-давридан кейин ва факат грипп эпидемияси даврида гриппга қарши вакцинация тавсия қилиниши мумкин [44].

Пневмонияни оғирлик даражаси турли хил бўлиши мумкин. Пневмонияни оғир кечиши нафас етишмовчилиги даражаси, интоксикация ҳолати, бошланган асоратлар, декомпенсацияланган касалликлар билан аниқланади. Тарқалган зарарланиш, бир томонлама пневмониянинг асоратлари, қон-томир етишмовчилиги, нафас етишмовчилиги 3-даражаси, буйрак айириш функсиясининг бузилиши пневмониянинг оғир кечиши билан тавсифланади [45].

Эрта бошланган даво муолажалари асоратларни ривожланишига, чўзилган ёки сурункали жараёнга ўтишига тўсқинлик қилади. Пневмонияни даволаш стационар шароитда ишлаб чиқилиши керак. Ўткир пневмонияни комплес даво муолажалари интоксикация ва инфекция билан курашиш, бронхлар ўтказувчанлигини тиклаш, иммунологик реактивликни нормаллаштириш ва организм химоя кучини фаоллаштириш, регенерация жараёнини тезлаштириш, асоратларни даволашни ўз ичига олади [46].

Ўткир пневмонияни даволашда бактерияга қарши (антибактериал) терапия етакчи роль ўйнайди. Бактерияга қарши самарали дори воситасини топиш учун пневмонияни этилогик таркибини аниқлаш лозим. Бироқ балғамни бактериалогик тадқиқот натижалари кечроқ маълум бўлади ва ҳар доим ҳам инфекция қўзготувчини аниқлаб бўлмайди [47].

Антибактериал терапияни асосий принциплари:

- кўпроқ фаол ва камроқ токсик дори воситасини танлаш;
- самарали миқдор ва олиб бориш усулини аниқлаш;
- ўз вақтида бошлаш ва етарлича даволаниш курси ҳисобланади.

Ҳомиладор аёлларни антибактериал даволашда монотерапия афзалдир. Касалликни оғир кечишида, аралаш инфекцияда, бактерияга қарши монотерапияни етарлича қўлланиш миқдори самарасиз бўлганда, касалликни узоқ давом этишида ҳамда антибиотикларни заҳарловчи таъсирини камайтириш зарур бўлганда антибиотикларни биргаликда қўлланиши ўзини оқлаган. Антибиотиклар қўлланиш миқдори оптимал ва етарлича бўлиши зарур, чунки паст қўлланиш миқдорлари (доза) чидамли мутант микробларни келиб чиқишига, даволаниш самарасини пасайишига олиб келади [48].

Ҳомиладор аёлларда пневмонияни даволаш эпидемиологик анамнез ва тахминий қўзғатувчини ҳисобга олиб, аввал тайинланган антибактериал дори воситаларини хомиладорлик билан боғлиқ бўлган ножўя таъсирларни йўқлиги, қўлланиш миқдорини мослиги, дори воситаларини 3 кун ичида самара бермаганда алмаштиришларни назарда тутади. Терапевт, пульмонолог ва акушер-гинеколог томонидан ҳар кунлик кузатиб бориш пневмония билан оғриган ҳомиладорларга қарашдаги қатий талабдир. Ҳаттоки енгил кечувчи пневмония касаллигида ҳам ҳомиладорларни касалхонага ётқизиш мажбурийдир [49]

Кўпгина антибиотиклар плацента орқали фаол сингийди, шунинг учун эмбриотоксик таъсири билан боғлиқ хавф-хатар амалда бу гурух дори-дармон воситалари учун хосдир. Бироқ антибактериал дори воситаларини захарли таъсири хомиладорликни турли даврларида турлича юз беради. Тухум хужайралар имплантацияси даврида дори-дармон воситаларининг токсик таъсири "ҳаммаси ёки ҳеч нарса" тарзида юз беради, бироқ кўпинча биринчи 3 ҳафталикда эмбрионларни нобуд бўлишига олиб келади. Органогенезнинг илк даврларида (ҳомиладорликнинг 3-8 ҳафтасида) тетрациклин (тишларни эмал қисмини емирилиши), сульфаниламидлар (катаракта) ва аминогликозидлар (остеогенез бузилиши)ни қўлланиши энг кўп хавф туғдиради. Салбий натижаларнинг бир қисми (гемолитик сариқ касал, захарланиш, камқонлик) ҳомиладорликнинг сўнгги даврларида ва туғишдан аввалроқ пайтларда антибиотикларни қўллаш сабаб юз беради, бу натижалар аминогликозид, левомицетин ва сульфаниламидларни келтириб чиқаради; буларни кўкракдан эмизиш даврларида ҳам қўллаш мумкин эмас [50].

Шехтман М. М. (2007) ўткир пневмония ҳомиладорликни давом эттириш учун қарши далил эмас деб таъкидлайди. Туғруққа яқин даврда пневмонияни ривожланишида иложи борича бета-миметиклар ва бошқа дори воситаларини тайинлаш билан туғиш жараёнини бошланишини кечиктириш лозим бўлади, чунки асаб ва юрак-қон томир тизимига токсик-инфекцион омилларни таъсири бўлганлиги учун туғиш ҳавфлидир. Бу даврдаги туғуруқлар она ёки болада йирингли-септик асоратлар ҳамда қийин бошқариладиган кўп қон кетишларга олиб келиши мумкин. II ва III даражали нафас етишмовчилиги мавжудлигида перинеотомия йўли билан туғиш даври қисқартирилади [51].

Ўпка касалликларининг кўпчилиги ҳомиладорликни ривожланишини ва туғуруқни оғирлаштиради, ҳомиладорлик таъсирида касаллик ўзини кечиш хусусиятларини ўзгартиради касал болаларни туғилиши ва перинатал ўлим ҳолатларини сабабчиси бўлади [52].

Ҳомиладорлик билан ЎРВИни биргаликда кечишини ўзига хосликларидан бири кўпинча болаларни ички бактериал инфекцияларни клиник белгилари билан туғилишидир. Гестоз ва ҳомиладорликни тушиш хавфи, туғруққача амнион суви кетиши ва узоқ вақт (12 соатдан ортиқ) сувсиз бўлган ораликда ички инфекцияланиш ҳавфи юқори бўлади. Ички инфекцияланишга кўпроқ онаси ЎРВИ билан асфиксия ҳолатида ички гипотрофия ва ҳомила ривожланиши кечикиши синдроми билан туққан янги туғилган болалар дучор бўлади. Инфекцияли, вирус табиатли касалликлар ҳомиладорлик даврида оғир кечади. Инфекцион жараёнлар яна ҳомилага салбий таъсир кўрсатиши билан акушерларни эътиборини ўзига тортади. Интоксикация, стресс ва ҳ. к таъсирида, ўткир респиратор вирусли касалликларнмнг клиник белгилари намоён бўлганда ва яна вирус ташувчилик таъсирларида организм резистентлигини ўзига хослиги ва ўзига хос эмаслигини пасайиши вирус ва иммунологик механизм ўртасидаги мувозанатни бузади ва она ва бола учун оғир асоратлар келтириб чиқаради [53].

Вирус онани зарарланишига, унинг организмида инфекцион жараённи ривожланишига олиб келади, плацента орқали организмга сингади ва уни зараралайди, ҳомилани инфекциялайди ва натижада ичкарида ҳомила нобуд бўлади ёки у туғилгандан сўнг ўлими юз беради, турли шаклдаги нуксонлар ривожланади [54].

Ўткир респиратор касалликларнинг қўзғатувчилари абортдан сўнг ва туғиш пайтида қон йўқотилишини кўпайишига сабабчи бўлади. ЎРВИ стафилококк инфекцияни фаоллаштириб ички жинсий органларда яллиғланиш жараёнини ривожланишига қулай имконият туғдиради. Йўлдошни тўғридан-тўғри вирус билан ёки бевосита стафилококк инфекцияни фаоллаштириш орқали шикастланиши ҳомиладорликни 8-9 ҳафтасида юз беради [55].

ЎРВИ ўз-ўзидан ҳомиладор аёлларга нафақат хавф туғдиради, балки ҳомилани тушиш ҳавфини оширади. Ҳомиладорликни ҳар қандай даврида уни сунъий тўхтатиш инфекцион касалликни оғир кечишига олиб келиши мумкин. Касалликни ўткир давридаиг туғуруқ асосан муддатидан олдин ҳомилага ва янги туғилган чақалоқларга салбий таъсир кўрсатади ва бу уларни жисмоний ривожланиш паст кўрсаткичлари ва юқори касалланиш кўрсаткичларида ўз аксини топган.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Дуда И.В. Клиническое акушерство//И .В.Дуда, В.И.Дуда.-Мн.: Высшая школа, 2007.-604с
2. BlackS., Shinefield H., France E. etal. Effectiveness of influenz a vaccine during pregnancy in preventing hospitalizations and out patient visit for respiratory illness in pregnant women and their in fants//Am.J.Perinatol. -2004.-Vol .21.-P.333-339 .
3. Балясинская Г.Л. Острые респираторные вирусные инфекциии осложнения//Медицинский вестник.-2007.-№2.-С.9-10.
4. Гендон Ю.З. Вакцины и химиопрепараты для профилактики гриппа// Вопросы вирусологии.-2007.-№1.-С.4-10.
5. CoxS., PosnerS., Pheeters M. etal. Hospitalizations with respiratory illness among pregnant women during influenza season//Obstet. and Gynecol.-2000.-Vol.107.-P.1315-1322.
6. Кулаков В.И., ПрилепскаяВ.Н., Радзинский В.Е. Руководствопо амбулаторно-поликлинической помощив акушерствеи гинекологии -М.:Гоэтар-Медиа,2007.-1054с.
7. Балясинская Г.Л. Острые респираторные вирусные инфекции и осложнения//Медицинский вестник.-2007.-№2.-С.9-10.
8. Бурцева Е.И., Колобухина Л.В., Иванова В.Т., БеляковаН.В., Вартанян Р.В., Оскерко Т.А., Феодоритова Е.Л., Яцышина С.Б., Шевченко Е.С., Трушакова С.В., ЗуеваН.Д. Характеристика циркулировавших в России в сезоне 2007-2008 гг. эпидемических штаммов вирусов гриппа А и В//Вопросы вирусологии.-2009.-№5.-С.28-33 146
9. Акушерство. Национальное руководство//Подред. Э.К. Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. М.:ГОЭТАР-Медиа,2011.-12-16с.
10. Lanari M., Vandini S., Arcuri S., et al. The use of humanized monoclonal antibodies for the prevention of respiratory syncytial virus infection // Clinical and Developmental Immunology. 2013 Vol. 2013. P. 1-9.
11. Беседнова Н.Н., Леонова Г.Н., Запорожец Т.С. Иммунокорректорыв комплексном лечении вирусных инфекций//Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.-2006.-№3.-С. 111-117.
12. Руденко А.А. Дифференциальная диагностика и лечение гриппа и острых респираторных заболеваний//Doctor.-2006.- №.-2 .11-14с.
13. Припутневич Т. В., Ачкасова Е. Н., Чубаров В. В. И др. Острые респираторные заболевания и грипп в современном акушерстве: эпидемиологические особенности и проблемы диагностики: обзор литературы.Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2019; 18 (3): 89-97. https://doi: 10.31631/2073-3046-2019-18-3-89-97.
14. Каверин Н.В., Смирнов Ю.А. Межвидовая трансмиссия вирусов гриппа А и проблема пандемий//Вопросы вирусологии.-2003.-№3.-С.4-10.
15. Долгушина Н.В. Эндотелиальные поражения и плацентарная недостаточность у беременных с вирусными инфекциями// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии-2008.-Т.7,№2.-С.12-17.
16. Исаков В.А. Современная терапия и реабилитация больных тяжелыми формами гриппа//Аллергология и иммунология.-2002.-№3.-С.385-389.

17. Кузьмин В.Н. Варианты течения гриппа во время беременности. Современные подходы к диагностике, лечению и акушерская тактика // Лечащий врач. 2015. № 12. С. 20-24.
18. Запольских А.М., Лыткина И.Н., Михеева И.В. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа A(H1N1)pdm у беременных // Эпидемиология и вак-цинопрофилактика. 2014. № 1. С. 66-73.
19. Маркова Т.П., Чувиров Г.Н. Вакцино профилактика и противовирусная терапия гриппа//Русский медицинский журнал.-2007.-Т.15, №2.-С .142-145.
20. Sanju?n R., Domingo-Calap P. Mechanisms of viral mutation / / Cell Mol Life Sci. 2016. Vol. 73, N 23. P. 4433-4448.
21. Disregulated Influenza A Virus-Specific CD8+T Cell Homeostasisin the Absence of IFN-gamma signaling//S.J. Turner, E. Olivas, A.Gutierrezetal//J.Immunol.-2007.-Vol.178.-P.7616-7622.
22. Ющук Н.П. Пневмонии при гриппе//Мед.газ.-2002.-№2-С.8-9
23. Скотт М.Ф. Ролник С.А. Простудные заболевания и беременность// Российский вестник акушера-гинеколога. 2008.- № 1.-С.66-68
24. Радзинский В.Е., Милованов А.П. Эмбриональные и околоплодные структуры принормальной и осложненной беременности. М.:МИА 2004,-393с.
25. Костинов М.П., Лукачёв И.В., Мещерякова А.К. и др. Профилактика осложнений у беременных с лёгкой и средней тяжестью течения острых респираторных инфекций // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018. Т. 17, № 1. С. 62-73.
26. Таточенко В.К. Профилактика и лечение гриппа//Лечащий врач.-2007.-№7.-С.52-55.
27. Пустотина О.А., Бубнова Н.И., Гуртовой Б.Л., МладковскаяТ.Б. значение исследования амниотической жидкост ив диагностике врожденных инфекций//Акушерство и гинекология.-2002.-№!. -С.13-16.
28. Dodds L., Mc Neil S., Fell D. etal.Impact of influenza exposureonrates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women// Canad.Med.Assoc.J.-2007.-Vol.176.-P.463-468.
29. Barker W., Mullooly I. Impact of epidemic type A influenza in defined adult population//Am.J. Epidemiol.-1980.-Vol.112.-P.798-811.
30. Deng R., Lu M., Korteweg C, Gao Z., Mc Nutt M.A., YeJ., ZhangT., GuJ. Distinctly different expression of cytokines and chemokines in the lungs of two H5N1 avian influenza patients./ /J.Pathol.-2008.-Vol 216.-P .328-336.
31. Сысоева Г.М., Масычева В.И., Даниленко Е.Д. Перспективы использования индукторов интерферонав лечении и профилактике гриппа и ОРВИ// Вестник РАМН.-2004.-№11.-С.33-38.
32. Макаров О.В., Бахарева И.В., Таранец А.Н. Современные представления о внутриутробной инфекции //Акушерство и гинекология-2004.-№1. -С.10-13.
33. Долгушина Н.В. Эндотелиальные поражения и плацентарная недостаточность у беременных с вирусными инфекциями// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии- 2008.-Т.7,№2.-С.12-17.
34. Васильева И.А., Киселев О.И. Современные средства патогенетической и симптоматической терапии гриппа и ОРВИ/ /Российский медицинский журнал.-2004.-№12.-С.80-83.
35. Ерофеева М.К., Позднякова М.Г., Максакова В.Л. Применение новых препаратов для профилактики гриппа и других ОРЗ//Русский медицинский журн.-2011.-Т.19.-№8.-С.508-514.
36. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., ЗубковВ.В., Зайдиева3.G.// Акушерство и гинекология: -2002.-№3;- GЛ6-21.
37. Авдеев С.Н. Лечение внебольничной пневмонии//Русский медицинский журнал. -2004.-том12,№2-С.70-74.
38. Шехтман М.М. "Руководство по экстрагениальной патологии у беременных" М.: Триада-Х, 2007г.-816с.
39. Hashimoto Y., Moki T., Takizawa T., Shiratsuchi A., Nakanishi Y. Evidence for phagocytosis of influenza virus-infected, apoptoticcellsby neutrophils and macrophages in mice.//J .Immunol.-2007.-Vol.178.-P.2448-2457.
40. Motro Y., Moran-Gilad J. Next-generation sequencing applications in clinical bacteriology // Biomolecular Detection and Quantification. 2017. Vol. 14. P. 1-6.
41. Новиков Ю.К. Этиология, степень тяжести и лечение внебольничной пневмонии.//Русс.мед.журнал.-2006.-№7.-С .537-543
42. Зайдиева З.С., Магометханова Д.М. Терапия угрозы прерывания беременности в I триместре //Рус.мед.журн.-2006.-№14(18).-С. 1311-1314.
43. Афанасьева И.А. Комплексная терапия ОРВИ//Русский медицинский журнал.-2007.-Т.15,№18.-С.1358-1360.
44. Ю.Афанасьев С.А, Алешкин В.А., Воробьев А.А. и др. Интерферонотерапия инфекционных заболеваний - состояние проблемы и перспективы//Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии -2005.-№6.-С.94-99.
45. Никонова Е.В., Чучалин А.Г., Черняев А.Л. Пневмонии: классификация, клинико-диагностические аспекты//Рус.мед.-журнал.-1997.-Т.5,№17.-С.1095-1099.
46. Никулин Л.А., Бойко Н.В., Поморцев А.В., Кулагина М.Г. ЭХО-графические маркеры внутриутробной инфекции// Фундаментальные исследования.-2009.-№5-С.53-64
47. Киселев О.И., Маринич И.Г., Соминина А.А. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия - СПб.:изд."Боргес",2003.-244с.
48. Семенов В.М., Дмитрагенко Т.И., Зенькова Г.К. и др. Острые инфекционные поражения дыхательной системы -М., 2006.-151с.
49. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Зубков В.В., Зайдиева3.Г.// Акушерство и гинекология: -2002.-№-3-21.
50. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность иинфекция.-М.э 2004.-494с.
51. Сысоева Г.М., Масычева В.И., Даниленко Е.Д. Перспективы использования индукторов интерферона в лечениии профилактике гриппа и ОРВИ//Вестник РАМН.-2004.-№11. -С.33-38.
52. Barker W., Mullooly I. Impact of epidemic type A influenza indefined adult population//Am.J.Epidemiol.-1980.-Vol.112.-P.798-811.
53. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство. Ростов - на - Дону: Феникс, 2008.-480с.
54. Dawood F.S. etal. Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A/H1N1 Virusin Humans//N. Engl. J.Med.-2009.,-Vol:360.-P. 2605-2615
55. Садовникова И.И. Некоторые вопросы клиники диагностики и лечения ОРВИ//Русс.мед.жур.-2005:-Т.13 №21.-С.1397-1399.

Келиб тушган вақти: 09.11. 2020

УДК 1 (091)

ЎРТА АСР МУТАФАККИРЛАРИ ИЖОДИДА ИНСОН БОРЛИҒИ

Ахмедова Зебинисо Азизовна,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада Ўрта аср мутафаккирлари Абу Наср Форобий, Абу Райҳон Беруний, Абу Али Ибн Синонинг табиий-фалсафий қарашлари таҳлил этилган. Муаллиф мутафаккирларнинг борлиқ, инсон борлиғи, инсон ақл-идроки ва фазилатлари, инсоннинг маънавий қиёфаси билан боғлиқ фикрларини ёритиб берган. Мақолада мутафаккирларнинг ахлоқий-эстетик ғоялари, илм ва ҳунарларни эгаллаш, инсон ахлоқий камолоти масалалари ёритиб берилган.

Калит сўзлар: инсон, борлиқ, маънавият, камолот, ақлий қобилият, соғлом турмуш тарзи, билиш, қадриятлар.

БЫТИЕ ЧЕЛОВЕКА В ТРУДАХ СРЕДНЕВЕКОВЫХ МЫСЛИТЕЛЕЙ

Ахмедова З.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье анализируются натурфилософские взгляды средневековых мыслителей Абу Насра Фараби, Абу Райхана Беруни, Абу Али ибн Сины. Автор расскрывает взгляды мыслителей о бытие, о человеческом бытие, о человеческом интеллекте-разуме, о духовном облике человека. В статье рассматриваются морально-эстетические идеи мыслителей, вопросы приобретения знаний и навыков, а также вопросы нравственного совершенствования человека.

Ключевые слова: человек, бытие, духовность, зрелость, умственные способности, здоровый образ жизни, познание, ценности.

HUMAN BEING IN THE WORKS OF MEDIEVAL THINKERS

Akhmedova Z.A.,

Bukhara state medical institute.

✓ ***Resume***

The article analyzes the natural-philosophical views of medieval thinkers Abu Nasr Farabi, Abu Raikhan Beruni, Abu Ali ibn Sina. The author reveals the views of thinkers about being, about human being, about human intellect-reason, about the spiritual appearance of a person. The article examines the moral and aesthetic ideas of thinkers, the acquisition of knowledge and skills, as well as the issues of moral improvement of a person.

Key words: man, being, spirituality, maturity, mental abilities, healthy lifestyle, cognition, values.

Долзарблиги

Маънавий-ахлоқий камолот инсон зотига хос жараёндир, чунки у ақл, тафаккурнинг буюк қудратига таянган ҳолда ҳақиқат билан ёлғоннинг чегарасини аниқлабгина қолмасдан, балки дўстни душмандан ажрата олади. Илм билан хулқ-атвор, саъй-ҳаракатларнинг ўзаро бирлиги инсонни донишмандлик, комил инсон даражасига етказади. Бунга ҳеч қандай шубҳа бўлмаслиги керак, чунки "гўзалликка ва ахлоқий камолотга интилиш - бу инсон зотига хос хусусиятдир"[1].

Мавжудотлар ичида азиз ва мукаррам қилиб яратилган Инсон ўзининг ақли, онги ва тенгсиз заковати, одамийлик, самимият, хушфеъллик каби фазилатлари билан улуғдир. Зеро, "Ер ҳаёт оламининг мадрасаси бўлиб, коинот дарси шунда ўқилмоқда"[2]. Бунинг асосий сабаби ерда барча нарсаларнинг мазмунмоҳиятини оча оладиган Инсон яшайди.

Форобий "Бахт-саодатга эришув ҳақида"ги рисоласида инсон гўзалликни самарали идрок этиши учун унда нозик табиат ва ақлий мукаммаллик замини бўлиши керак, ҳиссий ва ақлий қобилиятга эга бўлган инсонгина дунёнинг барча сирларини била олиши мумкин, деб таъкидлайди, "Инсон ақл-идроки туфайли хақиқий инсонга айланади, билим инсонга бахт ва шодлик келтиради, инсон билиш орқали ўзида гўзаллик ва мукаммалликни кашф этади", - деб уқтиради. Форобий одамларни илм билан, санъат билан шуғулланишга даъват этади ва шу туфайли гўзал нарсалар тушунарли нарсага айланади, деб кўрсатади.

Форобийнинг фикрича, шахсни камол топтириш жараёни инсон ўз ҳаёти давомида илм-ҳунар ўрганиши, ахлоқий нормаларни эгаллаши ва санъатни ҳаётий тажриба билан бойитиши орқали содир бўлади. Инсоний фазилатлар инсон атрофини қуршаган муҳит таъсирида шаклланади. "Камолотга бир кишининг ёлғиз эришуви мумкин эмас. Ҳар бир инсон, ҳар қандай камолотга эришувда бошқаларнинг кўмагига ва улар билан бирлашишга муҳтож ёки мажбурдир"[3], "Инсон шахсини шакллантирадиган, уни бошқа махлуқотлардан ажратиб турадиган ва унга инсоний хислатларни ривожлантирадиган нарса унинг фаол ақлидир", "Инсон фаолиятсиз тура олмайди, аммо ҳар қандай фаолият ва ҳаракат инсонни инсон қилиб кўрсата олмайди", дейди мутафаккир.

Тарбия жараёнида ватанпарварлик, инсонпарварлик, меҳр-оқибат, садоқат каби фазилатларнинг ўрни беқиёс. Олимларнинг айтишича, умр боқийлик яхшилик ва илмга бўлган муносабатга боғлиқ экан. Яхши фикр ва илм руҳий оламдаги яхши кучларни ривожлантиради. Ёмон фикр яхши кучларнинг заифлашувига олиб келади. Инсонпарварлик ва яхшилик асосий яратувчи кучдир. Инсонни севиш, кечириш, ҳамдард бўлиш - соғлиқ ва тинчлик манбаи, фалсафаси, ҳаёт мақсади ва маънавияти бўлгандагина инсон завол кўрмайди. Форобийнинг таъкидлашича: "Руҳни тарбиялаш ва поклаш изчил давом этсагина, яхши натижаларга эришиш мумкин". Аждодларимиз саломатликда руҳнинг ўрнини билиб, унга катта аҳамият берганлар[4].

Абу Райҳон Беруний барча қимматли нарсалар инсон меҳнати билан яратилади ва инсоннинг қадр-қиммати унинг авлод-аждодлари ким бўлганлиги билан эмас, балки унинг меҳнати билан белгиланади, деб ҳисоблайди. Берунийнинг ижтимоий, ахлоқий қарашлари инсонийлик туйғулари билан йўғрилган, ижтимоий қарашлари марказида инсон, инсоний жамият туради.

Аллома инсоннинг барча мавжудотдан устунлиги унинг тафаккури орқали эканини изоҳлайди. Шунинг учун ҳам ердаги барча ҳайвонлар унга бўйсунадилар, акс ҳолда инсон энг кичик ҳайвондан ҳам ожиз бўлар эди. У инсон ташқи оламини билишда асосан ақлга таяниши ва шунинг учун ҳам у барча жонзотдан устун туришини таъкидлайди. Инсон ақлга мувофиқ билиш орқали оламнинг моҳияти ҳақидаги билимларни ўзлаштиради. Лекин билимнинг чеки йўқ ва ҳамма билимларни тез эгаллаш мумкин эмас. Шунинг учун инсон ўзи билиб олган нарсалар билан кифояланиб қолмайди, балки доимий равишда янги билимларни ўрганишга интилиши керак. Унинг фикрича, инсон билиш, тушуниш, фикрлаш, муҳокама қилиш, ўйлаб топиш каби қобилиятлар соҳибидир[5].

Беруний кишиларнинг ақлий қарашларида, ахлоқий сифатларида, инсон руҳиятини ўзгартиришида таълим-тарбиянинг аҳамияти катта эканлигини кўрсатган. Инсон сўзлаш, ҳис этиш қобилияти билангина билим ва ҳунарни эгаллайди, бажарилиши лозим бўлган ишларни амалга оширади. Инсон тафаккури вақеликни билишга қаратилгандир. "Аммо инсон нарса ва ҳодисаларнинг фақат сифат ҳамда хусусиятлари ҳақида билим берувчи ҳиссий билиш даражасида тўхтаб қолмайди, балки нарсаларни атрофлича билиш, шу нарсалар ҳақида фикр юритишни талаб қилади", - дейди Беруний.

Беруний ижоди ижтимоий-гуманитар фанлар тараққиётида алоҳида аҳамиятга эга. Аввало, унинг фикрича, илмли, маърифатли бўлиш одоб-ахлоқ ва нафосат билан боғлиқ. Ақлий қобилият одамнинг кундалик эҳтиёжлари асосида вужудга келса, ахлоқий масалалар тарихий тараққиёт, кишиларнинг ўзаро муносабатлари билан боғлиқ ҳолда пайдо бўлади ва ривожланади. Беруний инсонда мавжуд фазилатлар ва иллатлар ҳақида фикр юритиб, яхшилик, мурувват, дўстлик, меҳр-шафқат каби инсоний фазилатларни улуғлайди ҳамда ёлғончилик, ёмонлик, қўполлик, иккиюзламачилик, чақимчилик каби иллатларни қоралайди.

Инсоннинг маънавий қиёфаси яхшилик ва ёмонлик- ахлоқий тушунчалар билан белгиланади. Яхшилик сари интилиш, унга етишиш сабр-тоқат, мустаҳкам ирода, юксак ахлоқий маслакни талаб этади. Ёмонликнинг шахобчалари кўп, аммо уларнинг асоси уч нарса: таъма, ғазаб ва илмсизликдир. Берунийнинг фикрича, ғазаб ва илмсизлик инсон учун энг кучли ва энг ҳалокатли душмандир. Аввало, онгни ғаразли мақсадлардан тозалаш зарур. Илм киши онгини барча ёмонликлардан халос этади. Илм-фан кишиларнинг ҳаётий эҳтиёжларини қондириш заруратидан пайдо бўлади.

Беруний қарашларида меъёр тушунчаси асосий ўрин эгаллайди. Унинг фикрича, меъёри билан ўралган лаззат - бу яхшилик, яъни илмли бўлиш, яхши хулқ, адолат ва ҳақиқат билан фахрланиш лаззатлидир. Беруний ўз қарашларида яхшилик ва дўстлик беғараз бўлиши керак, деган ғояни илгари сурган[5]. Яхшилик барча кишилар ва хусусан қон-қариндошларга имкониятига қараб иш билан, ёки эзгу тилаклар билан яхшилик тилашдир[6].

Беруний инсоният тарихи ҳақида фикр юритиб, тарих - фикр ва тафаккур манбаи эканлиги, у доимо турли фанларнинг ўзаро тасирининг узвийлиги ва уйғунлиги натижасида такомиллашади, шунинг учун ҳам тарих ҳар бир кашфиётчи учун тадқиқотнинг муҳим манбаи бўлиб хизмат қилишини таъкидлайди. Тарихий манбани ўрганиш масъулиятли жараён, чунки тарихий манба тўплаганлар ўз манфаатлари доирасида далил тўплайдилар. Шу ҳолат юзасидан Беруний шундай фикр билдиради: "хабар- хабарчилар туфайли рост ёки ёлғон бўлиши мумкин"[7].

Фалсафа тарихида инсон барча яхши фазилатларни ўзида мужассам этган бетакрор мавжудот эканлиги ҳақида фикрлар мавжуд. Инсон мутафаккирлар наздида турлича талқин этилади. Жумладан, Беруний фан тарихида биринчи маротаба инсон ва табиат, одам ва олам муносабатларини ўрганган. Унинг фикрича, одамларнинг тузилиши, ранги, ахлоқи, хулқи турлича бўлиши, уларнинг фақатгина насабига эмас, балки тупроқ, сув, ҳаво ва ернинг, яшаш жойларининг турлича эканлигига ҳам боғлиқ. "Инсон ўз табиатига кўра мураккаб танага эга. Инсоннинг танаси бир-бирига қарама-қарши қисмлардан иборат бўлиб, бу қисмлар тобелик кучи асосида бирлашган. Инсонлар бир-бирига ўхшаш, шу билан бирга бир-биридан фарқ қилади"[8].

Берунийнинг дўстлик ҳақидаги фикрлари ҳам ўзига хос. У дўстликни "ҳаётнинг беназир инъоми" деб атайди. Инсонни самимий ҳурмат қилмасдан, унга қаттиқ ишонмасдан туриб, дўстлашиш мумкин эмас, деб таълим берган. Душманлар ҳамиша насл-насабларга таъна қилиш, номусларни ерга уриш, турли уйдирма гаплар тарқатишга уринадилар. Дўстлар эса халал етказадиган йўлни тўсишга, гўзалликни изҳор этишга, ҳатто ёмонликни ҳам яхшиликларга нисбат беришга тиришадилар. Дўстлар жисман фарқлансалар ҳам, қалбан бирдамдирлар. Улардан ҳар бири ўзига нимани раво кўрса, дўстига ҳам шуни тилайди. Инсоннинг бахти муносиб турмуш тарзига, мақтовга сазовор хулққа эга самимий дўстдадир.

Беруний фарзанд тарбиясида, яхши-ёмон одатларнинг шаклланишида оиланинг аҳамиятини алоҳида эътироф этади. Агар оилада тарбиянинг яхши усулларидан тўғри ва ўз ўрнида фойдаланилса, тарбия мақсадга йўналтирилган ва талаблар асосида олиб борилса, оила, албатта, бахтли бўлади. Беруний инсоннинг табиий гўзаллиги унинг ахлоқи, феъл-атвори, оилавий ҳаётида ҳам акс этишини истаган ҳолда,

одамларнинг кўринишидаги гўзаллик ва тузилишидаги баркамоллик ҳар бир инсон учун севимлидир, деган эди. Оила тарбияси, фарзандлар камолига ота-оналар масъулдирлар. Мутафаккир улар доимо бир-бирларига маслакдош ва энг яқин ёрдамчи эканликларини алоҳида таъкидлаб ўтади. Яхши хулқ-одобли, бақувват, чиройли болалар туғилиши онани, аёлни яхши парвариш қилишга боғлиқ. Аммо ёшларнинг одоб-ахлоқи, турмуш тарзини яхши томонга ўзгартириш мумкин. Чунки, инсон ўз гавдасига ҳукмронлик қила олади. Аввало, ёмон хулқларни тарбиялаш учун одоб-ахлоқ ҳақидаги китобларни ўқиб, уқиб олиш, яхши гўзал хулқли кишилар билан танишиб дўстлашиш ва ҳамкорликда бўлиш лозим, - деган эди мутафаккир. Инсон, аввало, ўз қалбини, руҳиятини ёмон иллатлардан ва ҳақиқат нурига соя солиб турувчи сабаблардан тозалаши керак.

Берунийнинг инсон руҳига тартибли, уйғун нарса таъсир қилади ва айни пайтда қалб ҳам шунга интилади, деган фикри катта аҳамиятга эга. Унинг фикрича, инсоний сифатлардан энг муҳимлари озодалик ва тартиблиликдир.

Инсоннинг энг яқин нарсаси унинг табиати, руҳидир. Шунинг учун киши табиатига ёқадиган ишларни қилиши керак. Кийимнинг озода ва тартибли бўлиши инсон қалби ва руҳининг тозалигини билдиради. Берунийнинг бу фикрлари аҳлоқ, нафосатга оид бўлиб, уларни ўрганиш жуда муҳимдир.

Мутафаккир "Ҳар бир инсоннинг қадр-қиммати ўз ишини қандай бажараётгани билан ўлчанади. Инсоннинг тилак ва хохишлари меҳнат туфайлигина амалга оширилиши мумкин"[7], деган хулосага келади. Маълумки, киши камолотида уч нарса, яъни ирсият, муҳит, тарбия асосий рол ўйнайди.

Шарқ фалсафаси ривожида Уйғониш даврининг забардаст алломаларидан бири Абу Али ибн Синонинг ўрни беқиёсдир. "Ислом оламининг энг машҳур файласуфи ва қомусий алломаси ҳамда инсониятнинг энг буюк мутафаккирларидан бири" деган унвонга сазовор бўлган Абу Али ибн Синонинг ҳаёти ва фаолияти авлодларда алоҳида ғурур ва эҳтиром туйғуларини уйғотади[9]. Фалсафий масалалар мутафаккир илмий меросида алоҳида аҳамият касб этади. Фалсафа - фанлар мажмуи, ўзида барча инсоний донолик - "ҳикмат"ни мужассам этган бўлиб, борлиқ масаласи унинг асосини ташкил этади. Ибн Сино борлиқни субстанция, миқдор, сифат, муносабат, вақт, вазият каби категорияларда ифодалайди. Бу категорияларнинг ҳаммаси сабаб-оқибат боғланиши шаклида рўй беради.

Мутафаккир таълимотининг муҳим томони шундаки, у фалсафий категорияларни объектив борлиқ, табиат қонуниятлари билан боғлиқликда олиб қарайди. У фалсафанинг вазифаси ҳақиқат ва яхшиликни англашдан иборатдир, дейди. Шундан келиб чиққан ҳолда, мутафаккир фалсафани иккига: назарий ва амалийга ажратади[10].

Абу Али Ибн Синонинг билиш назариясида тутган ўрни беқиёсдир. Ж.Кюри сўзи билан айтганда, "унинг бутун умри илмий ҳақиқатни билишга қаратилган эди". Мутафаккир инсоннинг билиш қобилияти чексиз имкониятларга эга эканлигини алоҳида таъкидлаб, "англаб олинадиган борлиқ ҳам, ақл кучи ҳам чексиздир"[11], деган эди.

Ибн Синонинг илмий фаолияти ўз даври учун диалектик фикр юритишнинг ёрқин намунасидир. Унда зиддият, қарама-қаршиликлар, сабабият каби диалектик элементлар учрайди. У ҳар қандай ўзгаришнинг қарама-қаршиликлар кураши натижасида амалга ошишини эътироф этади.

Мутафаккир асарларида ахлоқ масалаларига ҳам катта ўрин берилган. У ахлоқни одамларнинг бахт-саодатли бўлишларини таъминловчи йўл-йўриқлар кўрсатувчи амалий фан, деб атайди. Яхшилик ва ёмонлик, адолатлилик ва адолатсизлик, сахийлик ва бахиллик, донолик ва жоҳиллик, камтарлик, эзгу ният, ҳалоллик каби хислатларни ахлоқ категорияларига киритади. Ибн Сино инсон руҳи, аввал, қалби, у орқали онги билан боғлиқ бўлиши кераклигини айтади. Унинг фикрича, самимий ва содиқ дўсти бўлган инсон энг бахтли инсон саналади[12]. Ибн Сино инсон ҳақида ўз фикрини баён этар экан, "Инсон бошқа барча ҳайвонот оламидан сўзи, тили ва ақли, тафаккур қилиши билан фарқ қилади."

Ибн Сино инсон илоҳий карамдан баҳраманд бўлган, оламда тартиб ўрнатиш ва уни обод қилишга тегишли ваколатларни олган зотдир, деган эди. Ибн Синонинг фикрича, Тангри инсонга шундай куч-қувватни инъом этди-ки, у орқали яхшиликни ёмонликдан, ақлий камолотни ёлғондан фарқ эта олиш имконияти пайдо бўлди. Инсон ақл-заковат соҳиби эканлиги, табиатда ўзига хос ўрин эгаллаши туфайли барча тирик мавжудотлар салтанатига ҳукмронлик қилиш ҳуқуқини қўлга киритган.

Тадқиқотчи Е.Э.Бертельснинг таъкидлашича, "Ибн Сино мактаби вакиллари антик анъаналарни давом эттирган ҳолда, инсон ақлига алоҳида эътибор қаратади. Уларнинг фикрича, ақл - ҳақиқатни англашда энг содиқ қурол саналади"[13].

Инсоннинг мукаммал шахс сифатида шаклланишида таълим-тарбиянинг ўрни беқиёсдир. Ибн Сино уни Қуръонни ўрганишдан бошлашни маъқул, деб билади. Ундан кейин она тили, хорижий тиллар, тиббиёт ва геометрия асослари ўрганилиб борилади. Ўрганилаётган соҳаларни ёд олиш, тез-тез такрорлаб туриш хотирани мустаҳкамлайди, тарбияланувчида баҳс-мунозара юритиш маданиятини юксалтиради.

У ўзининг эстетик қарашларида эстетика билан ахлоқ муаммоларини бир-бирига узвий боғлайди. У "Китоб аш-шифо" асарида мусиқанинг эстетик хусусияти ҳақида гапириб, бу санъат турининг ахлоқий тарбиядаги аҳамиятига, шеъриятнинг кишиларга гўзал фазилатлар сингдириши имкониятларига тўхталиб ўтади.

Ибн Сино ёш авлодни тарбиялаш оила ва давлатнинг муҳим вазифаси, жамият тараққиёти, жамиятнинг хўжалик ва маданий ютуқлари бевосита маълумотли, маданиятли кишиларнинг ўсишига боғлиқ, деб ҳисоблайди, "барча билимларга эга нарсалар мукаммалликка мойилдир", деб таълим беради. "Мукаммаллик" атамасида у инсоннинг ички гўзаллиги ва эзгуликка интилишини ифодалайди. Бугунги кун таъбири билан айтганда эса, "мукаммаллик" "акмеинсон"-ни тарбиялашдир. Ибн Сино инсондаги тил, нутқ масалаларига ҳам тўхталади: "Аллоҳнинг инсонларга инъом этган бахтларидан яна бири нутқдир. Инсон ўзининг ана шу нутқидаги товуш оҳанглари орқали ўз ҳиссиётларини изҳор этади", деб таъкидлайди. Аллома овозлар ўзгариши орқали унинг мазмуни ҳам ўзгаришига эътибор беради: "... кишилар ялинганда бошқача овоз чиқариб гапирадилар, дўқ-пўписа қилганда бошқача, шошиб гапирганда нутқ бошқача оҳангда бўлади", деб уқтиради.

Ибн Сино фикрича, инсон қалби ўз табиати билан бир-бирига монанд бўлган товуш ва ритмларни ёқтиради. Чунки, товуш инсон ва ҳайвонлар ҳаётида энг зарур нарсалардан бири, товуш инсонни ҳам, ҳайвонни ҳам ҳаяжонлантиради, бирор қўрқинчли ҳодиса рўй берганда бир-бирини чақириш борасида катта роль ўйнайди. Унинг фикрига кўра: "Инсон қалби ҳар бир янги ва кўнгилдагидек нағмадан ором олади. Кейинчалик худди шу ёқимли нағма ғойиб бўлса, қалб ҳаяжонга тушади. Худди шу олдинги нағмага ўхшаш иккинчи нағманинг пайдо бўлиши билан қалбдаги ҳаяжон йўқола бошлайди".

Ибн Сино ақлий тарбия билан бир қаторда инсон камолотида жисмоний тарбиянинг муҳим аҳамиятини ҳам назарий, ҳам амалий жиҳатдан таҳлил этади. Ибн Сино жисмоний тарбиянинг илмий-педагогик жихатдан бир бутун тизимини яратди. Аллома жисмоний машқлар, тўғри овқатланиш, уйқу, баданни тоза тутиш тартибига риоя қилиш инсон соғлигини сақлашда муҳим омиллардан бири эканлигини ҳам илмий, ҳам амалий жиҳатдан асослайди[16].

Мутафаккир инсоннинг физиологик хусусиятларини ишлаб чиқиб, жисмоний машғулотга қуйидагича таъриф беради: "Жисмоний машқ қилиш кетмакет чуқур нафас олишга мажбур қиладиган ихтиёрий ҳаракатдир".

Ибн Сино фаолияти давомида соғлом турмуш тарзини ташкил этиш масалаларига ҳам алоҳида эътибор берган: "Кимки соғлом турмуш тарзига эришмоқчи бўлса, ўз соғлигини сақламоқчи ва мустаҳкамламоқчи бўлса, овқатланиш тартибига, истеъмол қилинадиган овқатнинг сифатига, миқдорига, овқатни истеъмол қилиш вақти ва унинг ҳазм бўлиш жараёнига эътиборини қаратмоғи лозим"[14].

Мутафаккирларимизнинг инсон ҳақидаги қарашлари "инсон барча нарсаларнинг ўлчовидир", деган фикрни тўла тасдиқлайди. "...Ҳақиқатда инсон улуғ оламдир. Унга қараганда бу олам кичик оламдир Инсон олам аро олам бўлиб, унинг қалб тўлғонишлари, идроки, тафаккур кучи ва туйғуларининг бепоёнлиги, ҳиссиёти ва эҳтиросининг жўшқинлиги олдида ташқи олам рангсиз ва бемажолдир. Ҳаёт дунёси, жонли нарсалар уч турли сифатга эгадирлар. Булар ҳайвоний, шайтоний ва малаконий сифатлардир. Бу уч қувватни бирлаштириб, ҳосил бўлган ҳамирдан бир жонли нарса яратиб, унинг отини инсон деб қўйганлар. Инсон "дунёни иморат ва зироатлар билан обод қилади"[15].

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Носиров Р.Н. Ибн Синонинг "Амалий фалсафа" сида инсон тарбия муаммоси. //"Мустакил Ўзбекистон: фалсафа фанларининг долзарб муаммолари" тўпламида. - Т., 2002. - 126 б.
2. Дониш А.Наводир ул-вақое. -Т.: "Фан", 1964. -134 б.
3. Форобий. Бахт-саодатга эришув ҳақида. - Т., 1963. - 268 б.
4. Умаров Э. Эстетика. - Т., 1995.
5. Турақулов.Э, Раҳимов.С. Абу Райҳон Беруний руҳият ва таълим-тарбия ҳақида. - Т., 1992. - 21 б.
6. Абу Рейхан Бируни. Из "Минералогии". В кн.: Антология педагогической мысли. М.:1986, стр-64.
7. Беруний А. Танланган асарлар. 1-жилд. - Т.: "Фан", 1968. 50-б.
8. Ирисов А. Абу Райҳон Беруний ҳикматлари. - Т., 1973. 40 б.
9. Каримов И.А. Ўрта асрлар Шарқ алломалари ва мутафаккирларининг тарихий мероси, унинг замонавий цивилизация ривожидаги роли ва аҳамияти //Халқ сўзи. 2014 й. 17 май.
10. Жураев Ш. Абу Али ибн Синонинг фалсафий карашлари. Т.:1980й, 15-бет.
11. Ибн Сина. Даниш-намэ. Д. :1957г, стр-272.
12. Болтаев М.Н. Абу Али Ибн Сина-великий мыслитель, ученый-энциклопедист средневекового востока. - Т., 1980. С.155.
13. Бертельс Е.Э. История персидско-таджикской литературы. - М., 1960. с 525.
14. Абу Али ибн Сина. Канон врачебной науки. 1 - книга. - Т., 1996 .
15. Axmedova Z.A. Religious and Mystic Views of Ahmad Donish. Electronic Research Journal of Social Sciences and Humanities. №2, 2020. 273-276.
16. Ахмедова З.А. Шарқ фалсафасида инсон борлиғи. Инсон манфаатлари-энг олий қадрият. Республика илмий-амалий анжумани материаллари. Бухоро, 2017. - Б.-28-32

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616.314.2-007.26.371(075.8).

ДОИМИЙ ТИШЛАРНИНГ ЧИҚИШИ ВАҚТИНИНГ ЎЗГАРИШИ НАТИЖАСИДА ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ, ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Бакаев Ж.Н.,

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада доимий тишларнинг чиқиши вақтининг ўзгариши натижасида тиш-жағ тизим аномалияларининг этиологияси ва ривожланишининг асосий сабаблари тасвирланган. Муаллиф хорижий ва маҳаллий олимларнинг адабиётларини кенг шарҳини тақдим этди, тиш-жағ тизими редукцияси аномалиялар келиб чиқишининг асосий омилларини батафсил баён этди. Тишларнинг кеч чиқиш умумий сабаблари ўрганишда ва даволашни режалаштиришга замонавий ёндашувларни тавсифлайди.

Калит сўзлар: Сут тишлари, ретенция, тиш аномалиялари, дистопия.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ВСЛЕДСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРОКОВ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Бакаев Ж.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

В статье описана основная этиология и развитие аномалий зубочелюстной системы в результате изменения сроков прорезывания постоянных зубов. Автор представил обширный обзор литературы зарубежных и отечественных ученых, детализировал основные факторы происхождения аномалий редукции зубочелюстной системы. Распространенные причины ретенции зубов описывают современные подходы к исследованиям и планированию лечения.

Ключевые слова: Молочные зубы, ретенция, аномалии зубов, дистопия.

ETIOPATHOGENESIS OF DENTAL-JAW SYSTEM ANOMALIES AS A RESULT OF CHANGES IN THE ERUPTION TIME OF PERMANENT TEETH

Bakaev J.N.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume***

The article describes the main etiology and development of anomalies of the dental system as a result of changes in the time of eruption of permanent teeth. The author provided an extensive review of the literature of foreign and domestic scientists, detailed the main factors of the origin of anomalies in the reduction of the dental-jaw system. Common causes of tooth decay describe modern approaches to research and treatment planning.

Key words: Milk teeth, retention, dental anomalies, dystopia.

Долзарблиги

Доимий тишларнинг вақтидан кеч чиқиши (ретенция) аномалияларининг келиб чиқиш сабаби тўлиқ аниқланмаган, аммо тадқиқотчилар учта асосий омил гуруҳини ажратадилар - умумий, маҳаллий ва филогенетик. Кўпгина мутахассисларнинг фикрига кўра, маҳаллий омиллар қуйидагилардир: атипик тузилишдаги жағда тиш муртагининг нотўғри жойлашиши, атипик тиш тузилиши (тиш илдизининг эгрилиги), сут тишлари алмашинувининг кечикиши, бу ўз навбатида доимий тиш чиқишига тўсқинлик қилади [2,4, 6, 20, 22, 23,40, 42,43,44]. Сут тишининг эрта йўқотилиши ва шу билан алвеоляр ўсимтада зич чандиқ хосил бўлиши, алвеоляр ўсиқнинг ривожланмай қолиши, жағ жарохатлари, макродентия, доимий тиш фолликуласининг сут тиши атрофидаги яллиғланиш маҳсулотлари билан заҳарланиши. Тиш куртакларига босим ўтказадиган фолликуляр кистанинг ривожланиши. Тиш муртагини хафсиз ўсма туфайли силжиши (одонтома, адамантиома, киста, остеома ва бошқалар). Тиш муртаги ҳажмининг эмал томчилари ёки дентин оролчалари кўринишида катталашиши.

Нормал ривожланиш жараёнида тишлар ва жағ суяклари бир-бирига мутаносиб равишда ривожланади, бу мувозанатнинг бузилиши тиш қаторида жой танкислигига ва тишларни дистопиясига ёки ретенциясига олиб келади [7, 12, 16]. Неолит давридан то ҳозирги кунгача бир қатор муаллифларнинг бош суякларининг антропометрияси бўйича олиб борган тадқиқотларида тиш-жағ тизими редукцияси аномалиялар келиб чиқишининг асосий омили деб таъкидлайди. Редукция инсон филогенези жараёнининг натижасидир, бунда тишлар катталиги барқарор булиб, жағлар ҳажми кичрайишига олиб келади.

Хусусан, юмшоқ овқатни ортиқча истеъмол қилиш ажратилади. [7, 12, 25]. Ушбу мувозанатнинг бузилиши натижасида чиқаётган тишлар учун тиш қаторида жой етарли бўлмайди. Юқори жағ қозиқ тишлари охирги чиққанлиги сабабли, улар тез-тез ретенцияга учрайди. Тишлар кеч чиқишининг умумий сабаблари ўрганилган тадқиқотларда [3, 16, 17, 18, 21,

22, 37], эндокрин тизимнинг бузилиши билан боғлиқ бўлган касалликлар асосий деб белгиланади ва ушбу касалликларни таъкидлаб, муаллифлар қуйидагиларни кўрсатадилар: рахит, гипотиреоз, Фрелих касаллиги, эндемик бўқоқ, псевдогипопаратиреоз, гипопаратиреознинг идиопатик шакли, церебрал - гипофизар нанизм.

И.О. Вернадский (1984) ўз ишида ретенция ҳосил бўлишининг асосий механизмларини аниқлади. Муаллиф, аномалия пайдо бўлишида учта асосий хавф омилини кўрсатди:

1) Эндокрин патологиялар ва баъзи тизимли касалликлар (витамин етишмовчилиги, сил касаллиги, сифилиз, қалқонсимон ва қалқон олди без касалликлари, рахит) туфайли юзага келадиган бузилишлар;

2) Филогенетик омил (тишларнинг сони ва катталиги барқарор холатида тузилмаларнинг номувофиқлигига олиб келадиган тиш-жағ тизимнинг умумий редукцияси);

3) Маҳаллий омиллар (сут тишлари алмашуви бузилиши, масалан, персистенция ёки муддатидан олдин йуқотиш, натижада тишларнинг нуқсон тарафга эгилиши кузатилади. Тиш муртагининг жағ суякларида чуқур жойлашиши. Ретенцияга учраган тиш илдизи эгрилик деформацияси, апикс атрофидаги инфекциялар, тиш муртагининг шикастланиши, тиш чиқиш йулида ўсмасимон хосилалар бўлиши).

В.П. Неспрядко (1985) [30] доимий тишларнинг физиологик чиқишини ўрганишда олинган маълумотларга асосланиб, тиш ретенциясининг 3 та клиник шаклини алохида ажратди, шу жумладан илдиз учлари шакилланиш даражаси, тишларнинг физиологик чиқиш механизмлари ва алвеоляр қиянинг ўзига хос топографик жойлашуви ва унинг морфологик хусусиятлари.

Биринчи турига, тишлар алвеоляр ўсиқда тўғри ҳолатда жойлашган, илдизнинг шаклланиши тугалланмаган, аммо бир гуруҳга мансуб тишлар тиш қаторида жойлашган ҳолда чиқиш вақти ҳали ўтмаган тишларнинг ретенциясини киритди.

Иккинчи турига, чиқиш муддати ўтган ва илдизлар бутун узунлик бўйлаб шаклланган бўлиб, юзага келиши мумкин бўлган илдиз омилини истисно қилган ҳолда, тишлар тиш қатордаги типик локализациясига нисбатан нотўғри ҳолатда жойлашган ретенцияси бор доимий тишларни киритди.

Учинчи турига, тиш тожининг тўлиқ чиқмаслиги билан тавсифланадиган ярим ретенцияга учраган тишларни киритди. Грануляцион тўкима доимий тиш муртакларини силжитиб қўйиши натижасида юзага келадиган сут тишлари сурункали апикал яллиғланиш жараёнлари доимий тишлар чиқиш вақтини бузилишига ва жойлашиш аномалияларига олиб келади. Буни бир қатор маҳаллий ва хорижий олимларнинг тадқиқотлари тасдиқлади [18, 19, 20, 22, 23, 37].

Доимий комплект тишларнинг чиқиш йўлида жойлашган сверхкомплект тишлар одатда уларнинг ретенциясини келтириб чиқаради, бундай ҳолатлар барча муаллифлар асарларида батафсил тасвирланган [27, 35]. Оғиз бўшлиғи ва танглай туғма нуқсони бўлган беморларда сверхкомплект тишлар кўпинча нуқсон соҳасида жойлашган. Асосан, бу тишлар ривожланишнинг муайян босқичларида юқори жағнинг нормал ўсишини ўзгартиради, аммо уларни олиб ташлаш тўғрисида қарор ҳар доим фақат индивидуал равишда қабул қилинади [16, 37, 38]. Доимий тиш муртагининг нотўғри жойлашиши билан бирга тиш қаторида жой етишмаслиги тишлар ретенциясининг асосий маҳаллий сабабларидан бири хисобланади [22, 30, 37, 38]. Эрта тишлар алмашув даврида сут тишларида трема йўқлиги доимий тишларнинг тўғри чиқиши учун салбий прогностик белгидир [41]. Доимий тишларни ретенциясининг муҳим этиологик омиллари қаторида сут тишларини эрта йуқотилиши, кеч протезлаш ёки умуман протезланмаслиги, тишларнинг нуқсон томонга эгилиши, ўсиши ва мезиал силжиши хисобидан юзжағ деформациясига олиб келади. "Классик назарияда" қозиқ тиши муртаги харакати уч ёшда бошланади, бунда тиш тожи юқори жағ танасида жойлашиб, мезиал ва бир оз орал йўналган бўлади.Чиқиш даврида, қозиқ тиш ўз харакат траекториясини окклюзион текисликка қараб ўзгартиради ва аста-секин латерал кесувчи тиш илдизнинг дистал юзасига параллел равишда росланади. Кейинчалик қозиқ тиши кўпроқ вертикал ҳолатга бурилади. Йўналтириш назарияси "классик назарияни" тўлдиради, чунки қозиқ тиш ён кесувчи тиш илдизи бўйлаб силжийди, илдиз йўналтириш вазифасини бажаради ва агар ёнбош кесувчи тиш илдизи бўлмаса, нотўғри жойлашган бўлса, ёки жуда кичкина бўлса, қозиқ тиш чиқмайди (И. Брин, А. Бекер, М. Шалхав, 1986).

Қозиқ тишлари энг охирда алмашганлиги сабабли, макродентия уларнинг ретенциясини келтириб чиқариши мумкин, айниқса тор тиш каторида, бу ўз навбатида олдинги гуруҳ тишларини зичлашига олиб келади. [7, 9, 13, 23, 26, 29, 30, 36, 37, 39]. Тишлар вақтида чиқиш аномалиялари (ретенция) уларнинг илдизлари шаклланиш вақти билан ўзаро боғлиқдир. Шундай қилиб, клиник кузатувларнинг 14,6 фоизида ретенциияга учраган тишларнинг илдизлари ривожланиши, шу жағдаги бир хил гуруҳдаги чиққан тишлардан бир босқич орқада қолмоқда, бир вақтнинг ўзида чиқган ва ретенцияга учраган тишларнинг шаклланиши клиник кузатувларнинг 85.4% да топилган [10]. Ретенциияга учраган тишларнинг мавжудлиги тиш-жағ тизимида морфологик, функционал ва эстетик бузилишларни юзага келтиради: қўшни тишлар нуқсон томонга эгилади ёки корпуси билан силжийди, тиш қатори қисқаради ва тораяди. Қарама-қарши жағда дентоалвеоляр ўсиш содир бўлади [1, 14, 15]. Ретенцияга учраган тишлар қўшни тишларнинг нотўғри жойлашишига олиб келиши мумкин (эгилиш, диастема). Тиш қаторида бирта тишнинг йўқлиги қолганларининг жойлашишига салбий таъсир қилади: улар орасида бўшлиқлар пайдо бўлади, ўрта чизиқ силжийди ва тишлов ўзгаради [39]. Шу билан бирга, юз-жағ соҳаси мушакларининг фаолияти ўзгаради, ютиниш, нафас актининг ўзгариши, юз мушаклари ва нутқ функциялари, шунингдек чакка пастки жағ бўғими ва тиш парадонти бузилиши кузатилади. Тиш-жағ тизимида морфо-функционал ва эстетик бузилишлар юз берганда, боланинг, кейинчалик эса катталарнинг ҳар доим ижтимоий мослашуви мавжуд [28, 36].

Л.И. Камышеванинг ишида (1994) [21] 108 та беморни (61 та қиз ва 47 та ўғил) клиник ва рентген текшируви жараёнида муаллиф 52 тада қозиқ тиш ва 64 тада марказий тишларни ретенцияси ташхиси билан аниқлади. Онтогенез даврида ретенцияга учраган тиш тожининг силжиши муаллиф томонидан аҳамиятсиз деб белгиланди. Мезио-дистал йўналишда силжиш, баландлик ёки мойиллик бўлмайди. Муаллиф тадқиқот иштирокчиларининг кўпчилигида аҳамият-

сиз макродентия ва тиш қатори курсаткичларининг пасайишини қайд этди. Илгари, адабиётда окклюзия тури корреляцияси ва қозиқ тишларнинг ретенцияси тўғрисида маълумотлар топилмаган. Шу билан бир қаторда жағнинг ёпилиши билан, ретенциянинг боғлиқлиги ҳақида далиллар мавжуд. Окклюзиянинг нейтрал турида (Энгл I синфига кўра) юқори жағнинг қозиқ ва марказий тишларини ретенцияси кўпрок ташхисланади. Дистал турида (Энгл II синфига кўра) премоларларнинг ретенцияси пастки жагда кўпроқ учрайди. Медиал бирикишда (Энгл III синфига кўра), одатда, юқори жагдаги иккинчи премолар, қозиқ ва марказий тишларни ретенцияси аниқланади. Адабиётларга кўра, [11, 18, 24, 31, 32, 45, 46] доимий тишларнинг чиқиши бузилиши (ретенцияси) морфологик ва функционал бузилишларни келтириб чиқариши мумкин: одонтоген кисталар ҳосил бўлиши, жаг остеомиелити, лимфаденит, флегмона ёки абсцесс, бу хол ярим ретенцияга учраган тишлар учун хос, бунда тиш тожининг бир қисми очилганда, периодонтга ва суяк тўқималарига инфекция тушиши учун оғизнинг шиллиқ қаватида "эшик" яратилади. Шунингдек, ретенцияга учраган қозиқ тишлари қуйидагиларни келтириб чиқариши мумкин: босим остида қолган қўшни тишлар илдизи резорбцияси, қўшни тишларнинг чиқиш аномалияси, Шпее окклюзионн эгрилиги шаклланишидаги ўзгаришлар, тишлаш ва овқатни сақлаш функциялари бузилиши, нутқнинг бузилиши, табассум эстетикаси бузилиши, юз ассиметрияси. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, 87 та маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг қилинган тадкикотларига асосланиб, доимий тишлар чиқиш вақтидаги аномалиялар полиэтиологик касаллик ҳисобланади ва ушбу йўналишда қўшимча ўрганишни талаб қилади.

Хулоса

Юқорида умумлаштирилган ушбу аномалиянинг этиопатогенези нафақат маҳаллий ва умумий омилларга, балки социологик, иқтисодий ва климатогеографик вазиятга ҳам боғлиқдир. Ушбу йуналишда ишлайдиган мутахассис нафақат тишларнинг чиқиши ва шаклланиши ҳақида, балки инсон эмбриони бошининг ўсиши ва ривожланиши ҳақида ҳам билиши керак.

Агар биз патологияни ривожланишнинг дастлабки босқичларида аниқласак, шу билан биз унинг ўсиши ва ривожланишини олдини оламиз хамда тишжағ тизимида юзага келадиган мураккаб эстетик деформациялардан халос бўламиз.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Азимова Ш.Ш., Абруев У.Р, Расулов М.М. Тиш-жағ тизими аномалияларининг Бухоро шахар мактаб ёшдаги болалар орасида тарқалиши. //Доктор Ахборотномаси. 2020. - №1. - С. 23-28 бет.
2. Аникиенко, А.А. Форма и размеры зубных рядов в норме / А.А. Ани-киенко, Л.С. Персии // Новое в стоматологии. - 1994. - № 3 (спец. вып.) - С. 26-28.
3. Арсенина, О.И. Применение современной несъемной ортодонтической несъемной техники при лечении пациентов с различными аномалиями и деформациями зубочелюстной системы / О.И. Арсенина, И.В. Гуненкова // Новое в стоматологии. 1994. - № 3 (спец. вып.) - С. 16-22.
4. Безвестный, Г.В. Способ диагностики ретенции верхних и нижних третьих моляров / Г.В. Безвестный // Новые методы диагностики и результаты их внедрения в стоматологическую практику : тр. ЦНИИС под ред. В.К. Леонтьева. - М., 1991. - С. 198-200.
5. Брагин, Е.А. Обоснование применения современных несъемных ретенционных аппаратов после ортодонтического лечения техникой прямой дуги : метод, рек. / Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина, П.А. Григоренко - Ставрополь, 1998. - 13 с.
6. Брагин, Е.А. Современные методы лечения нарушений смыкания зубных рядов : учеб. пособие по ортопед, стоматологии для студентов мед. вузов / Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина. - Ставрополь, 2003. - 131 с. 110
7. Будкова, Т.С. Ретенция зубов, план и прогноз лечения / Т.С. Будкова, И.Ю. Жигурт, Ф.Я. Хорошилкина // Новое в стоматологии. - 1997. - № 1 (спец.вып.). - С. 46-53.
8. Бычкова, В.М. Ортодонтические и ортопедические мероприятия в комплексном лечении заболеваний тканей пародонта у подростков / В.М. Бычкова // Новое в стоматологии. - 1994. - № 3 (спец. вып). - С. 24-26
9. Вакушина, Е.А. Совершенствование методов обнажения коронок ретинированных зубов / Е.А. Вакушина, Е.А. Брагин, В.В. Чепраков и др. // Ортодонтия. - 1999. - № 3. - С. 2-7.
10. Вакушина, Е.А. Проведение комплексного лечения пациентов с заболеваниями пародонта с использованием современных технологий в стоматологии. Результаты клинических исследований / Е.А. Вакушина, П.А. Григоренко - Воронеж, 2000, 45 с.
11. Вакушина, Е.А. Опыт применения различных видов ретенционных аппаратов после лечения аномалий окклюзии техникой прямой дуги / Е.А. Вакушина // Актуал. вопр. стоматологии : сб. науч. тр. - Ростов-н/Д, 2002. - С. 8-10.
12. Вакушина, Е.А. Роль редукции челюстных костей человека в распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у подростков и взрослых / Е.А. Вакушина, П.А. Григоренко // Актуал. вопр. стоматологии : сб. науч. тр. ВМА. - Волгоград, 2000. - С. 9-12.
1. 33. 13. Волчек, Д.А. Комплексное лечение ретенции клыков на верхней челюсти / Д.А. Волчек // Ортодонтия. - 2005. - № 3. - С. 40-44.
13. Гаффоров С.А., Бакаев Ж.Н. Особенности взаимосвязи заболеваний слизистой оболочки полости рта с соматической патологией //Вестник ТМА. - Ташкент, 2019. - № 3. - С.20-24.
14. Гаффоров С.А., Бакаев Ж.Н. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари - патологик аспектлари ва профилактика асослари // Stomatologiya. - Ташкент, 2019. - №4 (77). - С.75-80.
15. Жигурт Ю.И. План и прогноз лечения при лечении ретенции зубов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Жигурт.Юрий Иванович - Москва, 1994. - 123 с.
16. Иванов Л.П. Динамика подвижности зубов в процессе перемещения дозированной нагрузкой / Л.П. Иванов, Э.В. Щербакова, В.А. Щербаков // МРЖ. - 1990. - № 10, С. 47 - 53.
17. Ильина-Маркосян Л.В. Диагностика и план лечения / Л.В. Ильина-Маркосян // Рук. по ортопед, стоматологии. - М., 1974. - С. 476 - 499.
18. Каламкаров Х.А. Возможности прогноза и планирования ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий/ Х.А. Каламкаров // Стоматология. - 1975. - №5. - С. 52 - 59.
19. Калвелис Д.А. Ортодонтия / Л.А. Калвелис. - Л., 1964. - 238 с.
20. Камышева Л.И. Клинико - морфологическая характеристика ретенированных резцов и клыков верхней челюсти / Л.И. Камышева // Новое в стоматологии. - 1994 - № 3 (спец. вып). - С. 38-40.
21. Колесов А.А. Стоматология детского возраста / А.А. Колесов. - М., 1985. - 479 с.
22. Комарова Т.В. Методы перемещения ретенированных зубов ортодонтическими аппаратами с дозированной нагрузкой : дис. ... канд. мед. наук.: 14.00.21 / Комарова Татьяна Владимировна - Волгоград, 2000. - 119 с.
23. Косырева Т.Ф. Ретенционный период ортодонтического лечения/ Т.Ф. Косырева, О.Г. Стрелкова // Новое в стоматологии. - 1997. - №1 (51). - С. 95 - 98.
24. Митчелл Л. Основы ортодонтии / Л. Митчелл. М.: ГЕОТАР Медиа, 2010. С. 60 - 65.
25. Махсудов С.Н. Клинико - рентгенологические и биометрические показатели аномалий прорезывания и положения боковых постоянных зубов, методы диагностики, профилактики и лечения : дис ... канд. мед. наук.: 14.00.21 / Махсудов Суннат Нигматович. - Ташкент, 1991. - 147 с.
26. Михайлова Е.В. Одномоментная реплантация ретинированного зуба при ортодонтической коррекции / Е.В. Михайлова, Г.В. Степанов // Ортодент - Инфо. - 1998. -№ 3. - С. 45-46.

27. Накаджима, Э. Введение в биопрогрессивную терапию. Техника изготовления проволочных дуг и е? клиническое применение / Э. Накаджима - М., 1994. - 168 с.
28. Недбай А.А. Диагностика и лечение ретенции резцов / М.А. Недбай, В.А. Кукушкин, А.А. Айвазян // Ортодонтия. - 2001. - № 2. - С. 3537.
29. Неспрядько В.П. Патогенез, клиника и лечение непрорезавшихся зубов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.П. Неспрядько - Киев, 1985 - 28 с.
30. Олимов С.Ш. Значение метаболических показателей слюны в развитии зубочелюстных аномалий у детей с метаболическим синдромом.// "Стоматологик касалликларни даволашда ва профилактикасидаги долзарб муаммолар" Илмий амалий конференцияси. Бухоро. 2016.- 33бет.
31. Олимов С.Ш., Гаффоров С.А. Болаларда тиш-жағ тизими нуқсонлари ва соматик касалликлар орасида боғлиқликнинг илмий асослари. (адабиётлар шарҳи). // Журнал. Stomatologiya. -2019й №1.60-65 бет.
32. Олимов С.Ш., Саидов А.А., Гаффаров С.А., Хожиметов А.А. Мактаб ёшдаги болаларда гепатобилиар тизимнинг тиш-жағ нуқсонлари патогенезидаги аҳамияти. // Журнал Доктор ахборотномаси. Самарканд. 2019 -№2. - 35-39 бет.
33. Олимов С.Ш. Оценка эффективности профилактических мероприятий при ортодонтическом лечении детей с зубочелюстными деформациями.// Ўқув-услубий қўлланма. ЎзР ССВ томонидан 13.11.08 тасдиқланган. Ташкент. 2019. - 21 б.
34. Оспанова Г.Б. Применение кремнеорганических полимерных композиций в стоматологии / Г.Б. Оспанова, В.Я. Киселев, Е.Д. Пишняк // Новое в стоматологии. - 1995. - № 3 (спец. вып.). - С. 37-40.
35. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий / Л.С. Персин. - М.: Медицина, 2004. - 360с.
36. Степанов Г.В. Изменение скорости кровотока в области ретинированных клыков верхней челюсти / Г.В. Степанов // Ортодонтия. - 2002. -№ 1.-С. 39-41.
37. Степанов Г.В. Комплексная диагностика и лечение аномалий прикуса при зубоальвеолярном укорочении: автореф. дис. □ д-ра. мед. наук: 14.01.14 / Степанов Григорий Викторович. - Самара, 2011. - 43с.
38. Хорошилкина Ф.Я. Устранение функциональных, морфологических и эстетических нарушений при лечении зубо - челюстно- лицевых аномалий Эджуайс-техникой. Учеб. пособ. / Ф.Я. Хорошилкина. - М, 1995. -182 с.
39. Attin T. Properties of resin-modified glass-ionomer restorative materials and two polyacid-modified resin composite materials / T. Attin // Quintessence Int. - 1996. - Vol. 27, № 3. - P. 203-209.
40. Aydin U. Transmigration of impacted canines / U. Aydin, H.H. Yilmaz // DentomaxillofacRadiol. - 2003. - Vol. 32, № 3. - P. 198-200.
41. Efrstratiadis S.S. The role of facial growth in orthodontic treatment / S.S. Efrstratiadis //New York., State Dent., J. - 1986. - Vol. 52. - P. 16-18.
42. Ross V.A. Influence of vertical growth pattern on faciolingval inclinations and treatment mechanics / V.A. Ross, R.J. Tsaacson // Amer. J. O. - 1990. - Vol. 98. - P. 422-429.
43. Saidova L. A., Khabibova N. N. Dental system in children from mothers with gestational Arterial hypertension // International congress on modern education and integration. Vol.5. P. 345-351.
44. Smailiene D. Localization of impacted maxillary canines by palpation and orthopantomography / D. Smailiene // Medicina (Kaunas). - 2002. - Vol. 38, №8.-P. 825-829.
45. Tuverson D.L. Anterior interocclusal relations / D.L. Tuverson / / A. J. O. - 1980. - Vol. 78. - P. 361-370.
46. Yildirim D. Multiple impacted permanent and deciduous teeth / D. Yildi-rim, H.H. Yilmaz, U. Aydin // DentomaxillofacRadiol. - 2004. - Vol. 33, № 2.-P. 133-135.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-093/-098

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕНИНГИТАМИ ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2018 г.г.

Бердыкулова М.М., Утепбергенова Г.А., Ережепов Б.А., Шойынбай Э.С., Шуленова А.У.,

МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент, Республика Казахстан.

✓ ***Резюме***

В настоящей статье показан ретроспективный анализ заболеваемости населения менингитами в Туркестанской области за 2017-2018 г.г. доля менингитов из 550 случаев 88.4% были вызваны вирусами, 6.0% - бактериями, 2,4% - вирусами и бактериями (смешанная этиология), у 2.5% - этиология была не определена и у четверых больных -0.7% менингоэнцефалит вызван вирусом бешенства, выставленный на основании клинико-эпидемиологических данных. Из менингоэнцефалитов бактериальных и смешанных менингитов 46% вызваны менингококком, 24%, 2,4% - стрептококком, 10,9% - вирус в сочетании с M. catarrhalis. летальность от менингококкового менингита составила 4,8%.

Ключевые слова: заболеваемость, бактериальные менингиты, вирусные менингиты, летальность.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF MENINGITIS IN THE TURKESTAN REGION FOR 2017-2018 y.

Berdykulova M.M., Utepbergenova G.A., Yerezhepov B.A., Shoynbay E.S., Shulenova A.U.,

Akhmet Yassawi University, Shymkent, Republic of Kazakhstan.

✓ ***Resume***

This article shows a retrospective analysis of the incidence of meningitis in the Turkestan region in the 2017-to-2018 period. The proportion of meningitis out of 550 cases was 88.4% caused by viruses, 6.0% by bacteria, 2.4% by viruses and bacteria (mixed etiology), 2.5%- the etiology was not determined and four patients -0.7% meingoencephalitis was caused by rabies virus, exposed on the basis of clinical and epidemiological data. Of the bacterial and mixed meningoencephalitis meningitis 46% are caused by meningococcus, 24%, 2.4% - by Streptococcus, 10.9% - by the virus in combination with M. catarrhalis. The mortality rate from meningococcal meningitis was 4.8%.

Key words: morbidity, bacterial meningitis, viral meningitis, lethality.

Актуальность

Энцефалиты и менингиты — это тяжелые заболевания с поражением центральной нервной системы, характеризующиеся высокими показателями заболеваемости и летальности [1, 2]. Согласно данным эпиднадзора из разных регионов Казахстана у 30-70% случаев этих заболеваний этиология не расшифровывается. В Казахстане проводится эпиднадзор за бактериальными менингитами, включая менингококковый менингит, с использованием бактериологического метода подтверждения, клещевым энцефалитом (ПЦР подтверждение в областных лабораториях Центров санэпидэкспертизы), вирусными менингитами.

Целью исследования: проведение ретроспективного анализа и определение этиологии случаев менингита и энцефалита в Туркестанской области (ТО).

Материал и методы

В период с февраля 2017 г. по январь 2018 г. установлен эпиднадзор за случаями менингита /энцефалита, госпитализированными в инфекционный стационар г.Шымкента (ШГИБ) и районные ЦРБ. При поступлении случая с диагнозом -менингит/энцефалит в районные ЦРБ, туда выезжал консультант из ШГИБ. Случаи, соответствующие принятым стандартным определениям случая менингита или энцефалита [3-4], и согласные участвовать в исследовании были обследованы лабораторно, на них была заполнены анкета. Образцы ликвора и крови в бак лаборатории исследовались на культуры Neisseria meningitidis, Escherichia coli, Haemophilus influenza, Klebsiella spp., Pseudomonas spp., Enterobacter spp., Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp., Moraxella catarrhalis. В данном исследовании, в дополнение к рутинному тестированию, образцы ликвора были исследованы в ПЦР на: Neisseria meningitidis, Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Enteroviruses, Virus Herpes Simplex 1,2, Virus Zoster, Listeria monocytogenes. Для проведения ПЦР были использованы тест-системы производства Амплисенс. Для выделенных культур N. meningitidis была определена чувствительность к антибиотикам с использованием диско-диффузного метода.

Результат и обсуждение

Всего в период с февраля 2017г. по январь 2018г. в Туркестанской области были отобраны образцы у 550 (процент участия: 98.9%) случаев, из них у 546 были отобраны и протестированы ликвор и кровь, у четырех случаев с клиникой и эпидемиологией бешенства были отобраны образцы крови, а также ствол мозга и слюна для исследования на вирус бешенства.

Из 550 случаев: 486 (88.4%, 95% CI: 85.6% - 91.0%) были вызваны вирусами, 33 (6.0%, 95% CI: 4.0% -8.0%) бактериями, у 13 (2.4%, 95% CI: 1.1% - 3.6%) вирусами и бактериями (смешанная этиология), у 14 случаев (2.5%, 95% CI 1.2% -3.9%) этиология была не определена и у четверых (0.7%, 95%CI: 0.02% -1.4%) зарегистрировано бешенство клинико-эпидемиологический.

Из 46 случаев бактериальной и смешанной этиологии N. meningitidis была определена у 21 (45.6%, 95% CI: 43.0% - 91.0%) случая, включая три случая со смешанной вирусно-бактериальной этиологией (N. meningitidis+ Enterovirus -2 и N. meningitidis+VZV),

и 2 случая смешанной бактериальной этиологии (N. meningitidis+HIB, N. meningitidis+St. aureus); стрептококк пневмонии обусловил 10 (22%, 95% CI: 9.8% - 31.6%) случаев; золотистый стафилококк (не включая смешанный случай с менингококком) - 4 (8.7%, 95% CI: 0.5% - 16,8%), гемофильная палочка инфлюэнцы (HIB) (не включая смешанный случай с менингококком) - 3 (6.5%, 95% CI: 0.0% - 13.6%), клебсиелла - 2 (4.3%, 95% CI: 0.0% - 10.5%), листерия -1 (2.2%, 95% CI: 0.0% - 6.4%), M. catarrhalis - 5 (10.9%, 95% CI: 1.9% - 19.9%) случаев.

Областной показатель заболеваемости менингококковым менингитом с учетом диагностики методом ПЦР на 100 тысяч населения составил - 0,72 (21 случай), без использования ПЦР (только выделение культуры) - 0,24 на 100 тыс. населения (7 случаев), то есть ниже в 3 раза. Заболеваемость энтеровирусными менингитами/энцефалитами (МЭ) на 100 тыс. населения составила -14,5 (408 случаев), тогда как по годовой статистической отчетной форме Ф.1 - 5,0 (147 случаев). Разница составила - 2,9 раза. Двенадцать (2.2%) из 550 зарегистрированных случаев закончились летальным исходом, этиология была установлена для пяти из двенадцати случаев. Летальность случаев менингококкового МЭ (N. meningitidis+VZV) составила 4,8% (1 случай), энтеровирусного менингита - 0,2% (1), менингита, вызванного вирусом Зостер (VZV), - 7,1% (1), вирусом простого герпеса - 1,4% (1). Летальность неподтвержденных или необследованных случаев составила 15% (3). Все три (100%) случая бешенства, подтвержденных клинико - эпидемиологически, были летальными. Случаи менингококкового менингита регистрировались в ТО практически весь год (за исключением мая, июля и декабря месяцев) с пиком в марте 2017 года. Всего лабораторно подтвержденных случаев было 21, в том числе подтверждено только в ПЦР было 14 случаев, (ПЦР + культура) - 5 случаев и только бактериологически (культура) - 2 случая. Из числа всех положительных случаев на менингококк одновременно и в ПЦР и бактериологически было исследовано 17 образцов, два образца были исследованы только бактериологическим методом и два образца были исследованы только метолом в ПЦР. Из 17 образцов, протестированных двумя видами лабораторного тестирования, только у пяти была выделена культура менингококка и все 17 были положительны в ПЦР. То есть чувствительность бактериологического метода исследования составила - 29,4% (5 из 17). Было выделено три серогруппы менингококков (из 7 случаев, подтвержденных культурально): A - 3 (43%), B - 2 (28,5%), C - 2 (28,5%).

Выводы

Таким образом, этиологическая структура менингитов и энцефалитов (МЭ), зарегистрированных в течение 12 месяцев в Туркестанской области, была следующей: из числа зарегистрированных случаев МЭ были вызваны вирусами (n=486 или 88.4%) случаев. Из 46 случаев МЭ бактериальной и смешанной этиологии большинство было вызвано менингококком (n=21 или 46%), 10 (24%) стрептококком пневмонии (n=10 или 22%), и M. catarrhalis (в сочетании с вирусами) (n=5 или 10.9%).

Показатель заболеваемости менингококковым менингитом с учетом диагностики методом ПЦР в 3 раза выше (0,72 на 100 тыс. населения, чем без использования ПЦР (только выделение культуры) - 0,24 на 100 тыс. населения. Были выделены менингококк трех серогрупп - A, B и C. Самые высокие показатели заболеваемости регистрировались в г. Шымкенте: менингококковым МЭ - 1,8 на 100 тыс. населения, энтеровирусным МЭ -39,8 на 100 тыс. населения. Для менингококковых МЭ группами риска являлись дети до 1 года (показатель заболеваемости- 2,8 на 100 тыс.) и организованные дети из детских дошкольных организаций (ДДО) (3,1 на 100 тыс.). Летальность случаев менингококкового менингита составила - 4.8%. У трех летальных случаев (15%) этиология не была установлена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. "Менингиты и энцефалиты" 2003 год-128 стр.
2. Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2004. - 416 с.: ил.: [4] л.ил. ISBN 5-225-04788-2
3. Tunkel A.R., et al., The Management of Encephalitis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 2008. 47(3): p. 303-327.
4. Sejvar J.J., et al., Encephalitis, myelitis, and acute disseminated encephalomyelitis (ADEM): case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine, 2007. 25(31): p. 5771-5792.
5. Mortensen J.E., M.J. Gerrety, and L. D. Gray. 2006. 2006. Surveillance of antimicrobial resistance in Neisseria meningitidis from patients in the Cincinnati tristate region (Ohio, Kentucky, and Indiana). Journal of Clinical Microbiology 44:1592-1593.

Поступила 09.11. 2020

UDC616.61-089.86

EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS OF UROLITASIS IN CHILDREN (LITERATURE REVIEW)

Dehkonov K.A., Axmedov Sh.M., Shagiyazova L.M., Usmanova M.J.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

The experience of medical science and practice shows that there are close and varied links between diseases and environmental conditions. It is known that the adaptive capabilities of a person to adapt to the effects of harmful agents are limited, and real long-term adaptation is practically impossible.

The territory of the Republic of Uzbekistan belongs to the arid zone of Central Asia. The authors analyzed the prevalence of complicated infections against the background of nephrolithysis among the child population, and this issue, its scientific solution to complex metabolic treatment, correction of the nutrition of this disease is the basis for a deep comprehensive scientific research in this direction.

Key words: Nephrolithiasis, complicated inflammatory diseases of the kidneys, children, correction of PMT in arid zones.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКЫЙ ФАКТОРЫ РИСКА УРОЛИТАЗА У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Дехконов К.А., Ахмедов Ш.М., Шагиязова Л.М., Усманова М.Ю.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Опыт медицинской науки и практики показывает, что существуют тесные связи между заболеваниями и условиями окружающей среды, и они разнообразны.Известно, что адаптационные возможности человека к адаптации к воздействию вредных агентов ограничены, а реальная длительная адаптация практически невозможна. Территория Республики Узбекистан относится к аридной зоне Средней Азии. Авторами анализированны распространенности осложненные инфекции на фоне нефролитиза среди детского населения, и данный вопрос, его научный решения комплексного метоболического лечения, коррекции питания данного заболевания являеться основой для глубокого комплексного научного исследования в данном направление.

Ключевые слова: Нефролитеаз, осложненые воспалительные заболевания почек, дети, корррекция пмтания в аридных зонах.

BOLALARDA UROLITAZISNING EPIDEMIOLOGIK XAVF OMILLARI (ADABIYOTLAR SHARHI)

Dehkonov K.A., Axmedov Sh.M., Shagiyazova L.M., Usmonova M.J.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Tibbiy fan va amaliyot tajribasi shuni ko‘rsatadiki, kasalliklar va atrof-muhit sharoitlari o‘rtasida yaqin va xilma-xil bog‘liqliklar mavjud. Ma’lumki, odamning zararli vositalar ta’siriga moslashish qobiliyatlari cheklangan va haqiqiy uzoq muddatli moslashish deyarli mumkin emas.O‘zbekiston Respublikasi hududi O‘rta Osiyoning qurg‘oqchil zonasiga kiradi. Mualliflar bolalar populyatsiyasi orasida nefrolitiz fonida murakkab infektsiyalarning tarqalishini tahlil qildilar va bu masala, uning metabolik davolashni ilmiy echimi, ushbu kasallikning ovqatlanishini to‘g‘irlash ushbu yo‘nalishdagi chuqur ilmiy tadqiqotlar uchun asos bo‘lib xizmat qilmoqda.

Kalit so‘zlar: Nefrolitiyaz, buyraklarning murakkab yallig‘lanish kasalliklari, bolalar, quruq zonalarda PMTni tuzatish.

Relevance

Numerous studies conducted in our country and abroad show that in terms of progressing anthropogenic habitat changes worsen health outcomes. Human health is a complex multifactorial problem. So far, no consensus on the impact of natural systems and their individual components (climate, soil, hydrology), on health, on the occurrence of diseases and geography. However, the experience of medical science and practice shows that there are close links between diseases and environmental conditions, and they are diverse [9.41].

Epidemiological analysis of the characteristics of infectious disease has a special role in the assessment of pre-disease population. It is known that the adaptive capacity of a person to adapt to the effects of harmful agents is limited and the real long-term adaptation is practically impossible. The territory of the Republic of Uzbekistan belongs to the arid zone of Central Asia. In Uzbekistan, the number of days with high temperature behavior has increased, and, in general, the climate in Uzbekistan extremity increases, ie, marked continental type of climate. The average July temperature is changed to a plain area with 260S to the north, up to 300 ° C in the south, the maximum temperature reaches 45-470S, rainfall in the plains of 80-200 mm, in the foothills of .... It is necessary to take into account the fact that the largest area of desert ecosystems include Plains (70% of the territory),

sandy deserts - 27% of the plain part of Uzbekistan [16]. There is a high salinity of groundwater, more than 2 g / l on the bed of the Zeravshan River, located in the irrigated areas. [16].

It is necessary to take into account the fact that environmental factors affect the body complex, and the degree of changes occurring in the body depends on the duration of the impact factors [51]. That is, environmental conditions determine the tension of regulatory systems, adaptive mechanism. Constant voltage reserve capacity leads to over-adaptive mechanisms, at the same time in the body mostly nonspecific changes occur. Further negative influence of the environment exacerbates the work of regulatory mechanisms, and this leads to the disruption of adaptation, and develop specific pathological form of the disease [1, 6]. According to the academician N.A.Agadzhanyana (1991) [7], one of the most important determinants of health indicator is the state of the environment. In 80% of cases, the incidence of related adverse effects of the environment, reducing health reserves. Anthropogenic factors in northern Uzbekistan, impact on life expectancy and health, promote the rise of the psycho-physiological and genetic stress and form of human pathology. Human health depends on the health of the biosphere, including sanitary and hygienic state of natural resources.

Adaptability of the organism is closely related to his personal sensitivity to environmental factors, that is, some individuals are more sensitive than other resistance. Susceptibility or resistance to diseases associated with stimulation of migration of lymphocytes, response of lymphocytes and their interaction with other immunologic processes, as well as the severity of inflammation, with the neuroendocrine mechanisms of regulation, the regulation of hormones, with exchange and other physiological processes with a specific antigenic structure of HLA- tissue antigenic composition of human tissues [7, 47]. The reduction of water in the Aral Sea affected the northern part of the country the temperature [43].

According to the results of research Mambetullayev SM et al. (2002) [34], the overall incidence of child population in the conditions of the northern part of the country found that overall, the explained variance of 68.4%. Quickie drinking water is the most intense negative effect on the child's body. Overall, its contribution is 32.6%. These include: increased hardness, salinity, chlorides, sulfates. Air pollution also contributes to the total explained variance to 19.4%.

According Sh.T. Iskandarovoy (2001) [21] The annual average concentration of dry residue in 1991 at the site of "Tuyamuyun" increased 1.5 times and amounted to 1674 mg / l. The maximum increase in the mineralization observed in the end portions of the Amu Darya, where the concentration of chlorides and sulfates significantly exceed the permitted levels, and the concentration of magnesium and calcium significantly exceed the water quality in the river upstream of the (cross-sections 1.2). The percentage of samples of water of water bodies in places of water use by the population of the sanitary-chemical indicators reached 58.6% in 1996.

According E.I. Chembarisova et al. (2001) [49] integrated assessment of river water quality within the Amu Darya basin, to 76.9% of the territory is occupied, a satisfactory water and of poor quality, it is mainlymiddle and lower reaches of Surkhandarya, Kashkadarya and Zarafshan, Khorezm oasis in the northern part of the country.

Before Tuyamuyunvodohranilitsem (in alignment Dargan Ata) water mineralization within a year for the past 10 years steadily varies between 0,60-1,8 g / l. Stiffness mg.ekv ranges from 6-18 / L. Nutrients, nitrogen compounds () doing with agricultural runoff, recorded the maximum values in May, June, and phosphates in late spring-early summer to 1.5 mg/dm3.

Sh.T.Iskandarovoy (2001) [21] found that in white rats treated for 4 months with the value of intragastric water total hardness of 13 mEq / L, marked changes in the peripheral blood, reducing the activity of enzymes - ALT AST, LDH in blood serum; increasing blood levels of alkaline phosphatase, sodium and potassium, i.e. It noted a violation of redox processes and water metabolism.

Formed climatic conditions intensified the continental climate: it was 90%, the amplitude of the summer and winter temperatures ranged from 1.5 to 2.50. The number of dry days [41].

Drained bottom of the sea is the source of the active removal of dust particles that pollute the atmosphere and reach the distance of 200-400 km in length. During the year, the atmosphere received from 13 to 23 million tons solepyli [41].

Outside of his study showed a high dust content. In 1988, the average dust concentration exceeded MPC by 79.2% - 100% of the time, in 1989, from 84.6 to 100% in 1990 from 55% to 100 in 1988, the dust concentration exceeded MPC 4.2 times, in 1990 by 3.3 times [2,3].

Research Sh.T. Iskandarovoy (1996) [22] found that the Aral Sea salt to ion composition contains a percentage: NaCl - 73,9-76,3, CaSO4 - 0,44-0,47; MgSO4 - 0,85-1,53; Na2SO4 - 0,71-0,76; Kj - 0,03; MgCl4 - 0,70-0,85, dry matter - 6,07-6,75, moisture - 4. Appearance in the air-spray.

P.C. Iskandarov (1996) [20] on a large amount of factual material on experimental animals showed that inhalation of aerosol salt Aral 4.8 mg / m3 concentration caused functional changes in a number of indicators. Thus, a statistically significant decrease of cholinesterase activity in animals, catalase and sulfhydryl groups of whole blood, potassium ion content, magnesium and calcium, ALT, AST, alkaline phosphatase activity and serum urea occurred on day 45-60 primer.

In a number of scientific papers [8, 9, 10,11,19, 26,28] showed a significant relationship between environmental factors and the northern part of the countrythe state of human health; factor between aqueous and renal pathology, including with urolithiasis [21].

It is generally known that the formation of urinary tract stones are caused by complex factors. Most of the stones in chemical research contain calcium, ie, condition for calcium stone formation are high Calciphylaxis urine and stone formation is influenced by change of pH.So, when routine inspection in 200 healthy children, 60 children had a positive test for calciphylaxis [13,14,15].

In the Aral Sea zone using chromatographic and spectrometric analysis hromotomass organic acid urine of patients with urolithiasiswere investigated. The data obtained are shown - the amount of uric acid risen to 3.33 times schavelevoy acid - 2.5 times, phosphorite - 2.01 times, the amount of glucuronic acid decreased by 11.38%, a marked increase in the content of sodium in the urine 1 65 times, calcium 34.2%, magnesium - 9.8 times, 2.73 times in phosphate [22,23,24,25,42].

It was established a close statistical relationship between hardness of drinking water and the intensity of

indicators urolithiasis. In the study on calcium absorption, it turned out that affects the nature of food consumed, which causes the acidity of the intestinal contents, the conditions for enhanced calcium absorption from the intestine, therefore, its separation in large quantities in the urine [12,27,29,30].

In determining the interdependence of the prevalence of urolithiasis on the size ratio of Ca / Sr and of Mg / Sr water obtained correlation coefficients equal to 0.797 and 0.679 respectively. The resulting correlation coefficients have negative values, i.e. indicated an inverse relationship [31,32,33,38].

Experiments have shown that when giving the animal in an excess amount of silicon, the latter being allocated by the kidneys, damage the epithelium of convoluted tubules. Damaged epithelium atrophy, slushivayutsya and undergo necrobiosis and necrosis. Here is the deposition of calcium phosphate salts formed microlite-rock forerunner of the future [35,36,37,48].

Detected nedostatochnostperidoksina nephrolithiasis in the body, which was confirmed as lower amounts of citric acid in the blood of patients and the increase in acid content schavelevoy recurrent forms of the disease [17,40].

Favorable conditions for stone formation in children are at schavelevoy acidic nephrolithiasis, it may be due to a deficiency of magnesium in the surface waters and soil. magnesium deficiencyncreases in the summer, while the body is significant vegetable, rich in carbohydrates and calcium food [39,46].

Sharply continental climate, high rigidity drinking water violation vodnosolevogo exchange increases the risk of stone formation due to the additional load of calcium salts of the body. Uratemicroliths in the urinary tract are caused by a violation of purine metabolism, ie, essential role played by the food factor, comprising absorption, excretion, distribution and nature of the accumulation of nitrates, nitrites, chlorine-organic toxic substances, long-term receipt of the human body. From diet composition depends not only on the type and amount of nitrate nitrite pesticides, herbicides, calcium, magnesium, phosphorus, ammonia, bacteria, fungi, coming from the food, but also the nature of their metabolism in the body [4, 5, 44].

According Tynaliev M.T. (1995) [45] pesticide DDT, HCH in 10 tested samples of kidney tissue of patients with urolithiasis in 4 times more than in the control group samples. It was also found that in the development of kidney stones immet nature more important food and water mode [45].

Thus, studies and calculations show that there is a real relationship between the environmental parameters and indicators of morbidity in conditions of imbalance of natural climatic conditions and it affects the metabolism not only cells in the body, but is a pathological factor in the destabilization of the cellular structures, particularly its membrane cells.

The basis of urolithiasis component balance is disturbed, through the consumption of plastic material, which leads to an imbalance of essential amino acids security, lipids, carbohydrates, minerals and vitamins. This leads to disruption of metabolic processes in the cells, with the destruction of the cell membrane, which manifests as an imbalance of phospholipid structure of cell membranes. Episodic or long-term destruction of cell structures lead to a breach of the colloid-crystalloid composition of urine, increasing the crystallization of salts in the urine to microliths a starting torque of urolithiasis. A connection of infection or stasis of urine leads to crystallization microliths to makrolitov in the urinary tract.

The book is based on years of scientific and experimental, clinical and laboratory material disclosed pathogenetic mechanism of urolithiasis in children. Subsequently, the material on a large study proved dysfunction causes structural and functional condition of the phospholipid-foot frame cytomembranes kidney cells as a consequence of the disturbed balance of amino acids proceeds, fats, carbohydrates, trace elements, vitamins, leading to abnormally increased excretion of phospholipids in the urine, and to a change in the composition of colloidal kristaloid urine. In this long-term scientific and experimental, practical work to analyze the dynamics of clinical and laboratory data of sick children, which traditional and metabolite-dietary treatment methods developed by the authors have been appointed, before and after the elimination of urostaza, and urinary tract infections.

In this scientific work in each chapter, the series was an attempt to disclose the protein, lipid, vitamin, microelement exchange in urolithiasis in children. An attempt was made consistently shows the result of a complex metabolite-dietary treatment for the correction of an amino acid, lipid, vitamin, microelement disbansa in this pathology in children. The data demonstrate the dynamics of the recovery of the immune, enzymatic cell status, and confirmed significant improvement in clinical and biochemical parameters in patients with children than those receiving conventional therapy. The results confirmed the effectiveness of the chosen tactics decrease 2 times a relapse of the disease in the study group than in the comparison group [50, 51, and 52].

The territory of the Republic of Uzbekistan belongs to the arid zone of Central Asia. The prevalence of complicated infections against the background of nephrolithysis among the child population is one of the main issues of a comprehensive scientific solution to metabolic treatment, correction of the nutrition of this disease is the basis for a deep comprehensive scientific research in this direction.

LIST END LITERATURE:

1. AbdirovCh.A. Health of the population and the priority problems of health and environmental research in the conditions of the Southern Aral Sea // Medical Priaralye environmental problems and public health. Nukus 1991. - S.12-24.
2. AbdirovCh.A., Konstantinova LG, Kurbanbaev EK, Konstantinova GG Surface water quality downstream of the Amu Darya in the conditions of anthropogenic transformation of freshwater runoff. Tashkent, 1996. - 112 p.
3. AbdirovCh.A., Kurbanov AB, Konstantinova LG, Ibragimov MY Medico-ecological situation in the Republic of Karakalpakstan and the forecast morbidity. Nukus, 1996. - 18 p.
4. Abdisattarov A.A. Utegenov NU, Ten VP Epidemiological features of urolithiasis in the Aral Sea region // Proceedings of the I Resp.sezda urologists, 25-27 November 1992 Tashkent, 1992. - S.49-50.
5. U.S. Abdullayev, Shukurov R.K. The incidence of urolithiasis among the population of the Syrdarya region // Proceedings of the I Resp.sezda urologists, 25-27 November 1992 Tashkent, 1992. - S.50-51.
6. N.A. Aghajanian "Environmental physiology". The problem of adaptation and survival strategy // Materials of X International symposium "Ecological and physiological problems of adaptation." Moscow, 2001. - S.5-12.
7. Aghajanian N.A. Problems of Aral and public health. // Medical Priaralye environmental problems and public health. Sb.nauchn.tr. KKNIIK and Em, Nukus 1991.
8. Atabay N.S., Shoumarov S.B., Mustafayev H.M., Baratova V.D. Atabaev N.M.., Kudasheva L.V., Ermetova U.S., Mirshina O.P.

State report. Chief State Sanitary Doctor of the Republic of Uzbekistan "On ensuring sanitary and epidemiological welfare of the population of the Republic" in 2003 (Edited Niyazmatova BI). Tashkent, 2004. - 103 p.
9. Ataniyazova O.A., Konstantinova L.G., Eschanov T.B., Kurbanov A.B. The Aral Sea crisis and medical and social problems of Karakalpakstan. Nukus, 2001. - 116 p.
10. Ataniyazova O.A. Konstantinova L.G., Matsapaeva I.V., Atanazar K.M. The chemical composition of drinking water of the Republic of Karakalpakstan // Herald KCO Uzbek Academy of Sciences. Nukus 1998. - №7. - S.10-15.
11. Baranov A.A., Ignatieff R.K., V.I. KagramanovThe environmental and health problems of the Aral Sea region and demographic state of children's health in the region // Pediatrics, 1993. - №5. - S.76-79.
12. Butliashvili N.S. The role of external factors in the formation of kidney stones // I konf.urologov Sukhumi Transcaucasian republics, Tblisi, 1977. - S.69-71.
13. The diagnostic document. The current state of the Aral Sea region. UNEP. 1991. S.319.
14. Zhalekeeva P.A., Utepbergenova G., Ilyasova A.M. Early diagnosis of disorders of homeostatic kidney function in children in Karakalpakstan //Inform.pismo, Nukus, 2005. - 3 p.
15. Zhumamuratov A. Aral mashkalasy ham ekosistemadagy mikroelementlerdin bolistiriliunyzamlylyklarynizertleudin ahmiyeti. Nokis "Bilim", 1997. - 150 p.
16. Zadorozhna O. Kamalov K.J., S.I. Klimov, Mahmatmurodov S.B., Mirshina O.P. Muhammed K.K., soft S.V. Khamraev A.K., A. Shabanov .X. . Assessing the impact of climate change on health, vulnerabilities and adaptation of the health system in Uzbekistan, National Report, 2011 - 106 p.
17. Izashvili N.P., Ghasabyan E.V. On the question of prophylactic use of pyridoxine and magnesium with nephrolithiasis // I konf.urologov Sukhumi Transcaucasian republics, Tblisi, 1977. - S.73-75.
18. Information Bulletin of hygiene, the environment and public health. December 2000. №97.
19. T.I. Iskandarov Modern problems of environmental sanitation and public health in the Aral Sea region. // Research on health improvement of the environment in the Aral Sea region. Proceedings of the conference, September 27-28, 1999 Tashkent, 1999. - S.23-26.
20. IskandarovSh.T. Nephelometric determination of the Aral Sea salt in the air // Herald KCO RU, Nukus, 1996. - №1. - S.15-17.
21. IskandarovSh.T. Regional sanitary problems of protection of water sources and water supply in the specific conditions of Uzbekistan. Tashkent, 2001. - 207 p.
22. IskandarovSh.T. The experimental material to the justification of the averaged time of maximum permissible concentrations of the Aral Sea salt // Herald ASRUz KCO, 1996. - №1. - S.12-14.
23. Kamalov S.K. The Aral Sea crisis and some problems of socio-economic development of Karakalpakstan // Medical Priaralye environmental problems and public health, Nukus, 1991. - S.3-8.
24. Komarova L.I. To a question about the impact of organochlorine pesticides in the development of diseases of the blood system. Problems of Hematology and Blood Transfusion, 1976.- №11. - S.46-50.
25. Konstantinova L.G., Kurbanov A.B., Atanazar K.M., Absattarov N.A. The quality of drinking water, health status and prognosis of disease Karakalpakstan population // Materials mezhdunar. seminara "Environmental factors and health of the mother / child in the region of the Aral crisis." Tashkent, 2001. - S.87-95.
26. R. Kudyakov review of health data in the Aral Sea region. // Research on health improvement of the environment in the Aral Sea region. Proceedings of the conference, September 27-28, 1999 Tashkent, 1999. - S.32-38.
27. Kurbaniyazov A.B. Formation and development of labor potential in Karakalpakstan. Nukus, "Karakalpakstan", 1991. - 92 p.
28. Kurbanov A.B.Evaluation of the correlative relationship between environmental parameters and indicators of the Republic of Karakalpakstanzbolevaemosti // Reports of the Academy of Sciences of Uzbekistan, Tashkent, 2004- №2. - S.117-119.
29. Kurbanov A.B., Bazarbaeva D.I. The use of pesticides in the Republic of Karakalpakstan and their connection with the morbidity of the population. In Zh. "Medical science" - №4. (4), 2004. Russia. Publishing house "Sputnik +". - S.80-82.
30. Kurbanov A.B., Eschanov T.B., Ibragimov M.Y., Konstantinova L.G., Temirbekov O. KA Kosnazarov Hygienic evaluation of pesticides used in the Republic of Karakalpakstan. Nukus "Bilim", 2002. - 75 p.
31. Kurbanov A.B., Turdumambetov I.R., Khayrullin A.B., Atanazar K.M. Socio-hygienic monitoring as a basis for evaluation of the relationship of the environment and public health // Reports AK Uzbekistan, Tashkent, 2003. - P. 100-103.
32. Madreymov A.M. Atanazar K.M. "Environment and the Republic of Karakalpakstan health'. Mezhd.nauchn-practical conference. "Environmental education and sustainable development", Nukus, "Karakalpakstan", October 12-13, 2004. - S.103-105.
33. Mayer H. Bode Pesticide Residues. Translation from the German language (pod.red.prof.N.N.Melnikova). - M.Mir, 1966. -. 350.
34. Mambetullayev S.M., Kurbanov A.B., Aybekova R.T., Maturazova E.M. Comprehensive assessment of environmental factors affecting the overall incidence of child population in the conditions of the Aral ecological crisis. // Materials mezhd.nauchno-practical conference "Healthy ditina: PICT, rozvitok that problem is the norm in Suchasnyj drain", Ukraine, 2002. - P.58.
35. Matsapaeva I.V., Absattarov N.A., Kurbanov A.B. Drinking water quality in the Republic of Karakalpakstan, the sharp shortage of drinking water // Geoecology, engineering geology, geocryology, 2004. - №5.-S.466-469.
36. Nikolaev A.I., Katsenovich L.A. AtabaevSh.T. Pesticides and immunity. Tashkent. Medical Uzbek SSR, 1988. - 117 p.
37. Niyazov G.T. The study of child population living environment in the Republic of Karakalpakstan (Nukus on the example of the capital). // Medical Sciences, 2006. - №1. - S.46-51.
38. Brewers Y.P., Konashinsky A.V. The role of the chemical composition of drinking water in predicting the prevalence of urolithiasis endemic // Hygiene and sanitation. Moscow, 1989. - №6. - S.11-13.
39. Pulatov A.T., A.V. Kurkin Nephrolithiasis and pyelonephritis in children. Publishing house "Irfon", Dushanbe, 1977. - 127 p.
40. Reymov R. The environmental situation is deteriorating // ECC Uzbek Academy of Sciences, 2001.- №1,2. - S.12-15.
41. Reymov R.R., Konstantinova L.G. Environmental characteristics of the Aral Sea region and spatial differentiation of its territory as a zone of ecological disaster. Bulletin of the Academy of Sciences of Uzbekistan KCO. -. №2, Nukus, 1992. - S.3-8.
42. Ryabinsky V.S., Doschanov S.E., Istratov V.G. Some risk factors for nephrolithiasis in the Aral Sea region // Urology and Nephrology, 1993. - №4. - S.19-21.
43. Serikbaev M.Z., S.K. Aleu, Dalzhanov K.O., Serikbaev N.M. OrolobuyimintakasidaSodirovbulaetganIqlimuzgarishlar // MaterialsRepublican scientific-practical conference "Sustainable use of natural resources of the Southern Aral Sea region", Nukus, 2012. - S.135-136.
44. Tarasenko B.V., Urolithiasis, regional characteristics, diagnosis, differential approach to treatment of patients and the prevention of recurrence of stone formation // Proceedings of the I Resp.sezda urologists, 25-27 November 1992 Tashkent, 1992. - S.42-49.
45. Tynaliev M.T. Environmental factors in the development of nephrolithiasis // Central Asian Medical Journal of Urology, 1995 - Volume 1. - №4. - S.34-38.
46. Fayzieva D. Research of objects of pollution in the Aral Sea area // Research to improve health in the Aral Sea area environment // Proceedings of the conference. Tashkent, 1999. - S.38-40.
47. KHaitov R.M., Manko V.M., Alekseev L.P., Nazarov S.N., Litvinov V.I., Yarilin A.A. Immunogenetics and immunology: resistance to infection. Tashkent, Izdim.IbnSina, 1991. - 456 p.
48. L.D. Tsiskarishvili, Tsintsadze V.S. The role of some trace elements in the stone formation in the kidneys // I konf.urologov Sukhumi Transcaucasian republics, Tblisi, 1977. - S.72-73.
49. Chembarisov E.I., Atanazar K.M., T.U. Forester, Ranieva M.V. Hydroecological state of the Amu Darya basin // Herald KCO ASRUz, Nukus, 2001. - №5. - S.3-5.
50. Chembarisov E.I., Konstantinova L.G., Madreymov A.M., Kurbanov A.B., Atanazar K.M. The most important problems of water use and quality of drinking water in the Republic of Karakalpakstan, Nukus, 2005. - 38 p.
51. Shandala M.G., Zvinyatskovskaya Frenkel Environment and Public Health. Kyiv, 1988. - 150 p.
52. V.G. Sharmanov Contamination of food of plant and animal products of pesticides and their metabolites. In the book: The Nature Conservancy and the use of chemicals in agriculture and forestry. L.Meditsina, 1981. - S.97-100.

Entered 09.11.2020

UDK 616.933.162-06/07

O‘SMIR YOSHLARDA HUSNBUZAR KASALLIGIGA IRSIY MOYILLIKNI ANIQLASH VA PROFILAKTIKA MAQSADIDA RUX PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Raxmatov O.B., Xayitova N.D.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Tekshiruvlarimizni Buxoro viloyatida yashovchi 8-11 sinf o‘quvchilari va kollej o‘quvchilariga 1150 ta anketa tarqatib ulardan 204 nafar husnbuzar kasalligiga irsiy moyilligi bo‘lgan o‘smirlarda olib bordik. Asosiy guruhda 102 nafar o‘smirlar rux preparatini husnbuzar kasalligining profilaktikasi maqsadida qabul qilganlar, 102 nafar o‘smir yoshlar husnbuzar profilaktikasi uchun hech qanday perparatlar qabul qilmaganlar nazorat guruhiga kiritilib o‘rganildi. Asosiy guruhdagi 102 nafar o‘smir o‘g‘il va qizlarda rux malhamini har 3 kunda bir marotaba 3 oy davomida yuz hamda ko‘krakning yuqori qismi terisiga yupqa qoplam qilib surtildi. 2019 yil noyabr oyidan 2020 yil noyabr oyigacha xar ikki guruh o‘smirlar kuzatuv ostida bo‘lishdi. Kuzatuvlar shuni ko‘rsatadiki asosiy guruhdagi o‘smirlar rux malhamidan foydalanib uni qo‘llashni to‘xtatgandan keyin nazorat guruhiga nisbatan husnbuzar kasalligining uchrash kunlari sezilarli darajada uzayganligi aniqlandi.

Kalit so‘zlar: moyil o‘smir yoshlar, rux malhami, husnbuzar kasalligi.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НАСЛЕДСТВЕННЫМ АКНЕ ПОДРОСТКОВ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЦИНКА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ

Рахматов О.Б., Хайитова Н.Д.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Мы провели опрос среди 8-11 классников и учеников колледжей Бухарской области, раздав 1150 анкет 204 подросткам с генетической предрасположенностью угревой болезнью. В основной группе 102 подростка использовали цинк для профилактических целях угревой болезни, а в контрольной группе обследовано 102 подростка, не получивших никаких препаратов для профилактики угревой сыпи. 102 мальчика и девушки основной группы наносили цинковую мазь один раз в 3 дня в течение 3 месяцев тонким слоем на кожу лица и верхней части груди. С ноября 2019 года по ноябр 2020 года наблюдались обе группы. Наблюдения показали, в основной группе подростков, использовавшей цинковую мазь, после прекращения использования этой мази проявления заболеваемости значительно продлился по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: склонные к заболеваемости подростки, цинковая мазь, угревая болезнь.

TO IDENTIFY GENETIC TENDENCY OF TENDENCY OF TEENAGERS TO ACNE AND TO EVALUATE THE EFFICIENCY OF ZINC FOR THE PURPOSE OF IT’S PROPHYLACTIC

Raxmatov O.B., Xayitova N.D.,

Bukhara State Medical Institute

✓ ***Resume***

We conducted our surveys among 8, 11 th graders and college students in Bukhara Province, distributing 1150 questionnaires to 204 adolescents with a genetic predisposition to acne. In the main group, 102 adolescents were used. Zinc for prophylactic purposes of acne, and-in the control group, 102 adolescents were examined who did not receive -any drugs: for the prevention of acne were examined in the control group. 102 adolescent boys and girls in the main group applied zins ointment during 3 months in every 3 days as a thin layer on the skin of the face and upper chest. The 102 boys and girls in the control group did not use any medication. From November 2019 to November 2020, both groups were observed. Observations showed that in the group of adolescents who used zinc ointment, after stopping its usage, reoccurance of disease has risen considerably compared to those who are within control group.

Key words: prone teenagers, zinc ointment, acne.

Dolzarbligi

Husnbuzar kasalligi - Akne birinchi marta 542 yilda imperator I.Yustinianning shifokori tomonidan tasvirlangan. Husnbuzar bu bolalar va o‘spirinlar orasida eng ko‘p uchraydigan terining shikastlanish kasalligi. Retrospektiv kogort tadqiqotlari natijalariga ko‘ra husnbuzar kasalligi teri kasalliklari orasida 28,6% ni, 19,4 % dermatitlar va 16,2% so‘gallar tashkil etadi. Boshqa ma’lumotlarga qaraganda o‘spirinlik davrida hech bo‘lmasa bir marotoba kamedonlar chiqishi aniqlangan. Ko‘p yillar davomida shifokorlar husnbuzar kasalligining patogenezini aniqlashga harakat qilishgan [1].

Hozirda mikrobiologik jihatdan propionibakterium acnes va staphylococcus epidermidislarning koloni-zatsiyalanishi, terining gipoderma qavatining ortiqcha yog‘ ishlab chiqarilishi, follikulyar giperkeratoz va gormonal darajadagi vaqtinchanlik o‘zgarishlar hisoblanadi. Husnbuzar paydo bo‘lishiga hissa qo‘shadigan va uning rivojlanishiga ta’sir ko‘rsatuvchi omillar orasida oshqozon-ichak traktining turli xil buzilishlari ahamyatga ega [2].

Mahalliy dorilar odatda yallig‘lanish elementi bo‘lgan yengil husnbuzarda buyuriladi. Nojo‘ya ta’siri hozirda eng kam

antibiotik eritromitsin hisoblansada uning har bir insonda individual sezuvchanlik ta'sirini o'rganish maqsadga muvofiq. Eritromitsinni rux bilan kombinatsiya qilib tavsiya berish samaradorlikni oshiradi [3-4]. Ushbu dori darmonlarni o'smirlar hayotining birinchi yillaridagi yengil shakldagi husnbuzarlarni davolashlariga oid ma'lumotlar mavjud.

Makrolidlar bilan mahalliy davolashda yetakchi muammo P. Aknes shtammlarining antibakterial dorilarga nisbatdan yuqori qarshiligidir. Bundan tashqari ko'pchilik shtammlar kombinatsiyalashgan antibiotik va rux terapiyasiga sezgirdir [5].

Oxirgi tadqiqotlardan biri L.F.Eichenfield va boshqalar mahalliy kombinatsiyani tayyorlashning yuqori samaradorligi va xavfsizligini namoyon etdilar. Birinchi tadqiqot 1% klindamitsin va 5% benzoilperoksidni o'z ichiga olgan estradiol lokal terapiya. Ikkinchi tadqiqot 4% eritromitsin va 1,2 % rux atsetat yuzning yengil va o'rta darajadagi husnbuzarlarni davolashda ishlatilgan. Uch oy davomida 72 ta bemor bir kunda bir mahal birinchi kombinatsiya dori vositalari bilan davolanishgan. Ikkinchi kombinatsiya bo'yicha 75 bemor bir kunda ikki mahal uch oy davomida davolanishgan. Samaradorlik 1,2,3,4 va 12 haftalarda baholangan. Ikkala terapiya variantlari ham yuqori darajadagi xavfsizlikni ko'rsatgan[6].

Tizimli antibiotik terapiya o'rta va og'ir darajadagi husnbuzar kasalligini davolashda qo'llaniladi. Shu bilan bir qatorda bemorlarning yoshiga qarab bir qator dori vositalardan foydalanish cheklangan.

Dermatolog va pediatrlarning retseptlari tahlil qilinganda tetrasiklin qatoridagi antibiotiklarga qarshi ko'rsatmalarga ega bemorlarda, 8 yoshdan kichik bolalarda, hamda homiladorlarda qo'llanilganligi aniqlangan [7]. Dermatologlar 8 yoshdan katta bemor bolalarni davolashda doksisiklin va minosiklinni avzal ko'rishadi, pediatrlar esa tetrasiklinni avzal ko'rishadi [8].

Ushbu antibiotiklar guruhining yana bir dori vositasi azitromitsindir, uning xavfsizligi va samaradorligi bolalar va o'spirinlar guruhida ham tasdiqlangan. Shunday qilib F. Bardazning tadqiqotida papula-pustula shaklidagi o'rta va og'ir husnbuzar bilan 52 nafar o'spirin ishtirok etdi. Barcha bemorlar faqat azitromitsin bilan kuniga 500 mg dozadan 1 xaftada 3 marotaba 2 oy davomida davolanishdi. Terapiya kursi tugaganidan so'ng har 2 xaftada va 4 oyda samaradorlik va xavfsizlik baholandi. 47 o'spirinda davolashning birinchi oyida terining 20 % o'zgarishi sezilgan. Azitromitsin qabul qilgan 32 nafar bemorda terida husnbuzarlarning so'rilib ketishining yuqori samaradorligini ko'rsatdi [9].

Tizimli retinoidlar (izotretinoin), 12 yoshdan boshlab qo'llanishiga qaramay, pediatrlar amaliyotida juda kam qo'llanilgan. Buning sababi shundaki, 1998 yilda FDA ushbu preparatning depressiya, psixoz, teratogen ta'sirlarini tavsiflagan. Shunga qaramay ba'zi mualliflar izotretinoin antibakterial va topikal terapiyaga chidamliligi, o'gir husnbuzar kasalligiga chalingan bolalarda yuqori samaradorligi muhim ahamiyatga ega ekanligidir. Bolalar va o'spirinlarda, izotretinoinning nojo'ya ta'sirlarini baholash muhim ahamiyatga ega. Kaliforniya universiteti shifokorlari yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni aniqlashgan, quruq lablar, ko'zlar va terining qurishi, mialgiya, burundan qon ketishi, bosh og'rig'i, kayfiyatning o'zgarishi, ruhiy tushkunlik, o'z joniga qasd qilish fikri, terida toshmalar, fotosensitivlik oshishi kabidirlar [10].

Tabiiy yorug'lik ta'siri husnbuzarning kechishining og'irligini kamaytirishga yordam berishi uzoq vaqtlardan beri ma'lum bo'lib kelgan.

Fototerapiya va fotodinamik terapiya ham husnbuzar kasalligini davolashda keng qo'llanilgan. Teriga surtilgan 5 aminolevulin va metilaminolevulinat kislotasi dori vositasini yorug'lik faollashtiriladi. Tashhislar o'rganilganda fizioterapevtik davo muolajalari husnbuzar kasalligining praktikasida 18 yosh kichik bemorlarda ham qo'llanilgan. Tadqiqotlarning birida, ko'k diapazonli fototerapiya va klindamitsinning mahalliy ta'sirining samaradorligi 13 yosh va undan katta bo'lgan bemorlar kiritilgan [11].

Tadqiqot maqsadi

1. Husnbuzar kasalligiga moyil bo'lgan shaxslarni oldindan aniqlash maqsadida 8-11 sinf o'quvchilari va kollej o'quvchilari orasida 1150 anketa tarqatilib so'rovnomasi o'tkazish.
2. Husnbuzar kasalligiga irsiy moyilligi bo'lgan o'smir yoshlarda ruh preparatini profilaktika maqsadida mahalliy qo'llash usuli bilan kasallikning oldini olish.

Tadqiqot vazifalari

1. Oilasida va yaqin qarindoshlarida husnbuzar kasalligi qayd etilgan va shu bilan husnbuzar kasalligiga moyil bo'lgan o'smir shaxslarni aniqlash.
2. Moyilligi aniqlangan o'smir shaxslarga rux malhamini mahalliy qo'llash.
3. Mahalliy qo'llanilgan rux malhamining nazorat guruhiga nisbatan samaradorlgini aniqlash.
4. Olingan natijalarga statistik ishlov berish.

Material va usullar

Qo'yilgan vazifani hal qilish uchun 2019 yil noyabr oyidan 2020 yil noyabr oyigacha olingan kuzatuvlar natijasi olingan bo'lib, Buxoro viloyatida yashovchi 1150 nafar o'smirlarga anketa tarqatildi. Anketa natijalariga ko'ra irsiy moyilligi aniqlangan o'smirlar guruhlarga bo'linib o'rganildi.

Jami irsiy moyilligi bo'lgan 176 nafar o'smirlar aniqlandi. Ulardan rux preparatini profilaktik maqsadida mahalliy qo'llagan o'smirlar soni 102 nafarni tashkil qildi. Qolgan 102 nafari nazorat guruhiga (hech qanday profilaktik chora qo'llamaganlar) kiritilib o'rganildi.

Anketa tarqatilib o'rganilgan o'smirlarning yoshi qiz bolalarda 13 yoshdan 19 yoshgacha, o'g'il bolalarda 15 yoshdan 20 yoshgacha tashkil qildi.

Statistik uslublar: Ilmiy ish natijasida olingan xulosalar va ma'lumotlarning ishonchlilik darajasini aniqlash uchun ko'rsatkichlarning o'rtacha miqdori - M, o'rtacha miqdorning xatosi - m va ishonchlilik farqi-R ni topishda I.P. Ashmarin va A.A. Vorobev (1962) tomonidan tavsiya etilgan usullar va mezonlardan foydalanildi. R-ishonchlilik farqi Styudent jadvalidan olindi.

Natija va taxlil

Asosiy guruh o'smirlarning 64 nafari o'smir qizlar, 38 nafari o'g'il bolalar hisoblandi.

Nazorat guruhi bemorlarining 58 nafari o'g'il bolalar, 44 nafari qiz bolalarni tashkil etdi.

Asosiy guruh bemorlarda rux profilaktikasi rux malhamini kechqurun uyqudan oldin har uch kunda birmahal yuz, ko'krakning yuqori qismi terisiga yengil qoplamli qilib surtib turish bilan amalga oshirildi. Moyil shaxslar 12 oy davomida nazorat qilindi va quyidagicha natijalar olindi.

1-jadval

Rux preparati profilaktika maqsadida mahalliy qo‘llanilgan o‘smir qizlarda (asosiy guruh) va hech qanday dori-darmonlar qabul qilmagan qizlarda (nazoratguruhi) 12 oy davomida husnbuzar kasalligi shakllarining qayd etilishi

Belgilar	Asosiy guruh (64 nafar), rux preparati to‘xtatilgan kundan keyin kasallik alomatlarining uchrashi (M±m).	Nazorat guruhi (44nafar), nazorat boshlangan kundan keyin kasallik alomatlarining uchrashi (M±m).	R
Kamedonlar uchrashi	70±7,42	37±4,24	< 0,01
Tugunchali (papulyoz) husunbuzar	98± 10,92	31±2,03	< 0,001
Pustulyoz husnbuzar	86±4,26	30±0,23	< 0,01
Tugunli husnbuzar	86±4,26	30±0,23	< 0,01
Kelloidli husnbuzar	84±0,72	47±0,34	< 0,001
Xayzli husnbuzar	90±11,25	35±0,4	< 0,001
Umumiy uchrashi	86±9,36	35±1,25	< 0,001

Izoh: bir shaxsda har ikkala guruhda husnbuzarning bir, ikki va uchtagacha klinik ko'rinishi ham qayd etildi.

Asosiy guruhga olingan 64 nafar o‘smir qizlarda kamedonlar uchrashi profilaktik maqsadda rux preparati mahalliy qo‘llash to‘xtatilgandan keyin 70±7,42 kunni tashkil etsa, nazorat guruhiga olingan 44 nafar qizlarda kamedonlar uchrashi 37±4,24 kunni tashkil etdi. Tugunchali (papulyoz) husnbuzar asosiy guruhda 98±10,92 kunni tashkil etgan bo‘lsa, nazorat guruhda esa bu ko‘rsatkich 31±2,03 kunni tashkil etdi. Pustulyoz va tugunli husnbuzarlar asosiy guruhi bemorlarida uchrashi 86±4,26 kunni tashkil qildi, nazorat guruhi esa 30±0,23kun bo‘ldi. Kelloidli husnbuzar asosiy guruhda 84±0,72 kundan keyin uchray boshlagan bo‘lsa, nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 47±0,34 kunni tashkil etdi.Hayzli husnbuzar asosiy guruhdagi qiz bolalarda rux profilaktikasi to‘xtatilgandan keyin o‘rtacha 90±11,25 kundan keyin qayd etila boshladi, nazorat guruhda 35±0,4kunni tashkil etdi.

Qiz bolalarda rux profilaktikasi qo‘llanilganda va uning qo‘llanilishi to‘xtatilgandan keyin husnbuzarning kamedonli, tugunchali, yiringchali, tugunli, kelloidli va xayzli turlarining uchrashi asosiy guruh bemorlarida nazorat guruhi bemorlariga nisbatan sezilarli darajada uzoq muddatga cho‘zilganligi bilan ishonchli darajada ajralib turdi.

Jadval №2

Rux preparati profilaktika maqsadida qo‘llanilgan o‘smir o‘g‘il bolalarda (asosiy guruh) va hech qanday dori-darmonlar qabul qilmagan o‘g‘il bolalarda (nazorat guruhi) 12 oy davomida husnbuzar kasalligi shakllarining qayd etilishi

Belgilar	Asosiy guruh (38 nafar), rux preparati to‘xtatilgan kundan keyin kasallik alomatlarining uchrashi.	Nazorat guruhi (58nafar), nazorat boshlangan kundan keyin kasallik alomatlarining uchrashi.	R
Kamedonlar uchrashi.	51±1,33	42.5 ± 0.6	< 0,01
Tugunchali (papulyoz) husunbuzar.	78± 10,92	40±2,03	< 0,001
Pustulyoz husnbuzar.	116±15,16	48±3,65	<0,01
Tugunli husnbuzar.	85,5±6,4	40±0,76	<0.01
O‘g‘il bolalarda kelloidli husnbuzar.	128 ± 9,5	66±1,16	< 0,01
Umumiy uchrashi.	91,7± 8,09	47,3± 1,54	<0.001

Izoh: bir shaxsda har ikkala guruhda husnbuzarning bir, ikki va uchtagacha klinik ko‘rinishi ham qayd etildi.

Asosiy guruhga olingan 38 nafar o‘smir bolalar rux malhamini uch oy davomida profilaktik maqsadda qo‘llaganlarida, asosiy guruhda kamedonlar uchrashi rux preparati qo‘llanilishi to‘xtatilgandan keyin 51±1,33 kunlarda uchragan bo‘lsa nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 42,5±0,6 kunni tashkil qildi,tugunchali husnbuzar 78±10,92 asosiy guruh bemorlarida, 40±2,03 kunni nazorat guruhi bemorlarida, pustulyoz husnbuzarning uchrashi asosiy guruhda 116±15,16 kunlarga to‘g‘ri kelsa, nazorat guruhida 48±3,65 kunni tashkil qildi. Tugunli husnbuzar uchrashi ham asosiy guruhda 85,5±6,4 kun, nazorat guruhida 40±0,76 kunni, o‘smir o‘g‘il bolalarda kelloidli husnbuzarning uchrashi profilaktik muolaja to‘xtatilgandan keyin 128±9,5 kundan so‘ng uchragan bo‘lsa. Nazorat guruhi bolalarida 66±1,16 kundan keyin qayd etildi.

Umuman profilaktika maqsadida ruh malhami mahalliy uch oy davomida qo‘llab to‘xtatilgandan keyin o‘g‘il bolalarda asosiy guruhda 91,7±8,09 kungacha husnbuzarning klinik shakllari qayd etilmadi. Nazorat guruhida esa bu ko‘rsatkich 47,3±1,54 kunni tashkil qildi.

O‘g‘il bolalarda rux profilaktikasi qo‘llanilganda va uning qo‘llanilishi to‘xtatilgandan keyin husnbuzarning kamedonli, tugunchali, yiringchali, tugunli, kelloidli turlarining uchrashi asosiy guruh bemorlarida nazorat guruhi bemorlariga nisbatan sezilarli darajada uzoq muddatga cho‘zilganligi bilan ishonchli darajada ajralib turdi.

Xulosa

Kuzatuvlar shuni ko‘rsatadiki qiz o‘smir yoshlarda va o‘g‘il o‘smir yoshlarda asosiy guruhga ajratib olinganlarda uch oy mobaynida rux malhamidan profilaktik maqsadda foydalangandan keyin uni to‘xtatgach husnbuzar kasalligi shakllarining uchrash kuni nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada uzayganligi aniqlandi. O‘z navbatida husnbuzar kasalligining profilaktikasida rux preparatini uzoq muddatda moyil o‘smir yoshlarga mahalliy qo‘llash tavsiya qilinadi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Macini A.J., Baldwin H.E., Eichenfield L.F va boshqalar.Husnbuzar hayot sikli:bolalar kasalliklari spektri. Teri tibbiyoti va jarrohlik bo‘yicha seminarlar. 2011; 30: str2-5.
2. Henderson M.,AbboudJ., Cogan C.M. va boshqalar. Terining rangli epidemiologiyasi. Ummumiy teri kasalliklari haqida hisobot. Pediatric Dermatology. 2012.Doi10.1111/j.1525-1470.2012.01775.x
3. Sathakis V.,KilkennyM., Marks R. va boshqalar. Jamiyatdagi Tugunli husnbuzarning epidemiologiyasi. Australas JDermatol.1997; 38: 115.
4. Webster G.F. Tugunli husnbuzar. BMJ. 2002; 325:bet 475-9.
5. Owczarek W., Wydrzynska A., Paluchowska E. Teri kasalliklarida antibiotik terapiya. PolMerkurLekarski. 2011; 179: bet367-72
6. Krakowski A.C., Eichenfield L.F. Bolalarda husnbuzar; klinik prezentatsiyalar, baholash va boshqaruv.J drugs Dermatol.2007; №6: bet. 584-588.
7. Yentzer B.A., Irby C.E., Fleischer A.B. va boshqalar. Pediatr va dermatologlarning husnbuzar kasalligida davolash yo‘riqnomalari: Pediatric Dermatol.2008;25:bet 635-639.
8. Langer A,Sheehan Dare R., Layton A.A. Randomizin,bilan benzol peroksidning taqqoslash usullari(Duac) va eritromitsin+ ruxatsetat(Zineryt) Yengil va o‘rta darajadagi yuzning husnbuzar kasalligini davollash. JEurAcadDermatolVenereol.2007; 3:bet 311-9.
9. Babaeinejad S., Khodaeiani E., Foulai R.F. O‘rta darajadagi husnbuzar kasalligida doksiklin va azitromitsinning terapevtik ta’sirini taqqoslash: Inson yoshining roli. JDermatologTreat. 2011; 4:bet 206-10
10. Hodgkiss-Harlow C.J., Eichenfield L.F., Dohil M.A. Pediatrik dermatologiya populyatsiyasida izotretinoin xavfsizligini samarali monitoring qilish, bemorlarda simptomlarni aniqlashda tog‘ri yondashuv. JAmAcadDermatol.2011;65(3):517-24.
11. Wiegell S.R., Wulf H.C. Husnbuzar kasalligida 5 aminolevulinik kislota va metilaminolevulinatning fotodinamik terapiyasi. BrJDermatol 2006;54: bet -647-51.

Kelib tushgan vaqti 09.11.2020

УДК 316.612

МЕҲНАТ САМАРАДОРЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ ВА ИЖТИМОИЙ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Рахматов Нуриддин Негқадамович,

Бухоро давлат тиббиёт институти (ЎзМУ мустақил тадқиқотчиси).

✓ ***Резюме***

Ҳозирги кунда бозор иқтисодиёти шароитида ҳар бир ишлаб чиқариш корхонаси яхшигина фойда олишни истайди, ишлаб чиқаришини кенгайтириб, янги тармоқларни, ҳудудий бўлимларини очади ва ўз фаолиятини кенгайтиради. Шунинг учун ҳам ижтимоий-иқтисодий талаблардан келиб чиққан ҳолда ишлаб чиқаришнинг самарадорлигини оширишда инсон омили ва унинг меҳнат жараёнига таъсирини асос сифатида кўриб, уни тадқиқ қилиш, назарий ва амалий жиҳатдан ўрганиш бугунги кунда амалга оширилаётган ислоҳотлар юзасидан ўз долзарблиги билан аҳамиятлидир. Мазкур мақолада инсоннинг меҳнат фаолиятида энг асосий ўрни ҳамда унинг меҳнатга бўладиган муносабати билан боғлиқ ижтимоий омиллар таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: меҳнат, меҳнат самарадорлиги, тизимли ёндашув, инсон омили, ички ва ташқи омиллар, инсон ресурслар, бозор иқтисодиёти, сифат назорати, бошқарув.

ВАЖНОСТЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДА

Рахматов Н.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт
(независимый соискатель НУУз).

✓ ***Резюме***

В условиях современной рыночной экономики каждое производственное предприятие хочет получать хорошую прибыль, расширять производство, открывать новые производства, региональные филиалы и расширять свою деятельность. Поэтому изучение человеческого фактора и его влияния на трудовой процесс как основы повышения эффективности производства на основе социально-экономических требований важно с точки зрения его актуальности для проводимых реформ в теории и практике. В статье освещена важнейшая роль человека в трудовой деятельности и социальные факторы, связанные с его социальным статусом на работе.

Резюме: труд, производительность труда, система, системный подход, человеческий фактор, внутренние и внешние факторы, человеческие ресурсы, рыночная экономика, контроль качества, метод управления.

THE IMPORTANCE OF A SYSTEMATIC APPROACH AND SOCIAL FACTORS IN ENSURING LABOR EFFICIENCY

Rakhmatov N.N.,

Bukhara State Medical institute (independent applicant NUUz).

✓ ***Resume***

In a modern market economy, every manufacturing enterprise wants to make good profits, expand production, open new production facilities, regional branches and expand its activities. Therefore, the study of the human factor and its influence on the labor process as the basis for increasing production efficiency based on socio-economic requirements is important from the point of view of its relevance for ongoing reforms in theory and practice. The article highlights the most important role of a person in work and social factors associated with his social status at work.

Key words: labor, labor efficiency, systemic approach, human factor, internal and external factors, human resources, market economy, quality control, management.

Долзарблиги

Меҳнат ва меҳнат қилиш жараёни азалдан инсониятнинг ҳаётида энг муҳим ролга эга бўлиб, инсониятнинг шаклланиб ижтимоийлашувига, яшаш учун керак бўлган эҳтиёжларни қўлга киритишига ўз таъсирини кўрсатиб келган. Шунинг учун ҳам инсон ҳаётининг кўпроқ қисми меҳнат қилиш билан ўтишини ҳисобга олсак ушбу фаолият нечоғли муҳим эканлигини англаш қийин эмас. Меҳнат жараёни билан бирга унинг самарадорлигининг таъминланиши иқтисодий ривожланишга олиб келган.

Иқтисодий адабиётларда меҳнат самарадорлиги кўпинча меҳнат унумдорлиги билан бир хил тушунилади. Албатта, меҳнат унумдорлиги меҳнат самарадорлигининг жуда муҳим кўрсаткичидир, аввало, меҳнат унумдорлиги халқ хўжалик даражасидан токи иш жойигача ишлаб чиқаришнинг барча даражаларида узлуксиз тусда бўлиши мумкинлиги учун муҳимдир. Лекин, меҳнат самарадорлиги тушунчаси меҳнат унумдорлиги тушунчасидан кенгроқдир. Меҳнат самарадорлиги меҳнат унумдорлигидан меҳнат натижалари кўрсаткичи жиҳатидан ҳам, сарфлар кўрсаткичи жиҳатидан ҳам фарқ қилади. Меҳнат унумдорлиги тушунчаси фақат моддий ишлаб чиқаришга таалуқли бўлса, меҳнат

самарадорлиги эса, унинг моддий ишлаб чиқариш соҳасидаги, ҳам инсон меҳнат фаолиятининг бошқа соҳаларидаги маҳсулдорлигини тавсифлайди.

Корхонада меҳнат самарадорлигини таминлаш учун меҳнат жараёнига тизимли ёндашиш ва унга таъсир этадиган омилларни мазмуни ва моҳиятига кўра тизимли таҳлил этиш жуда муҳимдир. Жумладан, меҳнат самарадорлиги даражаси ва унинг динамикасига кўбгина омиллар таъсир килишини таҳлил қилишимиз мумкин.

Омиллар деб меҳнат самарадорлигининг ўзгаришига таъсир кўрсатадиган ҳаракатлантирувчи кучлар ёки сабабларга айтилади. [1] Улардан айримлари меҳнат самарадорлигининг ортишига ёрдам берса, бошқалари самарадорликнинг пасайишига сабаб бўлиши мумкин. Омиллар сифатида меҳнат самарадорлиги кучининг ортиши, меҳнатни ва ишлаб чиқаришни оқилона ташкил этиш, меҳнаткашлар ижтимоий шароитининг яхшилаш, табиий шароитларнинг ноқулай таъсир этиши, ишлаб чиқариш ва меҳнатни ташкил этишдаги камчиликлар, ижтимоий шароитдаги салбий факторларнинг кўрсатадиган салбий таъсирларини киритишимиз мумкин.

Айрим корхона ёки ташкилот даражасидаги омилларни ички ва ташқи турларга бўлиш мумкин. Ички омилларга корхонанинг техника билан қуролланиш даражасини, ишлатилаётган технологиянинг самарадорлиги, меҳнат ва ишлаб чикаришнинг энергия билан таъминланиши даражасини, татбиқ этилаётган рағбатлантириш тизимларининг таъсирчанлигини, кадрларга таълим бериш ва уларнинг малакасини оширишни, кадрлар таркибининг яхшиланишини ва корхона жамоаси ҳамда унинг раҳбарларига боғлиқ бўлган барчалари киради. Ташқи омилларга давлат буюртмалари ва бозордаги талаб ҳамда таклифнинг ўзгариши муносабати билан маҳсулот хиллари ва уларнинг сермаҳнатлик даражасининг ўзгариши, жамият ва минтақаларни ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлари, бошқа корхоналар билан кооперациялашув даражаси, моддий техника таъминотининг пишиқ-пухталиги, табиий шарт-шароитлар ва ҳоказолар киритишимиз мумкин. [1]

Барча омилларни ўз ички мазмуни ва моҳиятига кўра учта асосий гуруҳга моддий-техника омиллари, ташкилий ва ижтимоий-иқтисодий омилларга бирлаштириш қабул қилинган. Меҳнат унумдорлигини оширишнинг моддий асоси фан, техника ва технологияни ривожлантириш, уларнинг ютукларини ишлаб чиқаришга жорий этишдир, шунинг учун хам моддий-техника омиллари гуруҳини одатда етакчи ва қолган барча омилларни белгиловчи гуруҳ деб қаралади. [1]

Шу билан бирга, меҳнат унумдорлигига таъсир кўрсатувчи энг муҳим ижтимоий-иқтисодий омилларга тизимли равишда қуйидагиларни киритишимиз мумкин:

- инсоннинг манфаатдорлик ҳиссидан келиб чиққан ҳолда, ҳам якка тартибдаги, ҳам жамоа тарзидаги меҳнат натижаларидан моддий ва маънавий манфаатдорлик;

- ходимларнинг малака даражаси, компитентлиги, уларнинг касбий тайёргарлиги сифати ва умумий маданий-техникавий савияси;

- меҳнатга муносабат, манфаат ва таълим-тарбияга (касб малакасини ошириш, устоз-шогирд тизими) асосланган меҳнат интизоми, шахсий интизом;

- ишлаб чиқариш воситаларига ва меҳнат натижаларига бўлган муносабатнинг ўзгариши;

- ижтимоий бошқарув ва ишлаб чиқариш жараёнининг оқилона ташкил этилиши, меҳнат мотивацияси, менежмент тизими ва шахсий манфаатнинг жамоавий манфаатдорлик билан уйғунлашуви, ҳалоллик, корхонанинг истиқболига бефарқликнинг камайиши кабилардир.

Меҳнат самарадорлиги иқтисодий жиҳатлардан ташқари яна психофизиологик ва ижтимоий жиҳатларни ҳам ўз ичига олади. Меҳнатнинг психофизиологик самарадорлиги меҳнат жараёнининг инсон организмига таъсир кўрсатиши билан белгиланади. Ана шу нуқтаи назардан қараганда самарали меҳнат деб фақат муайян унумдорликка эришиш билан бир қаторда зарарсиз, қулай санитария-гигиена шарт -шароитлари ва хавфсизликни, меҳнатнинг етарли даражада мазмундор бўлиши ва унинг тақсимоти чегараларига риоя қилинишини меҳнат жараёнида инсоннинг жисмоний, ақлий куч ва қобилиятлари ҳар томонлама ривожланиши имкониятларини, ишлаб чиқариш шароитининг ходимга салбий таъсир кўрсатишининг олдини олишни таъминлайдиган меҳнат эътироф қилинади.

Ижтимоий меҳнат самарадорлиги эса инсоннинг ижтимоий фаолияти, муносабатлари ва ўз ҳолати ва шароитидан келиб чиқиб меҳнат самарадорлигига таъсир кўрсатишини англатади. Инсоннинг ҳатти-ҳаракатлари натижасида ҳосил бўлувчи унинг ижтимоий кайфияти ҳам бевосита меҳнат самарадорлигига таъсир кўрсатади.

Инсон-ижтимоий мавжудод бўлиб, унинг онги ўз фаолиятига нисбатан фаолдир ҳамда меҳнат фаолиятини асосий юритувчисидир. Шахс индивидуал, яъни ўзига хос психик, физиологик, социологик хусусиятлари, ноёб такрорланмаслиги билан тавсифланади. Инсон психологияси шундай тузилганки у хохлайдими ё йўқми унинг атрофида бўлаётган ижтимоий, иқтисодий, сиёсий, маданий ва бошқа муносабатлар ва унинг ушбу муносабатларга киришишидан ҳосил бўлувчи ички кечинмаларида содир бўлаётган жисмоний-руҳий кечинмалари ижтимоий муҳит билан ўзаро боғлиқ равишда ижтимоий кайфиятни келтириб чиқаради. Инсон яхши кайфиятда масалага ижобий ёндашиб, кўпроқ унинг ижобий тарафларини баҳолайди. Руҳий тушкун, эзилган, хафа кайфиятда эса масаланинг салбий тарафлари бўртиб кўринади. Инсон кайфияти орқали унда меҳнатга муайян ички муносабат пайдо бўлади.

Инсон ресурсларини бошқариш усулларини такомиллаштириш муаммолари юзасидан 20 йилдан ортиқ (1927-1948 йиллар) давр мобайнида "Нью-Жерси Белл Телефон" компаниясида ўтказилган Хауторндаги экспериментларида Честер П. Бернар тизимли ёндашув нуктаи назаридан ишлаб чиқаришда муайян шароитларда самарали бўлган кичик гуруҳларнинг оммалашуви истиқболларига, унинг ижтимоий тузилишини мустаҳкамлаш воситаларига ва иш жараёнида персоналнинг ўзаро ёрдам кўрсатиш имкониятларидан фойдаланиш асосида меҳнат унумдорлигини ошириш истиқболларига аҳамият берди. Бернард, чамаси, ишлаб чиқаришнинг ижтимоий тузилишидаги расмий ва норасмий ташкилотларни биринчи бўлиб

ажратиб кўрсатди, жамоада норасмий ташкилотлар, узаро муносабатлар, алоқаларнинг мавжудлиги расмий тузилмаларнинг нормал ишлаши учун, бошқарув ва ишлаб чиқариш персоналининг самарали ҳамкорлиги ва ўзаро ёрдам кўрсатиши учун зарур шарт ҳисобланади. Хауторн экспериментлари инсон ресурсларини бошқаришни янада ривожлантиришнинг бошланғич нуқтаси бўлиб хизмат қилади, қаттиқ, тартибга солиш ва кўпроқ; моддий рағбатлантиришга асосланган классик ёндашувдан бошқача асосий тавсифларга эга бўлган "инсоний муносабатлар" доктринасига ўтишни билдирар эди. Бу экспериментлар персоналнинг меҳнатдан қониқиш ҳосил қилиш даражаси билан унинг иш самарадорлигини ошириш ўртасида барқарор сабаб боғланиши борлигини кўрсатди. Шу муносабат билан якка тартибда рағбатлантиришни гуруҳ, тарзида рағбатлантириш билан алмаштириш таклиф этилди, маъмурий ва иқтисодий таъсир кўрсатиш усулларини эса ижтимоий-психологик таъсир кўрсатиш билан алмаштириш тавсия этилди, у меҳнатдан қониқиш ҳосил қилишни оширди. [2]

Материаллар ва методлар: Дунёнинг ривожланган мамлакатларидан АҚШ ва Япония мисолида уларнинг тажрибасига назар ташласак. АҚШда меҳнат самарадорлигига эришишда ходимларни оқилона бошқарувига катта эътибор берилишини кўришимиз мумкин. Америка корхоналарида бошқарув фаолияти шахсий жавобгарлик механизмига, индивидуал натижаларни баҳолашга, қисқа муддатларга ишлаб чиқилган аниқ, миқдорий кўринишга эга мақсадларга асосланади. Идеал америка менеджери одатда кучли раҳбарлик қобилиятини, ўзида барча бошқарув жараёни ўзида мужассамлаштирган ва олдига қўйилган аниқ мақсадларга эришиш йўлида бошқаларни бирлаштира оладиган шахсдир. Америкада кадрлар билан ишлаш янги шаклининг назарий асоси бўлган "инсон ресурслари" концепцияси ишлаб чиқилган. У ходимларни танлаш, узлуксиз ўқитиб бориш ва ишчининг сифатлари, имкониятларини, қобилиятларини аниқлаш ва доимо ривожлантириб боришга сарфланадиган сармояларни иқтисодий мақсадга мувофиқлигини эътироф этишга асосланади. Бу концепциянинг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардан иборат:

" замонавий шароитда инсон омили ролини баҳолашда иқтисодий мезонлардан фойдаланиш;

" фирма доирасида бошқариш;

" ходимлар билан ишлаш тизимини қайта қуриш.

Япониянинг менежмент тизими эса бутун дунёда самарали деб тан олинган. Бунинг асосий сабабларидан бири инсон омилидан фойдалана олишдадир. Иккинчи Жаҳон урушидан кейин узоқ қайта тикланишни бошидан ўтказган Япония, ўтган асрнинг 50-60 йилларда жуда юқори суръатлардаги ўсишга эришиб, бу борада АҚШ, Германия, Франция, Италия каби мамлакатлардан 2-3 мартага илгарилаб кетди. Бундай тез суръатлар билан ривожланишга ҳарбий соҳага харажатлар даражасининг пастлиги, арзон ишчи кучи ҳамда ташкилий-бошқарув характердаги каби омиллар сабаб бўлди. Япония бошқаруви бевосита мамлакатнинг ижтимоий-иқтисодий турмуш тарзи билан боғлиқ. Япон менежменти жамоавий бошқарувга асосланган бўлиб, шахсга таъсир қилишнинг барча ахлоқий, психологик дастакларидан фойдаланади. Аввалambор, жамоа олдидаги бурч ва мажбурият туйғулари ишчиларни олдинга ундайди. Японияда солиқ тизими аҳоли даромадларининг тенглигига эришишга қаратилгандир, бу эса аҳолининг минимал даражада турли қатламларга бўлинишини пасайтиради ва аҳолининг моддий-турмуш тарзини бир-бирига яқинлаштиради, бу эса ўз навбатида жамоавийлик ҳис-туйғусидан максимал самарали фойдаланиш имконини беради.

Япон бошқарув усулида инсон омили меҳнат жараёнида энг асосий рол ўйнайди. Чунки ҳар қандай кишида ўзига хос ноёб қобилият яширингани ва катта яширин салоҳият борлигини улар яхши билишади. Америка моделида юқори сифатларга юқори ҳаражатлар ва паст унумдорлик билан эришилади, меҳнат унумдорлиги меҳнатни ишловчилар ва ўйловчилар ўртасида тақсимланиши ҳисобига ўсади ҳамда харажатларда, сифатда, етказиб беришда йўқотишлар бўлади. Япон моделида эса, юқори сифатларга паст ҳаражатлар билан эришиш, сифат учун ишчилар жамоасини жавобгар қилиш, барча ишловчилар "фикр қилувчи ишчи - унумдор ишчидир" дея ўзларини ўйлашлари кераклиги, харажатларда, сифатда, етказиб беришда ҳеч қандай йўқотишлар бўлмаслиги, юқори сифат узоқ муддатга истеъмолчилар ишончини кафолатлаши, паст сифатли товарлар ортиқча харажатларга тенглиги ҳамда улардан воз кечилишига асосланган. [3]

Япония корпорациялари ўз ишчиларини шундай бошқарадики, натижада ишчилар максимал ва самарали ишлашлари керак бўлади. Бу мақсадларга эришиш учун Япония корпорациялари Американинг кадрлар бошқариш техникаси, шунингдек иш ҳақи тўлашнинг самарали тизими, меҳнат ташкилотлари ва иш жойларнинг таҳлили ишчиларнинг аттестацияси ва бошқалардан фойдаланилади. Бироқ Америка ва Япония бошқариш тизимида жуда ката фарқ мавжуд. Япония корпорациялари омади кўп ҳолларда ишчиларнинг шу компанияга садоқатидадир. Ишчиларни компаниялар билан ўхшатиш, маънавий ва юқори даражадаги самара беради. Япониянинг бошқариш тизимининг мана шу ижтимоий томонининазарда тутиш ва кучайтиришга ҳаракат қилади.

Япония корхоналарида ҳар бир ишчиларнинг ўз корхоналарига садоқатини кўриш мумкин. Юқори мансабдор ходимлар ва ишчилар ўзларини корпорация вакиллари деб ҳисоблайдилар. Японияда ҳар бир ишчи компания учун керак ва зарур шахслигига ишонади. Одатда японияликлар ўз компанияси учун кўп ишлайди. Бу эса уларнинг фирмага садоқатини кўрсатади. Натижада эса япон корхоналарида меҳнат ресурсларини бошқариш самарадорлигининг ошишига олиб келади.

Хулоса қилиб айтганда, меҳнат фаолиятида инсоннинг ижтимоий қирралари ҳам доимо ҳар қандай меҳнат жамоаларида назарга олиниши керак. Шунингдек, профессор Қ.Х. Абдураҳмоновнинг фикрича, "Инсон капиталини аҳамияти табиий ресурслар, моддий бойлик ва воситаларга қараганда юқорироқдир".[4] Японияда ҳар бир инсоннинг шахсий фазилати эмас, балки бутун бир жамоанинг фаолияти бошқарилади ва шунда инсон омили биринчи ўринга қўйилган оқилона ташкил этилган бошқарув сабабли ҳам меҳнат самарадорлигининг ошишига олиб келади. Бу эса ҳар қандай меҳнат жамоасида муҳим ижтимоий омиллардан ҳисобланади. Бугунги кунда фаолиятидан қатъий

назар барча корхона ва ташкилотларда ҳамда муассасаларда бюрократик бошқарувдан меҳнатнинг асосий юритувчиси инсон омилига катта аҳамият бериб бориш, ривожланган дунё мамлакатларининг юқорида келтириб ўтилган тажрибаларидан унумли ва шароитдан келиб чиққан ҳолда фойдаланиб борилса, уйлаймизки инсон капитали ва салоҳиятидан оқилона фойдаланишни ташкил этиш йўлларини топиш мумкин.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. "Меҳнат иқтисодиёти ва социологияси". Иқтисод фанлари доктори,профессор К.Абдураҳмоновнинг умумий таҳрири остида. Тошкент.: "Ўқитувчи", 2001. 346- бет.
2. Абдураҳмонов Қ.Х. Меҳнат иқтисодиёти. Дарслик. - Т.: "Mehnat", 2009 йил. - 512 б.
3. Мэнкью Грегори Н. Принципы макроэкономики. Учебник для вузов. 2-изд-е - СПб.: Питер, 2003.М.Шарифхўжаев, Ё.Абдуллаев-"Менежмент". Тошкент-"Меҳнат"-2000.
4. Абдураҳмонов Қ.Х. Инсон тараққиёти. Дарслик. - Т.: "Fan va texnologiya", 2013 йил. - 476 б.
5. Тощенко Ж., Харченко С. Социальное настроение. М., 1996.
6. Н. Менкью, М. Тейлор Экономикс. 2-е издание, "Питер", Москва, 2013, - С 655.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 1 (093)

ИБН СИНО ТАЪЛИМОТИ ВА ЗАМОНАВИЙ ТИББИЁТ ТАРАҚҚИЁТИДА БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИНИНГ 30 ЙИЛЛИК ФАОЛИЯТИГА БИР НАЗАР

Турсунов Қ.С.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада Абу Али Ибн Сино таълимоти ва қолдирган бой илмий ҳамда маънавий мероси таҳлил этилган. Шунингдек, унинг издошлари сифатида бугунги замонавий тиббиёт ривожида муносиб ҳисса қўшиб келаётган Бухоро давлат тиббиёт институтининг 30 йиллик тарихи ва фаолияти натижалари қисқа баён этилиши орқали истиқболдаги режа ва ғоялари атрофлича ёритиб берилган.

Калит сўзлар: таълимот, илмий, мерос, маънавият, Бухоро, тиббиёт, институт, тарих, бугун, истиқбол, режа, ғоя, қадрият.

30 ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУХАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В РАЗВИТИЕ УЧЕНИЯ ИБН СИНЫ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Турсунов К.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье анализируются учение Абу Али ибн Сины и его богатое научное и духовное наследие. Также дается краткий обзор 30-летней истории и результатов деятельности Бухарского государственного медицинского института, который, как последователь, вносит достойный вклад в развитие современной медицины, и подробно освещаются планы и идеи на будущее.

Ключевые слова: образование, наука, наследие, духовность, Бухара, медицина, институт, история, сегодня, перспектива, план, идея, ценность.

30 YEARS EXPERIENCE OF THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE IN THE DEVELOPMENT OF THE TEACHING OF IBN SINA AND MODERN MEDICINE

Tursunov K.S.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article analyzes the teachings of Abu Ali Ibn Sina and his rich scientific and spiritual heritage. It also provides a brief overview of the 30-year history and results of the Bukhara State Medical Institute, which, as a follower, makes a worthy contribution to the development of modern medicine, and provides detailed coverage of future plans and ideas.

Key words: education, science, heritage, spirituality, Bukhara, medicine, institute, history, today, perspective, plan, idea, value.

Долзарблиги

Жаҳон тарихида ўзининг ноёб истеъдоди ва теран тафаккури билан ўчмас из қолдирган ватандошимиз Абу Али ибн Сино илмий меросини ўрганиш бу нафақат тиббиёт ходимлари балки, турли соҳаларда фаолият кўрсатиб келаётган мутахассислар учун ҳам ниҳоятда улкан аҳамиятга эгадир.

Зеро, Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг 2020 йил 30 сентябрда "Ўқитувчи ва мураббийлар" кунига бағишланган тантанали маросимдаги нутқида "Мен юқорида Аристотелнинг фикрларини бежиз эсламадим. Ҳаммангизга яхши маълум, антик даврда Юнонистонда ёнган илм машъаласи тўққизинчи - ўн иккинчи асрларда Марказий Осиё ҳудудида қайта порлади. Бу даврда юртимиз ҳудудида биринчи Ренессанс юзага келди ва у бутун дунё тан оладиган машҳур даҳоларни етиштириб берди. Хусусан, Муҳаммад Хоразмий, Аҳмад Фарғоний, Абу Райҳон Беруний, Абу Али ибн Сино, Маҳмуд Замахшарий сингари ўнлаб буюк алломаларимизнинг жаҳон-шумул илмий-ижодий кашфиётлари умумбашарият тараққиёти ривожига беқиёс таъсир кўрсатди". [1]-деб таъкидланганлиги ҳам алломанинг илмий меросининг юксак эътирофидир.

Абу Али ибн Сино 980 йилда Бухоро яқинидаги Афшона қишлоғида таваллуд топди. Замондош олимлар томонидан "Шайх ур-раис" (олимлар йўлбошчиси, устози), ғарбда - "Файласуфлар султони" ва "Шифокорлар подшоҳи" номи билан шуҳрат қозонди. Унинг номи барча даврларнинг кўзга кўринган, маълум ва машҳур олимлари, файласуфлари ва маърифатпарварлари ичида ҳам энг ёрқинидир. Ибн Синонинг ижоди бир неча асрлар мобайнида Шарқ ва Европа фани ҳамда маданиятига салмоқли таъсир кўрсатди. Бухоро заминида ўсиб улғайди ва жаҳонга таниқли аллома сифатида шаклланиб олимларнинг олими номигача эришди. Унинг табобатга оид энг йирик шоҳ асари "Тиб қонунлари" беш асрдан ортиқ муддат давомида Шарқ ва Ғарб табиблари учун асосий қўлланма ва дарслик вазифасини ўтаб келди. Шу нуқтаи-назардан қараганда Ўзбекистоннинг Биринчи Президен-

ти И.Каримов "Бу беназир алломанинг бутун илмий фаолияти дунё тараққиётини инсонпарварлик руҳида, яъни маънавий негизда ривожлантиришга улкан таъсир ўтказди, - деб айтишга барча асослар бор" [2] деган фикрлари айни ҳақиқатдир.

Шуни мамнуният билан таъкидлаш жоизки, истиқлол йилларида буюк аждодларимизнинг номлари тикланди. Уларнинг ҳаёти ва бебаҳо меросини ўрганиш, қадамжоларини обод этиш ва асраб-авайлаш борасида улкан ишлар амалга оширилди. Ибн Сино номи дунё фани ва маданияти тарихига зарҳал ҳарфлар билан битилган. Кўплаб мамлакатларда кўчалар, ўқув ва тиббиёт муассасаларига унинг номи қўйилган, аллома шарафига медал ва мукофотлар таъсис этилган.

Буюк бобокалонимизга бўлган бундай юксак эътироф 2014 йил 15-16 май кунлари Самарқанд шаҳрида дунёнинг 50 яқин мамлакатларининг етакчи илмий марказларининг кўплаб олим ва мутахассислари иштирокида ўтказилган "Ўрта асрлар Шарқ алломалари ва мутафаккирларининг тарихий мероси, унинг замонавий цивилизация ривожидаги роли ва аҳамияти" мавзусидаги халқаро анжуманда "Ислом оламининг энг машҳур файласуфи ва қомусий алломаси ҳамда инсониятнинг энг буюк мутафаккирларидан бири" деган унвонга сазовор бўлган Абу Али ибн Сино ҳаёти ва фаолияти авлодларда алоҳида ғурур ва эҳтиром туйғуларини уйғотади"[3] деган таърифлар барчамизга яна бир бор ифтихор бахш этади.

Маълумки, инсон доимо мукаммаллик сари интилиб яшаган. Шу йўлда тарбия олган, илм-маърифат ўрганган. Бу осон бўлмаган. Аммо одамзот иродаси кўп нарсага қодир. Шу орқали у билимлар манбаини кашф эта борган. Табобат унинг энг буюк кашшофлигидир. Абу Али ибн Сино таваллуд топган Бухоро заминида буюк ватандошимизнинг илмий ва бой маънавий меросини чуқур ўрганиш мақсадида 1990 йилнинг 6 сентябрда Бухоро давлат тиббиёт институти ташкил этилди. [4, 5]

Шу ўринда Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтини фаолиятини йўлга қўйилишида бевосита ўзининг ташкилотчилиги ва ташаббуси билан катта ҳисса қўшган инсонлар хизматини ёдга олиш жоиздир. Булар: профессор Бахрамов Саиджалол Махмудович 1989-1991 йиллар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири ва вазир ўринбосари, профессор Шахоб Шамсиевич Ҳамроев, Дамир Солиҳович Ёдгоров 1989-1993 йиллар Бухоро вилояти ҳокими, академик Шавкат Ибрагимович Каримов 1991-2000 йиллар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири ҳамда институтимизнинг биринчи ректори, профессор Акрам Ибрагимович Мўминовдир. Шу ўринда институтнинг 30 йиллик фаолияти давомида ўзининг фидокорана меҳнати билан шогирдлари қалбида абадиий хотира бўлиб қолган 50 дан ортиқ марҳум устозларнинг муносиб умр йўли кўз ўнгимизда гавдаланади. [6]

Институтнинг тарихан қисқа 30 йиллик фаолияти давомида мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимига жами 10787 нафар, шундан 6548 нафар даволаш иши, 2910 нафар стомотология, 807 нафар тиббий педагогика ҳамда 522 нафар олий ҳамширалик иши йўналишларида олий маълумотли шифокор кадрлар тайёрланди. Бундан ташқари, институтда ўтган йиллар мобайнида клиник ординатура йўналишида 3000 нафарга яқин тор соха мутахассислари етишиб чиқди. Таъкидлаш жоизки, айни пайтда ушбу битирувчиларимизнинг 284 нафари хорижий мамлакатларнинг етакчи илмий марказлари ва клиникаларида фаолият олиб бормоқдалар. Ушбу битирувчиларнинг 20 нафари фан доктори, 100 нафардан ортиғи фан номзоди ва тиббиёт фанлари бўйича фалсафа докторлари (PhD), доцентлар. Шунингдек, 55 нафардан ортиғи республика миқёсидаги илмий марказларида раҳбарлик лавозимларида, 370 нафардан ортиқ собиқ талабалар вилоят ва туман соғлиқни сақлаш муассаларида бош врач ва бўлим бошлиқлари лавозимларида фаолият олиб бормоқда. 200 нафардан ортиғи эса хорижий ва мамлакатимиздаги тиббиёт олий таълим муассасаларида педагогик фаолият билан машғул.

Бугунга қадар институтнинг иқтидорли талабаларидан 100 нафардан ортиғи Президент, Ислом Каримов, Абу Али ибн Сино шунингдек, Ўзбекистон Врачлар ассоциацияси ҳамда давлат ва жамоат ташкилотлари стипендияси совриндорлари бўлишган. Шу билан бирга институтнинг 300 дан ортиқ талабалари турли хилдаги ижтимоий йўналишдаги кўрик танловлар, грантлар соҳиблари бўлишди.

XXI аср янги педагогик технологиялар даври, деган шиор ҳозир кенг эътироф этилмоқда. Институт профессор-ўқитувчилари салоҳиятининг тобора ошиб бораётганлиги, халқаро илмий алоқаларни кенгайиб бориши, ўтказилаётган илмий-амалий анжуманларнинг йилдан-йилга ортиб бораётганлигида ҳам кўриш мумкин. Шу пайтга қадар институтда 30 дан ортиқ халқаро, 50 дан ошиқ республика миқёсдаги тиббиёт муаммоларига бағишланган анжуманлар ўтказилган. Хусусан хорижий мамлакатлар, ташкилотлар ва олий ўқув юртлари (Жанубий Корея, Россия, Япония, Франция, Германия, Хитой, Ҳиндистон, Туркия, Словакия ва бошқалар) билан 100 га яқин шартномалар тузилиб, илмий ишларда даволашнинг замонавий услубларини қўллаш бўйича ҳамкорлик ишлари йўлга қўйилди.

Юқорида эътироф этганимиздек, институт бугун халқаро миқёсда ҳам ўз нуфузига эга. Давлат раҳбари томонидан илгари сурилган 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясининг ижтимоий соҳани ривожлантиришга қаратилган тўртинчи йўналишида соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш масаласи ўз аксини топган бўлиб, бунда педагог кадрларнинг касб маҳорати сифати ва савиясини узлуксиз юксалтириш, хорижда педагог ва илмий ходимларнинг малакасини ошириш ҳамда стажировкасини ўтказишларини таъминлаш алоҳида ўрин эгаллайди.

Ўтган йиллар мобайнида институт профессор-ўқитувчилари томонидан хорижий ва республиканинг нуфузли илмий журналларида 3500 тадан ортиқ мақола чоп этилиб, 6000 тадан ортиқ халқаро ва республика илмий анжуманларида маърузалар билан иштирок этилди. Шунингдек, 150 дан ортиқ илмий ишланмалар учун патентлар олинган.

Институтнинг олимлари томонидан 100 дан ортиқ монография, 40 яқин дарслик, 500 дан ортиқ ўқув, ўқув-услубий қўлланма яратилди. Таълим даргоҳида 170000 китоб фондига эга замонавий Ахборот ресурс маркази ташкил этилган.

2000 йилда Абу Али ибн Синонинг қолдирган бой илмий меросини ўрганиш ва тиббиёт амалиётида тадбиқ этиш мақсадида Халкаро ЮНЕСКО ташкилоти

томонидан Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузурида Халқаро ЮНЕСКО "Шарқ табобати" кафедраси ташкил этилди. Мазкур кафедрада ўтган давр мобайнида Ибн Синонинг табобатда қолдирган бой меросини чуқур ўрганиш, назарий ва амалий Шарқ табобатини ривожлантириш мақсадида алламанинг таълимотига асосланган "Халқ табобати" фанининг намунавий дастури ишлаб чиқилиб, олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги томонидан тасдиқланди. Бугунги кунда институт талабаларга 132 соат ҳажмда ўқитиш жорий этилди. Фаннинг асосий мақсади тиббиёт институтлари талабаларига алломанинг ўз давридаги табобат илмини мужассамлаштирган "Тиб қонунлари" асари асосида тиббиёт сирларини ўргатиш ва уни замонавий тиббиёт билан биргаликда амалиётда қўллашдан иборат.

Ўтган давр мобайнида ушбу кафедрада Ибн Сино бой илмий меросига асосланган 90 дан ортиқ китоб, қўлланмалар, монографиялар, электрон манбалар чоп этилди. Амалий соҳадаги ишларда Ибн Сино таълимотига таянган ҳолда 20 дан ортиқ табиий доривор ўсимликлар устида илмий изланишлар қилинмоқда. Жумладан, Ибн Сино тавсияларига асосланган ҳолда тайёрланган "Султон-ул-қувват" ва "ALUM" дори воситаси устида даволаш ва илмий тадқиқот ишлари олиб боримоқда. Шуни алоҳида мамнуният билан қайд этиш жоизки, 2020-2021 ўқув йилидан бошлаб, институтда "Халқ табобати" мутахассислиги бўйича кадрларни ўқитиш йўлга қўйилди.

Ҳар йили Республика ва вилоят миқёсида ўтказиладиган инновацион ярмаркаларда институт профессор-ўқитувчилари Ибн Сино таълимоти асосида яратилган илмий ишланмалари билан фаол иштирок этиб, имтиёзли ўринларни эгаллаб келмоқдалар.

Мамлакатимизда Абу Али ибн Сино Халқаро Жамғармаси ташкил этилган илк кунлардан бошлаб, Бухоро давлат тиббиёт институти билан яқин ҳамкорликда кўплаб тадбирлар амалга оширилди. Жумладан, бугун кунга қадар буюк аллома ҳаёти ва меросини ўрганишга бағишланган 20 га яқин Халқаро илмий-амалий анжуманлар ўтказилди. Ушбу анжуманларда 50 дан ортиқ етакчи хорижий ҳамда 200 дан ортиқ мамлакатимиз олимлари ўз маърузалари билан қатнашиб келмоқдалар. Мазкур анжуманда Франция, Эрон, Индонезия, Жазоир, Туркия давлатларининг Ўзбекистон Республикасидаги элчихоналари ва халқаро ташкилотлар вакиллари иштирок этган.

Айни пайтда Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида 5 та факультет, 40 та кафедра фаолият юритиб, унда 8 та йўналишда бакалавриат, 30 дан ортиқ мутахассислик бўйича магистратура ва 50 дан ортиқ мутахассислик бўйича клиник ординатура, жами 5160 нафардан ортиқ талаба ва резидентлар таҳсил олишмоқда. Институтда жами 430 нафар профессор-ўқитувчи, шундан 27 нафар фан доктори, профессорлар, 143 нафар фан номзоди ва тиббиёт фанлари бўйича фалсафа докторлари (PhD), доцентлар, 260 нафар катта ўқитувчи ва ассистентлар фаолият олиб боришмоқда. Институтнинг илмий салоҳияти 40 фоиздан юқори кўрсаткични ташкил этади. Бугунга келиб институтда ўзбек ва рус тилларидан ташқари инглиз тилида ҳам таҳсил олувчи гуруҳларнинг мавжудлиги билан ҳам фахрланиш мумкин.

Ўзбекистон Ресубликаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги "Ўзбекистон Ресубликаси Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида" ги ПФ-5590-сонли Фармонига асосан институтда хорижий тиббиёт таълим муассасалари билан кенг ҳамкорлик, уларнинг факультетлари ва филиалларининг очилиши ҳамда икки томонлама диплом берилиши тизимини жорий этиш бўйича 2019-2020 ўқув йилида бошлаб, Россия, Хитой, Туркия, Ҳиндистон ҳамда Польша давлатларининг ОТМ билан ҳамкорликда 10 дан ортиқ қўшма лойиҳалар асосида кадрлар таёрлаш йўлга қўйилди.

Шунингдек, Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистондаги хорижий мамлакатларда ўз филиалини ташкил этган илк олий таълим муассасасига айланди.

Гап шундаки, институт Ҳиндистоннинг Нью-Дели шаҳридан 20 км. узоқликда жойлашган Ноида халқаро университети базасида ўз филиалини ташкил этиш бўйича меморандум имзолади. Унга биноан 2020-2021 ўқув йилидан институт профессор-ўқитувчилари МББС (Тиббиёт ва жарроҳлик бакалаври) дастури асосида ўқишга қабул қилинган Ҳиндистон фуқароларига ўз мамлакатларида таҳсил беришади. Келишувга биноан, Ноида халқаро университети таълим жараёни учун зарур инфратузилма, моддий-техник база, ўқув лабораториялари ҳамда клиник базалардан фойдаланиш бўйича ёрдам кўрсатади. Ўқишга қабул қилинган талабалар биринчи икки йилни Ҳиндистонда, қолган 3 йилни эса Бухорода ўтказишади. Бу бугунги пандемия шароитида ҳинд талабаларининг ўз ватанларида туриб таҳсил олишлари учун ҳам қулай имкониятдир.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ноида халқаро университети ҳамда "PeopleHive" компанияси ўртасида имзоланган ушбу уч томонлама меморандум мамлакатимиз олий таълим муассасаларининг халқаро жозибадорлигини таъминлашда, таълим экспорти орқали институт моддий барқарорликни оширишда ҳамда халқаро рейтингларда ўрин эгаллашига асосий восита бўлиб хизмат қилади. [7]

Шуни алоҳида мамнуният билан қайт этиш лозимки, ўтган асрнинг иккинчи ярмидан ҳозирга қадар замонавий тиббиёт илми ривожига муносиб ҳисса қўшган 250 дан ортиқ бухоролик олимлар етишиб чиқди. Албатта бунда Бухоро давлат тиббиёт институтининг ташкил этилиши тиббиёт йўналишидаги илмий мактаблар ва кадрлар тайёрланишига муносиб замин яратилди. Жорий йилда мазкур олимлар фаолиятини ўзида мужассам этган "Ибн Сино ворислари" номли китоб тайёрланди.

Мазкур китоб Муқаддима, Бухоро тиббиёти тарихи, мустақиллик йилларида Бухорода тиббиёт соҳасида амалга оширилган ишларга бир назар. Ибн Сино ворислари ҳамда хотима каби бўлимларни ўз ичига олади.[8] (Бухоро давлат тиббиёт институти олимлари жами 143 нафар, 7 факультет ва 38 кафедра кесимида 55 нафар вилоят тиббиёт муассасаларида фаолият олиб бораётган олимлар, 21 нафар Республикамиз ва хорижий мамлакатларда фаолият олиб бораётган олимлар 29 нафар марҳум устозлар) фаолияти ёритилган.

Институтда талабаларнинг тантанали "Шифокорлик қасамёди" қабул қилиш тадбири ибн Сино тавалуд топган қадимий Афшона қишлоғида буюк бобокалонимиз номи билан аталадиган мажмуадаги муҳташам ҳайкал пойига ўтказиш анъанага айланган ва бундай имкониятга фақат мазкур институт талабалари муяссар бўлаётгани уларда улкан фахр ва ғурурни уйғотади.

Абу Али ибн Синонинг бой илмий меросини институт жамоасига ва кенг жамоатчиликка фаол тарғиб этиш мақсадида 2002 йилдан "Ибн Сино ворислари" илмий-оммабоп, маънавий-маърифий газетаси нашр этила бошлади. Мазкур газета 2012 йилдан институт ва вилоятдаги тиббиёт коллежлар ҳамда академик лицейлари муассислигида чоп этилмоқда.

Абу Али ибн Сино ҳаёти ва ижоди, у яшаган давр ва мамлакатимиз, хусусан вилоятимизда тиббиёт ҳамда институт тарихини ўзида кенг акс эттирган "Абу Али ибн Сино" номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти музейи ташкил этилган.

Юртимиз илм-маърифати, соғлиқни сақлаш тизими тараққиётига муносиб ҳисса қўшиб келаётган Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти 30 ёшга тўлди. Олийгоҳ бу давр ичида салмоқли йўлни босиб ўтди. Тарих олдида бу қисқа муддатдир, бироқ шу қисқа даврда институт пойдевори шаклланди, унинг ўзига хос ва мос йўли ҳамда мавқеъи намоён бўлди. Таъкидлаш жоизки, бунда институтнинг профессор-ўқитувчилари, талабалари ва ходимларининг фидокорона меҳнатлари алоҳида эътирофга лойиқдир. Шу билан бирга, унинг маҳаллий ва ривожланган хорижий олий таълим муассасалари билан ўзаро дўстона ва манфаатли алоқалари кенгайиши баробарида ўрни ва салоҳиятини кўрсата олди. Бугун шуни қувонч ва мамнуният билан айтиш мумкинки, институтда тайёрлаган кадрлар мамлакатимиз тиббиёти ва тиббий илм ривожига ўзининг салмоқли ҳиссасини қўшмоқда.

Таъкидлаш жоизки, Абу Али ибн Синонинг инсонпарварлик ғоялари билан суғорилган тиб илми мустақиллик йилларида кенг қулоч ёзди. Мустақиллик, аввало, Абу Али ибн Сино илмий ижодий меросини ўрганиш ва қадрига етиш имконини яратди. Тиб илми соҳасида аллома илгари сурган ғоялар мустақил давлатимиз ижтимоий сиёсатининг етакчи йўналишига айланди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекциясининг халқаро тажрибага мувофиқ такомиллаштирилган индикаторлар асосида 2019 йилнинг февраль-июнь ойларида республиканинг 57 та олий таълим муассасалари (филиаллари билан бирга) фаолияти таҳлил қилинди ва 2019 йил 1 январь ҳолатига уларнинг рейтинг натижалари тайёрланди. Қувонарли жиҳати мазкур таҳлил натижаларига кўра институт ўтган йилги рейтингдаги 43-ўриндан юқорига кўтарилиб, 16-ўринга чиққан бўлса, 2020 йил 1 январ ҳолатига 12-ўринга чиқди.[9] Бу эса Республикамизда тиббиёт соҳасида етакчи ўринлардан бирини эгаллади. Албатта, бу улкан ютуқ замирида ҳам олийгоҳ профессор-ўқитувчи ва ходимларининг машаққатли меҳнати турганлигидан далолат.

Бу натижалар институт учун ҳали дебоча ютуқдир ва яқин йилларда ушбу жамоа нафақат миллий балки, халқаро рейтингларда ҳам муносиб ўринларга эриша олади. Институтда ўттиз йилда амалга оширилган бундай ишлар келажакдаги фаолиятга пойдевор бўлиши муқаррар.

Салоҳиятли кадрлар масаласи барча замонларда ҳам мамлакат барқарор ривожланишининг муҳим омили саналган. У айниқса, аҳоли сиҳати билан боғлиқ бўлса, масалага янада катта эътибор қаратиш лозимдир. Унинг амалий ифодасини Ибн Синонинг муносиб ворислари бўлишни орзу қилган ёшларга ҳам назарий, ҳам амалий билимларни ҳамоҳанг тарзда ўзлаштиришлари учун шароит ва имкониятлар яратиладиган Бухоро давлат тиббиёт институтининг янги биноси мисолида кўрамиз. Бугун каттагина қурилиш майдонида ишлар жадал суратларда давом этмоқда.

Бугун кунда мамлакатимиз таълим ҳамда соғлиқни сақлаш тизимларида олиб борилган кенг ислоҳотлар натижасида Бухоро давлат тиббиёт институти йирик олий таълим муассасаларидан бирига айланмоқда. У ташкил топганидан то ҳозиргача нафақат юртимиз, балки узоқ ва яқин хориж мамлакатлари учун ҳам зарур юқори малакали мутахассислар тайёрлаб бермоқда.

Бухоро давлат тиббиёт институтида амалга оширилган хайрли ишларни сарҳисоб қилинар экан, ифтихор билан айтиш мумкинки, мазкур таълим даргоҳида фан, таълим, ишлаб чиқариш ва даволаш-профилактика ўртасида инновацион ўзаро манфаатли ҳамкорликлар йўлга қўйилгани, инновацион ғоялар, ишланмалар ва технологиялар мавжудлиги, таркибида кўп йиллик анъаналарга эга илмий мактабларнинг борлиги унинг истиқболи юксаклигидан далолат бера олади.

Бухорои шариф минглаб йиллик тарихи давомида кўпдан кўп олиму фозиллари билан дунёга машҳур бўлган. Аммо, Абу Али ибн Синонинг Бухоро шуҳратини оламга таратишдаги хизматлари айниқса беқиёсдир. Шунинг учун Сино юртида туғилиб вояга этган тиб ходимининг ўз халқи олдидаги масъулияти жуда юксакдир. [10,11]

Хулоса қилиб айтганда, Бухоро давлат тиббиёт институтида таҳсил олаётган талабаларга мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида етук мутахассис кадрлар бўлиб етишиш учун барча имкониятлар мавжуд. Шунингдек, улар буюк бобокалонимиз Абу Али ибн Синонинг муносиб издоши бўлиб етишади ва бунинг учун мамлакатимизда барча асослар мавжуд.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ш.Мирзиёев Ўқитувчи ва мураббийлар - янги Ўзбекистонни барпо этишда катта куч, таянч ва суянчимиздир. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўқитувчи ва мураббийлар кунига бағишланган тантанали маросимдаги нутқи. http://xs.uz.30.09.2020 й.
2. Каримов И.А. Юксак маънавият - енгилмас куч. -Т.: "Маънавият". 2008 й.
3. И.Каримов Ўрта асрлар Шарқ алломалари ва мутафаккирларининг тарихий мероси, унинг замонавий цивилизация ривожидаги роли ва аҳамияти.// Халқ сўзи. 2014 й. 17 май.
4. Ўзбекистон Министрлар Советининг 1990 йилнинг 6 сентябрдаги 307-сонли қарори. Тошкент. 1990 й. (БДТИ музейи архиви маълумоти)
5. Каримов И.А. Ўзбекистон мустақилликка эришиш остонасида. -Т.: "Ўзбекистон". 2011 й. 440 б.
6. Қ.Турсунов, З.Ахмедова, Х.Кенжаева, Н.Рахматов "Барҳаёт сиймолар" Бухоро "Дурдона" нашриёти. 2020 й. 216 б.
7. Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон ОТМ ичида биринчи бўлиб хорижда ўз филиалини очди. www.https://xz.uz. 29.09.2020 й.
8. Қ.Турсунов, З.Ахмедова, Х.Кенжаева, Н.Рахматов "Ибн Сино ворислари" Бухоро "Дурдона" нашриёти. 2020 й. 526 б.
9. Республика ОТМ миллий рейтинги эълон қилинди. www.https://uza.uz. 17.10.2020 й.
10. Р.Ахмедов, Н.Наимов Бухоро тиббиёти тарихи. "Бухоро" нашриёти. 2009 й.238 б.
11. Н.Рахматов, С.Мардонова Абу Али ибн Сино асарларида маънавий-ахлоқий тарбия масалалари ва инсон камолоти. // "Тиббиётда янги кун" журнали 2020 йил №1 (29), 74-77 б.

Келиб тушган вақти: 09.11. 2020

УДК 616.9-34 (574.5)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА

Утепбергенова Г.А., Сагитова С.С., Баймбетова С.Б.,

МКТУ им. Х.А.Ясави г. Шымкент, Казахстан.

✓ ***Резюме***

В настоящей статье проведен анализ заболеваемости острыми кишечными инфекцими по Туркестанской области за 2018 г. и имеющиеся вакцины для их профилактики в Казахстане.

Ключевые слова: заболеваемость, острые кишечные инфекции, вакцина, иммунопрофилактика

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF INTESTINAL INFECTIONS IN TURKESTAN REGION AND IMMUNOPROPHYLAXIS

Utepbergenova G.A., Sagitova S.S., Baimbetova S.B.,

Akhmet Yassawi University, Shymkent, Kazakhstan.

✓ ***Resume***

This article analyzes the incidence of acute intestinal infections in the Turkestan region in 2018 and the available vaccines for their prevention in Kazakhstan.

Key words: morbidity, acute intestinal infections, vaccine, immunoprophylaxis.

TURKISTON VILOYATIDA O‘TKIR ICHAK INFEKTSIYALARI BILAN KASALLANISH HOLATINI TAHLIL QILISH VA IMMUNOPROFILAKTIKA

Utepbergenova G.A., Sagitova S.S., Baimbetova S.B.,

Akhmet Yassawi Universiteti, Chimkent, Qozog‘iston.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada 2018 yilda Turkiston viloyatida o‘tkir ichak infektsiyalari bilan kasallanish darajasi va ularning oldini olish uchun Qozog‘istonda mavjud bo‘lgan vaktsinalar tahlil qilingan.

Kalit so‘zlar: kasallanish, o‘tkir ichak infektsiyalari, emlash, immunoprofilaktika.

Актуальность

Ежегодно в мире 1,7 миллиардов человек переносят кишечную инфекцию (ОКИ). По определению ВОЗ, "Вакцинопрофилактика и чистая вода - единственные меры, реально влияющие на общественное здоровье". Для эффективной борьбы с инфекцией необходимо два фактора: высоко эффективная вакцина (производитель) и высокий уровень "привитости" (система здравоохранения, общество) [1]. На всей территории Казахстана заболеваемость острыми кишечными инфекциями имеет тенденцию к снижению. Этиологически расшифрованные кишечные инфекции составляют 1/3 всех случаев. Налаженная диагностика ротавирусной инфекции и кишечного иерсиниоза уменьшает число этиологически нерасшифрованных диарей [2]. Ежегодные вспышки дизентерии и сальмонеллёза обусловлены инфицированием патогенными микробами готовой к употреблению пищи. Сохраняется высокая заболеваемость кишечными инфекциями среди детей. В среднем у 1/5 части переболевших, формируются хронические заболевания дигестивной системы, нервной и сердечно-сосудистой системы, а также острое и хроническое бактерионосительство [3].

Цель исследования: анализ заболеваемости и иммунопрофилактики острыми кишечными инфекциями по Туркестанской области за 2018 г.

Материал и методы

Ретроспективный анализ статистических данных инфекционной заболеваемости по Туркестанской области за 2018 год.

Результат и обсуждение

Инфекционная заболеваемость по Туркестанской области за 2018 год, в сравнении с 2017 годом характеризуется снижением бактериальных и вирусных кишечных инфекций на 47,3%/, у детей на 48,3%, снизилась функциональная диарея на 11,6%, других уточненные ОКИ - снизились на 1 случай, дизентерии - на 10 случаев, из них - 5 дети, подтвержденный шигеллез снизился на 10 случаев, из них 5 случаев у детей. Однако увеличения других бактериальных пищевых отравлений в 2.4 раза, у детей в 6,5 раз.

Не было случаев энтеритов, вызванных иерсиниями энтероколитика. Отмечалось увеличение на 2 случая ботулизма и увеличение на 18,6 раз случаев ботулизма среди детей до 14 лет (с 27 / 1 ребенок/ 3 подростка в 2017 годы до 29 случаев/ 19 - дети до 14 лет/3 подростка). Для лечения и профилактики у контактных пищевого ботулизма используют противоботулиническую очищенную концентрированную жидкую сыворотку типов А,В,Е в инфекционных стационарах.

По области увеличена заболеваемость острыми вирусными гепатитами в целом в 1,5 раз, в том числе

ОВГА увеличилась на 1, 6 раз/ 1,5 раз у детей до 14 лет. Несмотря на то, что увеличилось количество закупа доз вакцины против ВГА "Хаврикс" (Бельгия, GlaxoSmithKline), которая проводиться по схеме 0-6 месяцев в кабинетах иммунопрофилактики и КИЗах поликлиник в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

В 2018 году среди кишечной группы заболевания не было зарегистрировано случаев брюшного тифа, носителей брюшного тифа, холеры.

В 2018 году в Туркестанской области не зарегистрированы случаи полиомиелита.

За анализируемый период по области отмечается увеличение числа ротавирусных энтеритов на 3 случая (2017г- 1/дети 1, в 2018 г. - 4/ дети 4/подростки 0) в связи с приобретением диагностикума и постановкой лабораторных анализов в ШГИБ. ВОЗ (2010) настоятельно рекомендует включение вакцинации против ротавирусной инфекции в национальные программы иммунизации. В РК зарегистрированы две вакцины: 1) РотаТек, живая, оральная, пентавалентная (MSD, США) для профилактики ротавирусной инфекции (серотипы G1, G2, G3, G4 и P1) у детей от 6 до 32 недель, которая вводится по 1 дозе трехкратно, перорально, с интервалом 4 недели; 2) Ротарикс (моновалентная человеческая живая аттенуированная вакцина жидкая, GlaxoSmithKlineBiologicals.a, Бельгия), для профилактики ротавирусной инфекции (серотипы G1, G2, G3, G4 и G9) у детей с 6 до 24 недель жизни, вакцинация состоит из 2-х прививок, с интервалом не менее 4 недель: например в 6-10 недель или 2-4 месяца.

В РК для профилактики и лечения кишечных инфекций применяются бактериофаги (брюшнотифозный, сальмонеллезный групп ABCDE, колипротейный, дизентерийный, интести бактериофаг) производителей НПОМикроген, Россия, АО Биохимфарм, Грузия; против полиомиелита применяют живые вакцины: вакцину полиомиелитную проральную 1,2,3 типов (Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова, Россия), ПолиоСабинТМ (GlaxoSmithKlineBiologicalss.a,, Бельгия) и инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ) ИмоваксПолио (SanofiPaster S.A., Франция), в составе комбинированных мультивалентных вакцин: ИнфанриксТМ и ИнфанриксR гекса (Glaxo Smith Kline Biologicalss.a,, Бельгия), Пентаксим и Гексаксим R (SanofiPaster S.A., Франция). Охват детей до 1 года полным курсом вакцинации ОПВ/ИПВ против полиомиелита в Туркестанской области составил 99,3%.

Холерные вакцины (пероральная живая (103 HgR) и инактивированная (WCBS), парентеральная (Vi)), рекомендуемые для туристов, выезжающие в эндемические районы в настоящее время отсутствуют.

Выводы

Таким образом, инфекционная заболеваемость по Туркестанской области за 2018 год, в сравнении с 2017 годом характеризуется снижением бактериальных и вирусных кишечных инфекций на 47,3%/, у детей на 48,3%. Для иммунопрофилактики закупаются высоко эффективные и безопасные вакцины от производителей вакцин, соответствующие международным стандартам, правилам GMP и GCP и имеется Единая национальная система здравоохранения, которая в рамках ГОБМП, Национального календаря профилактических прививок осуществляет профилактику инфекционных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Руководство по инфекционным болезням ? под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб.: "Фолиант", 2013.
2. Букринская А. Г., Грачева Н. М., Ваесилъева В. И. Ротавирусная инфекция. - М.: "Медицина", 1989.
3. Ситуация по острым кишечным инфекциям в республике Казахстан./ "Наука о жизни и здоровье" (вестник АГИУВ), г.Алматы, 2014 г., с. 14-16.
4. Покровский В.И., С.Г.Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин Инфекционные болезни и эпидемиология. //Учебник для ВУЗов издательство ГЭОТАР, 2000г.
5. Ющук Н.Д. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. - М.: "Медицина", 2001

Поступила 09. 11. 2020

УДК 1 (093)

АБУ АЛИ ИБН СИНО ТАРИХИЙ МЕРОСИ ЁШЛАРНИ МАЪНАВИЙ-МАЪРИФИЙ ТАРБИЯЛАШДА БЕБАҲО ХАЗИНАДИР

Ҳамдамов Б.Х.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ибн Сино тарихий мероси асрлар давомида ёшларни вояга етказишда бебаҳо хазина бўлиб келмоқда. Мақолада Ибн Сино асарларининг аждодлардан авлодларга ва бугунги ёшлар тарбиясидаги ўрни ҳаётий мисоллар асосида ёритилади.

Калит сўзлар: Ибн Сино, тиббиёт, тарбия, асар, аждодлар

ИСТОРИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ АБУ АЛИ ИБН СИНА - НЕОБХОДИМОЕ СОКРОВИЩА В ДУХОВНОМ И ПРОСВЕЩЕНИИ МОЛОДЕЖИ

Хамдамов Б.Х.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Историческое наследие Ибн Сины веками было бесценным сокровищем в воспитании молодежи. В статье на реальных примерах раскрывается роль произведений Ибн Сины в воспитании предков и современной молодежи.

Ключевые слова: Ибн Сина, медицина, воспитание, труд, предки.

THE HISTORICAL HERITAGE OF ABU ALI IBN SINA - A NECESSARY TREASURE IN THE SPIRITUAL AND EDUCATION OF YOUTH

Hamdamov B.H.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The historical heritage of Ibn Sina has been an invaluable treasure in the education of youth for centuries. The article reveals the role of the works of Ibn Sina in the upbringing of ancestors and modern youth using real examples.

Key words: Ibn Sina, medicine, education, labor, ancestors.

Долзарблиги

Президентимиз Ш.М.Мирзиёев бугунги кунда тиббиётни ривожлантириш ҳақида гапирар экан: "Бухородаги Афшона қишлоғида туғилиб ўсган Ибн Сино бобомиз ўз вақтида қанчадан-қанча дори-дармонларни кашф этган. Шундай буюк табибни тарбиялаб вояга етказган Бухоро халқи бугун ҳам мана шу соҳаларда бошқаларга ибрат ва намуна кўрсатса, айни муддао бўлур эди"-деб таъкидлаган эди. [1]

Ибн Сино маърифий-маънавий тамаддунига буюк ҳисса қўшган энциклопедист олимдир. Шарқ оламининг энг машҳур файласуфи ва қомусий алломаси ҳамда инсониятнинг энг буюк мутафаккирларидан бири деган буюк унвонга сазовор бўлган Абу Али Ибн Синонинг ҳаёти ва фаолияти асрлар давомида авлодларда алоҳида ғурур ва эҳтиром туйғуларини уйғотиб келмоқда. Илмий тадқиқот ишларини 16 ёшида бошлаган бу улуғ зот ўз умри давомида 450 дан ортиқ асар яратди.[2] Уларнинг аксарияти, аввало, тиббиёт ва фалсафа, шунингдек, мантиқ, кимё, физика, астрономия, математика, мусиқа, адабиёт ва тилшунослик соҳаларига бағишланган.

Унинг нодир ва ўлмас асарлари нафақат Шарқда балки Ғарбда ҳам машҳурдир. У замондош олимлар томонидан "Шайх ар-Раис" (олимлар йўлбошчиси, устози), ғарбда - "Файласуфлар султони" ва "Шифокорлар подшоҳи" номи билан шуҳрат қозонди. Ибн Синонинг ижоди бир неча асрлар мобайнида дунё фани, маданияти ривожига салмоқли таъсир кўрсатиб келмоқда. Жаҳон Тинчлик Конгресси алломани шундай тафсифлайди: "Ибн Сино ўзининг ижоди ҳамда яратган асарларининг аҳамияти жиҳатидан бутун инсониятга тегишлидир". Олимнинг илмий, фалсафий, ижтимоий-сиёсий ва табиий қарашлари жуда серқирра бўлиб, ўз асарларида илм ва одоб-ахлоқ уйғунлиги, баркамол авлод камолоти ва бахт-саодати, адолат ва диёнат, инсонларнинг ўзаро дўстлиги, ҳамкорлиги тўғрисида қизиқарли ғояларни илгари сурган.

У Бухорода илм-фан ривожланган бир даврда вояга етди. Унинг туғилган қишлоғи Афшона IX-X асрларда катта маданий марказ бўлганлигини минг йил олдин Муҳаммад Наршахий "Бухоро тарихида" алоҳида таъкидлаган.

Бухорода илк уйғониш даври - Ибн Сино яшаган даврида Калобод гузарида "Фаржак" дорилфунуни фаолият кўрсатган. Сомонийлар кутубхонасида Арасту, Птоломей, Эвклид китоблари бўлган.[3]

Биринчи Президентимиз И.А.Каримов: "Ноёб фазилатлар соҳиби бўлмиш машҳур аллома Ибн Синонинг "Тиб қонунлари" асари неча асрлар давомида Европанинг энг нуфузли олий ўқув юртларида асосий тиббиёт дарсликларидан бири сифатида ўқитиб келингани, дунё миқёсида "Медицина", "Соғлом турмуш

тарзи" деган тушунчаларнинг фундаментал асоси бўлиб хизмат қилгани, албатта, чуқур ҳаётий ва илмий заминга эга. Аниқроқ қилиб айтганда, бу беназир алломанинг бутун илмий фаолияти дунё тараққиётини инсонпарварлик руҳида, яъни, маънавий негизда ривожлантиришга улкан таъсир ўтказди, деб айтишга барча асослар бор"-деган эди. [3]

Мустақиллигимиз туфайли юртимизда ва хорижда махсус илмий йўналиш - синошунослик вужудга келди. Жаҳоннинг турли кутубхоналари да Ибн Сино асарларининг қўлёзмалари сақланади, жумладан, Ўзбекистон Фанлар Академияси Шарқшунослик институтида аллома қаламига мансуб 50 асарнинг 50 та қўлёзмаси мавжуд.

Ибн Сино бола тарбиясига оид ўз фикр ва мулоҳазаларини билдирар экан, бола тарбиясини унга исм қўйишдан бошлашни лозим топади ҳамда болаларга яхши, муносиб исм танлашни ота-онасининг дастлабки олижаноб вазифаларидан ҳисоблайди. Олим бола саломатлиги ҳақидаги фаннинг асосчиларидан биридир. Унинг турли асарларида билдирган кўплаб мулоҳазалари фикрнинг чуқурлиги, инсонпарварлиги, таълим-тарбиянинг қатор масалаларини ечишга тўғри ёндошилганлиги билан кишини ҳайратга солади.

Алломанинг фикрича, тарбия берувчининг бутун диққат - эътибори боланинг хулқ-атворини яхшилашга, боланинг теварагида у ёқтирмайдиган бирорта нарса ёки ҳодисмакнинг бўлмаслигини таъминлашга қаратилиши даркор. Буларнинг бариси икки томонлама наф келтиради: 1) боланинг қалби ёлғиз эзгуликларнигина билади ва унда мустаҳкам, ўзгармас хулқ-атвор шаклланади; 2) хулқ-атворни мана шундай тартибда такомиллаштириш ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Шу боис, боланинг ҳам ахлоқий, ҳам жисмоний саломатлиги унинг тарбиясига боғлиқ бўлар экан.

Унинг асосий тамойиллари қуйидагича: аввалambор ота ўз фарзандига яхши исм қўйиб, унга ҳам жисмонан, ҳам маънан соғлом энага ёки тарбиячи ёллаши лозим. Гўдак эмизикли ёшдан ўтиши биланоқ, отаси у ҳақда қайғуриши, уни нохуш таъсир ва шу каби кўнгилсизликлардан ҳимоя қилмоғи зарур. Бола 6 ёшга қадам қўйганда, уни мураккаб бўлмаган вазифаларни бажаришга ўргатиш керак. Бироқ буни, Ибн Синонинг тавсиясига кўра, эҳтиёткорлик билан, болани ҳаддан зиёд зўриқтириб, юбормасдан амалга ошириш, боланинг топшириқни бажаришга қизиқиш билан қарашини назорат қилган ҳолда бажариш лозим бўлади. Ибн Сино бундай болаларнинг хулқ-атвори ривожланиб, соғлом ва бардам ўсишларига ишонч билдирган. Мактабда фақат яхши муаллимлар ишлашлари керак. Ибн Синонинг фикрича, муаллим мардонавор, ростгўй ва покиза инсон бўлмоғи, бола тарбияси усулларини ҳамда маънавият қонун-қоидаларини мукаммал билиши зарур. Аллома боланинг якка-ёлғиз илм олишига йўл қўйиш мумкин эмаслигига, бу уни бахтсиз қилиб қўйишига ишонар эди. Болалар бир-бирлари билан ўзаро мулоқотда бўлиб туришлари, бир-бирларидан яхши хулқни ўзлаштиришлари лозим. Тарбиячи болаларни яхши кўриши, ҳурмат қилиши, улар билан хушмуомала бўлиши шарт. Агар бола вазифасини яхши бажарса, уни ўз вақтида рағбатлантириш, гоҳида мактаб қўйиш, аксинча бўлганда эса, унга танбеҳ бериш керак. Бола тарбиясида бу ҳолат муҳим ҳисобланади. Муаллим, Ибн Синонинг қарашича, қуйидаги қоидани ўзлаштириб олиши шартдир: ўқувчини нохуш таъсирлардан асраши, унинг хуш ахлоқли ва виждонли дўстлар билан биргаликда бўлишлигини назорат қилиб туриши керак. У боланинг яхши ҳаракатларини ўз вақтида рағбатлантириб туриши, зарур ҳолларда қаттиққўллик кўрсатиши лозим бўлади. Устоз ўқувчисининг феълини батафсил ўрганиши, унинг ақл-заковати хусусиятларини билиб олиши керак. У шогирдининг қобилиятини ўз вақтида пайқаб, уни ривожлантириши лозим, чунончи Ибн Сино болаларнинг бири ақлий меҳнатга иштиёқманд бўлса, бошқаси ҳунарли машғулотларга қизиқишини таъкидлаган. Узтоз шуни фаҳмлагандагина, ўқувчидаги иқтидор куртакларини тўғри баҳолаб, унга келажакда касб танлашда кўмаклашиш имкониятига эга бўлади.

Минг йил муқаддам битилган алломамизнинг бу фикрлари баркамол авлодларимизни тўғри йўлга солишга, уларни жисмонан соғлом, маънан етук қилишга, бугун мустақил Ўзбекистонимизнинг келажагини юксакликка, байроғини баланд кўтаришга беназир хизмат қилади.

Ибн Сино жисмоний маданиятга катта эътибор беради. Бизга маълумки, "Авесто"да спортнинг 32 тури кўрсатилган. Ибн Сино ҳам фарзандларининг соғлом бўлиши учун сув, ҳаво ва қуёш нурлари зарурлигини уқтиради. Спортнинг от спорти, тош кўтариш, кураш ва уларнинг турлари, услубларини кўрсатади.

Ёш авлодга маърифат ва маънавиятни сингдириш масалаларига Ибн Синонинг муносабати қизиқарли ва ибратлидир. Улар жуда илғор ва ҳозирги замон педагогик қарашларига яқиндир. Ибн Сино Шарқ олимлари ичида биринчилардан бўлиб тарбиялаш услублари баёни ва тизимини берган. Бу масалаларга унинг "Тадбир ул-манозил" рисоласи, "Тиб қонунлари" асари, "Китоб аш-шифо" фалсафий асари, "Рисола фи илм ал-ахлоқ" ("Ахлоққа оид рисола"), "Рисола фи тазкият ан-нафс" ("Нафсни покиза тутиш") ва бошқа кўплаб асарлари бағишланган. Абу Али ибн Сино асарларида камолотга эришишнинг биринчи мезони - маърифатни эгаллашга даъват этади. Чунки илм-фан инсонга хизмат қилиб, табиат қонунларини очиб авлодларга етказиши керак. Бу мақсадга етишиш учун инсон қийинчиликлардан қўрқмаслиги зарур, дейди у: "Эй, биродарлар! Одамларнинг ботири мушкилотдан қўрқмайди. Камолот ҳосил қилишдан бош тортган киши одамларнинг энг қўрқоғидир". [4]

Зеро, маърифатли киши жасур, ўлимдан ҳам қўрқмайдиган, фақат ҳақиқатни билиш учун ҳаракат қиладиган бўлади, дейди у фикрини давом эттириб. Билимсиз кишилар жоҳил бўлади, улар ҳақиқатни била олмайдилар, деб уларни етук бўлмаган кишилар қаторига қўшади. Бундай кишилардан илмий фикрларни сир тутиш кераклигини таъкидлайди.

Шунинг учун ҳам у одамларга қарата шундай хитоб қилади: "Эй, биродарлар! Бир-бирингиз билан самимий дўст бўлиб, ҳақиқатни очинглар. Ҳар бир киши ўз биродари учун кўнглидаги самимийликдан (тўсқинлик) пардасини очиб ташласин. Шундай қилингларки, биродарларингиз сизлардан (ўзи билмаган) баъзи нарсаларни ўргансин ва яна бошқалари (бўлса) баъзи нарсаларни ўрганиб, ўзини камолотга етказсин". Олим даъват қилган йўлига намуна ўлароқ ўз давридаги мавжуд фан тараққиётининг барчасини эгаллайди, илм йўлида қанчалик машаққат чекмасин, у ўз илмини ҳали жуда оз деб ўйлайди. Олим бу ҳақда камтаринлик билан:

Ҳеч бир гап қолмади, маълум бўлмаган,
Жуда оз сир қолди мавҳум бўлмаган.
Билимим ҳақида чуқур ўйласам,
Билдимки ҳеч нарса маълум бўлмаган, — дейди.

Ибн Сино жаҳон халқларининг тилида ва дилида яшаб келмоқда. Ҳозирги кунда Эроннинг Ҳамадон шаҳрида, Бельгиянинг Кортрейк шаҳрида, Латвияда, Бухоро шаҳри ва Афшонада ҳайкаллар ўрнатилган. Ўсимликлар дунёсини илк бор тасниф этган олим Карл Линней ҳамиша кўм-кўк бўлиб турувчи ўсимликни "Авиацения" деб атаган, геологлар эса минераллардан бирини "Авиаценит" деб номлаганлар.

ЮНЕСКО унинг номида олтин медал ташкил этган. 1998 йил 6 ноябрда бу медал билан И.А.Каримов тақдирланганлар. Бу Ибн Сино даҳосига бўлган юксак эҳтиромнинг ёрқин намунасидир.

Ибн Сино ўтқазган тиббиёт дарахти асрлар давомида ўз меваси билан жаҳон аҳлини баҳраманд этиб келмоқда. Ибн Сино каби донишманд аждодларимизнинг бугунги авлодлари шифо дарахтининг мевалари интенсив равишда кўпайтириб, дунё халқларини лол қолдиришларига ишончимиз комил.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажагимизни мард ва олижаноб халқимиз билан бирга қурамиз. "Ўзбекистон" НМИУ, 2017, 168-бет.
2. Қаранг: Ибн Сино. Канон врачебной науки: В 10 т. Т.1. - 3-е изд.-Т.: Изд-во мед. лит. им. Абу Али ибн Сино, 1996.-539с. 8-16 бетлар.
3. Қаранг: Жуманазар А. Бухоро таълим тизим тарихи. Тошкент: Akademnashr, 2017.-592 б. 422-423 бетлар.
4. Каримов И.А. Юксак маънавият - енгилмас куч. Т.: "Маънавият", 2008, 43-бет.
5. Ҳошимов Қ., Нишонова С. Педагогика тарихи. Т.: Алишер Навоий номидаги Ўзбекистон миллий кутубхонаси нашриёти. 2005, 90-бет.
6. Абу Бакр Муҳаммад ибн Жаъфар Наршахий. Бухоро тарихи. Тошкент 1993, 23-бет.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616.12-008.46

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

[1]Атаходжаева Г.А., [2]Маль Г.С., [1]Бектимирова А.А.,

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан,
[2]Курский государственный медицинский университет, Российская Федерация.

✓ ***Резюме***

Цель исследования: изучить ренальную функцию у больных с сердечной недостаточностью низкой фракцией выброса и метаболическим синдромом. Обследовано 88 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса HFmrEF (ФВ>40%) в возрасте 40-60 лет. В зависимости от наличия компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=28), больные без МС; II группа (n=28) больные с различной комбинацией ДЛП, АО и ГТГ, III группа (n=32) больные с МС и СД. МС у больных с ХСН усугубляет нарушение функции почек, которая развивалась в качестве одного из главных патогенетических звеньев ХСН. Установлено, что по мере прогрессирования МС (присоединение СД2 к другим компонентам МС) нарастают явления функциональной недостаточности почек.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, фракция выброса, функция почек.

FUNCTIONAL CONDITION OF KIDNEYS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH LOW EJECTION FRACTION AND METABOLIC SYNDROME

[1]Atakhodjaeva G.A., [2]Mal G.S., [1]Bektimirova A.A.,

[1]Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan,
[2]Kursk state medical university, Russian Federation.

✓ ***Resume***

Objective: The aim of investigation was to study renal function in patients with heart failure with low ejection fraction and metabolic syndrome. A total of 88 male patients with chronic heart failure with a low ejection fraction of HFmrEF (EF> 40%) aged 40-60 were examined. 3 groups of patients were distinguished depending on the presence of MS components: Group I (n = 28), patients without MS; Group II (n = 28) patients with a different combination of DLP, AO and HTG, Group III (n = 32) patients with MS and diabetes. MS in patients with CHF aggravates impaired kidney function, which has developed as one of the main pathogenetic links CHF. It has been established that as MS progresses (joining of T2D to other components of MS), the phenomena of functional renal insufficiency increase.

Key words: chronic heart failure, ejection fraction, kidney function.

ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ ПАСТ ФРАКЦИЯСИ БИЛАН КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМИДА БУЙРАКЛАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

[1]Атаходжаева Г.А., [2]Маль Г.С., [1]Бектимирова А.А.,

[1]Тошкент педиатрия тиббиёт институт, Ўзбекистон,
[2]Курск давлат тиббиёт университети, Россия Федерацияси.

✓ ***Резюме***

Тадқиқот мақсади: чап қоринчанинг паст фракцияси билан кечувчи сурункали юрак етишмовчилиги ва метаболик синдромида буйракларнинг функционал ҳолатини ўрганиш. СЮЕ чап қоринчанинг паст фракцияли (HFmrEF - ФВ>40%) бор бўлган 40-60 ёшли 88 нафар эркак беморлар метаболик синдром компонентларига кўра беморлар 3 гуруҳга бўлинди: I гуруҳ (n=28), МС белгилари йўқ бўлган беморлар МС; II гуруҳ (n=28) дислипидемия (ДЛП), абдоминал семизлик (АС), артериал гипертензия (АГ) ва гипертриглицеридемия (ГТГ) комбинацияси бўлган беморлар гуруҳи; III гуруҳ (n=31) АГ ва ДЛП, АС ҳамда қандли диабет (ҚД2) билан турли комбинацияси бўлган беморлар. Метаболик синдром сурункали юрак етишмовчилигининг асосий патогенетик омили сифатида буйраклар фаолиятини сусайтиради. Метаболик синдромнинг авж олиб боришига кўра (фандли диабетнинг намоён бўлиши) билан буйрак етишмовчилиги белгиларининг авж олиши куза тилиб боради..

Калит сўзлар: сурункали юрак етишмовчилиги, чап қоринчанинг зарб фракцияси, буйраклар фаолияти.

Актуальность

Представления о кардиоренальном синдроме (КРС), которые подразумевают обобщенность механизмов развития ХБП при ССЗ, объясняемую единством факторов риска, во многом обуславливают ухудшение досрочного прогноза у пациентов с метаболическим синдромом (МС). Ярким примером такого состояния демонстрируется примером атеросклероза и абдоминального ожирения (АО). К традиционным

коррегируемым и общим фактором риска для ССЗ и ХБП относятся также гипертриглицеридемия, дислипидемия и сахарный диабет, которые являются компонентами МС [3, 20]. Роль почек в патогенезе и развитии ХСН является предметом оживленной дискуссии, остроту которой придает наличие длительного периода латентно протекающей почечной дисфункции [2, 5, 21]. Данное состояние может длиться десятилетиями, постепенно усугубляясь и перерастая в явную патологию, проявляющуюся клиническими маркерами хронической почечной недостаточности (ХПН) и декомпенсацией функции почек. Поэтому клиницистам особенно важно выявить начальный период почечной дисфункции, когда агрессивная тактика назначения лекарственных средств позволяет замедлить процесс деструкции почечного клубочка и изменить дальнейшую судьбу пациента.

Цель исследования: изучить ренальную функцию у больных с сердечной недостаточностью низкой фракцией выброса и метаболическим синдромом.

Материал и методы

Для реализации поставленных задач было обследовано 88 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза, согласно классификации ХСН (ESC 2016) [1, 18, 24] с низкой фракцией выброса HFmrEF (ФВ>40%) и II-III функционального класса (ФК) по классификации NYHA и [18, 21], в возрасте 40-60 лет с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 5 лет. В зависимости от наличия компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=28), больные без МС; II группа (n=28) больные с различной комбинацией дислипидемии (ХСЛПВП<1,03ммоль/л; ХСЛПНП>3,0ммоль/л) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=32) больные с различной комбинацией дислипопротеинемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД2) с АО, АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ) (рис. 1.).

Рис. 1. Протокол исследования

При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009) [5, 21]. В качестве основных компонентов МС рассматривались: абдоминальное ожирение (АО) (>94 см для мужчин); уровень триглицеридов (ТГ>1,7 ммоль/л); уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП <1,03 для мужчин); уровень АД (САД >130 мм.рт.ст; ДАД >85 мм.рт.ст), уровень глюкозы натощак (>5,6 ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2-го типа.

В обследование не включались больные с тяжелым течением ХСН (ХСН с низкой ФВ<40%), ХСН не ишемического генеза, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, перенесённым ОНМК, сахарным диабетом тяжелого течения и инсулинозависимым СД, хроническими обструктивными заболеваниями легких, аритмиями высоких градаций, заболеваниями печени, тяжелыми заболеваниями почек.

Исследование биохимических показателей крови - общего холестерина, холестерина высокой плотности, триглицеридов), глюкозы крови натощак проводилось на биохимической анализаторе SYNCHRON CX SYSTEMS "BECKMAN". Вычисление холестеринов низкой плотности и холестеринового коэффициента атерогенности проводилось по формулам:

ХЛНП = ОХ - (ХЛВП) - ТГ:2 и ХКА = (ОХ - ХЛВП): 69(ХЛВП).

Для исследования использовалась кровь из локтевой вены, забранной у пациентов обеих групп утром натощак.

Изучение функционального состояния почек включало определение уровня сывороточного креатинина, экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥ 300 мг/л) в разовой утренней моче с использованием индикаторных полосок (Биосенсор АН, Россия), скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, креатинин сыво-

ротки. Для расчета СКФ по формуле CKD-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator) [17].

СКФ=141×(0,993)Возраст×Кр/0,9)-0,412 (Белые, мужской пол)

СКФ=149×(0,993)Возраст×Кр/0,9)-0,412(азиаты, мужской пол)

Также определяли стадию хронической болезни почек (ХБП) по уровню СКФ и комбинированный риск прогрессирования ХБП и сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и альбуминурии [5, 17].

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), стандартного отклонения (SD), относительных величин (частота, %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялось по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). Сравнение трех и более независимых групп проводился однофакторным анализом вариаций ANOVA. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности P <0,05.

Результат и обсуждение

При исследовании параметров функционального состояния почек у больных с ХСН HFmrEF 1 группы у 10-х больных (35,7%) из 28 была выявлена МАУ. Клиренс сывороточного креатинина в данной группе составил 89,0±8,49 мкмоль/л, а уровень СКФ составил 88,58±8,36 мл/мин (рис. 2.). При развитии МС во II группе больных у 16-х больных из 28-х отмечалась МАУ (53,6%). Установлено также снижение СКФ на 11,3% (P<0,05) при повышении уровня сывороточного креатинина на 12,7% (P<0,01) в отличие от данных I группы исследования. Дальнейший анализ параметров ренальной функции в III группе ХСН HFmrEF выявил значимое снижение СКФ (на 23,0%; P<0,01) при повышении уровня креатинина крови (на 21,8%; P<0,01) по отношению к данным I группы (рис. 2.).

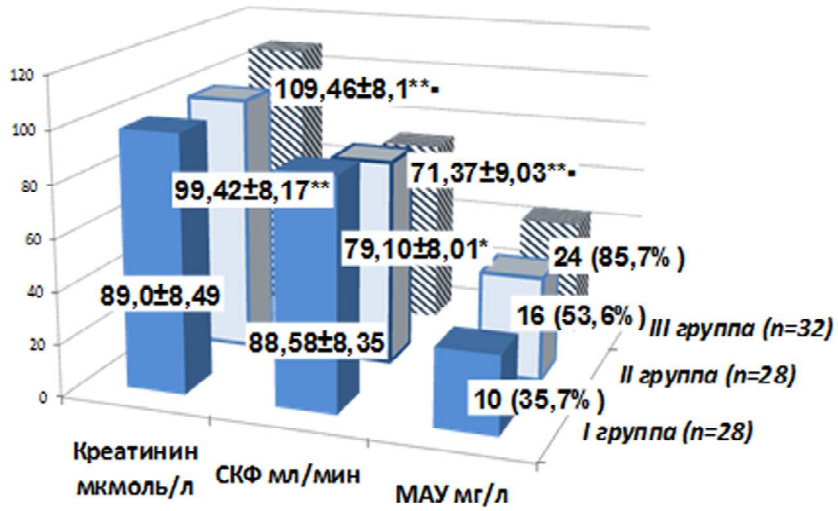


Рис.2. Исходные показатели ренальной функции у больных с ХСН HFmrEF и МС (M±SD).

Примечание. *различия относительно данных I гр значимы (**- P <0,05; ** - P <0,01), ▪ различия между II и III группы (▪ - P <0,05).

Также в III группе больных с ХСН и МС (+СД2) у 24 больных (85,7%) из 32 была выявлена микроальбуминурия. При сопоставлении показателей ренальной функции между II и III группой исследования отмечалась достоверная разница уровня клиренса креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации на 11,3% и 10,1% (P<0,05) соответственно.

По данным классификации ХБП в I группе больных с ХСН HFmrEF ХБП I стадии выявлена у 11-х больных (39,3%), во II группе у 8 больных (28,6%) и в III группе у 3 больных (9,4%). ХБП II стадии выявлялась в I группе у 13-х (46,4%), во II группе у 14 (50%) больных. У 15 больных (46,9%) имело место ХБП II-й стадии заболевания в III группе исследования. Также во II у 6-х больных (21,4%) и III группе у 14 больных (43,7%) была выявлена III стадия ХБП (рис. 3.).

Результатами анализа оценки комбинированного риска прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и выраженности альбуминурии были выявлены различные степени риска у обследованных больных с ХСН HFmrEF. В частности, в I группе у 9-х больных имело место высокий риск (32,1%), у 15 больных (53,6%) отмечался умеренный и у 4-х больных (14,3%) низкий комбинированный риск развития ССО при кардиоренальном синдроме.

При наличии МС во II группе - у 7 больных (25%) отмечался умеренный риск, у 15-и больных с ХСН HFmrEF и МС имелся высокий риск (53,6%) и у 6-х больных (21,4%) отмечался очень высокий риск развития ССО при КРС. По мере прогрессирования МС в III группе больных отмечалось увеличение количества больных с высоким риском КРС (у 12 больных; 37,5%), умеренным риском (у 7-больных; 21,9%). Количество пациентов с очень высоким риском развития ССО при КРС в III группе составили 13 больных (40,6%).

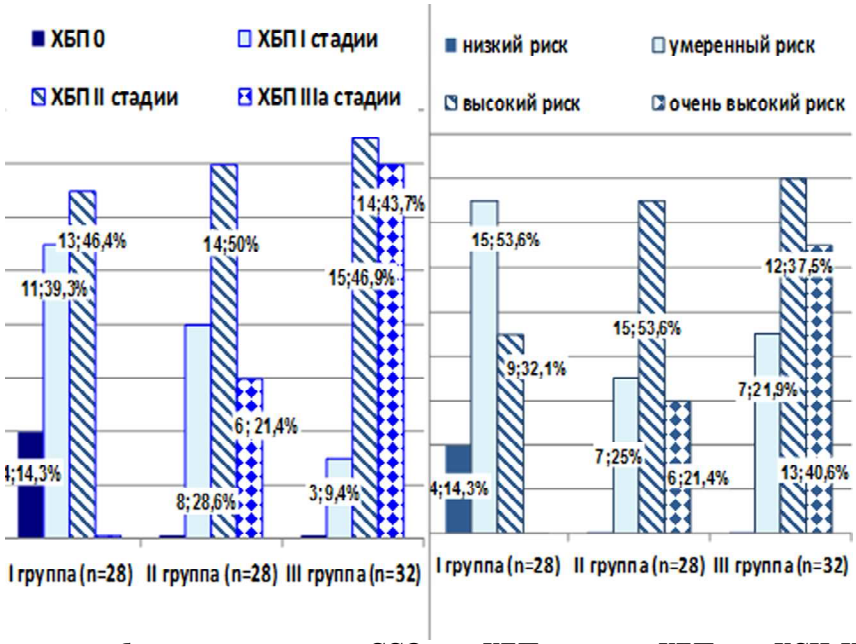


Рис. 3. Показатели комбинированного риска ССО при ХБП и стадии ХБП при ХСН HFmrEF и МС

Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС. Нами установлено, что ХСН без МС протекает с менее выраженными проявлениями дисфункции почек, в отличии от больных с МС. Поражение почек может вызывать каждый из компонентов МС. Сочетание АО, артериальной гипертензии и гипертриглицеридемии является независимым предиктором снижения СКФ. АГ в сочетании с нарушениями углеводного и липидного обмена является независимым фактором поражения почек (увеличения мочевой экскреции альбумина, повышение концентрации сывороточного креатинина и снижения СКФ).

Метаболический синдром является уникальным сочетанием важнейших и провоцирующих факторов риска ССЗ. Существуют различные формы МС в зависимости от количества и комбинации симптомов [5, 10, 21]. Классическая ее форма, основными компонентами которого являются дислипидемия и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ/СД2), сопровождается глубокими, метаболически взаимосвязанными атеротромботическими нарушениями [2, 23]. Относительный риск развития сердечной недостаточности при сахарном диабете 2-го типа превышает относительный риск развития ХСН при артериальной гипертонии, курении, гиподинамии и клапанных пороках [2, 5, 11, 19, 22]. Примерно 40% больных СД2 умирают в течении 1 года после первой госпитализации по поводу ХСН [4, 9, 11, 20]. Это связано с отягощающим действием компонентов МС на развитие и прогноз ХСН, которое реализуется через различные взаимосвязанные механизмы: инсулинорезистентность, атеросклероз, воспаление, специфическая диабетическая кардиомиопатия и т.д. [6, 8, 16].

Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС. Нами установлено, что ХСН без МС протекает с менее выраженными проявлениями дисфункции почек, в отличии от больных с МС. Поражение почек может вызывать каждый из компонентов МС. Сочетание АО, артериальной гипертензии и гипертриглицеридемии является независимым предиктором снижения СКФ. АГ в сочетании с нарушениями углеводного и липидного обмена является независимым фактором поражения почек (увеличения мочевой экскреции альбумина, повышение концентрации сывороточного креатинина и снижения СКФ).

Таким образом, МС у больных с ХСН усугубляет нарушение функции почек, которая развивалась в качестве одного из главных патогенетических звеньев ХСН. Установлено, что по мере прогрессирования МС (присоединение СД2 к другим компонентам МС) нарастают явления функциональной недостаточности почек.

Исследования GUBBIO и DESIRE показали, что при увеличении ИМТ с проявлением АО возрастает риск повышения экскреции альбумина с мочой [7, 9, 17, 24]. Среди традиционных метаболических факторов риска сочетание гипертриглицеридемии и СД2 является наиболее неблагоприятным в развитии ХБП [2, 3, 16, 18]. Компоненты МС, особенно нарушения липидного и углеводного метаболизма у больных с ХСН и МС являются независимыми предикторами нефропатии. Инсулинорезистентность, являясь неотъемлемым компонентом МС, взаимосвязана с почечной дисфункцией. В последнее время стало очевидным, что решающую роль в поражении почек у больных с МС принадлежит медиаторам, секретируемым адипоцитами, оказывающими повреждающее действие на клубочковый эндотелий и ткань почки. В условиях изменения сосудистого русла почек (АГ, ДЛП, СД) нарушений нейрогуморальной регуляции (активация РААС при ХСН) развивается гиперфильтрация в клубочках, которая в настоящее время рассматривается как основной фактор, повреждающий мембрану клубочков и приводящая к гибели нефрона [2, 5, 6, 9, 21].

Выводы

МС у больных с ХСН HFmrEF усугубляет нарушение функции почек, которая развивалась в качестве одного из главных патогенетических звеньев ХСН. Установлено, что по мере прогрессирования МС (присоединение СД2 к другим компонентам МС) нарастают явления функциональной недостаточности почек. Свидетельством значимости МС в характере клинических проявлений ХСН HFmrEF является установленная зависимость выявленных нарушений от выраженности МС. Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС. Нами установлено, что ХСН HFmrEF без МС протекает с менее выраженными проявлениями дисфункции почек, в отличии от больных с МС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляви Б.А. Метаболический синдром // Учебно-методическое пособие. - Ташкент. - 2016г. - С. 15-33.

Alyavi B.A.. Metabolic syndrome// Teaching aid. - Tashkent. - 2016. P15-33.

2. Атаходжаева Г.А. Качество жизни и функциональное состояние почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и метаболическим синдромом // Журнал "Терапевтический вестник Узбекистана", Ташкент, 2015 й, №2, 202-207 стр.

Atakhodjaeva G.A. Quality of life and functional state of kidneys in patients with chronic heart failure and metabolic syndrome // Therapeutic Journal of Uzbekistan, Tashkent, 2015, №2, p. 202-207

3. Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М. Роль метаболических факторов в развитии эндотелиальной дисфункции у больных с хронической сердечной недостаточностью// Журнал "Кардиология Узбекистана" 2015 г., №1 (35), стр 42-46

Atakhodjaeva G.A., Rakhimov Sh. M. The role of metabolic factors in the development of endothelial dysfunction in patients with chronic heart failure// Journal of Cardiology of Uzbekistan. 2015 ., №1 (35), p. 42-46

4. Курбанов Р.Д., Абдуллаев Т.А. Амиркулов Б.Д. и соавт. Актуальные проблемы сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с тяжелой формой ХСН //Кардиология Узбекистана. 2015. №3, С.79-85.

Qurbanov R.D., Abdullaev T.A., Amirqulov B.D. and co-athours. Actual problems of cardiac resynchroniation therapy in patients with sevre chronic heart failure// Cardiology of Uzbekistan. 2015., №3-С, p. 79-85

5. Мареев Ю. В., Мареев В. Ю. Характеристика и лечение пациентов с ХСН, госпитализированных в стационар. Кардиология. 2017;57 (S4):20-30.

Mareev Y.V., Mareev V.Y. Characterization and treatment of patients with heart failure hospitalized in a hospital. Cardiology. 2017;57 (S4):20-30.

6. Поляков Д. С., Фомин И. В., Валикулова Ф. Ю. и др. Эпидемиологическая программа ЭПОХА - ХСН: декомпенсация хронической сердечной недостаточности в реальной клинической практике (ЭПОХА -Д - ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2016;17 (5):299-305.

Polyakov D.S., Fomin I.V., Vanikulova F.Y. and others.

Epidemiological program EPOCH - CHF: decompensation of chronic heart failure in real clinical practice (EPOCH-D - CHF). Journal of Heart Failure. 2016;17 (5):299-305.

7. Резник Е.В. Особенности поражения органов-мишеней у больных с хронической сердечной недостаточностью. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук-.Москва. 2016; 500 с.

Reznik Y.V. Features of target organ damage in patients with chronic heart failure. The dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences. Moscow.2016; p. 500.

8. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 (избранные положения) //Лқки Укрaчни - Medicine of Ukraine. - 2016. - №7-8 (203-204). - С. 8-12.

ESC recommendations for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016 (selected provisions)//Лқки Укрaчни - Medicine of Ukraine. - 2016. - №7-8 (203-204). - С. 8-12.

9. Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности Европейского Общества кардиологов (ESC) При участии: Ассоциации Сердечной Недостаточности (АСН) в составе ESC// Российский кардиологический журнал. -2017. - №1 (141). - С7-81.

Working Group on the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the participation of: Association of Heart Failure (ASH) as part of ESC // Russian Journal of Cardiology. -2017. - №1 (141). - С7-81.

10. Фомин И. В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать. Российский кардиологический журнал. 2016; (8):7-13.

Fomin I.V. Chronic heart failure in the Russian Federation: what we know today and what we should do. Russian Journal of Cardiology.2016; (8):7-13.

11. AlFaleh H, Elasfar AA, Ullah A, AlHabib KF, Hersi A, Mimish L et al. Worsening heart failure in "real-world" clinical practice: predictors and prognostic impact: WHF in "real-world" clinical practice. European Journal of Heart Failure. 2017;19 (8):987-95.

12. Damman K., Gori M., Claggett B. et al. Renal Effects and Associated Outcomes During Angiotensin-Neprilysin Inhibition in Heart Failure. JACC Heart Fail. 2018.

13. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016 The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2016 of the European Society of Cardiology. Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. // Eur. Heart J. - 2016. - Vol. 10. - P. 1093-1128.

14. Hoes MF, Grote Beverborg N, Kijlstra JD, Kuipers J, Swinkels DW, Giepmans BNG et al. Iron deficiency impairs contractility of human cardiomyocytes through decreased mitochondrial function: Impaired contractility in iron-deficient cardiomyocytes. European Journal of Heart Failure. 2018;20 (5):910-9.

15. Green JB, Bethel MA, Armstrong PW et al. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. New England Journal of Medicine. 2015;373 (3):232-42.

16. Lipska KJ. Metformin Use in Patients With Historical Contraindications. Annals of Internal Medicine. 2017;166 (3):225.

17. Mant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie M, Glasziou P et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. Health Technology Assessment [Internet]. 2009 [cited on Febrary 1, 2018];13 (32).

18. Preeti J., Alexandre M., Pupalan I. et al. Chronic Heart Failure and Comorbid Renal Dysfunction - A Focus on Type 2 Cardiorenal Syndrome. Curr Cardiol Rev. 2016; 12 (3): 186-94.

19. Ponikowski P., A. Voors A., D. Anker S., et al. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016. Российский кардиологический журнал. 2017;(1):7-81

20. Sen J., Chung E., McGill D. Tolvaptan for Heart Failure in Chronic Kidney Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Heart Lung Circ. 2018; 27 (8): 928-939.

21. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C et al. 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology. 2018;71 (19):e127-248.

22. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM et al. 2017 ACC / AHA / HFSA Focused Update of the 2013 ACCF / AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. Circulation. 2017;136 (6):e137-61.

Поступила 09.09. 2020

УДК 616.5: 613.6

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СТЕКЛОИЗГОТОВИТЕЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Ахмадалиев Р.У., Турдиев Ш.М., Абдувалиева Ф.Т., Саидова С.А.,

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ ***Резюме***

Производство стекла является одной из ведущих отраслей народного хозяйства. На сегодняшний день возрастает степень комплексной механизации и автоматизации технологических процессов этой отрасли. Условия труда в стекло изготовлении характеризуется интенсивностью работы, вынужденной позой во время работы, интенсивным шумом и загрязнением воздуха вредными химическими веществами.

Ключевые слова: охраны окружающей среды, стекло изготовлении, загрязнением воздуха, шум, гигиены труда.

ШИША ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИДА МЕҲНАТ ШАРОИТИ ВА АТРОФ-МУҲИТНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

Ахмадалиев Р.У., Турдиев Ш.М., Абдувалиева Ф.Т., Саидова С.А.,

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали.

✓ ***Резюме***

Шиша ишлаб чиқариш халқ хўжалигининг етакчи тармоқларидан биридир. Бугунги кунда ушбу соҳада мураккаб механизациялаш ва технологик жараёнларни автоматлаштириш даражаси ортиб бормоқда. Шиша ишлаб чиқаришдаги меҳнат шароитларини интенсивлиги, иш вақтида мажбурий ҳолат, кучли шовқин ва ҳавонинг зарарли кимёвий моддалар билан ифлосланиши билан тавсифланади.

Калит сўзлар: атроф-муҳит муҳофазаси, шиша ишлаб чиқариш, ҳавонинг ифлосланиши, шовқин, меҳнат гигиенаси.

THE HYGIENIC ESTIMATION OF WORKING CONDITIONS AND PRESERVATION OF THE ENVIRONMENT ON GLASS TO MAKE THE ENTERPRISES

Ahmadaliyev R.U., Turdiyev SH.M., Abduvaliyeva F.T., Saidova A.S.,

The Fergana branch of Tashkent medical academy.

✓ ***Resume***

Glass production is one of the leading sectors of the national economy. Today, the degree of complex mechanization and automation of technological processes in this industry is increasing. Working conditions in glass manufacturing are characterized by the intensity of work, forced posture during work, intense noise and air pollution by harmful chemicals.

Key words: environmental protection, glass manufacturing, air pollution, noise, occupational health.

Актуальность

Производство стекла является одной из ведущих отраслей народного хозяйства. На сегодняшний день возрастает степень комплексной механизации и автоматизации технологических процессов этой отрасли. Условия труда в стекло изготовлении характеризуется интенсивностью работы, вынужденной позой во время работы, интенсивным шумом и загрязнением воздуха вредными химическими веществами [1,2,3,7].

Исследователи изучали вопросы гигиены труда и физиологии в производстве стеклоизделий и установили отрицательное воздействие производственных факторов на состояние здоровья укладчиков, стеклодувов, машинистов и лиц, занимающихся заполнением шихты. [4,5,6].

Целью настоящей работы явилось комплексная гигиеническая оценка условий труда и охраны окружающей среды на стеклозаготовительных предприятиях.

Материал и методы

Для оценки условий труда и аттестации рабочих мест нами на изучаемом объекте проведено комплексное инструментальное исследование физических и химических факторов- температуры воздуха, относительной влажности и скорости движения воздуха, освещенности, уровня шума, определена тяжесть труда - масса поднимаемого и перемещаемого груза вручную (в кг), напряженность труда - длительность сосредоточенного наблюдения (в%) от смены определены химические факторы пыль, окись кремния и другие вредные вещества. Для оценки состояния здоровья рабочих, эффективности медико-профилактического обслуживания и проводимых оздоровительных мероприятий изучена заболеваемость работающих с временной утратой трудоспособности. Для проведения мероприятий по организации лечебно-профилактического питания дана санитарно-гигиеническая оценка фактического питания рабочих. Для оценки фактического питания использованы специальные анкеты.

Результат и обсуждения

Процесс производства полированного стекла состоит из следующих операций: складирование и подготовка сырьевых материалов, приготовление шихты, варка стекло массы, формование, отжиг листового стекла, контроль качества стекла, резка, транспортировка и раскрой стекла, нанесение порошка, упаковка листового стекла, складирование готовой продукции.

В процессе приготовления шихты и при дозировании сырьевых материалов применяется система автоматического управления дозировочно-смесительной линии. Система управления работой дозировочно-смесительной линией в соответствии с цикло программой технологического процесса и значениями технологических параметров осуществляется по заданной программе с помощью ПЭВМ, что привело к значительному снижению производственного травматизма и временному утрату трудоспособности. Общее число рабочих составляет 3092, из них 1072 - женщины. Режим работы проходит в 3-х сменах. Как установлено, основными неблагоприятными факторами в производстве являются пыль (кварцевый песок, доломит, кальцинированная сода, сульфат натрия, полевой шпат), высокая температура, интенсивный шум и оксиды углерода, азота, серы, которые превышают предельно допустимые концентрации 1,5-2 раза. (табл. 1)

Таблица 1.

Состояние воздушной среды в производственных помещениях П/О «Кварц» г. Кувасая. (мг\м^3)

№	Показатели	Количество проб	Основные точки мг\м^3	Контрольные Точки мг\м^3	ПДК мг\м^3
1	Пыль	11	10,5±2,1	1,50±0,31	10
2	Пыль(окись кремния)	12	1,81± 0,2	0,11±0,03	1,0
3	Сода	10	6,30±1,0	1,20±0,21	5,0
4	Сульфат натрия	11	11,60±2,5	0,51±0,1	10,0
5	Доломит	12	8,32±1,04	1,22±0,33	6,0
6	Пыль известняка	10	2,1±0,7	1,4±0,3	2,0

В структуре заболеваемости по временной утрате трудоспособности ведущее место занимают болезни верхних дыхательных путей, болезни костной-мышечной системы, травмы и болезни желудочное - кишечного тракта. Острые респираторные болезни были самыми высокими и составляли 18,4 случаев за 8,7 дней; болезни периферической нервной системы -7,2 случая за 6,5 дней; гипертонические и ишемические болезни сердца -5,2 случаев за 0,5 дня; Продолжительность одного случая болезни дыхательной системы в 2016 году составило 263 дня, а 2018 году - 124 дня. Временная нетрудоспособность рабочих в абсолютных числах (сл/дн) составила 1516±20,2 и 13592±15,3 и на каждые 100 человек приходится 46±5,2 и 413,2±4,2. Дни нетрудоспособности в абсолютных числах составили 2898±45,2 и 31154±136,3 что на каждые 100 человек приходится в 93±14,2 и 1007,5±13,2 соотношениях согласно временным, сезонным явлениям. (табл.2,3)

Измерения проведенных в холодный период и теплый период года имеют статистически достоверные отличия (P<0,001). Статистическое достоверное различие установлено также на различных этапах технологического процесса в основных и вспомогательных цехах. Наиболее высокие показатели установлены в стадии стекло варки и при формообразовании стекла.(P<0,001).

Таблица 2.

Метеорологические условия в производственных помещениях П/О "Кварц" г Кувасая в холодный период.

Этапы технологического процесса	Т воздуха С ^{0}		Относительная влажность %		Скорость движения воздуха. м\с	
	Мин- мак	М±м	Мин- мак.	М±м	Мин- мак.	М±м
Склад хранения сырья	8-18	13,5±1,5	54-72	58,1±1,4	0,1-1,2	0,08±0,01
Изготовление сырья	9-12	10,5±1,0	52-64	54±7,2	0,8-1,5	0,1±0,01
Изготовление шихты	9-13	12,2±0,3	54-72	64,2±0,8	0,9-1,3	1,08±0,02
Варка стекло массы	21-30	25,1±1,5	43-65	54,5±2,6	0,49-2,3	0,51±0,02
Форма образования	20-34	27,8±1,4	26-32	29,5±0,9	0,1-1,2	0,7±0,03
Резка стекла	11-17	12,1±1,0	51-78	71,5±1,2	0,5-1,4	0,9±0,02
Упаковка	18-0,8	19,5±1,2	70-75	72,5±1,1	0,8-1,5	0,17±0,02

При расчете условий рассеивания в атмосфере выбросов изучаемого объекта по производству стекла мы руководствовались "Указаниями по расчету рассеивания в атмосфере выбросов предприятий" СН №369. Они распространяются на все виды выбросов независимо от их состава, температуры, географической широты, места расположения промышленных предприятий при условии рассеивания

Таблица 3.

Метеорологические условия в производственных помещениях П/О "Кварц" г. Кувасая в теплый период

Этапы технологического процесса	Т воздуха С ^{0}		Относительная влажность %		Скорость движения воздуха. м\с	
	Мин- мак	М±м	Мин- мак.	М±м	Мин- мак.	М±м
Склад хранения сырья	20-33	26,4±1,7	45-53	46,7±0,5	0,1-1,7	0,05±0,01
Изготовление сырья	28-37	26,9±3,4	34-51	36,2±0,5	0,5-1,7	0,06±0,01
Изготовление шихты	25-33	26,0±2,4	36-47	26,7±1,5	0,7-1,8	0,12±0,01
Варка стекло массы	24-32	26,0±1,6	30-54	26,4±1,2	0,4-1,5	0,7±0,03
Форма образования	31-43	32,9±3,4	35-48	25,8±0,7	0,2-1,4	0,06±0,01
Резка стекла	25-33	26,0±2,4	31-57	25,3±0,7	0,8-1,6	0,09±0,02
Упаковка	21-28	22,8±1,2	35-54	17,5±0,5	0,5-1,3	0,14±0,02

загрязнений над ровной или слабо пересеченной местностью. Основной момент расчетов по рассеиванию - определения степени опасности выбросов проведен путем расчета максимальной приземной концентрации (См), который создается в приземном слое при наихудших условиях рассеивания на изучаемом объекте. Процесс изготовления стекла связан с выделением в атмосферу оксида углерода (СО) и диоксида азота (NO_2). Выброс характеризуется следующими параметрами: среднечасовое выделение СО и NO_2; объем выходящий газовоздушной смеси; диаметром устья трубы (Д), скорость выхода газовоздушной смеси (W); высота выброса (Н), температура газовоздушной смеси (Т2). Для нагретых выбросов из одного источника с круглым устьем нами рассчитана максимально приземная концентрация (См), с целью оценки эффективности очистных сооружений, высота дымовых труб, граница санитарно- защитной зоны. При этом коэффициент, определяющий условия горизонтального и вертикального рассеивания вредных веществ для Средней Азии был равен - 240($с^2$/3*$м^2$*град1/3)/г; количество вредного вещества, выбрасываемого в атмосферу рассчитано на уровне 14 г/сек. Расчеты показали количество общего выброса окиси углерода (II) (М) была равна 0,0559 г/$м^3$, а для диоксида азота (М) равна 0,0169 г/$м^3$. Расставляя остальные значения в формуле расчета, находим максимальную приземную концентрацию (См), которая определена на уровне 0,66 мг/$м^3$. Проведено определение расхождения (Хм) на котором регистрируется См=ПДК. С этой целью нами были определены концентрации вредного вещества на любом расстоянии от источника выброса. Хм= d xH = 5 x 60 = 300 (м). При f = 1 и S1 = 3 отношение X = 300 x 12 = 3600. Таким образом, концентрация СО и NO_2 на уровне ПДК при данных условиях будет лишь на расстоянии 3400 м от источника выброса. Определить условия выпуска сточных вод в водоём - значит рассчитать допустимую степень их загрязнения, при которой они могут быть спущены в данный водоём. При этом будет сохранено качество воды на 1 км выше близлежащего пункта водопользования, в пределах требований, установленных "Правилами охраны поверхностных вод от загрязнения сточными водами" №1166. Кратность разбавления вычислено на уровне 1:10. Зная кратность разбавления исходную концентрацию сточных вод, можно ориентировочно установить степень загрязнения водоема и определить условия выпуска сточных вод по органолептическим показателям. Расчет условий выпуска сточных вод по величине БПК равна 3,7 мг/л, по растворенному кислороду - 7,2 мг/л, по реакции воды (pH) - 6,7, по запаху - 2, по предельной концентрации сульфатов -600 мг/л, хлоридов 420 мг/л, окиси кремния на уровне -3,36 мг/л.

Выводы

1. Осановными вредными факторами при производстве стеклоизделий являются кварцевая пыль, окись азота, окись углерода, SO_2, шум, и высокая температура. С ростом и перевооружением стеклозаготовительной промышленности происходит значительное оздоровление условий труда рабочих, неуклонно сокращается число работающих во вредных условиях, что приводит к уменьшению травматизма, выраженному снижению профессиональных заболеваний. Задача дальнейшего улучшения условий труда продолжает оставаться актуальной.

2. Установление рассеивания выбросов в атмосферу в производстве стеклоизделий позволило обосновать объем общего выброса, санитарной-защитной зоны и высоты дымовых труб. Расчеты показали, что количество общего выброса окиси углерода (М) было равно 0,0559 г/$м^3$, а для диоксида азота (М) равно 0,0169 г/$м^3$. Максимальная приземная концентрация (См) установлена на уровне 0,66 мг/$м^3$.

3. Установление кратности разбавления, определение исходных концентраций химических факторов (окиси кремния) в сточной воде, позволило ориентировочно установить допустимую степень загрязнения их в воде водоема и определить условия выпуска сточных вод по органолептическим показателям, по величине БПК, по растворенному кислороду, по реакции воды (pH), по запаху, по предельной концентрации сульфатов и хлоридов.

4. На основание проведенными исследований разработано комплекс мероприятия на улучшения условий труда и охрана окружающей среды, которое внедрены в производство стеклоизделий г. Кувасая.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. А.А.Исмаилова. Информационные системы учета профессиональных заболеваний пылевой этиологии. Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний Минздрава республики Казахстан, Караганда. \\Гигиена и санитария-2006// №2. стр.37-41.
2. А.А.Лащук. Кардипульмональный возраст рабочих горячих профессий стекольного производства. \\Врачебное дело//1990, №7, стр.101-103.
3. В.В.Винниченко, А.М.Бухарович, А.А.Лагутин, Е.С.Литвиненко. Преморбидные изменения функционального состояния кожи у рабочих стекольного завода. \\Дерматология и венерология.сб.ст// Киев,1981.стр.3-7.
4. Ф.М.Шлейфман, Е.П.Краснюк, И.С.Отвага, И.Е.Гетман, Л.А.-Марченко, Н.Г.Логановский, А.Д.Ищенко, Т.К.Кучерук (Киев). Условия труда и здоровье работниц стекольного производства. Институт гигиены труда и профзаболеваний. \\Гигиена труда и профзаболеваний// 1979г №10. стр.8-12
5. Г.В.Аронова, Б.Т.Величковский, В.А.Зыкова, Л.Н.Ельничных. Влияние адсорбции ионов некоторых металлов на цитотоксичность и фиброгенность кварцевой пыли. \\Гигиена труда и профзаболеваний//1987г №12. стр.24-27
6. Отвага.И.С., Краснюк Е.П. Ранняя диагностика, лечение и профилактика профессиональной патологии у шлифовщиков стеклоизделий: \\метод.рекоменд.//-Киев, 1986. стр.3-21
7. Р.Я.Штеренгарц. О гигиеническом нормировании двуокиси азота и сернистого ангидрида в воздухе рабочей зоны. \\Гигиена труда и профзаболеваний//1981 №4. стр.49-51.

Поступила 09.10. 2020

UDC 616.12-008

CLINICAL COURSE OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS TREATMENT OPTIMIZATION

Mallaev Sh.Sh., Alimov A.V.,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The article presents the clinical course of juvenile rheumatoid arthritis and the effectiveness of chronotherapy in treatment. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs administered with chronotherapy have been found to be effective in juvenile rheumatoid arthritis and chronic arthritis. This disease is characterized by a more rapid onset of remission, an increase in its duration and a decrease in the side effects of drugs.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, chronotherapy.

ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТНИ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА УНИ ДАВОЛАШНИНГ ОПТИМАЛ УСУЛИ

Маллаев Ш.Ш., Алимов А.В.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Мақолада ювенил ревматоид артритнинг клиник кечиши ва даволашда хронотерапия усулини самараси келтирилган.Хронотерапия усули билан берилган ностероид яллигланишга карши препаратлар ювенил ревматоиднинг бугим шаклида ва узок кечувчи артритларда самарали эканлиги аникланди. Бу касалликнинг ремиссия даврини тезроқ бошланиши, унинг муддатини узайиши ва доривор препаратларнинг ножўя таъсирини камайиши билан ифодаланади.

Калит сўзлар: ювенил ревматоид артрит, ностероид яллигланишга карши препаратлар, хронотерапия.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ЕГО ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Маллаев Ш.Ш., Алимов А.В.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В статье представлены клиническое течение ювенильного ревматоидного артрита и эффективность хронотерапии в лечении. Было обнаружено, что нестероидные противовоспалительные препараты, вводимые при хронотерапии, эффективны при ювенильном ревматоидном артрите и хроническом артрите. Это заболевание характеризуется более быстрым наступлением ремиссии, увеличением ее продолжительности и уменьшением побочных эффектов лекарств.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, нестероидные противовоспалительные препараты, хронотерапия.

Relevance

Juvenile rheumatoid arthritis is one of the most common disabling rheumatic diseases in infants. Functional disability often occurs at an early stage of the disease. In this regard, the improvement of methods for treating JRA seems to be extremely important [1, 2]. There are many factors that activate the mechanism of disease formation. The most common are viral or mixed bacterial-viral infection, joint injury, excessive insolation or frostbite, preventive vaccinations carried out against the background or immediately after an acute respiratory infection (ARI) of a viral or bacterial nature.

The development and progression of JRA is determined by a difficult combination of genetically determined and acquired deficiencies in regulatory mechanisms that limit the pathological activation of the immune system in response to potentially bacterial and often physiological stimuli. The development of JRA is a dynamically developing process, conditionally subdivided into several stages:

The early stage is characterized by a pronounced activation process in peripheral blood lymphocytes and synovial fluid, an increase in the level in the synovial tissue of activated CD4 + T-lymphocytes and macrophage cytokines, the pro-inflammatory and destructive activity of which plays a decisive function in joint damage, as well as intensive synthesis of antibodies in peripheral blood, leading to the formation of immune complexes caused by B-cell activation.

With all pathological processes in the body, the temporary organization of physiological functions is disturbed, the depth of which correlates with the severity of the disease. Medicines must be used taking into account the rhythm of the body's sensitivity to their effects. In recent years, the chronopharmacological approach to the treatment of diseases has been gaining wider acceptance, since it reflects the modern principle of individual, effective and safe drug therapy for a particular patient [3, 4].

In recent years, scientific research devoted to chronotherapy has intensified abroad. The results of scientific research confirm the high effectiveness of the above treatment approach.

Neudakhin E.V. (2018), based on long-term studies of circadian biorhythm in various diseases in infants: atopic

dermatitis, malnutrition (PEM), cystic fibrosis, established the high efficiency of the chronopharmacological approach to treatment.

Dhaon P., et al (2018) found that oral divided doses of methotrexate in patients with rheumatoid arthritis are better than an oral single dose and are similar to parenteral administration of methotrexate in terms of effectiveness [5].

The main problems of JRA treatment are the achievement of clinical remission and the preservation of a good quality of life for the longest possible period: relief of pain, stiffness and swelling of the joints, a decrease in the severity of common symptoms of the disease - malaise, and decrease in body weight - muscle mass. The JRA treatment plan provides for the use of 4 groups of drugs: 1) non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs); 2) "basic" drugs; 3) glucocorticosteroids (GCS); 4) "biological" agents. One of the most important measures is the early prescription of disease-modifying antirheumatic drugs (PMPP) in RA, which are basic, which provide a slow, gradually developing therapeutic effect, suppressing the clinical, biochemical and immunological manifestations of the rheumatoid process.

Despite the availability of a large number of antirheumatic drugs for the treatment of JRA, an active search for new drugs with the highest efficiency and safety continues. In view of the fact that most BMPPs are canceled within the first 2 years after appointment due to side effects or lack of effectiveness (for example, only 29% of patients take sulfasalazine for more than 5 years) and when taking basic drugs, regular monitoring of the patient's condition is necessary, the search for new methods is urgent. treatment of JRA [7, 9]. It is known that the main pathogenetic factors of JRA leading to joint destruction are cartilage degradation, inflammation in the joint cavity, and proliferation of synovial tissue with the formation of pannus. According to modern data,

Chronotherapy contributes to the further development of the principle of an individual approach to the treatment of patients, which is especially important in pediatrics. Studies devoted to the development of a chronopharmacologicalapproach in the treatment of rheumatoid arthritis with modern NSAIDs were not found in the analysis of the literature, which prompted this study.

Purpose of the study.

To study the dynamics of clinical manifestations of JRA and develop new approaches to the treatment of this disease.

Materials and methods

Examined 36 patients with JRA (aged 5-16 years); of them 26 (72.2%) with an articular form 10 (27.8%) with an articular-visceral form of the disease. Of the 34 patients, 13 were boys and 21 girls aged 5 to 16 years. The duration of the disease ranged from 3 months to 8 years. None of the patients were taking anticancer drugs during the study. The dynamics of the clinical manifestations of juvenile rheumatoid arthritis was monitored and the chronopharmacological approach to the basic therapy of JRA was substantiated.

Research results

We established an oligoarthritic variant in 19 (73.1%) patients with the articular form of the disease. 12 of them had a persistent variant of oligoarthritis, which was characterized by the fact that up to 4 joints were affected during the entire period of the disease. Progressive oligo arthritis was diagnosed in 7 examined patients and it was characterized by an increase in the number of affected joints after 6 months of illness. The polyarticular variant of JRA was detected in 7 (26.9%) examined patients: 3 were seropositive for rheumatoid factor and 4 were seronegative. By the end of the first year of the disease, ankylosis developed in the wrist joints in 2 patients, and destructive arthritis developed in 1 patient.

19 (73.1%) patients received prednisolone and non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), 7 (26.9%) patients - only NSAIDs (ortofen, indomethacin and ibuprofen).

The articular-visceral form was clinically characterized by a high temperature reaction of an intermittent nature, which did not decrease with antibiotic treatment, as well as an increase in the size of the liver and spleen. The disease proceeded with damage to various organs: in 4 patients - the kidneys, in 3 - the heart, in 1 - the lungs, in 2 - there were combined lesions of the internal organs. All patients received prednisolone (a dose of 1 mg / kg / day, followed by a decrease under the control of clinical and laboratory parameters). 80% of patients received methotrexate (5mg / m2 of body surface. 1 time per week for a year).

We tested the chronopharmacological approach to the prescription of NSAIDs in patients with JRA. Acrophase of body temperature was used as a simple and very accessible criterion for choosing the time of prescribing drugs to a particular patient. For this purpose, 24-hour thermometry was performed in 20 patients. She showed 2 peaks of an increase in body temperature: in the morning from 5 to 7 o'clock, and in the afternoon from 16 to 20. Considering that the majority of our patients received prednisolone in the morning, we, according to the principles of chronotherapy in the second acrophase of body temperature, recommended that patients take NSAIDs - highly effective nimesulide. The drug was prescribed one hour before the onset of acrophase of body temperature once in a dose of 5-100 mg. Against the background of nimesulide therapy, the patient's condition is clearly improved: the number of involved joints decreases, arthralgia stops or decreases, the duration of morning stiffness decreases, the range of motion in the joints increases. Already after the first 2 weeks of the use of nimesulide, the effectiveness of treatment according to the ACR criteria in 57.6% of patients was 20, in 23% -50, in 3.8% -70. In the rest of the patients, a positive effect was observed by the end of the first month of treatment.

Follow-up observations of patients showed a more stable and prolonged remission - on average 8-12 months. Moreover, the complaints of patients about the side effects of NSAIDs significantly decreased. This gives grounds to consider chronotherapy with COX-2 inhibitors in JRA patients as the most optimal and safe method of treatment.

Conclusions

1. The progressive nature of juvenile rheumatoid arthritis with damage to many organs has been established, which indicates that the disease is refractory to traditional therapy.

2. The development of a chronopharmokological approach to the treatment of JRA increased the effectiveness of therapy, which is expressed in accelerating the onset of remission, lengthening its duration and reducing the side effects of drugs.

REFERENCE LIST:

1. Alten R, Holt R, Grahn A, et al. Morning stiffness response with delayed release of prednisone after an ineffective course of immediate release of prednisone. Rheumatoid Arthritis scandal. 2015; 44 (5): 354-358.
2. Vinokurova F.V., Golderova A.S., Efremova S.D., Tikhonova O.G., Grigorieva L.V. Cytokine profile in children with juvenile arthritis. // Yakutsk Medical Journal. 2015. No. 4 (52). S. 83-85.
3. Davydova M.A. Development and prognosis of destructive changes in joints in children with juvenile idiopathic arthritis. Practical issues of pediatrics. 2017; 12 (3): 46-53.
4. Dhaon P, Das SK, Srivastava R, Agarwal G, Asthana A.Oral methotrexate in split dose weekly versus oral or parenteral methotrexate once weekly in rheumatoid arthritis: a short-term study... Int J Rheum Dis. 2018; 21 (5): 1010-1017.
5. Nasonova V.A., Karateev A.E., The use of nimesulide in rheumatology Journal "Difficult Patient"Archive 2010; 6-7: 55-60.
6. E.V. Neudakhin Chronotherapy in pediatrics is the basis for increasing the effectiveness of treatment of diseases in children. RussianBulletinofPerinatologyandPediatrics 2018; 63 (6): 7-14.
7. Zholobova E.S., Shakhbazyan I.E., Torosyan G.G. Diagnostics and treatment of the systemic form of juvenile idiopathic (rheumatoid) arthritis // Doctor of Ru. 2012. No. 6 (74) .P. 30-33.
8. Kozhevnikov A.N., Pozdeeva N.A., Konev M.A., Melchenko E.V., Kenis V.M., Novik G.A. Juvenile arthritis, differential diagnosis: CACP syndrome. // In the book: the days of rheumatology in St. Petersburg - 2016 // Collection of abstracts of the congress with international participation. 2016.S. 109-111.
9. G. V. Kulakova, T. A. Glushkova Evaluation of the effectiveness of antirheumatic therapy in patients with juvenile arthritis. // Scientific aspirations. 2015. No. 13. P. 5-8.
10. Lagoda N.V. Comparative analysis of the effectiveness of basic drugs in the treatment of juvenile idiopathic arthritis in children. // In the book: Student science and medicine of the XXI century: traditions, innovations and priorities collection of materials of the IV All-Russian (78th Final) student scientific conference. Samara State Medical University. 2010.S. 196-197.

Entered 09.10. 2020

УДК 616.322-089.87-06: 616-005.1

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ҚОН КЕТИШЛАР

Нарзуллаев Н.У., Болтаев М.Ф.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Режали тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетиши, шошилинч ёрдамга мухтож бўлган жиддий асоратга олиб келиши мумкин. Тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетишида олиб бориладиган даво тактикаси қон кетиш жадаллиги ва бошқа факторларга боғлиқдир. Ушбу ишда тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган бирламчи ва иккиламчи қон кетишининг сабаблари тахлили келтирилган.

Калит сўзлар: қон кетиши, тонзиллэктомия.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Нарзуллаев Н.У., Болтаев М.Ф.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Кровотечение, возникшее у пациента после плановой тонзиллэктомии, представляет собой серьезное осложнение, требующее оказание неотложной помощи. Тактика лечения при кровотечениях после тонзиллэктомии зависит от интенсивности кровотечения и предрасполагающих факторов. В данной работе представлен анализ причин вторичных кровотечений после тонзиллэктомии в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: тонзиллэктомия, кровотечение, предрасполагающий фактор.

HEMORRHAGE AFTER TONSILLECTOMY

Narzullayev N.U., Boltayev M.F.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Bleeding after tonsillectomy is a serious complication that requires emergency care. The tactic of treatment for bleeding after tonsillectomy depends on the intensity of bleeding and predisposing factors. The paper presents an analysis of the causes of secondary bleeding in patients after tonsillectomy.

Key words: tonsillectomy, bleeding.

Долзарблиги

Беморда тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетиши, вақтида адекват ёрдам кўрсатилмаса, жуда аянчли ҳолатлар ва ҳаттоки беморнинг ўлимига ҳам, сабаб бўлади. Дунё бўйича олинган статистикада, тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетишлар 0.3% дан 10% [1] гача, муаян манбаларда эса 10% дан ортиқни ташкил этади [2]. A. Stevenson ва бошқа муаллифлар АҚШ даги баъзи штатдарда олиб борган изланишларида, тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган ўлим натижаларининг 54% и қон кетишларига тўғри келади. Қолган тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган ўлим ҳолатларида асосий сабаб сифатида асосан, гипоксик бузилишлар (18%), дори препаратларидан (17%), интраоперацион бузилишлар (7%) ва инфекцион асоратлар (4%) ҳисобланади [4,5]. Лекин шунга қарамай дунё адабиётлари маълумотларида тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган иккиламчи қон кетишлари натижасида кузатилган ўлим ҳолатлари бўйича аниқ малумотлар йўқ.

Тонзиллэктомиядан кейинги қон кетишлар бирламчи, яъни тонзиллэктомия операцияси пайтида кузатиладиган, ҳамда иккиламчи, яъни операциядан сўнг кузатиладиганга бўлинади. Ўз навбатида, иккиламчи қон кетишлар эрта (тонзиллэктомиядан сўнг 1-кун давомида) ва кечки (2-кун ва ундан ортиқ)[3].

Кўп ҳолларда операциядан кейинги қон кетишлар бемордаги анатомик хусусиятларга боғлиқ бўлади (катта қон томирларнинг бодомсимон безнинг капсуласига яқин жойлашуви), бодомсимон безда битишма ва чандиқларнинг мавжудлиги, тугалланмаган гемостаз натижаси ёки ноадекват хирургик усул, масалан, бодомсимон безнинг қисман олиб ташланиши [7]. Гемостаз мақсадида электрокоагуляторнинг ҳаддан ортиқ ишлатилиши ҳам операциядан сўнг қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Беморнинг кўп безовта бўлиши, йўтал, балғамни кўп туфлаш ҳам эрта қон кетишларга сабаб бўлади.

Тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган кечки қон кетишлар, кўп ҳолларда операциядан кейинги 5- ва 10-кунлар оралиғида, бодомсимон без нишаларидан фибрин қобиқларнинг кўчиш пайтида кузатилади [8]. Шунга қарамасдан операциядан кейинги қон кетишлари, ўтказилган операция усулига эмас, балки беморнинг индивидуал хусусиятлари, ҳамда бемор томонидан шифокор кўрсатмаларига амал қилинишига боғлиқдир. Тонзиллэктомиядан сўнг қаттиқ пархез тутиш, биринчи навбатда ёқимсиз оғриқни келтириб чиқармаслик учун бўлса, иккинчи навбатда операциядан кейинги қон кетишининг олдини олиш мақсадида буюрилади. Ўртача олганда нишалар карашлардан 10-14 кун оралиғида бутунлай тозаланади. Пархезни бузиш, жисмоний зўриқиш, спорт билан шуғулланиш, иссиқ душ, ҳаммом, самолётда учиш тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш хавфини оширади.

1 ойгача бўлган муддатда қон кетишини бир қанча омиллар келтириб чиқариши мумкин, масалан, ёш, жинси (эркак киши), ностероидли яллиғланишга қарши воситалар, стероидли препаратларни доимий қабул қилиш, аёллардаги менструал фаза, жароҳатга инфекция тушиши [6-9]. Умумий касалликлар билан бирга тонзиллэктомиядан сўнг қон кетишига, биринчи навбатда қон тизими касалликлари, бундан ташқари қон-томир касалликлари, юрак, жигар, буйрак, С витамини авитаминози ва кальций етишмовчилиги ҳам сабаб бўлади.

Тиббий муолажаларнинг тури қон кетиш жадаллигига қараб буюрилади. Баъзи ҳолларда бемор қонни фақатгина сўлак билан туфлаб ташлаши, баъзи ҳолларда эса унда профуз қон кетиши кузатилиши мумкин. Бутун дунёда ишлатиладиган J. Windfuhr классификациясига кўра, тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиши қуйидаги даражаларга бўлинади: 1-даража - хирургик аралашувга муҳтож бўлмаган қон тўхтатиш; 2-даража - қонни маҳаллий инфилтрацион анестезия остида қонни тўхтатиш; 3- даража - қонни умумий анестезия остида тўхтатиш; 4-даража - ташқи уйқу артериясини боғлаш; 5-даража - қон кетиш натижасидаги летал якуни [10].

Тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш пайтида беморга биринчи ёрдам кўрсатиш пайтида кўпчилик шифокорлар қон кетиш жадаллигини аниқлашда қийналадилар. Чунки кўп ҳолларда беморлар қонни ютиб юборишади. Бунақа беморни зудлик билан қон кетиш жадаллигини, қон кетиш манбасини аниқлаш ва адекват ёрдам кўрсатиш мақсадида навбатчи оториноларингология бўлими стационарига, тез ёрдам бригадаси билан бирга госпитализация қилиш керак. Транспортировка пайтида қон асприациясини олдини олиш ва қон кетиш жадаллигини аниқлаш учун беморни ён томонига ётқизиш, ҳамда бошини олдинга эгилтириш керак. Қон кетаётган томон жағости соҳасига муз халтачаси қўйилади. Қучли қон кетиш пайтида бош бармоқ билан уйқу артериясини ҳиқилдоқ ён томонидан умуртқа поғонаси томонига қараб босиб турилади. Шу билан бига беморда гемодинамикани сақлаб қолиш учун умумий инфузион гемостатик терапия ўтказилади [14].

Стационарда биринчи навбатда беморнинг бодомсимон безлари нишаларини текшириш зарур. Без нишаларида кўрикни қийинлаштирадиган қон лахталари бўлса, унда уларни жуда эҳтиётқорлик олиб ташлаш керак бўлади. Лахта олиб ташлангандан сўнг қонаш манбаси кўринмаса, ҳар бир нишани тупфер билан қаттиқ босилади. Шунда қон кетиш манбаси аниқлашади ва қон томирни каутеризацияси амалга оширилади [13,15].

Маҳаллий анестезия остида қонаб турган томирни каутеризацияси фойда бермаса, ёки қонаш манбаси яхши кўринмаса, қонни интубацион наркоз остида тўхтатилади. Бу пайтда оғиз кенгайтиргич операцион майдонни яхшироқ кўришга ёрдам беради, интубацион трубканинг хаво билан тўлдирилган манжетаси эса қоннинг аспирациясини олдини олиши мумкин. Паренхиматоз қон кетиш кузатилса, бутун нишанинг битта равоқдан иккинчи равоғига қараб кўндалангига тикиб борилади. Диаметри 1,5 мм дан катта бўлган қон томирдан қон кетганда фақатгина томирни боғлаш ёрдам беради. Агарда гемостаз яхши натижа бермаса ва беморнинг ҳаётига хавф соладиган вазият юзага келса, бемор шиширилган манжетали интубацион наркоз остида қолиши керак ва кейинчалик хиқилдоқнинг тампонадаси қўйилиб, ташқи уйқу артерияси боғланади.

Тонзиллэктомиядан сўнг қон кетиши кузатилган беморнинг стационарга ўз вақтида етказилмаслиги, ҳамда етарлича муолажалар ўтказилмаслиги беморнинг ўлими билан тугаши мумкин [11,12]. Бу ҳолатни айниқса беморни операциянинг 1-2 чи кунида уйига жавоб бериладиган клиникалардаги хирурглар инобатга олиши зарур. Иккиламчи қон кетишни профилактикасини амалга ошириш учун, беморнинг барча индивидуал ҳолатини инобатга олиш, қон кетишга мойиллиги бўлган беморларни эса қаттиқ назорат остига олиш зарур.

Илмий тадқиқот мақсади: Оториноларингология клиникасида режали тонзиллэктомия амалга оширилган беморларда, операциядан кейинги қон кетишлар сабабини таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва усуллар

БВКТТМ Оториноларингология бўлимида 1 октябр 2019 йилдан 4 декабр 2019 йилгача режали икки томонлама тонзиллэктомия ўтказилган беморларнинг касаллик тарихининг ретроспектив анализи ўтказилди. Бу вақт мобайнида БВКТТМ Оториноларингология бўлимида 387 та тонзиллэктомия ўтказилди. Булардан 340 тасида гемостаз учун одатий, яъни электрокоагулятор ишлатилди. 47 тасида эса - яримўтказувчили, тўлқин узунлиги 970 nm бўлган лазерли тонзиллэктомия ўтказилди. Барча тонзиллэктомиялар маҳаллий (n=43) ёки умумий (n=344) анестезия остида ўтказилди. Барча беморлар цефалоспорин гуруҳи препаратларини парентерал қабул қилишди. Ностероидли яллиғланишга қарши воситалар бемордаги оғриқ даражасига қараб буюрилди. Таҳлил олиб борилган беморларда қон тизими билан боғлиқ касалликлар кузатилмади.

Натижа ва таҳлиллар

Ўтказилган 387 та тонзиллэктомия орасида томирларни боғлаш ёки тикишга эҳтиёжи бўлган ва шу билан операция давомийлигини узайтирадиган бирламчи интраоперацион қон кетишлар кузатилмади. 387 та ўтказилган тонзиллэктомиядан 17 тасида (4,39%) операциядан кейинги қон кетиш кузатилди. Тонзиллэктомиядан кейин қон кетиши кузатилган беморларнинг ўртача ёши

33 ёш (min = 22 ёш, max = 45 ёш). Жинслар ҳисобида эса: эркакларда - 59%, аёлларда - 41%. 5 та беморда (29%) буйрак ва юрак билан боғлиқ муаммолари бўлган. Операциядан кейинги фақатгина тана ҳарорати 37,1°С дан юқори бўлган беморларда қайд этилди. Шунда 9 та беморда (53%) тана ҳарорати кўтарилиши қайд этилди.

Операциядан кейинги қон кетиши кузатилган 17 та беморнинг барчасида жарроҳлик амалиёти умумий анестезия остида ўтказилган. Маҳаллий анестезия ос-

1-жадвал

Режали икки томонлама тонзиллэктомия ўтказилган беморларда қон кетиш даври

Қонаш тури		Давр	Беморлар сони
Бирламчи қон кетиш		Тонзиллэктомия пайтида	0
Иккиламчи	Эрта қон кетиш	Операциядан 11 кун кейин	1
қон кетиш	(операциянинг 1-кунида)	Операциядан 1 кун кейин	1
	Кеч қон кетиш	Операциянинг 2-куни	1
	(операциянинг 2-кунида	Операциянинг 5-куни	1
	ёки ундан кейин)	Операциянинг 6-куни	2
		Операциянинг 7-куни	2
		Операциянинг 8-куни	2
		Операциянинг 9-куни	1
		Операциянинг 10-куни	2
		Операциянинг 12-куни	1
		Операциянинг 15-куни	1
		Операциянинг 21-куни	2

тида ўтказилган тонзиллэктомиянинг ҳеч бирида қон кетиш кузатилмади.

Операциядан кейинги қон кетиши кузатилган барча беморларда гемостаз стандарт электрокагулятер ёрдамида ўтказилди (15 тасида - биполяр, 2 тасида монополяр). Лазерли тонзиллэктомия ўтказилган ҳеч қайси беморда қон кетиш ҳолатлари кузатилмади.

Тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш даври турлича бўлди ва бу натижалар 1-жадвалда келтирилди.

J.Windfuhr классификацияси бўйича, биринчи даражали қон кетиш - 76%, иккинчи даражали даражали - 18% ва учинчи даражали 6% (2 жадвал).

2-жадвал

J.Windfuhr классификацияси бўйича

Беморларни қон кетиш жадаллиги бўйича тақсимлаш		
Қонаш даражаси	**Беморлар сони**	
	абс. Сон	**%**
1	13	76
2	3	18
3	1	6
4	0	0
5	0	0

13 та ҳолатда (76%) тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш мустақил тўхтади (босим, умумий гемостатик терапия (аминокапрон кислотаси, этамзилат), 4 нафар беморда (24%) қон кетиш хирургик йўл билан тўхтатилди: 3 та беморда маҳаллий анестезия остида, биттасида умумий анестезия остида. Ҳеч бир ҳолатда ташқи уйқу артериясини боғлашга эҳтиёж кузатилмади.

Эркакларда қон кетиш аёлларга нисбатан кўп кузатилади деб ҳисобланади. Бизнинг тадқиқотимизда 17 нафар бемор орасидан, 10 нафар эркакларда (59%) ва 7 нафар (41%) аёлда кузатилди. Бу халқаро маълумотларга мос келади. Аёлларнинг 7 нафаридан 2 нафарида (29%) фибрин карашларнинг кўчиши менстурал циклнинг менстурал фазасига тўғри келди ва бу қон кетиш ҳолати пайдо бўлиши мумкинлигидан дарак берарди. Айнан шунинг учун аёлларда тонхиллэктомияни режалаштираётган пайтда бодомсимон без нишаларидан фибрин карашлар кўчиш даври менстурал циклга тўғри келмаслигига ишонч ҳосил қилиш керак.

Маълумотларга кўра, бутун дунёда беморнинг ёши қанчалик катта бўлса, қон кетиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади деган фикр мавжуд [2,6,7]. M.K. Kim ва ҳаммуаллифлар ўтказган статистик тадқиқот натижасига кўра, 65 ёшдан юқори бўлган беморларда қон кетиш хавфи энг юқори[6]. Бу беморнинг ёши ошиши билан, унда кузатиладиган ҳамроҳ касалликлар ҳам кўпайиши билан боғлиқ. Ҳамроҳ касаллиги бор беморлар турли хил дори воситалари (гипотен-

зив, антикоагулянт, дезагрегант, кортикостероидлар, НЯҚ дори воситалари) қабул қилади ва бу ўз-ўзидан тонзиллэктомиядан сўнг иккиламчи қон кетишга мойиллик яратади. Бизнинг маълумотга кўра, тонзиллэктомиядан сўнг қон кетиш кузатилган бемор ёши 33 ёшни ташкил этди. Ёши энг катта бемор эса 45 ёшда. У ёшлигиди икки томонлама тонзиллотомияни ўтказган, аммо яхши натижага эришмаган.

Бу ҳолатда жарроҳлик амалининг вақтини узайишига олиб келган ҳолат беморнинг ёши эмас, балки унинг ёшлигида ўтказган тонзиллотомия натижасида ниша атрофидаги лимфоид тўқимада юзага келган қўпол чандиқли ўзгаришлардир. Нафақат ёши катта беморлардан, балки ёш беморлардан ҳам эҳтиёт бўлиш керак. Чунки улар тонзиллэктомиядан сўнг тезда фаол ҳаёт тарзига қайтиб, парҳез ва чекловларни унутишади. Умумий анестезия остида тонзиллэктомия ўтказилган беморларнинг барчасида, операциядан кейин адекват гемостаз ўтказилди ва нишалар яхшилаб текширилди. Маҳаллий анестезия остида тонзиллэктомия ўтказилган беморларимизнинг ҳеч қайсида операциядан кейинги қон кетиш кузатилмади. Шунинг учун биз баъзи адабиётларда келтирилган умумий анестезия остида ўтказилган тонзиллэктомиядан сўнг, операциядан кейинги қон кетиш эҳтимоли пасаяди деган фикрни таъкидлай олмаймиз [2,7].

Барча тонзиллэктомияларда электрокоагулятор ишлатилди (биполяр ва монополяр).17 та бемордан 2 тасида (12%) монополяр коаугулятер ишлатилди. Адабиётларда айтилишича монополяр электрокоагулятор ишлатилиши кечиктирилган қон кетишига олиб келади [2,4].

Тонзиллэктомиядан сўнг 53% беморларда цефалоспорин гуруҳига мансуб антибиотик қабул қилишига қарамай тана ҳарорати кўтарилди. Бу операциядан кейин нишаларнинг бетта лактамга турғун бактериаил флора билан зарарланишидан дарак беради. Бу зарарланиш томир деворлари эрозиясига ҳамда шу билан кечки қон кетишига сабаб бўлиши мумкин [2].

Операциядан кейин асоратларга олиб келиши мумкин бўлган ҳамроҳ касалликлари бор беморлар 5 тани (29%) ташкил қилди. Улардан 3 таси буйрак томонидан оғир бузилишлар (2 тасида Ig А-нефропатия, биттасида сурункали буйрак касаллиги), 2 таси юрак патологияси бор беморлар. Барча ҳолатларда беморлар нефролог ва кардиолог кузатувида бўлиб, касаллигига мос равишда дори қабул қилиб туришди. Юрагида хасталиги бор беморларда қон кетиши артериал босим ошиши билан боғлиқ бўлди. Беморларда метатонзилляр асоратлар бўлиши операциядан кейинги қон кетиш хавфини оширади [2,6,12]. Бизнинг текширувимизда 2 та (12%) беморда қон кетиш сабаби парҳезни қаттиқ бузиш билан боғлиқ бўлди. 4 та ҳолатда эса қон кетиш йутал фонида келиб чиқди.

Хулоса

Шундай қилиб, тонзиллэктомия жарроҳлик амалини режалаштирилаётган пайтда қон кетиш ҳолатлари юзага келиши мумкинлиги ҳисобга олиниши керак. Қон кетишига мойиллиги бор беморларни мумкин қадар кўпроқ назорат остига олиш ва госпитализация муддатини узайтириш керак. Аёлларда тонзиллэктомияни режалаштирганда, карашларнинг кўчиш пайти менстурал фаза билан тўғри келмаслигини инобатга олиш керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Белякова А.А. Хирургическое лечение хронического тонзиллита: обзор современнқх методов: обзор: научное издание/ А.А. Бедякова// Вестник оториноларингологии. - М., 2014. - N5. - С.89-93. - Библиогр.: 56 назв. Аннотация: Рассмотрены вопросы показания к тонзиллэктомии, проанализирована частота вмешательств при хроническом тонзиллите.
2. Давыдовский А., Песоцкая М. Анализ риска развития кровотечений после тонзиллэктомий // Медицинский журнал. 2011. № 2. [Davydovskij A., Pesockaya M. Analiz riska razvitiya krovotechenij posle tonzillehktomij. Medicinskij zhurnal, 2011, N2. (in Russ)].
3. Крюков А.И. Консервативная терапия и хирургическое лечение хронического тонзиллита у детей: научное издание/ А.И. Крюков, А.Ю. Ивойлов[и др.]// Вестник оториноларингологии. -М., 2013.- N4. - С. 15-20.-Библиогр.: 25 назв. Аннотация: Изучена статистика методов лечения хронического тонзиллита у детей.
4. Рябова М. А., Пособило Е. Е., Агрба А. И. и др. К вопросу о показаниях к тонзиллэктомии // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2017. Т. 23. P. 65-72. [Ryabova M. A., Posobilo E. E., Agrba A. I. et al. K voprosu o pokazaniyah k tonzillehktomii. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2017, Vol. 23, pp. 65-72 (in Russ.)].
5. Czarnetzki C., Elia N., Lysakowski C. et al. Dexamethasone and risk of nausea and vomiting and postoperative bleeding after tonsillectomy in children: a randomized trial // Jama. 2008. Vol. 300. P. 2621-2630.
6. Gysin C., Dulguerov P. Hemorrhage after tonsillectomy: does the surgical technique really matter? // ORL; journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties. 2013. Vol. 75. P. 123-132.
7. Howells R. C., Wax M. K., Ramadan H. H. Value of preoperative prothrombin time/partial thromboplastin time as a predictor of postoperative hemorrhage in pediatric patients undergoing tonsillectomy // Otolaryngology - head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1997. Vol. 117. P. 628-632.
8. Kim M. K., Lee J. W., Kim M. G. et al. Analysis of prognostic factors for postoperative bleeding after tonsillectomy // European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto- Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2012. Vol. 269. P. 977-981.
9. Koh S. C., Prasad R. N., Fong Y. F. Hemostatic status and fibrinolytic response potential at different phases of the menstrual cycle // Clinical and applied thrombosis/hemostasis: official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/ Hemostasis. 2005. Vol. 11. P. 295-301.
10. Krishna P., Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: a meta-analysis / / The Laryngoscope. 2001. Vol. 111. P. 13581361.
11. McClelland L., Jones N. S. Tonsillectomy: haemorrhaging ideas // The Journal of laryngology and otology. 2005. Vol. 119. P. 753-758.
12. Thimmasettaiah N.B. Сравнительное исследование эффекта пре-, интра- и постоперационного введения стероидов(дексаметазона содиум фосфата) на течение послеоперационного периода при хроническом тонзиллите: научное издание/ N.B. Thimmasettaiah, R.G. Chandrappa // Вестник оториноларингологии. - М., 2013.- N5. - С.98
13. Tuchtan L., Torrents J., Lebreton-Chakour C. et al. Liability under post-tonsillectomy lethal bleeding of the tonsillar artery: a report of two cases // International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2015. Vol. 79. P. 83-87.
14. Windfuhr J., Seehafer M. Classification of haemorrhage following tonsillectomy // The Journal of laryngology and otology. 2001. Vol. 115. P. 457-461.
15. Windfuhr J.P. Serious co,p;ications following tonsillectomy: how frequent are they really? / ORL; journal for oto-rhino-laringology and its related specialties. 2013. Vol.75. C.166-173.

Келиб тушган вақти 09.10. 2020

УДК 616.314-76

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Охунжонова Х.Х.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Большая распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта делает актуальной проблему их своевременного выявления. Многие заболевания слизистой полости рта являются фоновыми для развития злокачественных новообразований, поэтому для более раннего их выявления необходимо использовать скрининговые методы. Исследовали флюоресцирующую способность тканей слизистой оболочки рта при различных заболеваниях в сравнении с нормой с использованием синего света. Выявлена способность здоровой ткани флюоресцировать однородно в оттенках голубого цвета. При заболеваниях слизистой оболочки полости рта использование данного метода дает более полную картину, границы поражения, выявляет скрытые очаги поражения с возможностью ранней диагностики и профилактики заболеваний слизистой полости рта, в том числе и предраковых. Реализация современного скрининга флуоресценции позволяет проводить до нозологическую диагностику, способствующую профилактике слизистой оболочки полости рта заболевания, в том числе предраковые заболевания. Эффективность предложенных методов лечения научно доказано, что описанные методы рекомендованы для внедрения в общепринятую практику.

Ключевые слова: стоматология, заболевания слизистой оболочки полости рта, диагностика, скрининг флуоресценции.

EARLY DIAGNOSTICS OF DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY AND MODERN TECHNOLOGIES OF COMBINED THERAPY

Okhunzhonova Kh.Kh.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The high prevalence of diseases of the oral mucosa makes an urgent problem of their timely detection. Many diseases of the mucous membrane of the oral cavity are background for the development of malignant neoplasms, therefore, for their earlier detection, it is necessary to use screening methods. The fluorescence ability of the tissues of the oral mucosa in various diseases was investigated in comparison with the norm using blue light. The ability of healthy tissue to fluoresce uniformly in shades of blue has been revealed. In diseases of the oral mucosa, the use of this method gives a more complete picture, the boundaries of the lesion, reveals hidden lesions with the possibility of early diagnosis and prevention of diseases of the oral mucosa, including precancerous. The implementation of modern fluorescence screening allows for pre-nosological diagnostics that contribute to the prevention of the oral mucosa of the disease, including precancerous diseases. The effectiveness of the proposed methods of treatment is scientifically proven that the described methods are recommended for implementation in generally accepted practice.

Key words: dentistry, diseases of the oral mucosa, diagnostics, fluorescence screening.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДАСТЛАБКИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА БИРИКТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

Охунжонова Ҳ.Х.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг кўп тарқалиши уларни ўз вақтида аниқлашнинг долзарб муаммоларини келтириб чиқармоқда. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кўплаб касалликлари милик неоплазмаларнинг ривожланиши учун муҳимдир, шунинг учун уларни илгари аниқлаш учун скрининг усулларини қўллаш керак. Турли хил касалликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тўқималарининг флоресан қобилияти нормага нисбатан кўк чироқ ёрдамида текширилди. Соғлом тўқималарнинг кўк рангларда бир текисда флоресан қилиш қобилияти аниқланди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг касалликларида ушбу усулнинг қўлланилиши лезённинг чегаралари ҳақида тўлиқроқ маълумот беради, яширин шикастланишларни очиб беради ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини, шу жумладан прекансерацияни эрта ташхислаш ва олдини олиш имкониятини беради. Замонавий люминестсент скринингни амалга ошириш касалликнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг, шу жумладан, прекансероз касалликларининг олдини олишга ёрдам берадиган носологик диагностикани амалга оширишга имкон беради. Тавсия этилган даволаш усулларининг самарадорлиги илмий тавсифланган бўлиб, тавсифланган усуллар умум эътироф этилган амалиётда қўллаш учун тавсия этилади.

Калит сўзлар: стоматология, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари, диагностика, люминестсент текшируви.

Актуальность

Проблема ранней диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта сегодня актуальна из-за их высокой степени заболеваемости и разнообразие клинических признаков. Эффективность медицинской помощи зависит от раннего и точного диагноза с последующим соответствующим лечением. Во время медицинского осмотра правильный диагноз производится только у одной трети пациентов [1] и это происходит из-за сложных симптомов и потенциальный полуосимптомный ход болезни. Задержка и неадекватная стоматологическая помощь может привести к осложнениям, включая злокачественные преобразования. Терапевтический подход зависит от типа патологического процесса, по продолжительности, иммунное состояние, микробиоценоз, на эффективность ранее предоставленной консервативной лечение. Особенности строения и функционирования полости рта создают условия для воздействия на слизистую оболочку травматических факторов, бактерий или вирусов[4,8]. В результате воздействия большого количества внешних и внутренних неблагоприятных факторов развиваются процессы, изменяющие нормальное состояние слизистой полости рта. Высокая распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта среди населения и также многообразие клинических проявлений делает актуальной проблему их своевременного выявления[5,7]. Оказание помощи больным с данной патологией зачастую представляет сложности в связи с трудностью диагностики. Разнообразие клинических и морфологических проявлений этих заболеваний, их патогенетические механизмы и этиологические факторы не до конца исследованы и принципы диагностики не полностью изучены [2,6]. Многие заболевания слизистой оболочки рта являются фоновыми для развития злокачественных новообразований, поэтому для более раннего их выявления необходимо использовать скрининговые методы [3].

Диагностика патологии слизистой оболочки полости рта включает клинический визуальный осмотр, пальпацию, а также гистологическое и цитологическое исследование. Морфологическая диагностика позволяет оценить полную картину заболевания на клеточном и тканевом уровнях, но требует травматичного инвазивного вмешательства, а также более длительного времени [4]. В последнее время получила распространение флюоресцентная диагностика - исследование, основанное на способности накопления специфического фотосенсибилизатора или индукции образования эндогенных порфиринов в пораженной ткани с последующей регистрацией их флюоресценции при облучении светом определенной длины волны.

Целью данного исследования является анализ структуры и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов, которые обращались за медицинской помощью на кафедру стоматологии при АГМИ за период с 2015 по 2019 год.

Материал и методы

Во время нашего исследования мы выполнили статистические анализ архивных материалов 246 пациентов в Андижанской области. Все медицинские консультации компьютеризированы и патологические процессы фотографируются и это стало возможным создать амбулаторные медицинские карты, для отслеживания хода заболеваний до и после курса лечения.

Пациенты прошли полное обследование, в том числе открытие истории болезни осмотр, пальпация лимфатических узлов, осмотр слизистой оболочки полости рта, языка и губы в соответствии рекомендациям ВОЗ, экспертиза твердых тканей зуба и периодонта, а также флуоресцентный скрининг-тест на предраковые поражения.

При необходимости пациентам делали лабораторные анализ крови, иммуноанализ (серодиагностика, EIA), анализ жидкости во рту (количество, вязкость, pH-метрия), микробиологический анализ мазков полости рта с качественной и количественной оценкой микрофлора полости рта, включая грибы Candida и оценка чувствительности к антибиотикам. У пациентов с металлическими зубными протезами мы измеряли гальванические токи, оцененные приемлемость стоматологических материалов по методу Фолля и выполнена рентгенография. Все пациенты прошли детальный осмотр полости рта. Во время медицинской консультации врачи ознакомили инфекционные и онкологическая настороженность с целью предотвращения различных серьезных осложнения.

Результат и обсуждения

Благодаря результатам нашего исследования, полученным в медицинские консультации, которые мы привели структуре в группе болезней ОМ. Было установлено, что наиболее общие заболевания включали стоматодинии (32%) и оральный кандидоз (21%). Красный плоский лишай диагностируется в 13% случаев, лейкоплакия - в 11% пациентов. Реже мы регистрировали разные формы хейлит (4%) и глоссит (3%), хронический рецидив афтозный стоматит (2%) и новообразования (2%). В редких случаях приняли место заболевания мультиформной эритемы, везикулярной лихорадки, герпес, постоянная травма, гемангиома, сифилис, нейростоматологические заболевания, синдром Шоргена. Следует отметить, что количество ОМ заболеваемость больных увеличилась в 3-4 раза за последние лет по сравнению с началом изучения.

В течение указанного периода мы предоставили лечение 53 пациентов с стоматодинией в возрасте от 40 до 80 лет. Дифференциальная диагностика этого патологического процесса включает аллергические и воспалительные заболевания, новообразования языка, а также некоторые расстройства с аналогичными симптомы (тройничного нерва и глоссофарингеальный невропатия, невралгия тройничного нерва, анемия, Синдром Сьергена, синдром Костена, гальванический синдром, кандидоз полости рта). 10% пациенты с стоматодинией имели длительную медицинскую историю (более 10-15 лет). Основная часть из пациентов (89%) отсутствовала санация полости рта, хронический периодонтит был диагностирован у более половины всех случаев (59%), плохая гигиена полости рта присутствовал у 68% пациентов с стоматодинией. Кроме того, 72% пациентов имели ненадлежащий стоматологическое протезирование (индекс ДМФА = 23,4 + 0,05 при D = 1,4 + 0,07; M = 16,4 ± 0,05; F = 5,6 + 0,04) и височно-нижнечелюстного дисфункция суставов (9%). Основное заболевание часто осложнялось оральным кандидозом. Что касается висцерального расстройства, были диагностированы сле-

дующие: хронический атрофический гастрит (86%), сердечно-сосудистые заболевания (54%) и эндокринные заболевания (8%): патология щитовидной железы, сахарный диабет. Нервное системные расстройства (69%) были представлены цереброваскулярная патология, остеохондроз шейного отдела позвоночника, диабетическая полинейропатия, функциональные расстройства нервной системы (51%) с различные психопатологические синдромы (астенические синдром, канцерофобия и кандидафобия). Рецидив заболевания (через 5-10 лет).

Во время курса комбинированной терапии пациенты были обеспечены фармакологическим препаратыми (антидепрессанты, бензодиазепины, антигистаминные препараты, витамины, анальгетики, вазоактивные препараты и вегетотропные препараты), физиотерапия (иглоукалывание, лазеротерапия, психотерапия) и гирудотерапия. Принимая в рассмотрение трудноизлечимого болевого синдрома у этих пациентов, частые рецидивы заболевания и возможность ограничений для фармакологической терапии и физиотерапию мы разработали и успешно применяли на практике метод включения криоанестезия в сочетании с стоматодинией терапия [3]. Криотерапия была выполнена с автономными пористыми аппликаторами изготовленного из никелида титана и считается применение жидкого азота в неразрушающей дозе в биологически активные зоны головы, шеи и верхние конечности 6-8 раз в течение курса [3]. Кандидоз полости рта был диагностирован у 63 пациента. Общее лечение было назначено в зависимости от противогрибковой чувствительности (нистатин, амфотерицин, клотримазол, флуконазол, интраконазол, кетоконазол). В большинстве случаев через две недели после курса терапии микробиологические исследования подтвердили, что Candida грибы отсутствовали или их концентрация стала менее 101 КОЕ. В случае дисбактериоза пробиотики, стимулирующие нормальную микрофлору, были дополнительно назначают (Бифиформ, Линекс, Биовестинлакто, Хилак форте и др.). Для исправления ткани, повышение иммунитета и предотвращение рецидива заболевания были назначены Имудон или ликопид. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта и лишайник в основном были представлены эрозивно-язвенными формами и лечились дипроспаном в инъекции при эрозивных дефектах, путем нанесения многокомпонентной мази, состоящей из анестетики, антисептики и кератопластики, когда консервативное лечение плоского лишая эрозивно-язвенного и гиперкератотические формы и лейкоплакия веррукозная и эрозивно-язвенные формы (которые являются потенциальными предраковые состояния) не были эффективны.

Использован метод криодеструкции жидкого азота с автономными пористыми аппликаторами из никелид титана, которые были адаптированы для слизистой оболочки полости рта (мы использовали этот метод после медицинской консультации с онкологом). Для того, чтобы заморозить ткани глубже и увеличить криогенный эффект мы вводили 0,5 мл раствора никотиновой кислоты под слизистая оболочка полости рта за 30 минут до процедуры криодеструкции [2]. Уменьшить воспаление, предотвратить вторичные инфекции и стимулировать постпроцедурную регенерацию мы применяли стандартизированное озонированное масло на месте криотерапии [5].

Мы использовали комбинированную терапию для пациенов с хр. рецидивирующим афтозным стоматитом, наряду с назначением десенсибилизатора, седативные, иммунокоррегирующие препараты и витамины, чтобы обеспечить быструю и постоянную анестезию. Чтобы ускорить выздоровление мы использовали метод одноразовой криодеструкции 10-20 секунд. [4]. При герпетическом стоматите мы применяли криотерапию на пораженном участке слизистой оболочки полости рта, губах, лице кожа с пористыми аппликаторами никелида титана различные конфигурации в зависимости от области высыпаний с последующим применением противовирусных препаратов на эрозии. Криотерапия была особенно эффективной в течение продромального периода герпетического стоматита, потому что, это предотвратило образование пузырей.

Выводы

В ходе комбинированной терапии воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, оптимально широко использоват физиотерапевтические методы: гелий-неоновый лазер терапия (лазерный оптодан), светотерапия Пилера (Биоптрон).

Скрининг-тест позволяет врачам проводить донозологическое диагностика, способствующая профилактике заболевания слизистой оболочки полости рта, в том числе предраковые заболевания.

Рекомендуется научно-обосновано предложенного метода терапии поэтапно вводить в клиническую практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний СОПР и ККГ. /М., Мед. Книга; 2008.
2. Бондаренко О.В., Сысоева О.В., Токмакова С.И., Лепилов А.В., Попов В.А., Белоусов Ю.Н., Маракулина И.Л. Морфологический Изменения в тканях слизистой оболочки полости рта с криодеструкцией в соединении с ангиопротектическим и гемостатическим Медикаментозное лечение. // Медицинская наука и я образование урал. 2013; 2 (74): 56-60.
3. Улько Т.Н., Токмакова С.И., Тибекина Л.М. Метод лечения глоссодинии. /Патент США 2202329. Апрель 2003 года.
4. Старокожева Л.Ю., Токмакова С.И., Улькот Т.Н., Гюнтер В.Е., Иванов А.Н. хронический Лечение рецидивирующего афтозного стоматита Метод. /Патент США 2340305. 10 декабря 2008.
5. Токмакова С.И., Бондаренко О.В., Зяблицкая К.В. Сравнительная оценка эффективности криохирургии и местного Озонотерапия в лечении пациентов с лейкоплакией слизистой оболочки полости рта Мембрана. //Журнал научных исследований Здоровье и образование в XXI веке. 2016; 18 (8): 26-30.
6. Bondarenko O. V., Antonov I. V., Sysoeva O. V. Cancer prevention with erosive-ulcerative form lichen planus of the oral mucosa // Siberian journal of Oncology. 2012. No. 1. P. 15-16.
7. Tokmakova S. I., Bondarenko O. V., Zyablitskaya K. V. Comparative evaluation of efficacy of cryosurgery and local ozone therapy in the treatment of patients with leukoplakia of the mucous membrane of the oral cavity. // Journal Of Scientific Articles "Health & Education Millennium". 2016. T. 18. № 8. P. 26-30.
8. Akinfieva V. B. Optimization methods for the local treatment of erosive-ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa // Proceedings of the XXVII scientificpractical conference of young scientists under the editorship of Prof. I. Yu. Lebedenko. M.-2005.-P. 74.
9. Anisimova V. I., Nedoseko V. B., Lomiashvili L. M. Clinic, diagnostics and treatment of diseases of the oral mucosa and lips. M. Med. kniga. 2008. - 194 p.

Поступила 12.10. 2020

UDK 616.697-02: 616.64-002/-07-08

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF MALE INFERTILITY

Mamarizaev A.A., Hamraev O.A., Rustamov U.M., Boboev R.A., Sayfetdinov S.I.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The study involved 65 patients with excretory-toxic sterility on the background of chronic prostatitis and found that the use of lymphotropic therapy in complex treatment of male infertility is a pathogenetically substantiated and highly effective. The results indicate the undoubted advantage of lymphotropic therapy. The majority of patients stopped pain, dysuria disappeared, to restore sexual function. After the treatment, the number of leukocytes decreased in secretions, normalized pattern crystallization. The accumulation of the antibiotic in the regional lymph nodes and promotes recovery cupping lymphadenitis limfoot-current from the prostate gland.

Keywords: male infertility, prostate, chronic prostatitis, ejaculate.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Мамаризаев А.А., Хамраев О.А., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Сайфетдинов С.И.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Проведено обследование 65 больных с экскреторно-токсическим бесплодием на фоне хронического простатита и установлено, что использование лимфотропный терапия в комплексном лечении мужского бесплодия является патогенетически обоснованным и высокоэффективным. Полученные результаты свидетельствуют о несомненном преимуществе лимфотропной терапии. У большинства больных прекратился болевой синдром, исчезла дизурия, восстановилась половая функция. После окончания лечения снизилось количество лейкоцитов в секрете, нормализовался рисунок кристаллизации. Накопление антибиотика в регионарных лимфатических узлах способствует купированию лимфаденита и восстановлению лимфооттока от предстательной железы.

Ключевые слова: мужское бесплодие, предстательная железа, хронический простатит, эякулят.

ERKAKLAR BEPUSHTLIGINING DAVOLASHNING ZAMONAVIY YONDASHUVI.

Mamarizayev A.A., Hamrayev O.A., Rustamov U.M., Boboyev R.A., Sayfetdinov S.I.,

Andijon davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Surunkali prostatit fonida ekskretator-toksik bepushtlik bilan kasallangan 65 bemor o'rtasida so'rovnoma o'tkazildi va erkaklar bepushtligini kompleks davolashda limfotropik terapiyadan foydalanish patogenetik jihatdan asosli va samarali ekanligi aniqlandi. Olingan natijalar limfotropik terapiyaning afzalligini ko'rsatadi. Aksariyat bemorlarda og'riq sindromi to'xtadi, dizuriya yo'qoldi va jinsiy funktsiya tiklandi. Davolash tugagandan so'ng, eyakulyatdagi leykotsitlar soni kamaydi va kristallanish jarayoni normal holatga qaytdi. Antibiotikning mahalliy limfa tugunlarida to'planishi prostata bezidan limfa oqimini tiklashga yordam beradi.

Kalit so'zlar: erkaklar bepushtligi, prostata bezi, surunkali prostatit, eyakulyat.

Relevance

Male infertility is the lack of pregnancy, provided regular sexual intercourse without contraception for at least 12 months. Distinguished: the primary male infertility from when men never occurred conception.

Secondary male infertility especially from the men there have been cases of conception, and the outcome of the previous fact the conception took place not more than 3 years ago.

Infertility due to the fact that for various reasons disrupted sperm production in the testes of delivery woman's vagina and the inability of sperm to reach the egg and fertilize it.

Frequency of infertility in marriage in the world is 15%, in the countries of Western Europe 10.9%, in the United States 14.2%. In Russian frequency infertile marriages exceeds a critical level and 17.4%. Another couple of decades and so many have to resort to artificial insemination. Man's inability to have children is a cause of infertile marriages and 50% of cases. Over the last 50 years has fallen by 2 times the concentration of sperm in men.

According to available information, in Uzbekistan 2005 5.5% of patients with infertility was first registered, in 2006 12.02%. There is a clear increase in the number of patients in this group (at 18.55%). The most disadvantaged regions turned the Aral Sea region:. The prevalence of this pathology in Khorezm 40.69 per 100 thousand analysis showed that patients with these problems are insufficiently surveyed, they are treated as a wide variety of methods to explain the essence of which is sometimes impossible. Therefore, the question of the patients with this disease is still open, as the question of the status of andrology service in our Republic.

Results of the study of infertility in couples prevalence indicate that in 30% of cases the problem is only with male infertility. In 20% of couples infertility is caused by a combination of male and female factors. Thus, male infertility predetermines the inability to have children in approximately 50% of infertile couples.

There are the following forms of male infertility:

1. Secretory
2. Excretory (excretory-toxic)
3. Immunological
4. Combined
5. Relative.

When the secretory form in the testes do not produce a sufficient number of sperm needed for fertilization of the ovum, or reduced mobility, or in most of the sperm, there are structural defects.

Excretory-toxic sterility develops on the basis of the foregoing specific or non-specific inflammation in the prostate gland, seminal vesicles or in deferent ways in chronic epididymitis, trim, urethritis. Often there is a combination of inflammation in the form prostatovesiculitis, uretroprostatitis, uretroprostatovesiculitis with characteristic excretory-toxic sterility is asthenospermy, piospermy, spermagglutination, presence of mucus spermagregation.

Immunologic Infertility arises when in a woman or a man is a massive production of sperm antibodies. The body sees sperm as a foreign object and using them to suppress sperm antibodies.

Combined infertility appears when the secretory form of infertility combined with excretory, immunological disorders inflammatory diseases of the genital organs.

Relative infertility which, in spite of a thorough examination of the spouses, the causes of infertility are not available.

On the reproductive system of men and women is influenced by large number of damaging factors, among which one of the first places occupied by inflammatory diseases of the pelvic organs.

In inflammatory diseases of the urethra and the accessory genital glands often occur violation of their functions, changing the composition of the sperm accumulation in her debris and toxic activity of microorganisms development of immune processes.

The most common inflammatory disease in men is prostate up to 73%.

The development of chronic inflammation of the prostate as follows: mechanical or functional obstruction of the urethra inside prostatic reflux (bacteria components urine, sperm) immune reactions chronic inflammation. This "vicious circle" significantly reduces the percentage of recovery and promotes chronic inflammation, relapse and occurrence of complications such as infertility.

In order to improve treatments for infertility in the background of the inflammatory process must be followed etiological approaches to therapy. By etiological therapy refers lymphotropic therapy.

Preparation "Amicacyn" refers to an antibiotic III generation aminoglikazidov group is produced in the form of injection in ampoule one ampoule 2 ml solution for injection contains amicacyn (as sulfate) 500 mg is readily absorbed and enters the lymphatic channel pelvic organs.

Lymphotropic therapy is as follows. The patient's position on the back. Finger define the outer ring and the inguinal canal exiting therefrom spermatic cord. His fix the thumb and forefinger of the left hand, and right with a fine needle intracutaneously, subcutaneously administered and then 0.5 ml -5.0% novocaine solution. The needle is advanced to the spermatic cord and injected into it and surrounding tissue 5.0 ml of 0.5% novocaine solution. Further injected lidasa (16 pcs.), Dissolved in 0.5 ml - 5.0% novocaine solution. After 3-4 minutes. The following input antibiotic Amicacyn 500 mg, dissolved in 10.0 ml of 0.5% novocaine solution.

Purpose of the study: reveal the effectiveness of treatment of lymphotropic male infertility. Materials and Methods: During 2018-2019 we conducted examination of the patient, who was diagnosed with excretory-inflammatory form of male infertility, chronic bacterial prostatitis. The age range was from 20 year to 44 years with disease duration from 1 up to 3 years.

All patients were examined before and after treatment:

1. General analysis of blood and urine;
2. Biochemical analysis of blood;
3. Microscopic and bacteriological examination of the discharge of the urethra, prostate secretions and semen;
4. Ultrasound examination of the prostate gland.

All patients were divided into 2 groups:

Group 1 (core) 35 patients with chronic prostatitis, which received lymphotropic treatment.

Group 2 (control) 30 patients who underwent traditional, intramuscular antibiotic treatment for inflammation of the prostate.

The results and discussion

Regression laboratory signs of the treatment of infertility observed in 31 patients in group 1 (88.5%) and 19 patients of group 2 (63.3%).

Was an increase in concentration, the increase in the number of normal forms and motility, ejaculate normalizing the viscosity.

In the study of semen parameters it has been established that before treatment in group I:

1. sperm concentration from 0 to 20 mln / ml was observed in 6 patients;
2. from 20 to 40 mln / ml in 14 patients;
3. from 40-60 million / ml in 9 patients;
4. from 60-80 million / ml in 6 patients.

After lymphotropic treatment:

1. patients with a concentration of spermatozoa of from 0 to 20 million / ml, and from 20-40 million / ml decreased 4 and 6 persons, respectively,
2. with rates of 40-60 million / ml and 60-80 million / ml increased to 3 and 7 persons respectively.

The number of normal sperm forms in this group before treatment were as follows:

14 patients 20-39%

11 patients 40% -60%;

10 patients 61-80%.

After treatment there was a sharp increase in the normal forms of sperm, ie.:

20-39% of normal sperm forms already noted in 3 patients;

40-60% in 2 patients;

61-80% in 30 patients.

Quantitative determination of mobile forms of sperm and after treatment was dramatically increased.

Thus, if the initial examination in 9 patients this figure was 10-30%, in 12 patients - 31-50%, and greater than 50% - 14 patients, after treatment lymphotropic increased sperm motile forms, i.e. 10-30% of sperm motility were observed only in 2 patients, 31-50% - in 3 patients, and more than 50% of the mobility already noted in 30 patients.

Positive changes in the group have been received in the study:

1. ejaculate viscosity of from 0.5 to 0 cm was 9 patients before treatment and after treatment the number of patients was 31 people;

2. the number of leukocytes in the ejaculate (field of view) - in 8 patients ranged from 15 or more. After treatment, this figure was only observed in one patient.

3. number of leukocytes in prostatic secretions (field of view) of the 10 patients had 8 or more, after treatment with an indicator has been identified as only one patient.

Good results were also obtained in the second group of patients, on the proportion of patients recovery was somewhat less.

For example, a sperm concentration of 60 to 80 mln / ml increased only 2 patients, from 40 to 60 mln / ml - in 3 patients.

Number of spermatozoa of normal forms from 61 to 80% increase in 6 patients in the first group of such indicators after treatment were established in 18 patients.

These diagnostic indicators of both groups are shown in Table №1.

Indicator		Group 1 (n = 35)		Group 2 (n = 30)	
		Before treatment	After treatment	Before treatment	After treatment
Sperm Concentration (ppm \ ml)	60- 80	6	7	6	8
	40-60	9	3	8	9
	20-40	14	6	11	10
	0-20	6	4	5	3
number of normal sperm forms (%)	61-80	0	30	8	13
	40-60	11	2	12	8
	20-39	4	3	10	9
The number of mobile forms of sperm (%)	> 50	14	30	10	16
	31-50	12	3	14	10
	10-30	9	2	6	4
Viscosity ejaculate (cm)	0,5-0	9	31	7	14
	2-0.5	11	4	14	9
	2.1 and more	15	0	9	7
The number of leukocytes in the ejaculate (field of view)	0-10	11	30	10	16
	11-20	14	4	15	9
	20 or more	10	1	5	5
The number of leukocytes in prostatic secretions (field of view)	1-9	8	29	6	16
	10-20	17	5	15	11
	21 or more	10	1	9	3

Number of mobile forms of sperm in this group increased in 9 patients in Group I to the index> 50 were added on another 18 patients.

If the first group, the viscosity of the ejaculate was reduced 21 patients in the second group after treatment decrease the viscosity of semen was found more in 12 patients.

The number of leukocytes in the ejaculate and prostatic secretions of 20 or more met before treatment in patients 4 and 9 respectively.

After treatment the amount of leukocytes in the ejaculate decreased in 2 patients, and in prostatic secretions - 7 patients.

Based on this table, it can be seen that in the I (base) and II (control) groups of patients with increased sperm concentration, increased the number of normal sperm motility and sperm count, ejaculate normalization observed viscosity, reducing the number of leukocytes.

Microscopy of prostate secretion also showed a reduction in number to normal numbers.

In the study of tolerance lymphotropic treatment only in 1 (2.8%) of 35 patients showed minor side effects in the form of discomfort in the groin area, which did not require discontinuation of treatment.

Conclusion

1. Using lymphotropic treatment with male (excretory-inflammatory) infertility is pathogenetically reasonable and highly efficient.

2. The results indicate the undoubted advantage of lymphotropic therapy. The majority of patients stopped pain, dysuria disappeared, to restore sexual function. After the treatment, the number of leukocytes decreased in secretions, normalized pattern crystallization.

3. The accumulation of the antibiotic in the regional lymph nodes and promotes recovery cupping lympha-denitis lymph drainage from the prostate gland.

4. Exposure to pathogens reduces inflammatory edema that enhances the secretion of prostatic outflow and helps restore microcirculation therein.

LST OF REFERENTS:

1. Adaskevich V.P. Infections, sexually transmitted infections: a guide for physicians. M.: Medical book 2004.
2. Bilic G.L. Bozhedomov VAReproductive function and human sexuality. M., 1998.
3. Bragin E.E, R.A. Abdumalikovby spermatologii Guide. Moscow, 2002.

4. Ilyin I.I. Non-gonococcal urethritis in men. M .: Medicine, 1991.
5. Kagan S.A. Sterility in men. Moscow, 1974.
6. Loran O.B., Segal ASMenopausal disorders in men. Moscow, 1999.
7. Mironov I.I., Romanova L.A, Dolgov V.V. Clinical tests (urine, feces, cerebrospinal fluid, ejaculate). M., 2005, pp 165-195.
8. E.K.Nazarova, M.N.Zenina, Chlamydial infection: Cytology, immunofluorescence. S.-Pb. 2004.
9. Leadership WHO laboratory testing of human semen and sperm interaction with cervical mucus. 4th ed. M .: MEDpress 2001.
10. leadershipin andrology / Ed. O.JT. Tiktinsky. JI., 1990.
11. Sagalov A.V. Outpatient andrology. M .: Medical book; N. Novgorod: Publishing House NSMA 2003.
12. Ter-Ovanesov G.V. Andrology aspects of infertile marriages. M .: NTsAGiP RAMS 2000.
13. Heffner L. Reproductive system in health and disease. Moscow, 2003.
14. Fredricsson B., Bjork R.Morphology of postcoital spermatozoa in the cervical secretion and its clinical significance // Fertil. Steril. 1977; 28: 841-845.
15. Kruger T.F, Acosta A.A, Simmons K.F et al.Predictive value of abnormal sperm morphology in in vitro fertilization // Fertil. Steril. 1988; 49: 112-117.
16. Kruger T.F, Menkveld R., Stanger FSH et al.Sperm morphologic features as a prognostic factor in in vitro fertilization // Fertil. Steril. 1986; 46: 1118-1123.
17. Mortimer D., Leslie E.E, Kelley R.W, Templeton A.A. Morphological selection of human spermatozoa in vivo and in vitro IIJ. Reprod. Fertil. 1982; 64: 391-399.
18. Nieschlag E., Behre HM(Eds.). Andrology. Male Reproductive Health and Dysfunction. 2nd edition. Berlin: Springer, 2000.
19. Rosner W., Hryb DJ et al.Sex hormone-binding globulin mediates steroid hormon signal transduction at the plasma membrane // J. Steroid Biochem. Mol. Biol. 1999; 69: 481-485.
20. Dekhkanov K.A. The value of the body's provision with some vitamins and microelements in the pathogenesis and treatment of calculous pyelonephritis in children Registration number: 0494RK00413 PhD thesis. Tashkent 2018.

Entered 09.10. 2020

УДК 616.149-008.341.1-089

РАДИОНУКЛИДНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕПАТОПОРТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ГАММА КАМЕРЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Долим К.С., Аскаров Т.А., Ахмедов М.Ж., Усаров А., Файзиев Ё.Н.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Обследовано 25 больных с циррозом печени и портальной гипертензией и для сравнения 5 больных с другой патологией. Исследование гепатопортальной гемодинамики производилось на гамма камере с использованием радиоактивного ксенона - 133Х. При этом с большой точностью удалось определить одновременно несколько показателей: скорость портального кровотока в секунду, объёмный печеночный кровоток на 100 г ткани печени, и визуальная характеристика вида блока портального кровотока.

Ключевые слова: портальная гипертензия, радиоактивный ксенон-133Х, портальный кровоток, гамма камера.

RADIONUCLIDE METHOD FOR THE STUDY OF HEPATOPORTAL BLOOD CIRCULATION IN GAMMA IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Dolim K.S., Askarov T.A., Akhmedov M.J., Usarov A., Fayziev Y.N.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

25 patients with liver cirrhosis and portal hypertension were examined and 5 patients with other pathologies were compared the study of hepatoportal hemodynamics was performed on a gamma camera using radioactive xenon 133x. At the same time several indicators of portal blood flow rate per second volumetric hepatic blood flow per 100 g of liver tissue and visual characteristics of the type of portal blood flow block were determined with great accuracy.

Key words: portal hypertension, radioactive xenon - 133X, portal circulation, gamma camera

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ГЕПАТОПОРТАЛ ҚОН АЙЛАНИШИНИ ГАММА КАМЕРАДА РАДИОНУКЛИД УСЛУБДА АНИҚЛАШ

Долим К.С., Аскаров Т.А., Ахмедов М.Ж., Усаров А., Файзиев Ё.Н.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Жигар циррози ва портал гипертензия билан беморларда ва таққослаш мақсадида 5 та соғлом инсонда текширув ўтказилган. Гепатопортал гемодинамика гамма камерада радиактив ксенон -133Х воситасида аниқланди. Бу услубда катта аниқлик билан бир неча кўрсаткичлар бир вақтнинг ўзида: портал қон оқимининг тезлиги, 100 г жигар тўқимасидан ўтувчи қоннинг миқдори ва портал қон айланиши блокининг визуал кўриниши аниқланади ва осон дифференциация қилинади.

Калит сўзлар: портал гипертензия, радиоактив ксенон-133Х, портал қон айланиши, гамма камера.

Актуальность

При оценке состояния кровообращения печени и портальной системы у больных с портальной гипертензией имеет важное значение определение скорости кровотока в этой области, объёма протекающей крови в ткани печени [3] (Левитан Б. Н., Гринберг Б. А.) Особенно это важно для оценки кровообращения в разных стадиях заболевания и определении разных блоков нарушения портального кровообращения. Эти вопросы решаются с более точными результатами при использовании радионуклидного определения портопечёночного кровообращения с использованием радиоактивного ксенона -133Х [8] (Andersen A. M. Ladefoged J.) на гамма камере с одновременным определением нескольких параметров за очень короткий отрезок времени (1,5 мин) (Долимов К.С.) [10].

Цель исследования научно-обоснованная оценки портопечёночной гемодинамики методом радиоспленопортаграфии с использованием раствора ксенона 133Хе.

Материал и методы

Для оценки портопечёночной гемодинамики использовался метод радиоспленопортаграфии с использованием раствора ксенона 133Хе. Исследование проводилось на гамму- камере "LFOV" фирмы "Nuclear Chicago" с применением компьютера (США).

В положении больного на спине, после предварительной местной анестезии 0,5% раствором новокаина, в 9-межреберье, по средней подмышечной линии слева производилась пункция пульпы селезёнки. С помощью водяного манометра Вальдмана измерялось портальное давление и быстро вводилось 111-МБК раствора ксенона Хе-133 в объёме 1 мл.

Регистрация началась с момента появления болюса радиоактивности в селезёнке на экране контрольного осциллоскопа. Укладка больного произво-

дилась таким образом, чтобы исследуемые печень, селезёнка и нижняя часть грудной клетки (в целях захвата коллатералей в сторону желудка и пищевода) находилась в поле зрения детектора с коллиматором высокой чувствительности для низких энергий. Исследование произведено 25 больным циррозом печени и портальной гипертензией в возрасте от 19 до 60 лет и для сравнительной оценки 5 больным не имеющих патологию печени и портальной системы.

Оценку состояния портальной системы производили качественно по сумме кадров и количественно - по гистограммам "время- активность" построенных с выбранных зон, охватывающих область печени и селезёнки. При этом исследовании учитывались следующие показатели: скорость портального кровотока в секунду, объёмный печеночный кровоток на 100 г ткани печени в единицу времени, визуальная характеристика вида блока портального кровотока и допеченочного коллатерального кровотока.

Результат и обсуждение

Исследование гепатопортальной гемодинамики на гамма камере позволяет с большой точностью оценить состояние кровообращения печени и результаты исследования при этом лишены элементов субъективизма. Работами [1]) A.Peraf et al. убедительно доказано преимущество радионуклидных методов исследования при нарушении портопечёночного кровообращения. Использование гамма камеры с компьютерной обработкой результатов повышает диагностическую ценность метода и даёт возможность оценить в количественном отношении состояние воротно-печёночной гемодинамики у больных с портальной гипертензией.

Нами для этой цели использовался метод радиоспленопортографии с использованием раствора ксенона 133Хе на гамма камере. Преимущество использования ксенона Хе133 перед применяемыми ранее растворами индия- 113-м или пертехнетато технеция -99-м меченного альбумином, основано на его свойстве свободно дифундировать через клеточные мембраны, что позволяет по выведении его из печени оценить органный кровоток. При этом исследовании учитывались следующие показатели:

- скорость портального кровотока в секунду,

-объёмный печеночный кровоток на 100 г ткани печени в единицу времени,

-визуальная характеристика вида блока портального кровотока и допечёночного коллатерального кровотока, которая сопоставлялась контрастной спленопортографией (9).

Исследование проводилось на гамме- камере "LFOV" фирмы "Nuclear Chicago" с применением компьютера (США).

В положении больного на спине, после предварительной местной анестезии 0,5% раствором новокаина, в 9-межреберье, по средней подмышечной линии слева производилась пункция пульпы селезёнки. С помощью водяного манометра Вальдмана измерялось портальное давление и быстро вводилось 111-МБК раствора ксенона Хе-133 в объёме 1 мл. Регистрация началась с момента появления болюса радиоактивности в селезёнке на экране контрольного осциллоскопа. Укладка больного производилась таким образом, чтобы исследуемые печень, селезёнка и нижняя часть грудной клетки (в целях захвата коллатералей в сторону желудка и пищевода) находилась в поле зрения детектора с коллиматором высокой чувствительности для низких энергий.

Оценку состояния портальной системы производили качественно по сумме кадров и количественно - по гистограммам "время- активность" построенных с выбранных зон, охватывающих область печени и селезёнки.

Динамическое исследование проводилось со скоростью регистрации кадров - 1 кадр в секунду, с общим количеством 90 кадров. При качественной оценке результаты каждого исследования представляли в виде набора фото сцинтиграмм, подвергавшихся визуальному анализу, что позволило качественно оценить состояние, проходимость разветвлений портальной системы и её коллатералей (рис. 1). Затем на компьютере проводили анализ результатов, который заключался в следующем: обработка изображения путём сглаживания и контрастирования, выбор "зон интереса" соответствующий областей печени и селезёнки с последующим построением динамических кривых " время- активность" и получением их цифровых выражений на бумаге телетайпа. Скорость портального кровотока определяли по времени убывания радиоактивности от её максимума в селезёнке до достижения максимума в печени. По кривой убывания радиофармпрепарата из печени определяли также период полувыведения - Т 1\2. Тканевой кровоток на 100 г ткани печени определяли по принципу S. Kety по известной формуле N.Lassen, ТК=КхУх100, ТК-печеночный кровоток,У- коэффициент распределения ксенона в печеночной ткани, значение которого было принята за 0,74 (О.В.Рутковский, А. Andersen et all) [8], К -константа клиренса ксенона -Х133 из ткани печени, определяемая делением 0,693 на период полувыведения радиопрепарата - 0,693:Т 1,2. Исследование произведено 25 больным циррозом печени и портальной гипертензией в возрасте от 19 до 60 лет и для сравнительной оценки 5 здоровым лицам.

В контрольной группе линейная скорость портального кровотока (движение препарата от селезенки до печени) равнялась 1-2 секундам. Обнаружена хорошая визуализация селезенки и формы печени (рис. 1). Введенный в селезёнку радифармопрепарат уже в течение 1-2 сек. достигал печени, характеризуя скорость портального кровотока.

Сцинтилляционное изображение продемонстрировало спленопортального ствола у 8 больных с внепеченочными блоком, у которых эти данные соответствовали картине контрастной рентгеноспленопортографи (рис. 2.)

У 17 больных диагностирован внутрипечёночный блок портального кровотока (рис.3), у 3 из них получено изображение мезентериальной вены, что соответствовало картине контрастной рентгеноспленопортограммы (рис.4 А, В.), у 7 обнаружено изображение коллатералей в сторону гастроэзофагальной зоны.

Количественный анализ показателей гемодинамики, в основном, производился у больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии. Анализ сцинтиграмм больных с внепёночной блокадой портальной гипертензии ограничился только их визуализацией.

В группе больных циррозом печени с портальной гипертензией без асцита скорость портального кровотока по этому методу колебалось от 5 до 12 сек., составляя в среднем 6,7 сек. Константа ксенона - Х133 в

среднем равнялась 0,98., тканевой кровоток печени в среднем составлял 72,8 мл/ мин на 100г ткани печени.

У больных с портальной гипертензией в стадии стойкого асцита исследование гемодинамики данной методикой показало наибольшее ухудшение кровообращения печени. Так, скорость портального кровотока в среднем составляла 4,2 сек. (значительное замедление), константа клиренса ксенона -K в среднем была 0,79, соответственно тканевой объёмный кровоток печени в среднем был равен 51,7 мл/мин на 100г., т.е. на 28,9% ниже чем у больных с портальной гипертензией без асцита.

В заключении необходимо отметить, что методика радиоспленопортографии с использованием радиоактивного ксенона- Xe133 на гамма камере даёт возможность определить одновременно несколько параметров портопеченочного кровообращения за относительно короткий отрезок времени (1,5мин), качественный анализ фотосцинтиграмм даёт возможность точно от дифференцировать формы блока портальной системы; количественный анализ гистограмм свидетельствует о значительном нарушении кровообращения печени у больных с портальной гипертензией, особенно в стадии стойкого асцита, с резким снижением объёмного тканевого кровотока; наиболее низкие цифры минутного объёма циркулирующей крови печени наблюдаются у больных с относительно низким портальным давлением, у этих больных селезёночно-печёночное время на гамма камере ускорено, что свидетельствует о до печеночном коллатеральном сбросе, что в свою очередь ухудшает эффективный печёночный объёмный кровоток. Такое состояние кровотока в основном, наблюдалось у больных в стадии стойкого асцита.

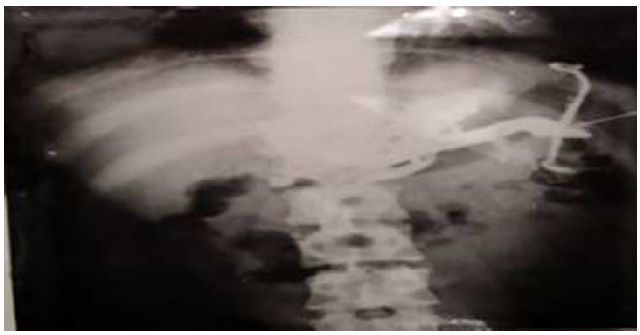
Вывод

1. Метод радиоспленопортографии с использованием радиоактивного ксенона- Xe133 на гамма камере даёт возможность определить одновременно несколько параметров портопечёночного кровообращения за относительно короткий отрезок времени (1,5мин): скорость портального кровотока в секунду, объёмный печеночный кровоток на 100 г ткани печени в единицу времени, визуальная характеристика вида блока портального кровотока и до печёночного коллатерального кровотока, тем самым может облегчить выбора метода операции.

2. Качественный анализ фотосцинтиграмм даёт возможность точно от дифференцировать формы блока портальной системы.

Рис 1. Сцинти фото здорового. Изображение селезенки и печени. Скорость портального кровотока 2,5 сек. Объемный кровоток 99,2 мл/мин на 100г.

A



B

Рис.2. Сцинтифото (А) и рентгеноспленопортограмма (В) больного с внепечночным блоком портальной гипертензии. В печень радиопрепарат не поступает

Рис. 3. Сцинтифото больного с внутрипеченочным блоком портальной гипертензии. Скорость портального кровотока 5 сек, объемный печеночный кровоток 85,47 мм/мин.

A

Б

Рис: 4. Сцинтифото больного Н. с внутрипеченочным блоком портальной гипертензии (А) и рентгеноспленопортограмма того же больного (Б). стрелкой указано изображение мезентериальной вены.

Рис. 5. Сцинтифото больной Л. 52г. Диагноз: портальная гипертензия, асцит (стойкий). Выраженный коллатеральный сброс в сторону желудка. Селезеночно-печеночное время 4 сек, тканевой кровоток 54, 02 мл.мин на 100 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Берестень Н. Ф. Допплерэхография в комплексной оценке нарушений печеночной и сердечной гемодинамики /Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - М., 2000. - 36 с.
2. Долимов К.С. и др. Исследование кровообращения печени на гамма камере. //Мед. Жур. Узбекист.1982. №1. с.45-48. Ташкент.
3. Камалов Ю. Р., Крыжановская Е. Ю., Любивый Е. Д. Печеночный кровоток при циррозе печени в зависимости от стадии по Child-Turcotte-Pughи степени варикозного расширения вен пищевода. //Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2013. № 2. С.-55-60.
4. Левитан Б. Н., Гринберг Б. А. Особенности портального кровотока при хронических гепатитах и циррозах печени // Визуализация в клинике.2001.-№ 5.-С. 16-20.
5. Лютая Е. Д., Колпаков Н. С., Печеза М. К. Ультразвуковое исследование в оценке портальной гемодинамики при диффузных заболеваниях печени // Эхография. 2000. - Т.1. - № 4. - С. 469.
6. Митьков В. В. Допплерография в диагностике заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и их сосудов. Изд. дом Видар, 2000 стр. 146.в
7. Поспелова Т.И. и соавт. Состояние портального кровотока у больных гемобластозами в сочетании с хроническим гепатитом. //Клиническая медицина, № 4, 2008, стр.55-58.
8. Степанова Н. С. Изучение нарушений портальной гемодинамики у больных хроническими диффузными заболеваниями печени, хронической сердечной недостсточностью, возможностей медикаментозной коррекции по данным кардиосовместимой допплерографии. /Автореф. дисс. Канд. Мед. Наук. Смоленск, 2004, стр. 58-65.
9. Andersen A. M. Ladefoged J. Partition coefficient of 133 -xenon between various tissues and blood invivo. Scand. //J. Clin. Lab. Invest., 1967:19, 72-78.
10. Peraf A. et oll. La splenoportographie isotopique resultfts morfologiquus et cinetiques. //Sem. Hop. Paris 50: 237 -242, 1974

Поступила 09.10.2020

УДК 616-001.65

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Азизов А.М.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии.

✓ ***Резюме***

Целью исследования явилось улучшение результатов ранней реабилитации больных с АС после ТЭ ТБС.

Материалы и методы исследования: Нами произведено первичное ТЭП ТБС у 93 больных с АС III и IV стадии. Из них мужчин было 77 и женщин - 16. Всем больным проведена операция ТЭП ТБС: с бесцементной и цементной фиксацией. Разработку движений в ТБС начинали со второго дня послеоперационного периода при помощи специального устройства для разработки ТБС и продолжали в течении всего времени пребывания пациента в стационаре. За это время удавалось добиться значительного восстановления функции сустава, что способствовало активизации больного, улучшению ходьбы.

Результаты исследования. Применение в раннем послеоперационном периоде элементов ЛФК, физиотерапии, разработанного нами устройства для разработки движений в ТБС способствовало скорейшему восстановлению функции оперированного сустава, повышению функциональной активности пациентов.

Вывод: Применение предложенного устройства для разработки ТБС позволило оптимизировать сроки реабилитации и уменьшить частоту осложнений, а так же увеличивает объём движений в оперированном суставе, что позволяет рекомендовать их к применению в практической медицине.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, реабилитация, эндопротезирование, тазобедренный сустав.

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER TOTAL ENDOPROSHETICS OF THE HIP JOINT WITH ANKYLOSING SPONDILOARTHRITIS

Azizov A.M.,

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics.

✓ ***Resume***

The use of the proposed device for the development of hip joint allowed to optimize the rehabilitation period and reduce the incidence of complications, as well as increase the range of motion in the operated joint, which makes it possible to recommend them for use in practical medicine.

Key words: ankylosing spondylitis, rehabilitation, arthroplasty, hip joint.

АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛОАРТРИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ БЎКСА БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШДАН КЕЙИН РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ

Азизов М.А.,

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази.

✓ ***Резюме***

Бўкса буғими тотал эндопротезлашдан кейин ривожлантириш учун таклиф этилган қурилма билан фойдаланиш реабилитация вақт оптималлаштиришга ва асоратлар учрашини камайтиришга имконият беради, операциядан кейин бўғимнинг харакат ҳажмини кўпайтиради. Амалий тиббиётда фойдаланиш учун тавсия қилиш мумкин.

Калит сўз: анкилозловчи спондилит, реабилитация, эндопротезлаш, бўкса бўғими.

Актуальность

Анкилозирующий спондилит (АС) - хроническая, аутоиммунная, прогрессирующая спондилоартропатия, чаще встречается в возрасте 15-25 лет [1]. Хотя АС имеет низкую распространенность, поражая 0,1% -1,0% населения, у 20% HLA-B27-позитивных людей развивается это заболевание. Так же рассматривается региональная проблема. Многие пациенты испытывают различные симптомы в течение 7-10 лет, прежде чем будет поставлен правильный диагноз [2,3]. Поскольку поражается осевой отдел позвоночника, крестцово-подвздошные и периферические суставы, особенно бедра, колени и плечи, костный анкилоз, как сообщается, встречается в 23,3% -73% случаев [4]. Распространенность заболевания тазобедренного сустава в АС колеблется от 19% до 36% [5,6]. Этот широкий диапазон может быть объяснен различными определениями, используемыми для исследуемых лиц и для вовлечения тазобедренного сустава. Среди лиц с пораженными бедрами 50-90% имеют двусторонний анкилоз бедра [7].

Сообщалось, что вовлечение тазобедренного сустава увеличивает бремя АС и негативно влияет на его прогноз [5,6]. Кроме того, артрит тазобедренного сустава, по-видимому, связан с более тяжелым поражением позвоночника [8]. С другой стороны, длительная скованность и отсутствие подвижности в позвоночнике могут отрицательно сказаться на подвижности соседних периферических суставов. Поскольку

инвалидность тазобедренного сустава препятствует другим видам деятельности, связанным с подвижностью позвоночника, опыт пациента с функциональными нарушениями не обязательно отражает только диапазон движений сустава.

В идеале системная терапия АС должна также предотвращать повреждение, связанное с АС [9]. Пациенты с терминальной стадией заболевания тазобедренного сустава испытывают невыносимую боль и скованность суставов и не реагируют на консервативное лечение. Несколько факторов связаны с терминальной стадией заболевания тазобедренного сустава, включая ранний возраст начала заболевания, продолжительность заболевания, энтезопатию, артрит и тяжесть осевого заболевания [10]. Сросшиеся бедра, потеря поясничного лордоза и прогрессирующий грудной и шейный кифоз-все это способствует функционально инвалидизирующей сутулой позе, характерной для пациентов с АС. Из-за возникающей в результате потери движения в сочетании с сильной болью тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТБС) является надежным терапевтическим вмешательством с хорошими результатами [4,7,11,12]. Целью хирургического лечения у этих пациентов является уменьшение боли, восстановление функции тазобедренного сустава и улучшение качества жизни [13]. Из-за важной и центральной функции тазобедренного сустава нарушение функционирования тазобедренного сустава явно связано с функциональными нарушениями у пациентов с АС. Многие хирурги не решаются выполнять тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у молодых пациентов с ранней стадией АС из-за последующих механических сбоев, таких как износ, расшатывание, вывих протеза и гетеротопическое окостенение. В настоящее время выживаемость протезов тазобедренного сустава у пациентов с АС, по-видимому, аналогична выживаемости пациентов с остеоартрозом и оценивается в 98,5%, 96,8% и 66,3% через 5, 10 и 15 лет после операции соответственно [1].

Определение оптимальной стадии заболевания для хирургического вмешательства также является спорным вопросом. Neumann et al. рекомендуют не проводить ТЭТБС у молодых пациентов, чтобы избежать многократных ревизий в течение всей жизни пациента. Другие придерживаются противоположной точки зрения [12,14] полагая, что пациентам с АС следует рекомендовать проходить ТЭТБС в раннем возрасте до тех пор, пока их физическое состояние позволяет это сделать, чтобы облегчить облегчение боли и функциональное восстановление. Кроме того, по мере прогрессирования заболевания вовлекается все больше суставов, увеличивается инвалидность, мышцы, окружающие бедро, атрофируются и ослабевают, а количество склеротина увеличивается, что увеличивает хирургические трудности и риски на поздних стадиях процедур, часто приводя к плохим послеоперационным исходам [15,16].

Бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава часто выполняется для лечения АС. Использование бесцементных имплантатов с их потенциалом биологического роста может увеличить долговечность имплантатов и снизить частоту отказов, особенно у молодых пациентов. Бесцементные протезы также могут сохранять большую костную массу, что приводит к меньшим трудностям в будущих ревизиях [12]. Двусторонняя синхронная ТЭТБС может быть выполнена при определенных условиях у пациентов с тяжелыми двусторонними поражениями тазобедренного сустава. Эта процедура может как уменьшить боль, так и устранить влияние неоперабельного тазобедренного сустава на прооперированный тазобедренный сустав. Таким образом, билатеральная синхронная ТЭ ТБС восстанавливает функцию нижних конечностей , однако до настоящего времени было проведено мало исследований данной процедуры [4,7,12]. Ранняя реабилитация, проводимая в послеоперационном периоде, имеет большое значение для восстановления функции ТБС.

Целью исследования явилось улучшение результатов ранней реабилитации больных с АС после ТЭ ТБС.

Материал и методы

Современным и эффективным методом лечения больных с РА является ТЭП ТБС, которое является единственной возможностью восстановить утраченные функции сустава, когда проводимое консервативное лечение становится неэффективным, усиливаются боли в суставах, нарастают контрактуры, формируются анкилозы в порочном положении, резко снижается двигательная активность.

Нами произведено первичное ТЭП ТБС у 93 больных с АС III и IV стадии. Из них мужчин было 77 и женщин - 16.

Больным с АС в предоперационном периоде и после ТЭП ТБС проводилась консультация ревматолога и коррекция противовоспалительного лечения назначенная совместно с ревматологом. Многим больным во время операции и ближайшем послеоперационном периоде проводили интенсивную терапию по предотвращению возможных осложнений.

Всем больным проведена операция ТЭП ТБС: с бесцементной и цементной фиксацией. При незначительной степени активности патологического процесса и преимущественно в молодом возрасте в зависимости от состояния костной ткани использовались безцементные эндопротезы. Кроме того, показанием к бесцементному ЭП были:

" Возможность интраоперационной стабильной фиксации эндопротеза.

" Отсутствие дефектов стенок вертлужной впадины ТБС.

" Молодой возраст

Показаниями к применению костного цемента служили:

" Выраженная степень остеопороза

" Истончение и наличие дефекта стенки вертлужной впадины.

" Наличие протрузии дна вертлужной впадины, что может обуславливать нестабильную фиксацию вертлужного компонента и требовать проводить во время операции реконструкцию вертлужной впадины с применением костной пластики и антипротрузионных устройств.

Таким образом, при выборе фиксации эндопротеза ТБС необходимо учитывать не только степень активности патологического процесса и возраст пациента, а также плотность костной ткани, состояние стенок и дна вертлужной впадины.

Результат и обсуждения

Как только больной выходит из наркоза, выполняют простые дыхательные (статические и динамические) упражнения и движения пальцами стоп и в голеностопных суставах обеих ног. Этот небольшой комплекс упражнений следует повторять многократно, 5-6 раз в день самостоятельно. На 2-й день после операции комплекс лечебной гимнастики расширяется за счет общетонизирующих и специальных упражнений:

- свободные движения здоровой ногой (сгибание в колене, подъем вверх, отведение в сторону);
- сгибание и разгибание в голеностопном суставе оперированной конечности до появления чувства утомления в мышцах голени;
- напряжение мышц бедра оперированной ноги при попытке максимально разогнуть ее в коленном суставе (длительность 1-3 секунды);
- напряжение ягодичных мышц 1-3 секунды;
- облегченные движения в коленном и ТБС (с самопомощью, помощью методиста ЛФК или на механоаппарате для пассивных движений). Периодически в течение дня положение оперированной ноги в коленном суставе меняют: под сустав подводят небольшой валик или функциональную шину на 10-20 минут. После операции каждый день проводили перевязку. Через день удаляли дренажную трубку, швы снимали через 2 недели после операции. На 2-3 сутки разрешалась ходьба без нагрузки с помощью костылей, частичная нагрузка - через 1,5 мес. с момента операции. В послеоперационном периоде для восстановления движений в ТБС немаловажную роль играет ведение больных.

С 1-2-го дня разрешают присаживание в кровати с помощью рук, а затем и на кровати со спущенными ногами. Сидеть нужно, отклонив туловище назад, можно подложить под спину подушку, что обеспечивает сохранение тупого угла в новом суставе. Через 2-3 дня разрешено вставать у кровати. Первый раз это делают обязательно с помощью врача или инструктора ЛФК. После операции обе ноги бинтовали эластичными бинтами, что в сочетании с физическими упражнениями помогает предотвратить сосудистые нарушения. Если пациент устойчиво стоит у кровати, на следующий день можно сделать несколько шагов, обязательно опираясь на костыли. После обучения ходьбе по палате с 5-6-го дня разрешают ходьбу по коридору при помощи костылей. При обучении передвижению при помощи костылей следует помнить, что оба костыля нужно выносить вперед одновременно, стоя на здоровой ноге. Затем ставят вперед оперированную ногу и, опираясь на костыли и частично на оперированную ногу, делают шаг вперед не оперированной ногой; стоя на здоровой ноге, опять выносят костыли вперед.

Поворачиваясь в кровати на бок пациенту, необходимо использовать валик (или подушку), помещая его между бедрами. Это предотвратит нежелательное приведение ноги.

Комплекс специальных физических упражнений дополняют следующими упражнениями:

- сгибание оперированной ноги в коленном суставе без отрыва стопы от плоскости кровати (самостоятельно, с помощью методиста или с использованием блока);
- изометрическое напряжение ягодичных мышц и мышц бедра длительностью 5- 7 секунд;
- отведение ноги в сторону по плоскости кровати;
- разгибание ноги в коленном суставе с подложенным под колено валиком;
- поднятие прямой ноги с помощью методиста или с самопомощью - через блок.

В исходном положении стоя на здоровой ноге с опорой на стул выполняют сгибание, разгибание и отведение в оперированном суставе. Каждое упражнение повторяют 5- 10 раз, а весь комплекс - 2-3 раза в день. Увеличивать нагрузку на сустав при всех видах активности необходимо медленно и дробно, в соответствии с ощущениями больного. Противопоказаны упражнения на ротацию и приведение в ТБС, что может спровоцировать вывих головки эндопротеза. Основное внимание на данном этапе лечения уделяют переводу больного в положение сидя, обучению стоянию и передвижению при помощи костылей с частичной опорой на оперированную ногу.

Больного обязательно информировали о запрещенных движениях:

- не рекомендуется сидеть больше 20 минут в одной позе;
- при сидении тазобедренный сустав должен быть выше коленного, желательно спать на спине;
- запрещается приводить или скрещивать ноги (в любом положении - лежа,сидя, стоя); поворачивать ногу внутрь;
- не разрешается вставать на оперированную ногу без дополнительной опоры на костыли.

Массаж. Индивидуально назначался массаж симметричной здоровой конечности. Курс лечения составляет 5-7 процедур.

Физические методы лечения после операции направлены на уменьшение боли и отека, купирование воспаления, улучшение трофики и метаболизма мягких тканей в зоне операции. Применяли:

- УВЧ,
- магнитотерапию.

Курс лечения составлял 5-10 процедур.

В послеоперационном периоде при РА особое место занимает болевой синдром, сопровождающийся нарушением функции ТБС. Применение обезболивающей, противовоспалительной и антибактериальной терапии в раннем послеоперационном периоде предотвращает развитие послеоперационной боли и создает условия для проведения ранней реабилитации больных. Как правило, полная нагрузка на оперированную ногу разрешалась через 2 мес. после операции, в течении трех месяцев всем пациентам рекомендовали пользоваться подручными средствами ходьбы.

С целью скорейшего восстановления функции конечности (сустава) нами предложено и внедрено в клиническую практику: "Устройство для разработки движений в тазобедренном суставе". Устройство относится к медицинской технике в травматологии и ортопедии, может быть использовано для лечения больных с заболеваниями ТБС.

Известно устройство для разработки движений в ТБС у детей, состоящее из станины и механизма воздействия на конечность, причем механизм воздействия на конечность выполнен в виде телескопической штанги, снабженной дугообразной опорной площад-

кой под нижнюю треть голени и элементами регулировки длины штанги в виде соосных отверстий на телескопических частях штанги и фиксирующего болта, и прикрепленного к наружной трубе штанги рычага с рукояткой, станина выполнена в виде полой подставки по типоразмеру таза, снабжена ремнями крепления туловища и закрепленным сбоку кронштейном с угломерной шкалой с возможностью перемещения вдоль шкалы рычага с рукояткой и закрепления его в нужном положении при помощи фиксирующего винта, при этом штанга и станина закреплены между собой шарнирно (патент РФ № 2191564, А 61 Н 1/02, 27.10.2002г.).

Предлагаемые ранее устройства для разработки ТБС громоздкие, сложные и неудобные в использовании.

Задачей предлагаемого нами устройства является упрощение и повышение удобства использования в послеоперационном периоде.

Предложенное нами устройство для разработки движений в ТБС, состоит из тутора в виде сапожков 1, для обеих нижних конечностей, в верхней части туторы снабжены крепежными элементами 2, которые установлены на пластину 3 и оснащены подшипниками 4 в задней части, установленными на опорную ось 5, отличающееся тем, что в задней части устройства выполнены фиксаторы 6 для ремней 7, устройство дополнительно оснащено подшипниками 8 в передней части, которые установлены на пластину 9, передняя и задняя пластины соединены между собой и кроме того, устройство содержит рельсы 10 с приподнятыми концами.

Устройство используют следующим образом:

Больному для лечения заболеваний тазобедренного сустава на конечности одевают туторы 1, в виде сапожков, которые укрепляют в лежащем положении с помощью крепежных элементов 2, установленных на пластину 3 и оснащенных подшипниками 4 в задней части, установленными на опорную ось 5. С помощью подшипников 8, в передней части, которые установлены на пластину 9, передняя и задняя пластины соединены с установленной на пластину 3 опорной осью 6 начинают разработку ТБС. Ремень 7, соединенный с фиксатором 6 потихоньку подтягивают к себе, передвигая устройство по рельсам 10 с приподнятыми концами до ощущения боли. Разработка проводится от 4 до 20 манипуляций ежедневно.

Устройство удобное в использовании и обеспечивает активную и пассивную разработку движений в ТБС. Позволяет лечить больных с заболеваниями ТБС и проводить раннюю активизацию в послеоперационном периоде. Доступно для каждого врача травматолога-ортопеда.

Длительность разработки сустава с применением предложененого устройства зависила от стабильности эндопротеза и состояния больного. Разработку движений в ТБС начинали со второго дня послеоперационного периода и продолжали в течении всего времени пребывания пациента в стационаре (рис 3.6, 3.7). За это время удавалось добиться значительного восстановления функции сустава, что способствовало активизации больного, улучшению ходьбы.

В период разработки ТБС с применением устройства у некоторых больных появлелись болевые ощущения и отечность ноги, что решалось применением различных компрессов, мазей и медикаментов.

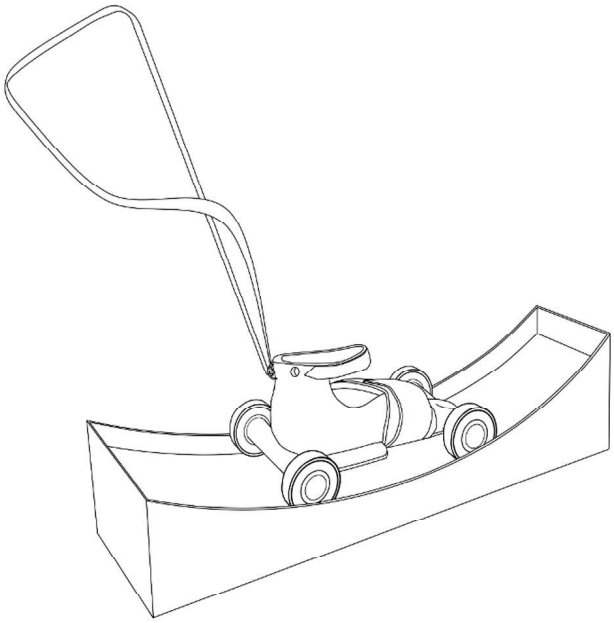


Рис. 3.8. Устройство для разработки движений в тазобедренном суставе.

рис. 3.9.

рис. 3.10.

Вывод

Применение в раннем послеоперационном периоде элементов ЛФК, физиотерапии, разработанного нами устройства для разработки движений в ТБС способствовало скорейшему восстановлению функции оперированного сустава, повышению функциональной активности пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Tang WM, Chiu KY. Primary total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. J Arthroplasty, 2000, 15: 52-58.
2. Jordan CL, Rhon DI. Differential diagnosis and management of ankylosing spondylitis masked as adhesive capsulitis: a resident's case problem. J Orthop Sports Phys Ther, 2012, 42: 842-852.
3. Reveille JD. Epidemiology of spondyloarthritis in North America. Am J Med Sci, 2011, 341: 284-286.
4. Wang W, Huang G, Huang T, Wu R. Bilaterally primary cementless total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. BMC Musculoskelet Disord, 2014, 15: 344; doi: 10.1186/1471-2474-15-344.
5. Vander Cruyssen B, Mu?oz?Gomariz E, Font P, et al. Hip involvement in ankylosing spondylitis: epidemiology and risk factors associated with hip replacement surgery. Rheumatology (Oxford), 2010, 49: 73-81.
6. Vander Cruyssen B, Vastesaeger N, Collantes?Est?vez E. Hip disease in ankylosing spondylitis. Curr Opin Rheumatol, 2013, 25: 448-454.
7. Bangjian H, Peijian T, Ju L. Bilateral synchronous total hip arthroplasty for ankylosed hips. Int Orthop, 2012, 36: 697-701.
8. Chen J, Veras MM, Liu C, Lin J. Methotrexate for ankylosing spondylitis. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 2: CD004524.
9. Wang D, Ma L, Wu D. Efficacy of etanercept in ankylosing spondylitis hip lesions. Joint Bone Spine, 2011, 78: 531-532.
10. Chen HA, Chen CH, Liao HT, et al. Factors associated with radiographic spinal involvement and hip involvement in ankylosing spondylitis. Semin Arthritis Rheum, 2010, 40: 552-558.
11. Almeida F, Pino L, Silvestre A, Gomar F. Mid? to long?term outcome of cementless total hip arthroplasty in younger patients. J Orthop Surg (Hong Kong), 2010, 18: 172-178.
12. Ye C, Liu R, Sun C, et al. Cementless bilateral synchronous total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis with hip ankylosis. Int Orthop, 2014, 38: 2473-2476.
13. Zheng GQ, Zhang YG, Chen JY, Wang Y. Decision making regarding spinal osteotomy and total hip replacement for ankylosing spondylitis: experience with 28 patients. Bone Joint J, 2014, 96: 360-365.
14. Guan MQ, Wang J, Zhao L, Xiao J, Li ZH, Shi ZJ. Management of hip involvement in ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol, 2013, 32: 1115-1120.
15. Mahesh BH, Jayaswal A, Bhan S. Fracture dislocation of the spine after total hip arthroplasty in a patient with ankylosing spondylitis with early pseudoarthrosis. Spine J, 2008, 8: 529-533.

Поступила 09.10.2020

УДК 616.831-009.24; 614.776

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

[1]*Адамбаев З.И.*, [2]*Матчанов О.А.*, [3]*Киличев И.А.*, [3]*Исмаилова М.О.*,

[1]Неврологическая клиника «General Med Standart», г.Ташкент, Узбекистан,
[2]Weill Cornell/New York-Presbyterian Hospital, New York, USA,
[3]Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Узбекистан.

✓ ***Резюме,***

Нами исследовано 90 больных с симптоматической эпилепсией, разделенных по этиологическим заболеваниям на 2 группы: с симптоматической эпилепсией вирусной этиологии (СЭВЭ) - 45 больных, и больные с симптоматической эпилепсией вирусной этиологии с сопутствующей железодефицитной анемией - 45 больных. Результаты исследования показали, что при симптоматических эпилепсиях имеет место схожесть в патогенезе развития очаговых изменений в головном мозге на основе аутоагрессии к сосудам и ткани головного мозга, с усилением эпилептогенности очагов и схожей клинико-неврологической симптоматикой, и характером эпилептических приступов. Диагностическую ценность у пациентов с СЭВЭ имеют проведение клинико-лабораторных и нейроиммунологических исследований.

Ключевые слова: Приаралье, симптоматическая эпилепсия, Герпес, цитомегаловирус, железодефицитная анемия.

FEATURES OF SYMPTOMATIC EPILEPSY IN THE AREAL REGION

[1]*Adambaev Z.I.*, [2]*Matchanov O.A.*, [3]*Kilichev I.A.*, [3]*Ismailova M.O.*,

[1]Neurological clinic «General Med Standart», Tashkent, Uzbekistan,
[2]Weill Cornell/New York-Presbyterian Hospital, New York, USA,
[3]Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

We studied 90 patients with symptomatic epilepsy, divided by etiological diseases into 2 groups: 45 patients with symptomatic epilepsy of viral etiology (SEVE), and 45 patients with symptomatic epilepsy of viral etiology with concomitant iron deficiency anemia - 45 patients. The results of the study showed that with symptomatic epilepsy there is a similarity in the pathogenesis of the development of focal changes in the brain based on autoaggression to blood vessels and brain tissue, with increased epileptogenicity of foci and similar clinical and neurological symptoms and the nature of epileptic seizures. Clinical laboratory and neuroimmunological studies have diagnostic value in patients with SEVE.

Keywords: Aral Sea region, symptomatic epilepsy, Herpes, cytomegalovirus, iron deficiency anemia.

ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА СИМПТОМАТИК ЭПИЛЕПСИЯНИ ХУСУСИЯТЛАРИ

[1]*Адамбаев З.И.*, [2]*Матчанов О.А.*, [3]*Қиличев И.А.*, [3]*Исмаилова М.О.*,

[1]«General Med Standart», Неврология клиникаси, Тошкент ш.,
[2]Weill Cornell/New York-Presbyterian Hospital, New York, USA,
[3]Тошкент Медицина Академия Урганч филиали, Ўзбекистон.

✓ ***Резюме***

Симптоматик эпилепсия билан касалланган 90 нафар бемор текширувдан ўтказилди ва улар этиологик касалликлари бўйича 2 гуруҳга бўлинди: вирусли этиологияли симптоматик эпилепсия (ВЭСЭ) - 45 бемор, вирусли этиялогияли симптоматик эпилепсия темир танқислик конқамлик билан - 45 бемор. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, симптоматик эпилепсияларда бош мия қон томирлари ва тўқимасига аутоагрессия натижасида бош мияда ўчоқли ўзгаришларнинг ривожланиш патогенезлари ўхшаш бўлиб, бу эса ўз навбатида мияда эпилептик ўчоқни кучайтириб, клиник-неврологик белгилар ва эпилепсия хуружларини бир бирига ўхшашлигига олиб келади. Клиник-лаборатор ва нейроиммунологик текширишларнинг вирус этиологияли симптоматик эпилепсиясида диагностик аҳамияти кўрсатилган.

Калитли сўзлар: Оролбуйи ҳудуди, симптоматик эпилепсия, Герпес, цитомегаловирус, темир танқислик конқамлик.

Актуальность

Аральский кризис оказывает негативное воздействие на условия и качество жизни населения Центральной Азии, но более всего отражается на состоянии здоровья людей, проживающих в эпицентре экологического бедствия. Повышение уровня безработицы, падение доходов, снижение продолжительности жизни, рост детской смертности, железодефицитная анемия среди женщин и детей, инфекционные заболевания и др. - неполный перечень последствий переживаемого экологического кризиса [1]. Иммунная дисфункция отражается в возрастании частоты вирусных заболеваний в этом регионе, в том числе осложнений со стороны центральной нервной системы. Рост вирусных заболеваний в регионе Приаралья, обуславливают напряженность иммунной системы с развитием иммунитет зависимых заболеваний, в том числе и симптоматической эпилепсии вирусной этиологии [1-3].

По данным Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE), заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 случаев на 100 тыс. населения, распространенность - 5-10 случаев на 1000 (0,5-1%). Среди всех форм эпилепсии на долю симптоматической приходится (СЭ) 80%. Высок процент фармакорезистентной эпилепсии: от 10 до 30 [4-6].

Вследствие трудности в диагностика и лечение основного заболевания, приводящих к СЭ, лишь в малом количестве случаев приводит к излечению от эпилептических приступов, в большинстве случаев это приводит к фармакозависимости и в части случаях даже к фармакорезистентности к СЭ [4].

Поэтому, целью исследования было: изучить особенности симптоматической эпилепсии вирусной этиологии коморбидной с железодефицитной анемией в регионе Приаралья.

Материал и методы

Обследовано 90 больных с симптоматической эпилепсией. Возраст больных колебался от 14 до 60 лет, средний возраст составил 31,1±2,9 года. Среди обследованных было 35 (38,9%) мужчин и 55 (61,1%) женщин.

Пациенты подвергались традиционному неврологическому, клиническому лабораторно-иммунологическому, рутинному электроэнцефалографическому и нейровизуализации (МРТ) исследованиям. При статистической обработке результатов использовались критерий Стьюдента.

В периферической крови определяли содержание гемоглобина унифецированным гемоглобинцианидным методом, число эритроцитов фотометрическим методом на ФЕК-56М, вычисляли цветовой показатель по формуле Хгем. х 3 / первые 2 цифры Хэр. где Хгем - найденное количество гемоглобина, Хэр - найденное количество эритроцитов. Исследовали морфологию эритроцитов в световом микроскопе в окрашенных мазках крови общепринятой методикой (Меньшиков В.В. и соавт., 1987).

Иммунологическое исследование, проведенные в лаборатории кафедры микробиологии и эпидемиологии Ургенчского филиала ТМА, включало определение в периферической крови количества Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, N-лимфоцитов, фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН), уровня Ig M, G, A и антиген-сенсобилизированные лимфоциты (АСЛ) к сосудам (СГМ) и ткани (МТ) головного мозга.

Больные были разделены в 2 группы: 1-ая группа (45 пациентов) - больные с симптоматической эпилепсией вирусной этиологии (СЭВЭ), 2-ая группа (45 пациентов) - с симптоматической эпилепсией вирусной этиологии коморбидной с железодефицитной анемией тяжелой степени (СЭВЭ с ЖДА).

Результат и обсуждение

У больных 2-ой группы (СЭВЭ с ЖДА) средний показатель гемоглобина был равен 59,3±1,2 г/л; отмечалась гипохромия - цветовой показатель был равен 0,6±0,02; тромбоцитопения - 140,628±4,888 тыс. в 1 мм3; эритроцитопения - 3,5±0,14 млн. в 1 мм3 и снижение Fe плазмы - 4,2±0,3 мкмоль/л. При микроскопии мазка было выявлено анизоцитоз, пойкилоцитоз с преобладанием микроцитоза и гипохромия.

У больных с СЭВЭ при анализе клинической структуры субъективных симптомов церебрального характера было установлено, что больные чаще всего представляли жалобы на: головную боль, снижение памяти раздражительность, головокружение, нарушение сна, шум в голове и ушах и быструю утомляемость по мере снижение частоты встречаемости (табл.1).

При сравнении субъективных жалоб у больных СЭВЭ с ЖДА с 1-ой группой больных было установлено, что во 2-ой группе больные наиболее часто предъявляли жалобы на: быструю утомляемость при физической и умственной нагрузке, раздражительность, головокружение, причем, в несколько раз превышающие по сравнению с 1-ой группой. Помимо этого, больные 2-ой группы в 2 раза чаще предъявляли жалобы на головную боль, которая чаще имела диффузный характер и чаще возникала во второй половине дня, снижение памяти, больше за счет рассеянности внимания, нарушения сна и шум в ушах и голове (табл.1)

Таблица 1

Клиническая структура субъективных симптомов церебрального характера у больных

Субъективные симптомы	1 группа СЭВЭ		2 группа СЭВЭ с ЖДА	
	N	%	N	%
Головная боль	15	33,3%	23	51,1%
Головокружение	9	20,0%	35	77,8%
Снижение памяти	11	24,4%	19	42,2%
Нарушение сна	5	11,1%	8	17,7%
Шум в голове и ушах	4	8,9%	10	22,2%
Повышенная утомляемость и снижение работоспособности	6	13,3%	38	84,4%
Раздражительность	10	22,2%	41	91,1%
Число обследованных	45	100%	45	100%

Помимо жалоб церебрального характера у всех больных с ЖДА были жалобы на сердцебиение, колющие боли в области сердца, ломкость ногтей, выпадение волос. Наши клинические наблюдения показали, что у этой группы больных церебральные расстройства проявляются на высоте повышенной по-

требности мозга в притоке крови: при длительном нахождении в душных помещениях, физическом и умственном перенапряжении. Однако, со слов больных, отдых обычно уменьшал эти симптомы.

Помимо субъективных симптомов у больных 1-ой и 2-ой групп в клинической картине заболевания отмечались неврологические симптомы. Так, в неврологическом статусе ведущими проявлениями были эмоционально-волевые, вегето-сосудистые нарушения, мозжечково-дискоординаторные расстройства и тремор век и пальцев вытянутых рук, который у больных 2-ой группы (СЭВЭ с ЖДА) в несколько раз чаще встречался, чем у больных 1 группы, Помимо этого, у части больных, примерно в равном количестве в группах, имелась рассеянная неврологическая симптоматика, в виде недостаточности черепно-мозговой иннервации, повышении или снижения сухожильных рефлексов, симптомов орального автоматизма и вегетотрофических нарушений (табл.2).

Таблица 2

Клиническая структура неврологической симптоматики у больных

Неврологическая симптоматика	1 группа СЭВЭ		2 группа СЭВЭ с ЖДА	
	n	%	n	%
Нарушения черепно-мозговой иннервации	4	8,9%	3	6,7%
Повышение сухожильных рефлексов	9	20,0%	10	22,2%
Снижение сухожильных рефлексов	2	4,4%	3	6,7%
Мозжечково-дискоординаторные расстройства	5	11,1%	14	31,1%
Тремор век и пальцев рук	2	4,4%	13	28,9%
Симптомы орального автоматизма	3	6,7%	5	11,1%
Вегетососудистые нарушения	10	22,2%	23	51,1%
Вегетотрофические нарушения	2	4,4%	3	6,7%
Эмоционально-волевые нарушения	5	11,1%	25	55,5%
Число обследованных	45	100%	45	100%

Распределение пациентов по характеру приступа по клинико-описательным данным показало, что ведущими клиническими приступами были вторично-генерализованные припадки у 55,6% больных и больных с простыми и сложными фокальными припадками у 44,4%).

У 27,8% больных первый припадок возник в остром периоде нейроинфекции, а у остальных - в отдаленном периоде: от полугода до 10 лет.

Частота приступов на момент обследования у больных варьировала и у большинства (60/66,7%) больных наблюдались "редкие" припадки (1 раз в месяц и реже). У 18/20% больных припадки были умеренной частоты (от 2-3 раз в месяц) и частые приступы (1 раз в неделю и чаще) наблюдались у 12/13,3% пациентов. При рассмотрении припадков в зависимости от цикла сон-бодрствование было выявлено, что у большинства 80/88,9%, приступы возникали в состоянии бодрствования.

ЭЭГ исследования проведены у всех больных с симптоматической эпилепсией. Причем, в основном, наблюдались острые медленно-волновые комплексы и сгруппированные острые медленно-волновые комплексы, и у незначительного количества больных - полиспайк медленно-волновые комплексы, что указывало на утяжелении ЭЭГ показателей. Причем, разницы в частоте встречаемости эпилептических патернов среди больных 1-ой и 2-ой групп не было (табл.3).

При анализе распределении эпилептических очагов на ЭЭГ у больных с симптоматической эпилепсией было выявлено равное распределение моно-, ди- и мультифокальных очагов. Причем, такое равномерное распределение наблюдалось в обеих группах больных (табл.3). При анализе локализации эпилептических очагов по долям головного мозга было выявлено преимущественное его локализация в лобном (70 очагов) и височном (63 очага) долях и меньшей представленностью в теменных (42 очага) и затылочных (9 очага) долях.

Таблица 3

ЭЭГ-показатели у больных с симптоматической эпилепсией

	СЭВЭ n=45	СЭВЭ с ЖДА n=45
Острые медленно- волновые комплексы	20 (44,4%)	22 (48,9%)
Сгруппированные острые медленно- волновые комплексы	24 (53,3%)	21 (46,7%)
Полиспайк медленно- волновые комплексы	1 (2,2%)	2 (4,4%)
Монофокальные очаги	15(33,3%)	13 (28,9%)
Дифокльные очаги	15 (33,3%)	15 (33,3%)
Мультифокальные очаги	15 (33,3%)	17 (37,8%)

При изучении МРТ показателей головного мозга у больных с симптоматической эпилепсией были выявлены МРТ признаки в виде расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга, а также дополнительные очаги пониженной плотности - мелкие очаги (от 1 до 3-4 мм) в белом веще-

стве головного мозга. Причем, наиболее выраженные эти изменения наблюдались у больных с СЭВЭ с ЖДА и слабо выраженные изменения у больных с СЭВЭ (табл.4).

Таблица 4

МРТ -показатели у больных с симптоматической эпилепсией

	СЭВЭ n=45	**СЭВЭ с ЖДА n=45**
Расширение субарахноидального пространства	7 (15,6%)	34 (75,6%)
Ширина бокового желудочка	1,7±0,1	2,1±0,1
Средний индекс бокового желудочка	12,83±0,4	15,4±0,7
Очаги пониженной плотности в веществе мозга	35 (77,9%)	41 (91,1%)

Для изучения иммунологических показателей у обследуемых больных в периферической крови определялись следующие показатели: Т-лимфоциты (CD3), Т-хелперы (CD4), Т-супрессоры (CD8), В-лимфоциты (CD72), NK клетки - естественные киллеры (CD16) и CD4/CD8 (иммунорегуляторный индекс), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), иммуноглобулины (Ig) - IgM, IgG, а также иммуноферментный анализ Герпеса и цитомегаловируса (ЦМВ): Герпес IgM, Герпес IgG, ЦМВ IgM, ЦМВ IgG.

Как видно из таблицы 5 в клеточном иммунитете у больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА имеет место общая заинтересованность популяций Т-лимфоцитов, большие изменения которых прослеживается в группе больных с СЭВЭ, помимо этого, достоверно увеличены показатели Т-супрессоров и естественных киллеров, вместе с увеличением В-лимфоцитов также в обеих группах с большими изменениями у больных с СЭВЭ. Снижение иммунорегуляторного индекса произошло за счет повышения Т-супрессорных клеток. Помимо этого, видно относительное снижение показателя IgA и повышение уровня ЦИК, а также повышение показателей IgM, IgG в этих группах больных.

При проведении исследования иммуноглобулинов M и G Герпеса и ЦМВ было выявлено, что показатели IgM во всех группах больных были в пределах нормальных величин, тогда как IgG у больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА был значительно повышен.

Таблица 5

Иммунологические показатели у больных с симптоматической эпилепсией

	СЭВЭ n=45	**СЭВЭ с ЖДА n=45**
CD3 (0,95-1,8)	3,45±0,8	3,15±1,0
CD4 (0,54-1,1)	0,91±0,1	0,94±0,04
CD8 (0,45-0,85)	1,01±0,08	0,91±0,05
CD16 (0,18-0,42)	0,85±0,09	0,74±0,09
CD72 (0,15-0,4)	0,83±0,07	0,79±0,06
CD4/CD8 (1,2-2,0)	0,9±0,03	1,03±0,02
IgM (0,6-2,5)	1,75±0,07	1,83±0,06
IgG (7,0-18)	16,2±0,54	14,9±0,51
ЦИК (до 55 отн. ед.)	54,2±0,8	51,3±0,8
Герпес IgM (0-1)	0,41±0,01	0,35±0,01
Герпес IgG (0-1)	6,5±0,3	5,9±0,3
ЦМВ IgM (0-1)	0,35±0,01	0,31±0,01
ЦМВ IgG (0-1)	6,4±0,4	6,1±0,4
АСЛ к СГМ, %	5,91±0,4	8,2±1,0
АСЛ к МТ, %	2,8±0,2	3,7±0,5

При анализе АСЛ к СГМ и МТ выявили существенные, достоверные увеличение этих показателей у всех больных с СЭ, причем у больных с СЭВЭ эти показатели меньше, чем у больных с СЭВЭ с ЖДА (табл.5).

Напряженность иммунной системы среди населения в регионе Приаралья, обуславливают рост вирусных заболеваний с развитием иммунитетзависимых заболеваний, в том числе и симптоматической эпилепсии вирусной этиологии. Помимо этого, в регионе Приаралья у более 70% женщин и детей выявляются ЖДА [9], вследствие чего, по нашим данным, в этом регионе выявляются форма симптоматической эпилепсии вирусной этиологии в сочетании с ЖДА, которая еще ни в одних литературных источниках не описана. Для того чтобы описать эту выявленную нами форму СЭ мы в сравнительном аспекте предоставили клинико-нейрофизиологические и нейроиммунологические проявления.

При клинико-неврологическом осмотре, по данным проявлениям эпилептических припадков, данным ЭЭГ, представленные виды симптоматической эпилепсии - СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА сложно отдифференцировать друг от друга, в виду схожести проявлений. Однако, не представляет трудности диагностика ЖДА - достаточно, определить уровень гемоглобина в крови.

У пациентов с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА диагностическую ценность имеют анализ иммунологических показателей крови, у которых выявляются увеличение популяций Т-лимфоцитов, Т-супрессоров и естественных киллеров, вместе с увеличением В-лимфоцитов, снижение иммунорегуляторного индекса с большими изменениями у больных с СЭВЭ. При анализе показателей гуморального иммунитета выявляются относительное повышение уровня ЦИК, а также повышение показателей IgM, IgG. Причем, IgG Герпеса и ЦМВ в группах больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА был значительно повышен.

Интересным и объединяющим для представленных различных по этиологическим признакам СЭ является выявляемые у всех больных увеличение процентного количества АСЛ к СГМ и АСЛ к МТ. Однонаправленность нейроиммунологических изменений дает основание полагать, что и у больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА имеет место единый или схожий механизм поражения головного мозга. При различных запускающих моментах: при СЭВЭ вирусное поражение вещества головного мозга [5], при ЖДА ишимизация головного мозга [9, 10] - может происходит аутоиммунизация к сосудам (СГМ) и ткани (МТ) головного мозга с появлением очагов демиелинизации, подтверждающие МРТ данными и нейроиммунологическими показателями. Очаги демиелинизации головного мозга возможно усиливают эпилептогенность очагов головного мозга, подтверждающими ЭЭГ данными, с характерными клинико-неврологическими проявлениями.

Выводы

В экологически неблагоприятной зоне Приаралья выявляются симптоматическая эпилепсия вирусной этиологии и коморбидные с железодефицитной анемией.

При симптоматических эпилепсиях вирусной этиологии и вирусной этиологии с железодефицитной анемией имеет место схожесть в патогенезе развития очаговых изменений в головном мозге на основе аутоагрессии к сосудам и ткани головного мозга, с усилением эпилептогенности очагов и схожей клинико-неврологической симптоматикой и характером эпилептических приступов.

У пациентов с СЭВЭ диагностическую ценность имеют увеличение популяций Т-лимфоцитов, Т-супрессоров и естественных киллеров, вместе с увеличением В-лимфоцитов, снижение иммунорегуляторного индекса, повышение уровня ЦИК, а также повышение показателей IgM, IgG, в большинстве случаев за счет IgG Герпеса и Цитомегаловируса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Совместная программа ООН "Укрепление потенциала жизнеустойчивости населения, пострадавшего в результате кризиса Аральского моря, посредством создания многопартнерского фонда по безопасности человека для региона Приаралья". Новостной Бюллетень за первый квартал 2017 года.
2. Киличев И. А., Адамбаев З.И., Дусчанов Ш.Б. Катастрофа Арала и цереброваскулярные заболевание. Ургенч, 2004.- 155 с.
3. Киличев И.А., Худайбергенов Н.Ю., Адамбаев З.И. Цереброваскулярные заболевания в регионе Приаралья. Lambert Academic Publishing, Riga, Latviya, 2018.- 70 с.
4. Карлов В. А. Фармакорезистентность и толерантность при эпилепсии. Эпилепсия. Под ред. Н. Г. Незнанова. СПб. 2010; Глава 26 (III): 730-741.
5. Крыжановская С.В., Шнайдер Н.А. Этиопатогенез хронизации поражения центральной нервной системы при герпетической инфекции // Вестник Клинической больницы №51. - 2010. - Т. III, №10. - С. 38-48.
6. Ahmad A., Ramakrishna S., Meara J., Doran M. Autoimmune limbic encephalitis: a reversible form of rapidly progressive amnesia and seizures. J R Coll Physicians Edinb. 2010; 40: 123-5.
7. Илиев Р.Т., Достаева Б.С. Посттравматическая эпилепсия. Вестник КазНМУ, 2015.- №2.- С.385-386.
8. Бобожанов У.А., Киличев И.А. Структура эпилептических судорог у детей проживающих в зоне Приаралья / Тиббиётда янги кун. Илмий рефератив, маърифий-маъновий журнал, 2019, №3(27).-С.70-72.
9. Худайбергенов Н.Ю. Неврологические проявления при длительно-текущей железодефицитной анемии тяжелой степени. Методические рекомендации. Ургенч, 2006.- 14 с.
10. Киличев И.А., Худайбергенов Н.Ю. Энцефалопатия при железодефицитной анемии. Ургенч, 2011.- 100 с.

Поступила 09.09. 2020

УДК 616.61-002.2 - 079.6] -079.3

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

Даминова К.М.,

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В статье представлены результаты наблюдения 217 больных в возрасте от 18 лет до 65 лет, больных с органами мочевыделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни в условиях первичного звена здравоохранения. Всем пациентам, проведены скрининговые лабораторные исследования, включающие: общий анализ мочи (с акцентом на наличие альбуминурии), общий анализ крови, креатинин и мочевина крови, общий белок крови, ЭКГ, холестерин крови и расчет СКФ. Полученные результаты свидетельствуют, что на основании полученных данных у 11,1 % пациентов с сердечно-сосудистой патологией впервые установлен диагноз хронической болезни почек. У 88,9 % из них показатели креатинина крови были в пределах нормы, в то время как СКФ у этих же пациентов была достоверно снижена, что еще раз подтверждает, что хроническая болезнь почек досточно часто протекает без выраженных клинических проявлений и с нормальными показателями азотовыделительной функции почек.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая патология, почки, хроническая болезнь почек, креатинин крови, СКФ.

BUYRAK SURUNKALI KASALLIGI: XAVF OMILLARI, ERTA ANIQLASH

Daminova K.M.,

Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Maqolada birlamchi tibbiy yordam sharoitida koronar arteriya kasalligi va gipertoniya kasalligining barqaror shakllari bo'lgan, 18 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 217 bemorni, siydik chiqarish organlari bilan kasallangan bemorlarni kuzatish natijalari keltirilgan. Barcha bemorlar skrining laboratoriya tekshiruvlaridan o'tdilar, shu jumladan: umumiy siydik tahlili (albuminuriya mavjudligiga e'tiborni qaratgan holda), to'liq qon tahlili, kreatinin va qonda karbamid, umumiy qon oqsillari, EKG, qonda xolesterin va GFDni hisoblash. Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, olingan ma'lumotlar asosida surunkali buyrak kasalligi tashxisi birinchi marta yurak-qon tomir patologiyasi bo'lgan bemorlarning 11,1 foizida aniqlangan. Ularning 88,9 foizida qonda kreatinin ko'rsatkichlari me'yorda bo'lgan, shu bilan birga bemorlarda GFD sezilarli darajada kamaygan va bu yana surunkali buyrak kasalligi aniq klinik ko'rinishlarsiz va azotni chiqarib yuborish funktsiyasining normal ko'rsatkichlari bilan davom etishini tasdiqlaydi. buyraklar.

Kalit so'zlar: yurak-qon tomir patologiyasi, buyraklar, buyrakning surunkali kasalligi, qon kreatinin, GFD.

CHRONIC KIDNEY DISEASE: RISK FACTORS, EARLY DETECTION

Daminova K.M.,

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The article presents the results of observation of 217 patients aged 18 to 65 years, patients with urinary organs, with stable forms of coronary artery disease and hypertension in primary health care. All patients underwent screening laboratory tests, including: general urine analysis (with an emphasis on the presence of albuminuria), complete blood analysis, creatinine and blood urea, total blood protein, ECG, blood cholesterol and GFR calculation. The results obtained indicate that on the basis of the data obtained in 11.1% of patients with cardiovascular pathology, the diagnosis of chronic kidney disease was first established. In 88.9% of them, blood creatinine values were within normal limits, while GFR in the same patients was significantly reduced, which once again confirms that chronic kidney disease often proceeds without pronounced clinical manifestations and with normal indicators of nitrogen excretion function. kidneys.

Key words: cardiovascular pathology, kidneys, chronic kidney disease, blood creatinine, GFR.

Актуальность

Хроническая болезнь почек (ХБП) - общемедицинская проблема, имеющая глубокие социально-экономические последствия, связанные с ее широкой распространенностью в популяции (10-15% населения), утратой трудоспособности и смертностью вследствие развития терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО), риск которых у пациентов с нарушенной функцией почек возрастает в десятки раз [4,5]. На рубеже XX и XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение - пандемией хронических неинфекционных болезней, которые ежегодно уносят миллионы жизней, приводят к тяжелым осложнениям, связанным с потерей трудоспособности и необходимостью высокозатратного лечения [1,2]. Среди них заболевания почек занимают важное место из-за значительной распространенности в популяции, резкого снижения качества жизни, высокой смертности пациентов и

приводят к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии - диализа и пересадки почки [3,6].

Существенное влияние на развитие и прогрессирование хронических заболеваний почек в той или иной популяции может оказать целый ряд факторов. К ним относятся распространенность некоторых инфекций, прием ряда лекарственных препаратов, алкоголь и курение, состояние окружающей среды, климат, характер и традиции питания, генетические особенности популяции и др. [5]. Очень важно, что многие факторы, ассоциирующиеся с развитием дисфункции почек, одновременно являются и традиционными сердечно-сосудистыми факторами риска, среди которых артериальная гипертония, СД, возраст, мужской пол, дислипидемия, ожирение, метаболический синдром, табакокурение [1,7].

Цель работы - Совершенствование прогнозирования ранней диагностики хронической болезни почек.

Материал и методы

В про- и ретроспективное исследование были включены 217 больных в возрасте от 18 лет до 65 лет, больных с органами мочевыделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни в условиях первичного звена здравоохранения. Опасность ХБП, состоит в том, что пациенты длительное время не испытывают изменений самочувствия, что приводит к позднему выявлению ХБП, когда возможности нефропротективной терапии исчерпаны. Под ХБП понимают наличие маркеров почечного повреждения (характеризующих активность заболевания) и/или снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м2 (характеризующего стадию и скорость прогрессирования заболевания), сохраняющееся в течение 3 месяцев и более. Особенность проблемы ХБП заключается в преобладании вторичных нефропатий, в связи с чем пациенты длительное время наблюдаются терапевтами и специалистами - "ненефрологами", а случаи ХБП как вторичного заболевания практически не учитываются официальной статистикой.

Результат и обсуждение

Диагноз ИБС был установлен у 67 (30,9%) пациентов, из них у 2(2,99%) больных имела место стабильная стенокардия напряжения 1 ФК, у 67 (30,9%) - стенокардия напряжения, "ФК с анамнезом заболевания 10 и более лет, ИМ давностью от 3 до 15 лет перенесли 18(8,3%) пациентов, 1 (0,5%) больной перенес ранее два ИМ с интервалом в 7 лет. При клиническом обследовании и по данным анамнеза АГ в трёх выделенных возрастных группах определена частота АГ. У лиц от 18 до 39 лет (n=58) она составила 8(13,79%), в средней возрастной группе (n=107) АГ определялась в 58(54,21 %), а среди людей старше 60 лет (n=52) - в 45(86,54 %) случаях.

Анализ жалоб пациентов, включенных в исследование, показал, что только 66(30,4%) (n=217) больных предъявляли жалобы на типичные приступы стенокардии. Распределение жалоб пациентов по частоте встречаемости отмечено, что в выделенных возрастных группах, преобладали жалобы со стороны сердечно-сосудистой патологии. Пациенты чаще всего отмечали одышку при физической нагрузке (при ходьбе, подъеме по лестнице выше 2-го этажа) - у лиц от 18 до 39 лет она составила 13(22,41%), в средней возрастной группе определялась в 49(45,79 %), среди людей старше 60 лет - в 45(86,54 %) случаях, дискомфорт и/или боли в области сердца при физической, эмоциональной нагрузке и без связи с нагрузкой, при повышении АД- у лиц от 18 до 39 лет она составила 12(20,69%), в средней возрастной группе определялась в 42(39,25 %), среди людей старше 60 лет - в 25(48,08 %) случаях, головные боли- у лиц от 18 до 39 лет она составила 9(15,52%), в средней возрастной группе определялась в 42(39,25 %), среди людей старше 60 лет - в 31(59,62 %) случае, шаткость и головокружение при ходьбе и/или при перемене положения тела- у лиц от 18 до 39 лет она составила 5(8,62%), в средней возрастной группе определялась в 34(31,78 %), среди людей старше 60 лет - в 25(48,08 %) случаях, сердцебиение- у лиц от 18 до 39 лет она составила 7(12,07%), в средней возрастной группе определялась в 38(35,51 %), среди людей старше 60 лет - в 30(57,69 %) случаях, общая слабость у лиц от 18 до 39 лет составила 8(13,79%), в средней возрастной группе определялась в 50(46,73 %), среди людей старше 60 лет - в 39(75,0 %) случаях, дизурические симптомы в виде учащенного мочеиспускания в дневное и/или ночное время- у лиц от 18 до 39 лет она составила 14(24,14%), в средней возрастной группе определялась в 34(31,78 %), среди людей старше 60 лет - в 23(44,23 %) случаях. Основными заболеваниями, по поводу которых пациенты обращались в поликлинику, в 88(40,6 %) случаях была гипертоническая болезнь (ГБ). Второй по частоте наблюдалась ИБС у 67(30,9 %) пациентов, которая нередко сочеталась с ГБ и другими заболеваниями. У 19(8,8%) пациентов кардиологическая патология сочеталась с сахарным диабетом (СД). Всем пациентам, имеющим сердечно сосудистую патологию, были проведены скрининговые лабораторные исследования, включающие: общий анализ мочи (с акцентом на наличие альбуминурии), общий анализ крови, креатинин и мочевина крови, общий белок крови, ЭКГ, холестерин крови и расчет СКФ по формуле Кокрафта-Голта и MDRD. Всем больным с изменениями в анализе мочи и/или СКФ, с выявлением анемии проводилось УЗ-исследование почек.

Анализ полученных данных показал, что из общего количества больных старшей возрастной группы, имеющих кардиологическую патологию (52 больных), 6(11,54 %) пациентов имели признаки хронической болезни почек с почечной недостаточностью.

По показателям среднего значения креатинина плазмы крови были обнаружены различия, по возрастным группам. Средний уровень креатинина крови в младшей возрастной группе составили: 43(74,14±1,31), в средней возрастной группе: 84(78,50±1,23) и в старшей - 43(82,69±2,46).

Данный факт свидетельствует и ещё раз подтверждает, что хроническая болезнь почек десяточно часто протекает без выраженных клинических проявлений и с нормальными показателями азотовыделительной функции почек. Поэтому в постановке клинического диагноза ХБП у больных с любой соматической патологией, а в частности кардиологической, определение СКФ в сочетании с выявлением скрытых фак-

торов, таких как жалобы и объективное обследование является обязательным. При дополнительном обследовании данных больных было уточнено, что в течение длительного времени пациенты отмечали слабость, снижение работоспособности, периодически немотивированную жажду. Однако, врачу данные жалобы не предъявляли, расценивая их как возрастные проявления. Снижение показателей красной крови - гемоглобина и количества эритроцитов было выявлено у 11(5,07 %) пациентов с повышенными показателями креатинина и у 1(0,5 %) с нормальными показателями. У 48(43,24 %) обследованных пациентов из этой группы (n=111) имелась микроальбуминурия. И только у 1(0,9 %) - она выставлена в основной диагноз с обоснованием в ХБП. Кроме того, мы обратили внимание на снижение уровня общего белка крови в большей степени у пациентов с нормальным уровнем креатинина, что возможно, в сочетании с другими критериями может быть маркером диагностики ХПБ, протекающей без ХПН.

Выводы

Результаты исследования показали, что на основании полученных данных у 11,1% с сердечно-сосудистой патологией впервые установлен диагноз хронической болезни почек. У 88,9 % из них показатели креатинина крови были в пределах нормы, в то время как СКФ у этих же пациентов была достоверно снижена, что еще раз подтверждает, что хроническая болезнь почек достаточно часто протекает без выраженных клинических проявлений и с нормальными показателями азотовыделительной функции почек. Поэтому в постановке клинического диагноза ХБП у больных с кардиальной патологией, консультация нефролога с определением СКФ мы считаем, является обязательным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Даминова К.М., Расулова З.Д., Даминова Х.М. Факторы риска прогрессирования диабетической нефропатии у больных с длительным течением сахарного диабета. - Журнал "Новый День в Медицине".-Avicenna-MED.UZ.-№2(22).-2018-январь-март.-С.67-69
2. Крупнова, М.Ю. Факторы риска развития и прогрессирования хронической болезни почек [Текст] / М.Ю. Крупнова, М.В. Бондаренко, В.В. Марасаев // Клиническая нефрология. - 2013.- № 5.- С. 53-59.
3. Макеева, Е.Р. Хроническая болезнь почек и прогноз у больных с хронической сердечной недостаточностью [Текст] / Е.Р. Макеева, О.В. Трошенькина, С.В. Хитева // Клиническая нефрология. - 2010.- №6.- С. 54-56.
4. Национальные рекомендации. Сердечно - сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио - нефропротекции [Текст] / В.М. Моисеев, Н.А. Мухин, Ж.Д. Кобалава [и др.] // Клиническая нефрология. - 2014. - №2. - С. 4-29.
5. Смирнов А. В. К проблеме модификации классификации хронической болезни почек / А. В. Смирнов, В. А. Добронравов, И. Г. Каюков // Нефрология. - 2010. - № 2. - С. 11-19.
6. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report / A. S. Levey, P. E. de Jong, J. Coresh et al. // Kidney Int. - 2011. - Vol. 80, № 1. - P. 17-28.
7. Volpe, M. Microalbuminuria screening in patients with hypertension: Recommendations for clinical practice / M. Volpe // Int. J. Clin. Pract. - 2008. - Vol. 62, № 1. - P. 97-108.

Поступила 09.10. 2020

UDK 616.27-002"312"-084-089

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OPTIC NEURITIS ON THE BACKGROUND OF MULTIPLE SCLEROSIS

Kasimova M.S., Khamraeva G.Kh.,

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, 100007 Uzbekistan Tashkent, Parkent 51.

✓ ***Resume***

The aim of study was to analysis of the effectiveness of complex treatment of patients with optic neuritis (ON) due to multiple sclerosis (MS). Depending on the type of treatment, patients with ON due to MS were divided into 2 groups: in the first (main) group (26 patients, 42 eyes), complex treatment was used with the addition of drugs modifying the course of MS. In the second (control) group (18 patients, 27 eyes), only traditional treatment was used. Traditional treatments have included anti-inflammatory, decongestant, and desensitizing therapies. The inclusion of drugs modifying the course of MS in the complex treatment of ON against the background of MS made it possible to increase visual acuity by 1.74 times, expand the field of view by 1.42, and reduce the latency of VEP by 6.7%.

Keywords: optic neuritis, multiple sclerosis, treatment, Glatiramer acetate.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПТИЧЕСКИМ НЕВРИТОМ НА ФОНЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Касимова М.С., Хамраева Г.Х.,

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Целью исследования явился анализ эффективности комплексного лечения больных с невритом зрительного нерва (НЗН) вследствие рассеянного склероза (РС). В зависимости от вида лечения больные с НЗН на фоне РС были распределены на 2 группы: в первой (основной) группе (26 больных, 42 глаза) применялось комплексное лечение с добавлением препарата изменяющего течение РС. Во второй (контрольной) группе (18 больных, 27 глаз) применялось только традиционное лечение. Традиционное лечение включало противовоспалительную, противоотечную и десенсибилизирующую терапию.

Включение препарата изменяющего течение РС в комплексное лечение невритов зрительного нерва на фоне РС позволило повысить остроту зрения в 1,74 раза, расширить поле зрения в 1,42, снизить латентность зрительных вызванных потенциалов на 6,7%.

Ключевые слова: неврит зрительного нерва, рассеянный склероз, лечение, глатирамер ацетат.

ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗ САБАБЛИ КЎРУВ НЕРВИ НЕВРИТИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Касимова М.С., Хамраева Г.Х.,

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон.

✓ ***Резюме***

Тадқиқотнинг мақсади тарқоқ склероз фонида ривожланган кўрув нерви неврити билан оғриган беморларни комплекс даволаш самарадорлигини тахлил қилиш. Даволаш турига қараб кўрув нерви неврити билан оғриган беморларни 2 гурухга бўлинган: биринчи (асосий) гурухда (26 та бемор, 42 та кўз) тарқоқ склероз кечишини ўзгартирувчи препарат қўшилган холда комплекс даволаш қўлланилган. Иккинчи (назорат) гурухда (18 та бемор, 27 та кўз) фақат анъанавий даволаш усули қўлланилган. Анъанавий даволаш усули яллиғланишга қарши, шишга қарши ва десенсибилизацияловчи дори воситаларини ўз ичига олади. Тарқоқ склероз фонида ривожланган кўрув нерви неврити билан оғриган беморларни комплекс даволашда касаллик кечишини ўзгартирувчи препарат қўшилиши кўрув ўткирлигини 1,74 баробар оширишга, кўрув майдонини 1,42 мартага кенгайтиришга ва чақирилган кўрув потентциалларининг латентлик кўрсаткичини 6,7% га пасайишига имкон берди.

Калит сўзлар: кўрув нерви неврити, тарқоқ склероз, даволаш, глатирамер ацетат.

Introduction

In clinical neuroophthalmology, complications of multiple sclerosis (MS) are of particular importance among demyelinating diseases. Thus, according to the literature, optic neuritis (ON) is the main symptom of MS. Chronic progressive course, affection of mainly young and middle-aged people, early disability determine the medical and social significance of the problem [6, 8].

Since the etiology of MS is not yet well understood, the management of ON in MS is one of the most difficult issues. There is currently no etiological treatment. There is pathogenetic and symptomatic therapy, which is aimed at stopping the acute process, preventing relapses and slowing the progression of the disease [1-4].

According to the authors, treatment of ON due to MS is aimed at preventing the destruction of the optic nerve and brain tissue by aggressive cells of the immune system, restoring the myelin sheath, retinal axons, and improving the trophism of brain tissue [5, 7].

According to the literature, there are also drugs that can influence the prognosis by slowing the progression of

the disease or decreasing the frequency of relapses. They are called drugs, changing course of MS [9].

According to the literature, the effect of pathogenetic therapy is to change the course of MS in order to prevent relapses, normalize the condition, prevent the transition to a progressive course in the remitting variant of the disease, as well as reduce the frequency of relapses and slow the development of disability [10, 11]. In this connection, there is a need to study the effectiveness of complex treatment of patients with ON against the background of MS to prevent the development of optic nerve atrophy.

Purpose. Analysis of the effectiveness of complex treatment of patients with ON due to MS.

Materials and methods.

We observed patients with ON due to MS - 43 patients (69 eyes). Of these, 26 patients had a two-sided process, 17 - one-sided. The research methods were standard ophthalmic (visometry, tonometry, perimetry, ophthalmoscopy) and special methods (study of visual evoked potentials).

Depending on the type of treatment, patients with ON due to MS were divided into 2 groups: in the first (main) group (26 patients, 42 eyes), complex treatment was used with the addition of drugs modifying the course of MS. Glatiramer acetate 20 mg subcutaneously daily was used. In the second (control) group (18 patients, 27 eyes), only traditional treatment was used. Traditional treatments have included anti-inflammatory, decongestant, and desensitizing therapies.

Evaluation of the effectiveness of therapy was carried out on the basis of visual functions and data from the study of visual evoked potentials before treatment, immediately after completion, after 6 months and 1 year after the course of treatment.

Data processing was carried out on a personal computer using IBM SPSS Statistics 23.0 software packages. Statistical processing of the obtained results was carried out using standard methods of variation statistics using the Student's t test to assess the reliability of differences.

Results and discussion.

At the initial examination, patients with ON due to OM complained of decreased visual acuity (95.6%), pain behind the eyeball (82%), headache on the side of visual impairment, photophobia (30.4%), and decreased contrast of objects (80.4 %). The visual acuity in group 1 was on average 0.23 ± 0.03, in group 2 - 0.21 ± 0.05. The field of view for white color was concentrically narrowed in group 1 to 298.6 ± 22.8 °, in group 2 to 277.4 ± 37.68.

In 37.7% of cases, ophthalmoscopy revealed blanching of the temporal half of the optic disc, the boundaries along the vessels were slightly blurred, edema of the optic disc (16%), physiological excavation was absent. In the macular region, edema (5.8%), serous detachment of the pigment epithelium were sometimes determined.

During subsequent exacerbations of the optic nerve disc in the fundus, changes were determined in the form of decoloration of the entire optic disc.

When analyzing the dynamics of the visual field of patients with ON due to MS, it was found that in group 1 patients after complex treatment, the field of vision improved 1.42 times ($p < 0.001$), while in group 2 after traditional treatment only 1.27 times (Table 1).

Table 1

Evaluation of treatment results by the dynamics of the visual field in patients with ON against the background of MS

Groups	Visual field to white		
	Before treatment	1 year after treatment	P
1- group (n =42)	298.6±22.8	423.3±11.68	<0.001
2-group (n =27)	277.4±37.68	352.4±17.76	>0.05

Dynamics of visual acuity: in the 1st main group of patients, visual acuity increased 1.74 times, after 6 months - 2 times, after 1 year the indicator increased 1.47 times from the initial data. As a result of the traditional treatment in the 2nd control group, there was a significant increase in visual acuity to 0.28 ± 0.05, which is 33% higher than the initial level. It should be noted that after 6 months and 1 year after traditional treatment, negative dynamics was noted. At the same time, after 6 months, visual acuity decreased by 5%, after 1 year after treatment by 14% from the initial level (Table 2).

In the study of VEP before treatment, an increase in the P100 index was revealed in group 1 to 133.8 ± 2.16 ms and in group 2 to 135.4 ± 2.48 ms with a norm of 102.8 ± 1.03 (Table 3).

In patients of group 1, after complex treatment, there was a decrease in P100 to 124.8 ± 1.93 ms (by 6.7%). The P100 indicator obtained in the 2nd group decreased the same indicator obtained before the treatment by 4.4%.

The amplitude of the VEP of the N75-100 component in group 1 increased by an average of 13% in 6 months after treatment, while in group 2 this indicator worsened by 5%. An increase in amplitude indicates the restoration of the functions of some axons of the optic nerve. Improving the conduction of impulses along the nerve along the demyelinated fiber can be the result of: a decrease in local edema, correction of temperature and metabolic factors, elimination of neuroelectric blocking factors with the development of continuous impulse conduction.

Conclusions

In the complex treatment of ON against the background of MS, there is a significant tendency towards improvement in visual acuity and visual field as compared to the initial level. The inclusion of drugs modifying the course of MS in the complex treatment of ON against the background of MS made it possible to increase visual acuity by 1.74 times, expand the field of view by 1.42, and reduce the latency of VEP by 6.7%.

Table 2.

Evaluation of treatment results based on the dynamics of visual acuity in patients with ON due to MS

Groups	Average visual acuity			
	Before treatment	**10 days after treatment**	**6 months after treatment**	**1 year after treatment**
1- group (n =42)	0.23±0.03	0.4±0.04 p<0.005, p2<0.05	0.46±0.04 p<0.001, p2<0.001	0.34±0.03 p<0.01
2-group (n =27)	0.21±0.05	0.28±0.05	0.2±0.03	0.18±0.02

P – reliability of differences in indicators compared to before treatment, p_1 – reliability of differences in indicators in comparison after 6 months of treatment, p_2 – reliability of differences in indicators compared to 1 year after treatment.

Table 3.

Evaluation of treatment results based on the dynamics of VEP parameters in patients with ON due to MS

Groups	**Latency P 100**			**Amplitude P 100**		
	Before treatment	**6 months after treatment**	**P**	**Before treatment**	**6 months after treatment**	**P**
1-group (n =42)	133.8±2.16	124.8±1.93	<0.005	5.48±0.27	6.19±0.22	<0.05
2-group (n =27)	135.4±2.48	129.5±1.38	<0.05	5.17±0.35	4.91±0.25	>0.05

LIST OF REFERENSES:

1. Zamyatina E.A. The effect of copaxone on the clinical manifestations and condition of other inflammatory demyelinating diseases of the central nervous system // Neurological journal. - 2015; 20 (6): 4-9.
2. Skripchenko N.V., Ivanova G.P., Surovtseva A.V. Complex therapy of multiple sclerosis in children. Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. - 2016, 2:61-67.
3. Schmidt T.E. Pathogenetic treatment of multiple sclerosis. Medical advice journal. - 2010; 9: 74-79.
4. Kamilov H.M., Kasimova M.S., Khamraeva G.H. Diagnostic Value of the Visual Evoked Potential Investigation in Optic Neuritis. International Journal of Biomedicine. - 2015, 3: 147-150.
5. Kamilov H.M., Kasimova M.S., Khamraeva G.Kh. Morphofunctional methods for assessing the dynamics of optic neuritis. National Journal of Glaucoma. - 2017; 16:37-42.
6. Khamraeva G.Kh. Analysis of the results of the study of visual evoked potentials depending on the stage of optic neuritis. The Eye. - 2017; 3:32-36.
7. Kasimova M.S., Khamraeva G.H. Status of Morphometric Parameters of the Fundus in Optic Neuritis Due to Devic's Neuromyelitis Optica. American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2020, 10(10): 826-832. DOI: 10.5923/j.ajmms.20201010.20
8. Morrow MJ, Ko MW. Should oral corticosteroids be used to treat demyelinating optic neuritis? J Neuroophthalmol. - 2017;37:444-450.
9. Morrow SA, Fraser JA, Day C, Bowman D, Rosehart H, Kremenchutzky M, Nicolle M. Effect of treating acute optic neuritis with bioequivalent oral vs intravenous corticosteroids: a randomized clinical trial. JAMA Neurol. - 2018; 75:690-696.
10. Nolan R.C., et al. Evolution of Visual Outcomes in Clinical Trials for Multiple Sclerosis Disease-Modifying Therapies. J Neuroophthalmol. - 2018; 38(2): 202-209.
11. Sarah A. Morrow, J. Alexander Fraser, Chad Day et all, Effect of Treating Acute Optic Neuritis With Bioequivalent Oral vs Intravenous Corticosteroids. A Randomized Clinical Trial // JAMA Neurol. - 2018; 75(6): 690-696.

Entered 09.10.2020

УДК 615.281.03:616.314.17-008.1+616.314.17-002

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКОЙ ФАГОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Расулова М.М., Шербоева М.Х., Охунжонова Х.Х.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Фаготерапия как одно из перспективных направлений биотерапии с высокой эффективностью используется при лечении многих заболеваний инфекционно-воспалительной природы. Бактериофаги - вирусы бактерий размером около 20 им в отличие от антибиотиков обладают высокой специфичностью действия в отношении представителей патогенной флоры, не нарушают естественный микробиоценоз различных биотопов организма, не имеют противопоказаний, их применение сопровождается минимальным риском развития побочных эффектов.

Подобные исследования могут представлять теоретический и практический интерес для клинической пародонтологии, определяющий значимость комплексного подхода к лечению ВЗП на основе комбинирования различных схем фармако- и физиотерапии, рационального подбора средств и методов гигиены полости рта, технологий протезирования и другие.

Ключевые слова: фаготерапия, пародонт, воспалительная заболевания, бактериафаги, микробиоценоз.

ПАРОДОНТНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ТОПИК ФАГОТЕРАПИЯ УСУЛИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ КЛИНИК БАҲОЛАШ

Расулова М.М., Шербоева М.Х., Охунжонова Х.Х.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Фаготерапия юқори самарадорликка эга биотерапиянинг истиқболли йўналишларидан бири бўлиб, юқумли ва яллиғланиш хусусиятидаги кўплаб касалликларни даволашда қўлланилади. Бактериофаглар - катталиги 20 га яқин бактерия вируслари, антибиотиклардан фарқли ўлароқ, патоген флора вакилларига қарши юқори таъсирга эга, организмнинг турли хил биотопларининг табиий микробиоценозини бузмайди, контрендикацияга эга эмас, улардан фойдаланиш ён таъсирнинг минимал хавфи билан бирга келади.

Бундай тадқиқотлар клиник пародонтит учун назарий ва амалий қизиқиш уйғотиши мумкин, бу турли хил фармакологик ва физиотерапия режимларининг комбинацияси, оғиз гигиенаси воситалари ва усуллари, протезлаш технологиялари ва бошқаларга асосланган ПЯК ни даволашда комплекс ёндашувнинг муҳимлигини белгилайди.

Калит сўзлар: фаготерапия, пародонтит, яллиғланиш касалликлари, бактериофаглар, микробиоценоз.

CLINICAL EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF TOPICAL PHAGOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Rasulova M.M., Sherboeva M.X., Oxunjanova X.X.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Phagotherapy as one of the promising areas of biotherapy with high efficiency is used in the treatment of many diseases of an infectious and inflammatory nature. Bacteriophages - bacteria viruses of about 20 in size, unlike antibiotics, have a high specificity of action against representatives of the pathogenic flora, do not violate the natural microbiocenosis of various biotopes of the body, have no contraindications, their use is accompanied by a minimal risk of side effects.

Such studies can be of theoretical and practical interest for clinical periodontics, which determines the importance of an integrated approach to the treatment of IPD based on a combination of various pharmacological and physiotherapy regimens, rational selection of oral hygiene products and methods, prosthetics technologies and others.

Key words: phage therapy, periodontium, inflammatory diseases, bacteriophages, microbiocenosis.

Актуальность

Многочисленные и многолетние исследования отечественных и зарубежных авторов доказали, что ведущим этиологическим фактором в развитии заболеваний тканей пародонта являются пародонто-патогенные бактерии [1-5]. Большая часть пародон-топатогенных бактерий представлена анаэробами, которые отличаются высокой адгезивностью, инва-зивностью и токсичностью. Представители пародон-топатогенных бактерий объединены в так называемый "красный комплекс", который включает в себя Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, Treponema denticula [2,4].

При лечении пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями пародонта принято проводить стандартный алгоритм действий, эффективность которого доказана клиническими исследованиями [1,3]. Этот алгоритм включает такие мероприятия, как мотивация пациента к предстоящему лечению, коррек-

ция индивидуальной гигиены полости рта, профессиональная гигиена полости рта, хирургический этап лечения, включающий медикаментозное, нормализация окклюзии (избирательное пришлифовывали, ортопедическое и ортодонтическое лечение). После тщательной механической обработки поверхности корня, которая в большинстве случаев улучшает клиническую картину, часто требуется местное или системное противомикробное воздействие [1,5].

В пародонтологической практике широко применяются антисептические и антибактериальные препараты, которые могут быть использованы на стоматологическом приеме и в индивидуальном уходе.

Для антисептической обработки пародонтальных карманов и раневых поверхностей российские стоматологи наиболее часто используют 0,05% и 0,2% растворы хлоргексидина биглюконата, 3% раствор перекиси водорода [1,3]. Зарубежные коллеги используют 0,5% бетадин, 0,5% хлорамин, а также 0,2% хлоргексидин в виде раствора и геля [2]. Это антисептики широкого спектра действия, они эффективны в отношении большинства бактерий, грибов и вирусов. В домашних условиях пациентам чаще всего назначают самостоятельные полоскания 0,05% раствором хлоргексидина в составе различных эликсиров.

Ассортимент антибактериальных препаратов общего действия, назначаемых в пародонтологической практике, включает в себя тетрациклины, пенициллины, нитроимидазолы, макродиды, линкозамины, хинолоны. Основной целью перорального приема антибактериальных препаратов является воздействие на пародонтопатогены, представленные, как правило, грамотрицательными и анаэробными микроорганизмами. Антибактериальные препараты местного действия (на основе метронидазола, доксициклина, тетрациклина, миноциклина) в большинстве случаев дают положительную клиническую динамику [4].

Несмотря на доказанную клиническую эффективность, и антисептики, и антибиотики имеют ряд недостатков, которые могут выражаться как в недостаточно эффективном действии (резистентность пародонтопатогенов, формирование устойчивых штаммов микроорганизмов), так и выраженных побочных действиях [5].

Современная медицинская наука уделяет все большее внимание поиску средств, действие которых может селективно подавлять размножение патогенов, свойственных конкретному заболеванию. Одним из естественных природных агентов, способных избирательно воздействовать на микроорганизмы, являются бактериофаги (вирусы бактерий), впервые описанные русским микробиологом Н.Ф. Гамалея в 1889 г. и получившие свое название в 1917 г. благодаря Феликсу д'Эрелю. Однако предложенная еще в 1927 г. (до открытия антибиотиков) бактериофаготерапия не получила широкого распространения и внедрения в клиническую практику прежде всего в связи с отсутствием технической возможности исследования внутриклеточных процессов на генетическом уровне. Тем не менее в ряде стран ученые не оставляли идеи использовать "живые агенты" в борьбе с инфекцией не только в медицине, но также в сельском хозяйстве и ветеринарии. С развитием технического прогресса и появлением электронной микроскопии микробиологами были объяснены механизмы, с помощью которых бактериофаги способны воздействовать на бактерию.

Для борьбы с патогенами полости рта с доказанной ролью в развитии воспалительных заболеваний полости рта при участии российских микробиологов на базе НПЦ "Микромир" (Москва) создан препарат Фагодент, зарегистрированный в 2013 г. как профилактическое средство.

В связи с этим представляется интересным изучить воздействие средства на основе бактериофагов к пародонтопатогенам в качестве альтернативы антибактериальным препаратам местного и общего действия при воспалительных заболеваниях пародонта.

Цель исследования: повысить качество комплексного лечения больных с различными формами воспалительных заболеваний пародонта на основе использования рациональных методик топической фаготерапии.

Материал и методы

Для решения поставленных задач проанализированы данные комплексного стоматологического обследования и результаты лечения 99 больных с ВЗП (62 женщины и 37 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет) - жителей г. Андижага (74,5%) и Андижанского региона (25,5%).

Результат и обсуждения

По данным клинического исследования, исходные показатели гигиенических и пародонтологических индексов у больных с ВЗП отражали плохой уровень гигиены полости рта по индексу OHI-S (3,54±0,25), наличие гингивита средней степени тяжести (PMA=51,3±5,21), высокую степень кровоточивости десен по индексу PBI (2,54±0,19), среднетяжелую степень поражения пародонта по индексу PI (2,04±0,15), высокую нуждаемость в пародонтологическом лечении (CPITN=2,18±0,16).

Анализ результатов микробиологических исследований до лечения показал, что состав бактериальной флоры у пациентов с ВЗП был представлен Streptococcus sp. - 39,3±2,7%, анаэробными микроорганизмами (Lactobacillus sp., Fusobacterium sp., Veillonella sp. и др.) - 31,7±1,5%; Staphylococcus sp. - 19,5±1,3%, грибами рода Candida - 4,3±0,5%, Enterobacterium sp. и Corynobacterium sp. - 3,2±0,25% и 2,0±0,3% соответственно.

По данным ПЦР-диагностики, пародон-топатогенные микроорганизмы выявлялись у 73,6±4,5% обследованных пациентов. Показатели общей микробной обсемененности биоматериала до лечения составили в среднем 105 КОЕ/мл. Констатирована высокая чувствительность выделенных микроорганизмов к действию препарата "Секстафаг": у Streptococcus sp. - 93,5%; у Staphylococcus sp. - 89,6%; у Escherichia coli - 83,4%.

По завершении лечебного курса фиксировали положительные изменения анализируемых клинических показателей. Так, после проведенного лечения по оригинальным методикам фаготерапии у пациентов наблюдали достоверное снижение показателей всех оценочных индексов: OHI-S (снижение на 80,1% при $p<0,001$), PMA (снижение на 75,9% при $p<0,001$), PBI (снижение на 68,1% при $p<0,05$), PI (снижение на 42,8% при $p<0,05$). Различия в показателе индекса CPITN до начала и по завершении курса лечения так-

же были статистически значимыми (снижение на 45,6% при p<0,05), что свидетельствовало об эффективности лечебного комплекса, включающего применение препарата

"Секстафаг" в виде монотерапии или в комбинации с антибактериальным препаратом и проводимого по оригинальным методикам. После проведенного лечения у больных па-родонтитом, в терапии которого использовалась комбинированная фаготерапия, в 5,2% случаев фиксировали появление эрозивных элементов на слизистой оболочке десны. Субъективная оценка проводимой терапии была положительной: больные хорошо переносили лечение, в ходе фаготерапии отмечали инертные органолептические свойства "Секстафага", акцентировали внимание на удобстве применения фагопрепарата с помощью индивидуальной зубодесневой капы и ирригатора для полости рта.

Положительная динамика клинических индексов коррелировала с позитивными изменениями микробиологических показателей. Так, в биоматериале у пациентов с ВЗП после курса фаготерапии достоверно реже определяли представителей факультативно-анаэробной и аэробной микрофлоры полости рта: Streptococcus sp. (снижение на 32,4%, p<0,001), Staphylococcus sp. (снижение на 25,6%, p<0,05), Corynobacterium sp. (снижение на 19,6%, p<0,01). Достоверно снизилась (на 62,6%, p<0,05) частота выявления грибов рода Candida. По завершении лечения обсемененность биоматериала Lactobacillus sp., Veillonella sp. и Fusobacterium sp. не превышала показателей нормы, а такие условно-патогенные микроорганизмы, как Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes и Escherichia coli не определялись в содержимом пародонтальных карманов. Общая микробная обсемененность биоматериала после топической фаготерапии достоверно (p<0,05) снижалась до 103 КОЕ/мл - практически на два порядка меньше, чем до лечения, а по результатам ПЦР-диагностики, пародонтопатогенные виды бактерий у пациентов определялись лишь в 7,5% случаев против 73,6% до лечения.

Результаты оценки антимикробной активности препарата "Секстафаг" при совместном применении с различными лечебно-профилактическими зубными пастами методом титрования в жидких питательных средах по Аппельману показали, что комбинирование "Секстафага" с пастами, содержащими в своем составе такие активные ингредиенты, как хлоргексидин и фторид олова, в 16,6% приводило к снижению антимикробных свойств фагопрепарата до титра 10-10-1 (при исходном титре фагопрепарата 10-5) в отношении стафилококкового, стрептококкового и ешерихиозного компонентов комплексного препарата. Та же закономерность прослеживалась при оценке антимикробной активности фагового препарата по методу Грациа, когда концентрация активных фаговых частиц при комбинировании с гомогенатами паст снижалась соответственно на 62,7% и 48,1%.

Выводы

Эффективность комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием лечебных программ, основанных на различных методиках топического применения фагопрепарата в виде монотерапии (при лечении гингивита) или в комбинации с антибактериальным препаратом (при лечении пародонтита), подтверждена достоверными результатами клинических и микробиологических исследований, свидетельствующих о нормализации основных гигиенических и пародонтальных индексов на фоне восстановления локального микробиоценоза в тканях пародонта по завершении курса лечения (рис. 2).

При составлении рациональных лечебно-гигиенических программ для больных с воспалительными заболеваниями пародонта учитывали эффекты лекарственного взаимодействия фаговых препаратов с некоторыми активными антибактериальными ингредиентами, входящими в состав продуктов гигиены полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бондаренко, Е.А. Комплексная оценка влияния зубных паст на слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (клинико-социологическое исследование) (Часть I) / О.С. Гилева, Т.В. Либик, Н.С. Белева, Е.А. Бондаренко // Институт стоматологии. - 2008. - №1. - С. 26-28.
2. Желудева Я В., Кудрявцева А. В., Чубатова С. А, Жиленков Е. Л. и др. Фаготерапия воспалительных процессов в тканях пародонта/ //Актуальные вопросы вакцин-но-сывороточного дела в XXI веке: сб. науч. тр.- Пермь, 2003.- С. 264.
3. Функнер Е. В. Микробиологические и технологические аспекты разработки комплексного препарата бактериофагов: автореф. дис. ... канд. мед. наук/Е. В. Функнер.- Пермь, 2007.- 24 с.
4. Claffey N. New attachment and tissue regeneration/N. Claffey// Jnt. Dent. J.- 1992.- Vol. 42.- № 2.- P. 71-77.
5. Kutter 1., De Vos D., Gvasalia G., Alavidze Z. et aL Phage therapy in clinical practice: treatment of human infections/^ // Current Pharmaceutical Biotechnology. - 2010.- № 11.- P. 69-86.

Поступила 09.10. 2020

УДК 617.55-007.272-036:616.34-053.3-089

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Рузматов И.Б[1]., Эргашев Б.Б[2]., Сапаев О.К[1].,

Республиканского учебно-лечебно-методического центра неонатальной хирургии при Республиканский Перинатальный Центр[2], Ургенческой филиал ТМА[1].

✓ ***Резюме***

Цель: Выбор способа хирургической коррекции гастрошизиса у новорожденных.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 92 пациента с гастрошизисом. Среди них мальчиков - 51 (55,4%), девочек - 41 (44,6%). Доношенными - 47 (51%), недоношенными - 45 (49%) детей. В первые сутки (0-24 часа) после родов поступило 78 (84,8%) больных, через 24-48 часов - 12 (13%) и через 48-72 часа - 2 (2,2%) ребенка.

Результаты. У 60 (65,3%) выявлена общая форма, у 27 (29,3%) и промежуточная у 5 (5,4%) - местная форма гастрошизиса. У 51 (55,4%) из 92 детей диагностирована пренатальная патология. При УЗИ гастрошизиса были неровные контуры передней брюшной стенки, дефект располагался на небольшом расстоянии от пуповины. В наших исследованиях точность УЗИ при гастрошизисе составила 100%. Оперативное вмешательство выполнено 84 (91,3%) больным. 65 (77,4%) новорожденным с тотальной, субтотальной и местной формой выполнены радикальные операции. В 17 (18,5%) случаях произведена этапная хирургическая коррекция. В послеоперационном периоде умерли 52 (61,9%) ребенка. Наиболее частыми причинами послеоперационной смертности были аспирационная пневмония и олигоанурия склеры в результате переохлаждения в дороге и болевого шока, а также сепсиса и некротического энтероколита, сердечнососудистой и дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: гастрошизис, новорожденные, лечение.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ГАСТРОШИЗИСДА ЖАРРОҲЛИК КОРРЕКЦИЯ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Рўзматов И.Б[1]., Эргашев Б.Б[2]., Сапаев О.Қ[1].,

Республика Перинатал Маркази қошидаги, Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик маркази[2], ТТА Урганч филиали[1].

✓ ***Резюме***

Мақсад: Чақалоқларда гастрошизисда жарроҳлик корреқсия усулини танлаш.

Материаллар ва усуллар: Биз назоратимиз остида гастрошизисли 92 беморни кузатдик. Улар орасида ўғил болалар - 51 (55,4%) нафарни, қизлар болалар - 41 (44,6%) нафарни. Муддатига етиб туғилган чақалоқлар - 47 (51%) нафарни, муддатидан олдин туғилган чақалоқлар - 45 (49%) нафарни ташкил қилди. Туғилгандан кейинги биринчи кунда (0-24 соат) 78 (84,8%) бемор, 24-48 соат - 12 (13%) ва 48-72 соатгача - 2 (2,2%) нафар бемор бола бўлимга қабул қилинди.

Натижалар: 60 (65,3%) нафар беморда тотал, 27 (29,3%) нафарида субтотал, 5 (5,4%) нафарида - гастрошизиснинг локал шакли аниқланди. Туғилганда патология аниқланган 92 бемордан 51 (55,4%), нафарида гастрошизиснинг ультратовуш текширувларида қорин олд деворининг контурлари нотекис бўлиб, нуқсон киндик халқасидан бир оз узоқликда жойлашганлиги аниқланган. Бизнинг тадқиқотларимизда гастрошизисда ультратовуш аниқлиги 100% ни ташкил этди. Беморларнинг 84 (91,3%) нафарида жарроҳлик амалиётини ўтказдик. Тотал, субтотал ва локал шаклдаги 65 (77,4%) нафар янги туғилган чақалоқларда радикал операция ўтказилди. 17 (18,5%) нафар беморда жарроҳлик йўли билан даволаш этапма-этап ўтказилди. Операциядан кейин 52 (61,9%) нафар бемор нобуд бўлди. Операциядан кейинги ўлимнинг энг кенг тарқалган сабаби аспирацион пневмония ва йўлда гипотермия натижасида оғриқли шок, сепсис, некроз ва энтероколит, юрак-қон томир ва нафас этишмовчилиги натижасида склерема олигоанурия бўлганлиги.

Калит сўзлар: гастрошизис, чақалоқлар, даволаш.

SELECTION OF A METHOD FOR SURGICAL CORRECTION OF GASTROSCHISIS IN NEWBORNS

Ruzmatov I.B[1]., Ergashev B.B[2]., Sapayev O.K[1].,

Republican Training Center for Neonatal Surgery at the Republican Perinatal Center[2], Urgench branch of TMA[1].

✓ ***Resume***

Objective: Selection of a method for surgical correction of gastroschisis in newborns.

Material and Methods: We observed 92 patients with gastroschisis. Among them boys - 51 (55,4%), girls - 41 (44,6%). Born full-term - 47 (51%), preterm - 45 (49%) children. On the first day (0-24 hours) after birth received 78 (84.8%) patients, 24-48 hours - 12 (13%) and 48-72 hours - 2 (2.2%) children.

Results: In 60 (65.3%) revealed a total form, in 27 (29.3%) and subtotal in 5 (5.4%) - a local form of gastroschisis. 51 (55.4%) of 92 children diagnosed prenatally pathology. Ultrasonographic findings of gastroschisis were uneven contours of the anterior abdominal wall, and the defect was located a short distance from the umbilical cord. In our studies, ultrasound accuracy in gastroschisis was 100%. Surgery performed 84 (91,3%) patients. 65 (77,4%) neonates with total, subtotal and local form performed radical surgery. In 17 (18.5%) cases made-stage surgical correction. Postoperatively, 52 died (61.9%) children. The most common cause of postoperative mortality were aspiration pneumonia, and sclerema oligoanuria as a result of hypothermia on the road and a painful shock and sepsis and necrotizing enterocolitis, cardiovascular and respiratory failure.

Key words: gastroschisis, newborns, treatment.

Актуальность

Гастрошизис - один из наиболее тяжелых пороков развития передней брюшной стенки, который развивается в течение первых 4 недель внутриутробного периода. Частота гастрошизиса составляет приблизительно 1:4000-6000 новорожденных [6]. Сейчас уже общепринятым является представление о том, что этот порок эмбриологический принципиально отличается от омфалоцеле. Гастрошизис развивается в результате возникновения дефекта в том месте, где располагается вторая пупочная вена [4,6]. Лечение детей с такой патологией до сих пор вызывает затруднения. Летальность при гастрошизисе остается очень высокой (до 65%) [4].

Причиной высокой летальности детей с данной патологией была неправильная тактика ведения больных в антенатальном, интранатальном, до- и послеоперационном периодах, а также выбор метода закрытия дефекта [1,3,4]. Вопрос оптимального хирургического лечения гастрошизиса до сих пор остаётся спорным, что обусловлено их анатомическими особенностями. Радикальная одномоментная пластика местными тканями, которой всегда отдавалось предпочтение, ограничена в применении при пороках передней брюшной стенки с выраженной висцеро-абдоминальной диспропорцией [1,2].

Большое значение имеет пренатальная ультразвуковая диагностика плода для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности, выявлении множественных пороков развития, сроках и видах родоразрешения детей с данными аномалиями. Минимальные сроки для диагностики этих пороков, по данным литературы, 12 недель ± 3 дня [5].

В странах СНГ летальность при врождённых расщелинах передней брюшной стенки составляет от 9,1 до 68% [2].

Целью данного исследования явилась диагностика и лечение при гастрошизисе у новорожденных.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 92 больных с гастрошизисом. Среди них мальчиков было - 51 (55,4%), девочек - 41 (44,6%). Доношенными родились - 47 (51%), недоношенными - 45 (49%) ребенка. В первые сутки (0-24 часа) после рождения поступили 78 (84,8%) больных, через 24-48 часа - 12 (13%) больных и через 48-72 часа - 2 (2,2%) детей. У 51 (55,4%) новорожденных гастрошизис диагностирован антенатально. В течение беременности они наблюдались у гинеколога и детского хирурга в условиях перинатального центра. Точность пренатальной диагностики составила 100%. Родоразрешение путем кесарева сечения проводилось в 6 (6,5%) случаях. Всем больным при поступлении, кроме общеклинических методов исследования, проведены обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ внутренних органов и дефекта пупочного кольца, эхокардиография, а также нейросонография.

Результат и обсуждение

Среди наших больных у 60 (65,3%) вывялена тотальная форма, у 27 (29,3%) субтотальная и у 5 (5,4%) - локальная форма гастрошизиса. Множественные аномалии развития, сопутствующие основному пороку, выявлены у 22 (23,9%) новорожденного. У 70 (76,1%) больных гастрошизис был единственным пороком развития. В структуре сопутствующих пороков наиболее часто 13 детей (59,1%) установлены пороки ЖКТ, у 5 (22,7%) больных- пороки сердечнососудистой системы и у 4 (18,2%) детей пороки развития других органов и систем. Большинство детей с гастрошизисом поступили в очень тяжелом состоянии из - за неправильной транспортировки (переохлаждение по дороге, болевой шок, аспирация из за отсутствия желудочного зонда, прикрытие выпавших кишок холодной марлевой салфеткой), что усугубляло состояние новорожденных, оказывало негативное влияние на течение послеоперационного периода и требовало более длительной предоперационной подготовки.

В настоящий момент особое внимание уделяется пренатальной диагностике гастрошизиса. Гастрошизис достаточно легко выявляется с помощью УЗИ. Точность антенатальной диагностики составляет 80%. С 13 недель беременности возможно диагностирование гастрошизиса у плода [5].

У 51 (55,4%) наших больных гастрошизис был диагностирован антенатально. Эхографическими признаками гастрошизиса являлись неровные контуры передней брюшной стенки, и дефект был расположен на небольшом расстоянии от пупочного канатика. Точность УЗИ при гастрошизисе в наших исследованиях составила 100%. Средний срок антенатальной диагностики гастрошизиса у плода в наших исследованиях составил 24-25 недель.

Дородовое выявление данного порока позволило выбрать наиболее оптимальный алгоритм ведения беременности и родов. Во всех случаях беременным с гастрошизисом плода роды осуществлялись в условиях перинатального центра, на базе которого создан республиканский центр неонатальной хирургии. Роды проводились при участии акушер-гинеколога, реаниматолога и детского хирурга. Ввиду того, что центр неонатальной хирургии функционирует при перинатальном центре, в транспортировке детей с гастрошизисом надобности не было. Лечение и предоперационную подготовку новорожденного с гастрошизисом начинали сразу после рождения в условиях отделения реанимации новорожденных. При этом проводили обезболивание, эвентрированые петли кишечника упаковывали в стерильный синтетический мешок. Предоперационная подготовка заключалась в коррекции нарушений гомеостаза. С этой целью проводили антибактериальную и инфузионную терапию. Критерием адекватности предоперационной подготовки явилось восстановление диуреза и улучшение показателей гемодинамики в короткие сроки.

Всем новорожденным с гастрошизисом при поступлении проводилась декомпрессия желудочно-кишечного тракта. С этой целью субоперационно под релаксацией проводили зондирование желудка и аспирацию его содержимого, а также вставляли газоотводную трубку в прямую кишку и проводили ручное "выдаивание" содержимого всего кишечника. Это позволило значительно уменьшить объем эвентрированных кишок, что значительно снижало висцеро-абдоминальную диспропорцию и облегчало погружение кишок в брюшную полость.

Оперативное вмешательство выполнено 84 (91,3%) больному. 8 (8,7%) больных с гастрошизисом поступили в очень тяжелом состоянии и вскоре умерли, не дожив до операции. 65 (77,4%) новорожденным с тотальной, субтотальной и локальной формой проведено радикальное оперативное вмешательство. При этом 4 из них (6,2%) одновременно выполняли илиостомию из-за врожденной атрезии кишечника. В 17 (18,5%) случаях новорожденным с гастрошизисом выполнена этапная оперативная коррекция. Из них 2 (11,8%) больным подшивали к краям дефекта мешок Шустера на 8 - 10 суток с ежедневным уменьшением его объема с целью постепенной ликвидации висцеро-абдоминальной диспропорции. 15 (88,2%) больным создали вентральную грыжу.

В послеоперационном периоде всего умерло 52 (61,9%) ребенка. Мы провели анализ послеоперационной летальности в зависимости от сроков выявления гастрошизиса. Как было сказано выше, у 51 наших больных гастрошизис был диагностирован антенатальное и роды произошли в условиях перинатального центра. Этим детям не понадобились транспортировка в дальние расстояния. Так, в этой группе детей послеоперационная летальность составляла 31,4% (16 больных). Послеоперационная летальность среди детей, (40 больных) поступивших из других родильных учреждений, перенесших длительную транспортировку, составила 90% (36 больных).

Наиболее частой причиной послеоперационной летальности явились аспирационная бронхопневмония, склерема и олигоанурия в результате переохлаждения по дороге и болевого шока, а также сепсис и некротический энтероколит, сердечнососудистая и дыхательная недостаточность. Непосредственной причиной смерти у 18 новорожденных с гастрошизисом, кроме вышеперечисленных факторов, явились множественные пороки 2-х и более систем, которые приводили к ранней гибели детей в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы

1. Пренатальная диагностика гастрошизиса в условиях перинатального центра позволяет заблаговременно построить алгоритм ведения родов, провести адекватную предоперационную подготовку и выбрать наиболее оптимальную лечебную тактику в первые часы после рождения.

2. Субоперационная декомпрессия кишечника под релаксацией позволяет значительно уменьшить объем эвентрированных кишок и снизить степень висцеро-абдоминальной диспропорции. Это способствует уменьшению количества паллиативных вмешательств при гастрошизисе у новорожденных.

3. Радикальная пластика передней брюшной стенки является методом выбора при субтотальной и локальной формах гастрошизиса, а при тотальная форме гастрошизиса целесообразна выполнить этапную коррекцию с использованием мешка Шустера или созданием вентеральной грыжы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. СПб: Пит Таль, 1997. - Т. 2. - С. 235-244.
2. Грона В.Н., Перунский В.П., Весёлый С.В. и другие. Оптимизация лечения врожденных расщелин передней брюшной стенки у детей // Украинский хирургический журнал. - 2008. - №1. - С. 105-112.
3. Исаков Ю.Ф., Володин Н.Н., Гераськин А.В. Неонатальная хирургия. Москва. - 2011. С. 436-448.
4. Pushkarev O.I. A case of treating a child with gastroschisis // Pediatric Surgery. - 2001. - No. 4. - S. 50-51.
5. Guseva O.I., Shapova Yu.A., Platonova O.A. et al. Issues of prenatal counseling in gastroschisis // Ultrasound diagnostics in obstetrics, gynecology and pediatrics. - 2000. - Volume 8. - No. 1. -FROM. 30-37.
6. Puri P., Holvart M., Pediatric Operative Surgery. Moscow. - 2009. S. 175.

Поступила 09.10.2020

УДК 616.348-002:616-089:616.381-072.1-053.31

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕП-Б СТАДИИ УНОВОРОЖДЕННЫХ

Умаров К.М., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Рустамова М.Ш., Абдурахманов А.А., Элмурадов Ш.Х., Азизов Ш.Ф.,

Ташкентская медицинская академия.,
Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста.

✓ ***Резюме***

Проведен анализ результатов оперативного лечения 18 новорожденных с диагнозом НЭК II- Б стадии, поступивших в период с 2015 по 2020гг. Всего было выполнено 18диагностических лапароскопий (ДЛ) из них в 4 (22,2%) случаях выполнена конверсия -лапаротомия. В 77,8% (14 больных) случаях ДЛ была завершена лечебной лапароскопией посредством мини лапаротомии с видео ассистированием, в том числе у 8 (44,4%) пациентов выполнена резекция неркотизированного участка кишки с наложением анастомоза "конец в конец". В 6(33,3%) случаях -наложена кишечная стома через мини лапаротомию.

При сравнении - после лапароскопических операций с видео ассистированием летальность наблюдалась в 7,1% случаях (1- больной из 14), после традиционных оперативных вмешательств летальность была в 25% (1 больной из 4). Выводы: По результатам ДЛ при хирургической стадии НЭК можно строить дальнейшую тактику радикального оперативного лечения, возможности трансформации ее в лечебную - минимизируют интраоперационную травму, что положительно сказывается на послеоперационную выживаемость больных.

Ключевые слова: некротический энтероколит; новорожденные; оперативное лечение; лапароскопия.

ЯНГИ ТУЁИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕКРОТИК ЭНТЕРОКОЛИТНИ II Б БОСҚИЧНИ ТАШХИСОТИ ВА ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Умаров Қ.М., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вохидов А.Ш., Рустамова М.Ш., Абдурахманов А.А., Элмурадов Ш.Х., Азизов Ш.Ф.,

Тошкент тиббиёт академияси.,
Республика болалар кам инвазия ва эндовизуал хирургия илмий амалий маркази.

✓ ***Резюме***

2015 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда қабул қилинган 18 та янги туғилган чақалоқларда некротик энтероколитни II Б босқичини оператив давоси натижалари тахлили ўтқазилди. Жами 18 та беморда диагностик лапароскопия (ДЛ) ўтқазилди, улардан 4 тасида (22.2%) лапаротомияга ўтилган. 77.8% (14 та бемор) холларда ДЛ даваловчи лапароскопик видео кузатувда кичиклапаротомия билан якунланган, шу жумладан 8 та (44.4%) беморда ичаклар некроз кисми кесилиб олиниб учма-уч анастамоз бажарилди. 6 та (33.3%) беморларда кичик лапаротомия орқали ичак стомалари қўйилди. Анъанавий хирургик даволашдан сўнг ўлим 25%ни (4 та бемордан 1 та бемор) ташкил килди. Хулоса: НЭК II Б босқичида ДЛ натижасига кўра даволаш тактикасини тузиш мумкин, уни даволаш холатига ўтқазиш операция ичидаги жарохатни камайишига ва бу эса ўз навбатида операциядан сўнгяшаш қолишига ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: некротик энтероколит, янги туғилган чақалоқлар, хирургик даволаш, лапароскопия.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENTTACTICS IN STAGE II-B OF NEWBORNS NECROTIC ENTEROCOLITIS

Umarov K.M., Abdusamatov B.Z., Salimov Sh.T., Vakhidov A.Sh, Rustamova M.Sh., Abdurakhmanov A.A., Elmuradov S.Kh., Azizov Sh.F.,

Tashkent Medical Academy,
Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovascular Surgery of Children's Age

✓ ***Resume***

We analyzed the results of surgical treatment performed on 18 newborns diagnosed by NEC II - Stage B during period from 2015 to 2020. A total of 18 diagnostic laparoscopies (LL) were carried out, of these 4 (22.2%) were converted to laparotomy. In 14 patients (77.8%) therapeutic laparoscopy was completed by means of mini laparotomy with video-assisted testing, including 8 (44.4%) patients who had a necrotized section of the intestine resected with an "end to end" anastomosis. In 6 (33.3%) cases an intestinal stomach was applied through minilaparotomy.

In comparison - after laparoscopic video-assisted operations, mortality was observed in 7.1% of cases (1 patient out of 14), after traditional surgical interventions, mortality was 25% (1 patient out of 4).

Conclusions: Based on the results of the LD at the surgical stage of the NEC, we consider it is possible to build further tactics of radical surgical treatment.Its possible transformation into a therapeutic treatment can minimize intraoperative trauma, which has a positive impact on the postoperative survival of patients.

Keywords: necrotic enterocolitis; newborns; surgical treatment; laparoscopy.

Актуальность

Заболеваемость НЭК у новорожденных, по данным различных авторов, находится в пределах от 0,3 до 3 на 1000 детей. Учитывая неспецифичность и полиморфность признаков НЭК на ранних стадиях заболевания, заподозрить эту патологию и легко, и трудно одновременно [3, 4]. В период новорожденности НЭК встречается в 2-16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них приходится на недоношенных детей с низкой массой тела при рождении. У доношенных детей НЭК встречается в 10-25% случаев [1,2]. Состояние пациентов с НЭК находящихся на интенсивном лечении в отделении реанимации, бывает настолько тяжелым, что вовремя заметить признаки надвигающейся катастрофы со стороны желудочно-кишечного тракта не всегда представляется возможным [5, 6]. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств - 60-75%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных. Подавляющее большинство этих детей (90%) - недоношенные с массой тела менее 1500г, поэтому НЭК называют "болезнью выживших недоношенных". Перитонит является наиболее частым (86,5%) его осложнением [7,8]. В лечение, если выбрана лапаротомия, хирургическая процедура включает варианты резекции с анастомозом или без него, создание наружной кишечной стомы, применение техники "клипирования и опускания". По данным большинства авторов операцией выбора является резекция некротизированного участка кишки с выведением двойной кишечной стомы, а при тотальном поражении толстой кишки - выключение ее путем наложения противоестественного заднего прохода на подвздошную кишку [9,10].

Цель работы: - проанализировать результаты оперативного лечения при некротическом энтероколите II- Б стадии у новорожденных.

Проведен анализ результатов лечения 18 новорожденных детей (11-61,1% мальчиков, 7-38,9% девочек) с диагнозом НЭК II- Б стадии, поступивших в отделение хирургии новорожденных нашего центра за период с 2015 по 2020гг. В большинстве случаев поводом для перевода новорожденных в наш центр было резкое ухудшение состояния детей: срыгивание и рвота застойным содержимым, часто "кофейной гущей", резкое вздутие, локальная пастозность, напряжение и болезненность живота, расширение подкожной венозной сети передней брюшной стенки. В ряде случаев наблюдали гиперемию кожи и отечность в нижних отделах живота и на половых органах, скудный стул с примесью крови либо его отсутствие, выраженные гемодинамические нарушения - централизация кровообращения, дегидратация, инфекционный токсикоз. Возраст детей варьировал от первых часов жизни до 14 суток. В первые 3-е суток жизни с клинической картиной НЭК поступило 4 (22,2%) новорожденных, 11 (61,1%) на 5-10-е сут жизни, 3 (16,7%) поступили в более поздние сроки.

В 66,7% наблюдениях (12 детей) дети были недоношенными, средний гестационный возраст, которых был от 26 до 37 недель (преимущественно 32-36 нед). Родоразрешение с помощью кесарева сечения было у 3 (16,6%) женщин. Из анамнеза состояние внутриутробной гипоксии и асфиксии перенесли 16 (88,8%) детей, внутриутробное инфицирование - 15 (83,3%). У 14 (77,7%) новорожденных было перинатальное поражение ЦНС, у 5,5% (1) - критически низкая масса тела (менее 1000 г). У 3 (16,7%) детей при рождения были проведены реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, санация верхних дыхательных путей, интубация трахеи и ИВЛ.

Всем детям при поступлении наряду с клинико-биохимическими анализами крови проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) и обзорную рентгенографию органов брюшной полости (ОБП).

По результатам клинико-биохимических анализов крови больных был установлен различной степени выраженности ацидоз, лейкопения в (4 детей) 22,2%, тромбоцитопения в (10 детей) -55,6%, признаки ДВС-синдрома (8 детей) 44,4%, сепсиса 66,7% (12 детей) и олигоанурия в 44,4%(8 детей) случаях.

Результат и обсуждение

Как и большинство исследователей в настоящей работе мы использовали рабочую классификацию M. Bell в модификации M. Walsh и Kliegman (1987), которая позволяет не только своевременно поставить диагноз НЭК, но и определить стадию развития заболевания, в соответствии с которой мы выбирали тактику лечения.

Как известно прогноз лечения НЭК во многом зависит от хирургической стадии заболевания, степени выраженности симптомов и складывается из предоперационной подготовки, оперативной тактики, конкурирующих заболеваний и осложнений основного заболевания на фоне недоношенности и незрелости организма больного в целом.

При поступлении в наш центр все новорожденные с НЭК II- Б стадии были госпитализированы в ОРИТ, где им проводилась интенсивная предоперационная подготовка.

Предоперационная подготовка включала: декомпрессию желудка и толстого кишечника с помощью зондов, подбор адекватных параметров вентиляции легких, обеспечивающих нормальный газообмен, коррекцию гемодинамических нарушений, стабилизацию артериального давления, коррекцию электролитных нарушений, кислотно-основного состояния, гиповолемии, восстановления или поддержания диуреза на уровне не менее 1,5 - 2,0 мл/кг/час, гемо- и плазмотрансфузии (по показаниям), интравенозное введение антибиотиков широкого спектра действия.

Критериями стабилизации состояния больного были;-восстановление диуреза, появление пульса на периферических артериях, улучшение показателей артериального давления, сатурации (Sp02 не менее 90-94%). Длительность дооперационной подготовки составляло от 3 до 6 часов с момента поступления ребенка в стационар (в среднем 4,5 ± 0,5 час).

Одним из главных рентгенологических показаний к оперативному лечению при II-Б стадии НЭК было расширение кишечных петель с множественными горизонтальными уровнями, пневматоз, утолщение кишечной стенки, газ в портальной системе печени, асцит. Во всех случаях НЭК II- Б стадии оперативно-

му лечению предшествовала ДЛ, по результатам, которой строилась дальнейшая хирургическая тактика, но она была успешной не во всех случаях, в 4 (22,2%) случаях из-за технических трудностей была выполнена конверсия.

Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Первый троакар 3 мм вводили параумбликально. Углекислый газ инсуфлировать начинали под давлением 3-5 мм рт.ст. со скоростью потока 1-2 л/мин., при стабильной гемодинамике, затем постепенно давление углекислого газа поднимали до 7-8 мм рт.ст.. После введения 3мм оптики, проводили ревизию брюшной полости. При необходимости вводили дополнительные троакары (рис - 1).

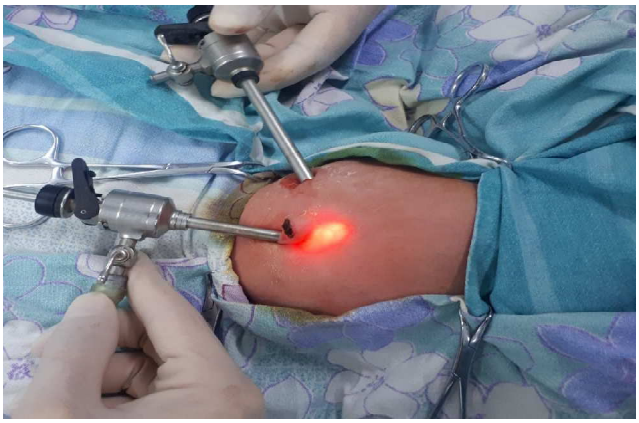


Рис - 1. Установление троакаров.

Как правило при эндовизуальной ревизии ОБП при II-Б стадии НЭК признаков гангрены кишечника не было, но его состояние было пограничным - присутствовали признаки нарастающего некроза; - кишечник местами резко гиперемирован, отсутствует перистальтика. Сосуды брыжейки на соответствующих участках прогрессирующего НЭК, постепенно тромбируются, что усугубляет процесс. В нашем случае при ограниченных участках кишки подвергшихся необратимым процессам (до 30-40см) - через минилапаротомный разрез, под контролем оптики мы выводили в рану пораженный участок и после его резекции на уровне здоровой ткани накладывали анастомоз "конец в конец". Подобная операция при НЭК II-Б стадии была успешно выполнена у 8 (44,4%) больных, в 6 (33,3%) случаях, так же через минилапаротомный разрез пораженная часть кишечника была выведена в рану, резецирована в пределах здоровой ткани и наложена двойная энтеростома. В 4 (22,2%) случаях из-

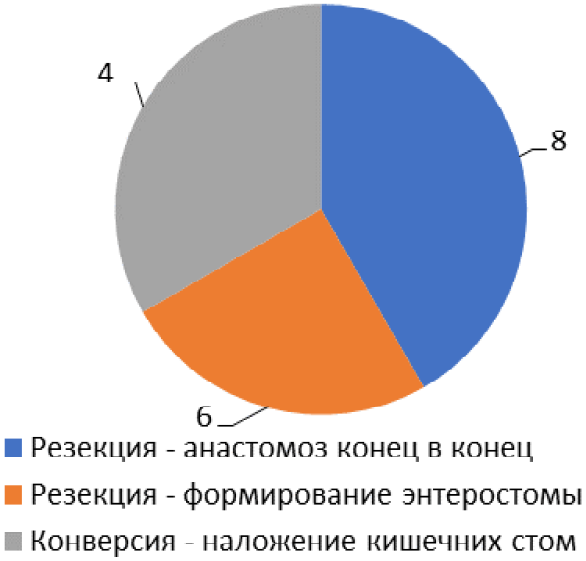


Рис - 2. Оперативная тактика при НЭК II - Б стадии у новорожденных.

за обширности зоны поражения, т.е. инфильтрации тканей, спаечного процесса, была выполнена конверсия - лапаротомия, резекция пораженной части кишки с наложением кишечной стомы (рис - 2).

В послеоперационный период несостоятельность анастомоза наблюдалась в 1 (12,5%) случае - была выполнена релапаротомия и наложена двуствольная энтеростома. Всего среди больных, оперированных во 2-Б стадии НЭК в 2 (11,1%) случаях был летальный исход из-за нарастания полиорганной недостаточности, что было обусловлено нарастающим отеком легких, сердечно-сосудистой, печеночно-почечной недостаточностью.

Таким образом во II-Б стадии НЭК всего было выполнено 18 диагностических лапароскопий, которые в 14 (77,8%) случаях завершились лечебной лапароскопией, в 4 (22,2%) была выполнена конверсия - лапаротомия резекция пораженной части кишки с выведением кишечной стомы.

В общей сложности в хирургической стадии НЭК у новорожденных было выполнено 37 диагностических лапароскопий, 26 (70,3%) из которых завершились минилапаротомией в том числе; резекцией кишки с анастамозом "конец в конец" в 8 (30,7%) случаях, у 7 (26,9%) ушиванием перфорации желудка, а остальным 11 (43,2%) больным были наложены различные стомы (таб. 1).

Таблица 1

Результаты диагностических лапароскопий при II- Б стадии НЭК у новорожденных (N= 18)

Клиническая стадия НЭК	ДЛ мини лапаротомия –резекция кишки анастомоз «конец в конец» n=8	ДЛ -конверсия. наложение кишечной стомы n=4	ДЛ- Наложение кишечной стомы n=6	Итого N=18
2 –Б стадия n=14	8*/1	-	6*	14*/1
2 –Б n=4		4/1		4/1
Всего	8*/1 (44,4%/12,5%)	4/1 (22,2%/25%)	6* (33,3%)	18/2 (100%/11,1%)

Примечание знак * - указывает, что операция была выполнена через минилапаротомию с видеоассестированием. В числителе / - указывается летальный исход после оперативных вмешательств.

Как видно из таблицы №1 летальность хирургической стадии НЭК вследствие лапароскопических вмешательств с минилапаротомией и выполненных операций с видиоассестированием была всего в 12,5% случаев, что значительно меньше, чем после традиционных лапаротомий.

Необходимо отметить, для большей объективизации полученных результатов оперативного лечения в сравниваемых группах это то, что; ДЛ мы проводили у детей с весом не менее 1 500 грамм, поэтому такая большая разница, между показателями летальности в сравниваемых группах не совсем объективна и требует дальнейших исследований.

Вместе с тем преимущества эндовизуальных вмешательств несомненны - широкий обзор состояния ОБП для определения тактики и объёма предстоящего оперативного вмешательства, минимизация оперативной травмы, практически сохранность целостности передней брюшной стенки (что исключает такие осложнения как эвентрация кишечных петель, образование вентральных грыж, минимизирует инфицирование послеоперационной раны и др.). Не мало важно и - сокращение длительности операции - которое, несомненно благоприятно сказывается на исход хирургического лечения, оно в свою очередь способствовало сокращению нежелательных осложнений, и летальности (11,1%).

По анализу оперированных пациентов выяснилось, что - наиболее часто при НЭК поражалась: подвздошная кишка в 11 (61,1%) случаях, тощая кишка 4 (22,2%), у 3 (16,7%) детей была поражена толстая кишка. (Таб. 2).

Таблица 2

Пораженный орган у новорожденных при НЭК - II- Б стадии

Пораженный орган	Традиционная	Лапароскопия	Всего
Тощая кишка	1	3	4 (22,2%)
Подвздошная кишка	-	11	11 (61,1%)
Толстая кишка	3	-	3 (16,7%)
Итого	4 (22,2%)	14 (77,8%)	71 - 100%

В послеоперационном периоде всем детям проводилась инфузионная поддержка, коррелировался эксикоз и электролитные нарушения. Энтеральное кормление начинали через 3-5 суток, после того как у ребенка восстанавливалась перистальтика и пассаж по кишечнику, купировалось вздутие живота, появляется стойкая тенденция к улучшению и нормализации лабораторных показателей, УЗИ и рентгенологических данных. Но эти сроки абсолютно индивидуальны для каждого больного ребенка.

Все новорожденные - 16 (88,9%) детей 2-Б стадии НЭК, после оперативного лечения и купирования основных симптомов болезни, были переведены в отделение патологии новорожденных, для дальнейшего лечения и реабилитации.

Сроки закрытия кишечной стомы - строгими рекомендациями во временном режиме мы не представляем возможным, считаем, что это решается индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от многих объективных и субъективных факторов.

Общая летальность среди больных НЭК II-Б стадии составило 11,1% (2 из 18 больных). Считаем, что в случае исключения ДЛ, и операций выполненных посредством видео-оптики, этот показатель летальности был бы выше.

Необходимо отметить, что в ряде случаев летальность была обусловлена не только поздней диагностикой и хирургическим осложнениями, но и интеркурентными, сопутствующими патологиями, аномалиями развития осложняющими течение основного заболевания, обуславливающие фатальное нарастание полиорганной недостаточности с неблагоприятным исходом в независимости от предпринятой оперативной тактики.

Как показали результаты оперативного лечения в сравниваемых группах, минимизация операционной травмы и эндовизуализация состояния ОБП при НЭК II-Б стадии у новорожденных, относительно положительно сказывается на результаты оперативного лечения.

Вывод

При II-Б стадии НЭК у новорожденных ДЛ по возможности и показаниям должна предшествовать радикальной операции.

По результатам ДЛ можно строить дальнейшую тактику предстоящего радикального оперативного лечения.

При II-Б стадии НЭК в ряде случаев: при непротяженных поражениях кишечника ДЛ можно закончить собственно лечебной лапароскопией.

Возможности трансформации ДЛ в лечебную - минимизируют интраоперационную травму, что сказывается на послеоперационной выживаемости больных с НЭК в II-Б стадии.

Операцией выбора у больных с НЭК II-Б стадии, - (в случае не протяженного некроза или поражения кишечника) является экономная резекция пораженных некрозом отделов кишечника с анастомозом конец в конец или наложение кишечной стомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hashem RH, Mansi YA, Almasah NS, Abdelghaffar S. Doppler ultrasound assessment of the splanchnic circulation in preterms with neonatal sepsis at risk for necrotizing enterocolitis. J Ultrasound. 2017. Mar; 20(1): 59-67.
2. Janssen Lok M., et al. Value of abdominal ultrasound in management of necrotizing enterocolitis: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Surg Int. 2018 Jun;34(6):589-612
3. Караваева С.А. Диагностика и особенности клинического течениянекротического энтероколита у детей. Вестник хирургии им.И.И.Грекова. 2002; (4): 41 - 44.
4. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Коальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., и др. Некротизирующий энтероколит у новорожденных. Новые взгляды и тенденции. Детская хирургия. 2016; 20 (4): 188-193.
5. Поддубный И.В., Харламов С.Ю. Красовская Т.В, Голоденко Н.В., Кучеров Ю.И., Романова Л.А. Консервативное лечение

инфильтрата брюшной полости на фоне язвенно-некротического энтероколита у новорожденных. Детская хирургия. 1999; (4): 45-47
6. Красовская Т.В, Новожилов В.А., Ионушене С.В., Кикина Е.И. Хирургическое осложнения некротического энтероколита у новорожденных детей патогенетическое обоснование путей профилактики. Детская хирургия. 2004; (2): 15-19.
7. Разумовский А.Ю.,МокрушинаО.Г. Эндохирургические операции у новорожденных. М.: ООО "Издательство "Медицинское информационное агентство"; 2015: 344.
8. Чевжик, В.П., Черпалюк Е.А. Язвенно-некротический энтероколит при многоплоднойбеременности. Детская хирургия. 2004; (6): 52-52.
9. Hall, N.J. Royal Australasia of Surgeons Guest Lecture. Necrotizingenterocolitis: prevention, treatment, and outcome/ N.J. Hall, S. Eaton, A. Pierro //J.Pediatr. Surg. -2013.- Vol. 48.-P. 2359-67.
10. Chandler, J.C. Necrotizing enterocolitis in infants with very low birth weight/ J.C.Chandler, A. Hebra// Semin pediatr. surg. 2000. - № 9(2). - P. 63-72. REFERENCES:
11. Hashem RH, Mansi YA, Almasah NS, Abdelghaffar S. Doppler ultrasound assessment of the splanchnic circulation in preterms with neonatal sepsis at risk for necrotizing enterocolitis. J Ultrasound. 2017. Mar; 20(1): 59-67.
12. Janssen Lok M., et al. Value of abdominal ultrasound in management of necrotizing enterocolitis: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Surg Int. 2018 Jun;34(6):589-612
13. Karavaeva S.A. Diagnosis and clinical features of necrotic enterocolitis in children. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 2002; (4): 41 - 44.(inRussian)
14. Kozlov Yu.A., Novozhilov V.A., Koal'kov K.A., Chubko D.M., Baradieva P.Zh., Timofeeva A.D. et.al. Necrotizing enterocolitis in newborns. New views and trends. Detskaya khirurgiya. 2016; 20 (4): 188-193. (inRussian)
15. Poddubnyy I.V., Kharlamov S.Yu. Krasovskaya T.V, Golodenko N.V., Kucherov Yu.I., Romanova L.A. Conservative treatment of abdominal infiltrate on the background of ulcerative necrotic enterocolitis in newborns.Detskaya khirurgiya. 1999; (4): 45-47. (inRussian)
16. Krasovskaya T.V, Novozhilov V.A., Ionushene S.V., Kikina E.I. Surgical complications of necrotic enterocolitis in newborns; pathogenetic substantiation of prevention methods. Detskaya khirurgiya. 2004; (2): 15-19. (inRussian)
17. Razumovskiy A.Yu., Mokrushina O.G. Endosurgical operations in newborns. Moscow: OOO "Izdatel'stvo "Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo"; 2015: 344. (in Russian)
18. Chevzhik, V.P., Cherpalyuk E.A. Ulcerative necrotic enterocolitis in multiple pregnancy. Detskaya khirurgiya. 2004; (6): 52-52. (inRussian)
19. Hall, N.J. Royal Australasia of Surgeons Guest Lecture. Necrotizingenterocolitis: prevention, treatment, and outcome/ N.J. Hall, S. Eaton , A. Pierro //J.Pediatr. Surg. -2013.- Vol. 48.-P. 2359-67.
120. Chandler, J.C. Necrotizing enterocolitis in infants with very low birth weight/ J.C.Chandler, A. Hebra// Semin pediatr. surg. 2000. - № 9(2). - P. 63-72.

Поступила 09.10. 2020

УДК 615.281.03:616.314.

АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШЛАРИДА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ МУКАМАЛЛАШТИРИШ

Юсупов У.Ю., Бабажанова Н.У., Микиртичев К.Д., Аскарова С.В.,

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий- амалий тиббиёт маркази.

✓ ***Резюме***

Акушерлик қон кетишлари кўп аъзолар етишмовчилиги ва ўлимнинг асосий сабабларидан биридир. Массив акушерлик қон кетиш ҳолатларида экзоген қон ивиш факторларини қўллаш коагулопатия ривожланишининг олдини олади ва даволайди, шунингдек қон ивиш ва ивишига карши тизимнинг тенг мутаносиблигини ушлаб туради. Бунинг натижасида ўлимнинг олдини олса бўлади. Протромбин комплексининг омиллар қонцентрати коагулопатияларни даволашда энг яхши танлов ҳисобланади.

Калит сўзлар: акушерлик қон кетиши, протромбин комплекс омиллари қонцентрати, HELLP синдроми.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Юсупов У.Ю., Бабаджанова Н.У., Микиртичев К.Д., Аскарова С.В.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

✓ ***Резюме***

Акушерские кровотечения являются одной из главных причин развития синдрома полиорганной недостаточности и летальности. Применения экзогенных факторов свертывания для профилактики и лечения коагулопатии при массивных акушерских кровотечениях позволяет быстро восстановить дефицит прокоагулянтных факторов, поддержать баланс между свёртывающей и противосвертывающей системами и тем самым снизить частоту проявлений синдрома полиорганной недостаточности и летальности. Препараты концентрата факторов протромбинового комплекса является препаратом выбора в комплексной терапии коагулопатии.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, концентрат факторов протромбинового комплекса, HELLP -синдром.

OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS FOR OBSTETRIC BLEEDING

Yusupov U.Yu., Babadzanova N.U., Mikirtichev K.D., Askarova S.V.,

Republican specialized scientific and practical medical center of obstetrics and gynecology Tashkent, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Acute massive obstetric bleeding is one of the main causes of the development if multiple organ failure syndrome and mortality. The use of exogenous coagulation factors for the prevention and treatment of coagulopathy in case of massive obstetric bleeding allows you to quickly restore the deficiency of procoagulant factors, maintain a balance between coagulation and anticoagulation systems and thereby reduse the incidence of multiple organ failure syndrome and mortality. Preparations of a concentrate of factors of the prothrombin complex is the drug of choice in the treatment of coagulopathy.

Key words: obstetric hemorrhage, concentrate of protrombin complex factors, HELLP- syndrome.

Долзарблиги

Бутун дунёда Оналар Ўлими акушерликдаги асосий муаммо бўлиб қолмоқда. Оналар ўлими кўрсаткичи туғруқ массасалари фаолияти сифатини ва даражасини ҳамда жамиятнинг ижтимоий-иктисодий ривожланишини баҳоловчи мезон ҳисобланади [1, 2, 7, 10]. Ҳар икки дақиқада ҳомиладорлик ва туғруқ асорати оқибатида, ҳар дақиқада эса қон кетиш оқибатида бир аёл оламдан ўтади [1, 3, 6].

Бутун дунё Соғликни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра (2016) ҳар куни 830 га яқин аёл ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ, олдини олиш мумкин бўлган асоратлар оқибатида ҳаётдан кўз юмади. Шундан 99 % ривожланаётган мамлакатларга тўғри келиб, бу жойларда тиббий ёрдам сустлигини кўрсатади [1,5,8,9]. Сўнгги 10 йил давомида ривожланган мамлакатларда оналар ўлими кўрсаткичи камаяётган бўлса ҳам, камайиш тезлиги сусайиб бормоқда [2,9]. Ривожланган мамлакатларда Оналар Ўлими тизимида биринчи ўринда бошқариб булмайдиган ҳолатлар, яъни декомпенсация босқичидаги экстрагенитал касалликлар билан бир каторда ўпка артерияси тромбоэмболияси ва хомила олди сувлари эмболияси туради [1,4,9.] Кечиктирилган ва сифатсиз тиббий ёрдам эса Бошкариб бўладиган оналар ўлими сабаби ҳисобланади [1,5,6]. Акушерликдаги қон кетишлар, сепсис, хомиладорликни тўхтатиш (аборт) асоратлари бошқариб бўладиган сабаблар ичида етакчи поғоналарни эгаллаб келмокда [2,3].

Адабиётларда кўрсатилишича акушерлик қон кетишларининг 42% оналар ўлимига сабаб бўлади [4,7]. Акушерлик қон кетишлари энг даҳшатли ва хавфли ҳолат бўлиб, оналар ўлими асосий сабаби ҳисобланади. Мавжуд бўлган протокол ва стандартларга қарамай ҳар йили ер юзида 127 минг аёл шу асорат оқиба-

тида нобуд бўлади [4,7,10]. Замонавий акушерлик бу асоратни олдини олиш ва даволаш учун етарлича имкониятларга эга. Туғруқда қон кетиш хавфи юқори бўлган ҳомиладорлар гуруҳи тузилиши, туғруқдан кейинги эрта даврда гипотоник қон кетишларни олдини олиш чора тадбирларини тиббиёт фаолиятида қўлланилиши акушерликдаги қон кетишларини даволаш ва олдини олишда қатор ютуқларга эришишига имконият яратди. Аммо, бутун дунёда массив қон кетишлар оналар ўлими сабаблари ичида биринчи ўринни эгаллаб келмоқда. Кўп йиллар давомида йўқотилган қон ҳажми донорлик қони ҳисобига тикланарди. Шунинг билан бирга донорлик қонини ноёблиги ва жуда қимматлигини айтиб ўтиш жоиз.

Акушерликдаги қон кетишни даволашда кенг қўлланиладиган замонавий гемостатик препаратлардан бири протромбин комплекси факторлари қонцентрати (ПКП) ҳисобланади. Буни қўллаш бўйича бир неча тажрибалар амалга оширилган. Бунга мисол қилиб В. И. Волков олиб борган ишини келтириш мумкин. У жонлаштириш бўлимида турли сабабли қон кетишлар билан даволанаётган 27 нафар болани даволашда Янги музлатилган плазма ва протромбин коплекс қонцентрати қўллаш ёрдамида гемостаз коррекцияси усули таққосланган. Жарроҳлик хасталиги бўлган болаларда ўткир қон кетишини даволашда КПК қўлланилганда юқори самарадорликка эришилган [1,6]. А.И. Васильченко ва В.М. Смирнов онкологик беморларда массив қон кетишини даволашда протромбин комплекси препарати қўлланилишини янги музлатилган плазма ва криопреципитатдан устуворлигини ёритиб беришган [3, 4 ,8]

Қон кетишини тўхтатишда янги музлатилган плазмани қўллашдаги камчиликлар протромбин комплексини қўлланилишида кузатилмайди. А.С. Колбин, А.А. Курылев, М.А. Проскурин ичга антикоагулянтларни қабул қилиш окибатида қон кетаётган беморларда янги музлатилган плазма ва рекомбинат фаоллаштирилган омилдан фойдаланиб даволаш солиштирганда протромбин мураккаб қонцентратини фойдаланиш мақсадга мувофиқлигини исботлади [1, 4, 9].

Кам ҳажм дори воситаси таркибидаги қон ивитиш омилларини юқори қонцентрацияси (IX,II,VII,X) тромб ривожлааниш хавфини камайтиради. Протромбин комплекс омил қонцентратини қўллашда МНО (халқро нормаллаштирилган нисбат) коррекциясига қисқа вақт ичида эришилади. Протромбин комплекс омил ўз таркибидаги қон ивиш омиллари (IX, II,VII, X) хамда С ва S оқсилини сақлаганлиги хисобига бу препарат қўлланилганда қон плазмасида витамин К миқдорини ошириб, шу факторлар етишмовчилиги билан касалланган беморларда коагуляция бузилишини тез тиклашга ёрдам беради.

Протромбин комплекс препарати даволаш мақсадида қўлланилганда авваламбор операция пайтида қон қуйишни камайтириш билан бирга иммунизация пайдо бўлиши ва инфекция юқиши хавфини олдини олади.

Тадқиқот мақсади: акушерлик қон кетишларини камайтиришда протромбин комплекси таъсирини ўрганиш.

Усул ва материал

Массив акушерлик қон кетишлар натижасида оналар ўлимини камайтириш бўйича № 2650 ва № 5759 Президент фармонини амалга ошириш борасида бюджет ҳисобидан протромбин комплекс препаратлари сотиб олинди. Бу тадқиқотлар Республика Ихтисослаштирилган Акушерлик ва Гинекология Илмий-Амалий Тиббиёт Марказида 2020 йилнинг январь ойидан май ойига қадар олиб борилди. Дори воситаси акушерлик қон кетишларини бартараф этишда қўлланилди.

Натижа ва муҳокама

Ўтган вақт ичида Ўзбекистон Республикаси миқёсида 302 та аёлда 640 та флакон протромбин комплекс дори воситаси ишлатилди.157 ҳолатда дори воситаси массив акушерлик қон кетишида қўлланилди. КПК дори воситасини 2-3 флақонини қўлланилиши деярли ҳамма қон кетишларни тўхтатди ва 89% ҳолатда аъзони сақлаб қолинди, ҳамда 2019 йил шу вақт мобайнидаги акушерлик қон кетишлари оқибатида содир бўлган оналар ўлими кўрсаткичини 5,5 баробар камайтиришга эришилди.

145 ҳолатда дори воситаси хавф гуруҳидаги аёлларга (HELLP синдром, оғир преэклампсия, ҳомиладорлар ёғли гепатози, жигар циррози, вирусли гепатит В ва С) пофилактика мақсадида қўлланилди. 92% ҳолатда патологик қон кетиш олди олинди. ДВС-синдром ва HELLP синдромида КПК препаратини қўлланилиш афзаллиги келтирилган. Шу касалликларни даволашда КПК дори воситасини қўлланилиши оқибатида аёл ҳолатини стабиллашшига, лаборатор кўрсаткичларни ва коагуляция параметрларини меъёрлашишига сабаб бўлди. Бунинг натижасида янги музлатилган плазмани қуйиш миқдори камайтирилиб, эритроцитлар ва тромбоцитлар трансфузияси бутунлай тўхтатилди.

Массив акушерлик қон кетишларини бартараф этишда қон кетишига юкори хавф гуруҳ аёлларининг қон ивиши ва ивишига қарши системасини даволаш ва олдини олишдаги ҳолатини баҳолашда КПК дори воситасини қўлланилиши яхши самара берганлиги исботланди. Бироқ, юқори хавф гуруҳидаги аёлларнинг қон ивиш системасини коррекциялаш дори юворилгунча ва ундан кейинги қоннинг агрегацион хусусиятини қатъий кузатишни талаб қилади.

КПК дори воситасини қўлланилиши 90% ҳолатда гистерэктомиясиз ҳам массив қон кетишини даволаш чорасини кўрсатиб берди. Қолган 10% ҳолатда эса бачадон олиб ташланишига йўлдошнинг олдинда жойлашиши сабаб бўлган. Бу ҳолатларда умумий йўқотилган қон ҳажми 1200 мл дан 2800 мл гача бўлган. Протромбин комплекс препарати самарали ҳажми 1000-1500 МЕ ни ташкил этади.

Хулоса

Шундай қилиб, массив акушерлик қон кетишларида протромбин комплекс препаратларини қўллаш коагулопатияни даволаш ва олдини олишда прокоагулянт факторларини танқислигини тезда тиклаш, қон ивиши ва ивишига қарши системаларини узаро мутаносиблигини ушлаб туришини таъминлаб беради ва шу билан бирга оналар ўлими кўрсаткичини камайтириш, беморларнинг омон қолиши кўрсаткичини ошириш, қон қуйиш асоратларини минималлаштириш, репродуктив саломатликни сақлаб қолишга ёрдам беради.

Бугунги кунда бизнинг олдимизга қуйилган масалалардан бири бу массив акушерлик қон кетишларида даволаш услубини такомиллаштириш ҳамда 2000-3000 мл ҳажмдаги қон йўқотишларда протромбин комплекс воситаларини қўлланишдаги самарадорлигини ўрганишдир. Қон йўқотган беморларнинг коагуляцион потенциалини қатъий мониторингидан сўнг Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Тизимида протоколлар ишлаб чиқиш ва турли даражадаги туғруқ комплексларида фаолиятида самарали ва хавфсиз усул деб ҳисоблаб, амалиётда қўлланилишини тавсия қилиш режалаштирилмоқда.

Қуйидаги лойиҳа перинатал марказлар фаолиятини жалб этиб, текширув ва тадқиқотлар натижасини бирлаштириб қатъий бир ишчи лойиҳа ҳолатига келтириб, Ўзбекистон Республикасининг ҳамма худудларида қўлланилишини таъминлашни талаб этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Буланов А.Ю. Қонцентраты протромбинового комплекса как инструмент стратегии менеджмента крови пациента // Тромбоз, гемостаз и реология. - 2017. - № 4(72). - С. 20-24.
2. Галстян Г.М., Суханова Г.А. Введение в гемостаз, современные препараты крови и их влияние на коагуляцию // Медицинский совет. - 2013. - № 5-6.- С. 11-16.
3. Глотов М.А., Биркун А.А., Рябикина Е.В., Самарин С.А., Федосов М.И. Дифференцированное назначение гемостатических средств при острой массивной кровопотере // Тромбоз, гемостаз и реология. - 2017. - № 2(70). - С. 14-19.
4. Нехаев И.В., Приходченко А.О., Вяткин П.В. и др. Периоперационные коагулопатии в онкохирургии. Қонцентрат протромбинового комплекса // Тромбоз, гемостазиреология. - 2016. - № 1. - С. 39-50.
5. Никитюк Н.Ф., Обухов Ю.И., Гаврилова Н.А., Саяпина Л.В. Плазменные факторы свертывания крови: характеристика, оценка эффективности и безопасности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 8-20. - С. 171-175.
6. Ройтман Е.В. Қонтролируемая стратегия трансфузионной коррекции кровотечений // Тромбоз, гемостаз и реология. - 2016. - № 3(S1). - С. 356-357.
7. Butwick A.J., Goodnough L.T. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage // Curr. Opin. Anaesthesiol. - 2015. - Vol. 28(3). - P. 275-284. - doi: 10.1097/ACO.0000000000000180.
8. Lin D.M., Murphy L.S., Tran M.H. Use of prothrombin complex concentrates and fibrinogen concentrates in the perioperative setting // Transfus. Med. Rev. - 2013. - Vol. 27. - P. 91-104.
9. Maegele M. Coagulation factor concentrate-based therapy for remote damage control resuscitation: a reasonable alternative? // Transfusion. - 2016. - Vol. 56. - P. 149-156.
10. Sohn C.H., Kim S.R., Kim Y.J. Disseminated Intravascular Coagulation in Emergency Department Patients with Primary Postpartum Hemorrhage // Shock. - 2017. - Vol. 48(3). - P. 329-332. - doi: 10.1097/SHK.0000000000000852.

Келиб тушган вақти 09.10.2020

УДК 615.1-21/26

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «АСПАЙК»

Рузметова З.С., Нажмутдинова Д.К., Юсупбаев Р.Б.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

✓ ***Резюме***

Препарат «Аспайк» разработан в Институте химии и физики полимеров АН РУз, его строение предполагает возможность связывать ионы кальция, причем антиадгезивные свойства карбоксиметилцеллюлозы обычно связывают только с её физическим состоянием в виде геля, данных же о биохимическом механизме действия препарата нет. В связи с этим актуально изучение Аспайка, а прежде всего проведение комплекса доклинических экспериментальных исследований.

Ключевые слова: «Аспайк», гидрогель,спаечный процесс, доклинический эксперимент.

PRE-CLINICAL EXPERIMENTAL STUDIES OF THE DRUG «ASPIKE»

Ruzmetova Z.S., Nazhmutdinova D.K., Yusupbaev R.B.,

Republican specialized scientific and practical medical center of obstetrics and gynecology Tashkent, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The drug «Aspike» was developed at the Institute of Chemistry and Physics of Polymers of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, its structure suggests the ability to bind calcium ions, and the antiadhesive properties of carboxymethylcellulose are usually associated only with its physical state in the form of a gel, while there is no data on the biochemical mechanism of action of the drug. In this regard, it is important to study Aspike, and above all to carry out a complex of preclinical experimental studies.

Key words: «Aspike», hydrogel, adhesive process, preclinical experiment.

«ASPIKE» DORI-VOSITASINING KLINIKASIDAN OLDINGI EKSPERIMENTAL TADQIQOTLARI

Ruzmetova Z.S., Najmutdinova D.K., Yusupbaev R.B.,

Respublika ichtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

✓ ***Rezyume***

«Aspike» preparati O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining Kimyo va polimerlar fizikasi institutida ishlab chiqilgan bo'lib, uning tuzilishi kaltsiy ionlarini bog'lash qobiliyatini nazarda tutadi va karboksimetilselulozaning yopishqoqlikka qarshi xususiyatlari odatda faqat fizik holati bilan gel shakliga bog'liq, ammo preparatning biokimyoviy ta'sir mexanizmi to'g'risida ma'lumot yo'q. Shu munosabat bilan "Aspike"ni o'rganishda, avvalambor klinikadan oldingi eksperimental tadqiqotlar kompleksini o'tkazish muhimdir.

Kalit so'zlar: «Aspike», gidrogel, yopishqoq jarayon, klinikadan oldingi tajriba.

Актуальность

Спаечный процесс после операций на органах брюшной полости привлекает неослабевающее внимание абдоминальных хирургов и акушер-гинекологов. Это связано с большой частотой его развития - 67-93% [1,2].

Послеоперационные спайки вызывают значительное число серьёзных осложнений. Наиболее частое и грозное осложнение - острая спаечная кишечная непроходимость, составляющая более 40% среди различных видов приобретенной непроходимости кишечника [2,5] летальность при этом достигает 8-19 %[3,7].

Со спайкообразованием, также связано около 20% случаев бесплодия [3,6]. Кроме того, спайки относят к наиболее вероятной причине послеоперационных болей в животе и дисфункции пищеварения, что отмечают до 40% пациентов, оперированных на органах брюшной полости [5,8].

Спайки могут изменять нормальное расположение органов брюшной полости, чем объясняется растущая частота осложнений при повторных операциях - повреждения кишки, мочевого пузыря и т.д. [4,5]. В результате увеличивается сложность оперативных вмешательств (особенно эндовидеохирургических) и длительность как самой операции, так и анестезии. Все это требует значительных финансовых вложений, так в 1988 году в США расходы на лечение спаечной болезни был оценен в 1,2 млрд. долларов [7].

На сегодняшний день предложено множество способов борьбы со спайкообразованием. Из хирургических методов наиболее эффективно лапароскопическое разделение спаек [8]. Однако, даже при использовании малоинвазивных методик, как при первичных, так и при повторных вмешательствах, спаечный процесс может, тем не менее, развиваться [9]. В связи с этим предложено использовать различные лекарственные средства профилактики спайкообразования. Наибольшее распространение получила концепция применения временного "барьера", который вводится в брюшную полость во время операции.

"Барьер" покрывает поврежденные участки брюшины на время восстановления мезотелия, а затем рассасывается. Среди "барьеров" наиболее эффективны мембрана Seprafilm (Genzum), состоящая из гиалуроновой кислоты и карбоксиметилцеллюлозы, мембрана Interceed (Ethicon) - нетканый материал, полученный из целлюлозы, гель Oxiplex (FzioMed)" - состоит из карбоксиметилцеллюлозы и оксида полиэтилена [10].

Однако, эти препараты, к сожалению, не имеют на сегодняшний день широкого распространения, в частности в Узбекистане из-за дороговизны и недоступности. В связи с чем, продолжает оставаться актуальным поиск доступного, недорого и эффективного средства.

В Узбекистане и в странах СНГ для профилактики спайкообразования наиболее распространены методики электрофореза и фонофореза, с помощью которых вводятся различные препараты, такие как гиалуронидаза, лидаза, иодит калия, трилон Б, гидрокортизон, гепарин. Механизм воздействия многих из этих препаратов на спайкообразование неизвестен. В то же время роль такого препарата, связывающего ионы кальция, например трилона Б (комплексообразователь для иона кальция) в процессе гемокоагуляции, а, следовательно, спайкообразования трудно переоценить.

Тем не менее, в доступной литературе нет работ, посвященных исследованию зависимости формирования спаек брюшной полости от активности иона кальция в биологических жидкостях.

Несмотря на результаты многочисленных исследований, посвященных проблеме спайкообразования, действенная методика предупреждения и лечения этого осложнения отсутствует.

В нашей работе мы использовали гель натриевой соли карбоксиметилцеллюлозные (NaKМЦ 3,0%; NaKМЦ 3,5%) - полимера входящего в состав применяемых в клинике препаратов (Seprafilm, Oxiplex). В чистом виде в клинике карбоксиметилцеллюлоза не применяется. В связи с этим актуально экспериментальное изучение этого полимера, выявление механизмов действия и разработка оптимальной методики применения препарата.

Послеоперационные спайки вызывают значительнее число серьёзных осложнений. Одним из путей предотвращения спайкобразования является создание временного "барьера" посредством покрытия поврежденных участков брюшины на время восстановления мезотелия гидрогелем, который во времени подвержен разложению и рассасыванию.

Известные в настоящее время в мире "барьеры" Seprafilm (Genzum), Ynterceed, Oxiplex (FzioMed) не имеют широкое распространение в Узбекистане из-за дороговизны и недоступности.

В настоящее время сотрудниками Института химии и физики полимеров АН РУз разработан отечественный полимерный достаточно дешевый биоразлагаемый биогель "Аспайк" на основе местных источников сырья - производных полисахаридов, представляющих интерес как противоспаечное лекарственное средство.

Цель работы - оценка кумулятивных свойств и хронического действия Аспайка.

Материал и методы

Исследования проводилось в рамках проекта "Доклинические экспериментальные исследования лекарственного средства "Аспайк". Впервые проведен комплекс доклинических экспериментальных исследований нового лекарственного противоспаечного средства "Аспайк". Разработан препарат в Институте химии и физики полимеров АН РУз. Изучением острой внутрижелудочной токсичности препарата на белых мышах установлена средне-смертельная доза (ЛД50) препарата "Аспайк" на уровне 5730 (6204,4 ÷ 5255,6) мг/кг. Следовательно, по классификации лекарственных средств по токсичности препарат "Аспайк" относится к не токсичным веществам.

Препарат Аспайк - гель натриевой соли карбоксиметилцеллюллозы (NaKМЦ 3,0%; NaKМЦ 3,5%) - полимер входящий в состав применяемых в клинике препаратов (Seprafilm, Oxiplex).

Лекарственное средство "Аспайк" и явился объектом настоящих исследований.

Результат и обсуждение

Исследования проведены на различных видах лабораторных животных обоего пола: на 80 белых мышах, 162 белых крысах, 20 морских свинках и 27 кроликах.

Исследования кумулятивного и хронического внутрижелудочного действия препарата "Аспайк" проводились на 24 белых крысах с массой тела 130-140 грамм в течении 1 месяца. Для оценки кумулятивных свойств и хронической токсичности учитывалась малая токсичность препарата, установленная в остром эксперименте, а также предполагаемая длительность курса лечения (одноразовое внутрибрюшинное введение), поэтому выбран срок хронического эксперимента 1 месяц (в соответствии с методическими рекомендациями "Доклиническое изучение безвредности лекарственных средств"). Препарат Аспайк вводился в виде водной суспензии внутрижелудочно 3-м группам опытных белых крыс, разбитых на 4 группы в следующих дозах: 1 -ая группа 100 мг/кг м.т.; 2-ая группа - 50 мг/кг м.т.; 3-ья группа - 10 мг/кг м.т. ; 4-ая группа белых крыс из 6 особей служили контролем. Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже. динамика массы тела, "норковый рефлекс", частота дыхания, частота сердечных сокращений, активность щелочной фосфатазы, АСТ и АЛТ, содержание общего и прямого билирубина в сыворотке крови, гексеналовый сон. Исследования физиологических и биохимических показателей проводили после завершения эксперимента.

Физиологические показатели определяли общепринятыми традиционными методами. Биохимические исследования (активность щелочной фосфатазы, АСТ и АЛТ, содержание общего и прямого билирубина в сыворотке крови) определяли с помощью тест-наборов НИИХОЛ, РУз.

После окончания хронического эксперимента часть животных опытной и контрольной групп забивалась путем декапитации под легким эфирным наркозом, и проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объекта-

ми изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко. Материал фиксировали в 12% формалине с последующей, стандартной проводкой по спиртам восходящей концентрацией и заливкой парафином. Срезы из органов толщиной 6-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Для оценки результатов в качестве критериев лечения спаечного процесса у белых крыс и кроликов служили: общая морфологическая визуализация развития спаечного процесса в брюшной полости; показатели периферической крови: содержание лейкоцитов и СОЭ; биохимические показатели: с реактивный белок, СМП (280 нм, 254 нм и общий), оксипролин общий, связанный и свободный в сыворотке крови.

Исследования многократного внутрижелудочного действия препарата "Аспайк" и его кумулятивных свойств проводились на 24 белых крысах с массой тела 130-140 грамм в течении 1 месяца. При оценке кумулятивных свойств и хронической токсичности учитывалась малая токсичность препарата, установленная в остром эксперименте, а также предполагаемая длительность курса лечения (одноразовое внутрибрюшинное введение), поэтому выбран срок хронического эксперимента 1 месяц (в соответствии с методическими рекомендациями "Доклиническое изучение безвредности лекарственных средств"). Препарат Аспайк вводился в виде водной суспензии внутрижелудочно 3-м группам опытных белых крыс, разбитых на 4 группы в следующих дозах: 1 -ая группа 100 мг/кг м.т.; 2-ая группа - 50 мг/кг м.т.; 3-ья группа - 10 мг/кг м.т. ; 4-ая группа белых крыс из 6 особей служили контролем. Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, "норковый рефлекс", частота дыхания, активность щелочной фосфатазы, АСТ и АЛТ, содержание общего и прямого билирубина в сыворотке крови, гексеналовый сон. Исследования показателей проводили после завершения эксперимента.

За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации не выявлено, гибели животных не было. На коже местных изменений не обнаруживалось, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм охотно поедали, активны, адекватно реагировали на внешние раздражители. Динамика массы тела у белых крыс при многократном внутрижелудочном воздействии препаратом "Аспайк" представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика массы тела у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк".

Статистические показатели	Группы животных*			
	1	2	3	4
M	122	124	123	123
±m	3,0	2,3	2,6	2,0
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Примечание: * в таблице 5.6.1. и далее: 1 -ая группа - 100 мг/кг м.т.; 2-ая группа - 50 мг/кг м.т.; 3-ья группа - 10 мг/кг м.т.; 4-ая группа белых крыс служила контролем.

Результаты исследований показали, что прирост массы тела опытных животных от контрольных крыс не отличался.

Состояние "норкового рефлекса" у опытных и контрольных животных представлено на таблице 2.

Таблица 2.

Состояние "норкового рефлекса" у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк", (время измерения 3 минуты)

Статистические показатели	Группы животных			
	1	2	3	4
M	9	8	9	9
±m	0,6	0,6	0,4	0,6
P	0	>0,05	0	

Статистически значимых отличий по состоянию "норкового рефлекса" между опытными и контрольными животными не установлено.

Результаты подсчета частоты дыхания у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк" представлены на таблице 3., из которой видно отсутствие различий числа дыханий у опытных групп от контроля.

Выявление возможного цитолитического синдрома при хроническом воздействии изучаемого препарата проводилось по определению активности ферментов щелочной фосфатазы, АСТ и АЛТ в сыворотке крови экспериментальных животных. Данные этих показателей представлены в таблицах 4.- 5.

Полученные данные позволили сделать вывод о том, что препарат "Аспайк" не оказывает отрицательного эффекта на активность щелочной фосфатазы, АСТ и АЛТ в сыворотке крови, так как статистически достоверных изменений у животных опытной группы по сравнению с контрольными особями не наблюдалось.

Таблица 3.

Частота дыхания у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом «Аспайк», число в минуту

Статистические показатели	Группы животных			
	1	2	3	4
M	88,0	89,0	87,0	89,0
±m	1,6	2,0	1,9	2,6
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Таблица 4.

Активность щелочной фосфатазы в сыворотке крови у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк", ммоль/л.ч.

Статистические показатели	Группы животных*			
	1	2	3	4
M	0,44	0,43	0,45	0,42
±m	0,016	0,019	0,025	0,02
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Таблица 5.

Активность АСТ в сыворотке крови у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк", ммоль/л.ч.

Статистические показатели	Группы животных*			
	1	2	3	4
M	0,28	0,23	0,22	0,21
±m	0,01	0,01	0,01	0,01
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Таблица 6.

Активность АЛТ в сыворотке крови у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк", г.

Статистические показатели	Группы животных*			
	1	2	3	4
M	0,16	0,16	0,18	0,17
±m	0,008	0,014	0,008	0,01
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Показатели холестаза в крови (содержание билирубина прямого и билирубина общего) представлены в таблицах 7 и 8.

Таблица 7.

Содержание билирубина общего в сыворотке крови у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк".

Статистические показатели	Группы животных			
	1	2	3	4
M	3,21	3,16	3,16	3,19
±m	0,048	0,035	0,03	0,43
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Таблица 8.

Содержание билирубина прямого в сыворотке крови у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк".

Статистические показатели	Группы животных			
	1	2	3	4
M	1,15	1,13	1,14	1,11
±m	0,027	0,03	0,029	0,022
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Анализ полученных данных указывает на отсутствие статистически значимых изменений в содержании в крови билирубина как прямого, так и общего.

Динамика длительности гексеналового сна характеризует состояние гепатотоксическое влияния изучаемых веществ. Результаты исследований этого показателя представлены на таблице 9.

Таблица 9.

Состояние гексаналового сна у белых крыс после многократного внутрижелудочного воздействия препаратом "Аспайк".

Статистические показатели	Группы животных			
	1	2	3	4
M	25,7	26,0	26,0	25,8
±m	0,23	0,27	0,36	0,49
P	>0,05	>0,05	>0,05	

Из представленных в таблице данных следует, что препарат не обладает гепатотоксическим эффектом.

Выводы

Таким образом, проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических исследований позволяет сделать вывод о том, что препарат "Аспайк" не токсичное вещество, не обладающее кожно-резорбтивным, местно раздражающим действием на кожу и слизистые оболочки, при многократном хроническом воздействии на кожу не раздражает кожные покровы. Аспайк не вызывает сенсибилизации и анафилактогенной активностью не обладает. Препарат не обладает кумулятивным эффектом, а хроническое внутрижелудочное воздействие Аспайка в дозах 100 мг/кг м.т., 50 мг/кг м.т. и 10 мг/кг м.т. не вызывают интоксикации и гибели животных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Meuleman T, Schreinemacher MH, van Goor H et al. Adhesion awareness: a nationwide survey of gynaecologists. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013; 169: 353-9.
2. . Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society of Reproductive Surgeons. Fertil Steril 2013; 99 (6): 1550-5.
3. Mutsaer SE, Pr?le CM, Pengelly S et al. Mesothelial cells and peritoneal homeostasis. Fertil Steril 2016; 106 (5): 1018-24.
4. Van Baal JO, van de Vijver KK, Nieuwland R et al. The histophysiology and pathophysiology of the peritoneum. Tissue Cell 2017; 49 (1): 95-105.
5. Marshall CD, Hu MS, Leavitt T et al. Creation of Abdominal Adhesions in Mice. J Vis Exp 2016; 114.
6. Kulakov V.I., Adamian L.V., Mynbaev O. A. Posleoperatsionnye spaiki (etiologiia, patogenez i profilaktika). M.: Meditsina, 1998.
7. Arung W, Drion P, Cheramy JP et al. Intraperitoneal adhesions after open or laparoscopic abdominal procedure: an experimental study in the rat. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2012; 22: 651-7.
8. Rybalka A.N., Sulima A.N., Davydova A.A. i dr. Osobennosti ekspressii provospalitel'nykh tsitokinov v tkani tazovykh spaek u zhenshchin s khronicheskimi vospalitel'nymi zabolevaniiami organov malogo taza. Juvenis Scientia. 2016; 3: 29-31.
9. Sulima A, Davydova A, Litvinov V. Proinflammatory cytokines TNF-a and IL-1 in pelvic peritoneal adhesions of various etiology at reproductive age women. 32nd Annual Meeting of ESHRE. Helsinki, July 3rd - 6th, 2016. v. 31 (Suppl. 1). Helsinki, 2016; p. 463-4.
10. Ten Broek RP, Stommel MW, Strik C et al. Benefits and harms of adhesion barriers for abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2014; 383: 48-59.

Поступила 09.10. 2020

УДК 618.61: 616.728.2-002:615.472-089

ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ТОЧЕК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГЛОМЕРА

Хакимов А.Д.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии.

✓ ***Резюме***

Модифицированное устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями, позволяет точно определить между ними угол. Это позволяет центрировать точку премирования в истинной вертлужной впадине, для правильной установки вертлужного компонента. Всё это способствует повышению стабильности эндопротеза, дает возможность устранить болевой синдром и позволяет более ранно активизировать больного.

Ключевые слова: диспластический коксартроз, вертлужная впадина, точка премирования, эндопротезирование, тазобедренный сустав.

ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРГА ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ВАҚТИДА БУРЧАК ЎЛЧАГИЧ ЁРДАМИДА ЧАНОҚ-КОСАЧАСИГА ИШЛОВ БЕРИШ НУКТАСИНИ АНИҚЛАШ

Хакимов А.Д.,

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази.

✓ ***Резюме***

Ясси анатомик бурчак орасидаги юзани аниқлашда қўлланиладиган модификацияланган курилма улар орасидаги бурчакни аниқ ўлчашга имкон беради. Бу қурилма чаноқ косача компонентини тўғри ўрнатиш учун ишлов берилувчи нуқтанинг марказлашувига олиб келади. Буларнинг барчаси эндопротезнинг баркарорлашишига, оғриқли синдромни пасайишига ва беморларни эрта фаоллаштиришга имкон яратади.

Калит сўзлар: диспластик коксартроз, чаноқ-косачаси, ишлов бериш нуқтаси, бўкса бўғими, эндопротезлаш.

SPATIAL ORIENTATION OF THE POINTS OF DETERMINATION OF THE ACETABULUM DURING ENDOPROSTHETICS OF PATIENTS WITH DYSPLASTIC COXARTHROSIS USING A PROTRACTOR

Khakimov A.D.,

State Institution Republican specialized scientific and practical Medical Center of traumatology and orthopedics.

✓ ***Resume***

The modified device for measuring the angle between planar anatomical formations allows you to accurately determine the angle between planar formations, which allows you to center the reminement point in the true acetabulum for the correct placement of the acetabular component. All this contributes to an increase in the stability of the endoprosthesis, makes it possible to eliminate pain syndrome and makes it possible to activate the patient earlier.

Key words: dysplastic coxarthrosis, acetabulum, remission point, arthroplasty, hip joint.

Актуальность

Диспластический коксартроз (ДК)- как результат дисплазии тазобедренного сустава занимает ведущее место среди патологии опорно-двигательного аппарата. Значительная распространенность патологии, инвалидность больных трудоспособного возраста при отсутствии однозначных подходов к выбору метода лечения определяют постоянный интерес специалистов к ДК [1, 2, 4, 5, 8].

Эффективным методом лечения ДК является эндопротезирование тазобедренного сустава. По данным разных исследователей, доля диспластичекого коксартроза в структуре патологии, являющейся показанием к первичному эндопротезированию тазобедренного сустава, составляет 2-8 % [10], а среди пациентов в возрасте 30-45 лет достигает 29% [10].

Значительные анатомические изменения вертлужной впадины, проксимального отдела бедренной кости, мышечного корсета бедра и высокая физическая активность пациентов молодого возраста считаются основными причинами осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде при эндопротезировании тазобедренного сустава в условиях ДК.

Очевидно, что часть осложнений связана с проблемами имплантации вертлужного компонента эндопротеза, это оказывает значительное влияние на результаты вмешательства и вероятность развития нестабильности вертлужного компонента в послеоперационном периоде. Неслучайно некоторые исследователи эндопротезирование при ДК относят к слож-

ному и нестандартному эндопротезированию тазобедренного сустава [6, 9].

Поэтому детальное изучение закономерностей деформации вертлужной впадины при ДК с позиции эндопротезирования тазобедренного сустава и планирования вмешательства определяют актуальность этого направления.

Цель исследования: модифицированная методика измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями и для определения точки ремирования истинной вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе с применением угломера.

Материал и методы

В РСНПМЦ Травматологии и ортопедии было разработано и внедрено устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями. Устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями используют следующим образом.

Предварительно определяют на МСКТ угол градуса для ремирования истинной вертлужной впадины (от 40о до 60о). Настраивают устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями и для определения точки ремирования истинной вертлужной. На транспортире осевой мерной шкалой выводят необходимый угол, крепят его с помощью передвижной муфты транспортира винтом отверткой; и стерилизуют.

При оперативном лечении. В положении лежа на здоровом боку, под спинномозговой анестезией, трехкратно обрабатывают нижнюю конечность: от кончиков пальцев до гребня подвздошной кости, 2% раствором йода и спиртом. Разрез делается 8 см от верхушки большого вертела до верхней трети бедра. Рассекают послойно кожу, подкожную клетчатку и широкую фасцию бедра. Параллельно с этим, проводят тщательный гемостаз. Рассекают фасцию по ходу волокон, затем - сухожильную часть средней ягодичной мышцы от места прикрепления к большому вертелу, далее рассекают капсулу сустава. На латеральной и медиальной сторонах шейки бедра устанавливают два узких ретрактора "Hochman". Капсулу вскрывают. Ассистент проводит наружную ротацию с приведением бедра до полного вывиха головки бедра. После проводят распиливание маятниковой пилой шейки бедренной кости на уровне линии Адамса с удалением головки. Производят полное иссечение капсулы сустава.

Заранее простерилизованное в автоклаве устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями вставляют заостренным концом осевой мерной шкалы в нижний край вертлужной впадины. При этом стержень вставляют так, чтобы ось чашки эндопротеза было с поворотом кнутри до фронтальной плоскости, то есть угол антеверзии, максимально приближалась к нулю. Определив точку сверления стержень крепят передвижной стержневой муфтой и винтом на ней медицинской отверткой.

В место точки ремирования ставят метку с помощью шила. Устройство извлекают. После - начинают обработку вертлужной впадины, т.е. удаляют остатки круглой связки с помощью шаровых фрез, и остатков изменённого хряща до полного удаления. Определяют размер вертлужного компонента имплантата. В зависимости от размера вертлужной впадины пациента выбирают имплантат на один размер больше фрезы (например, если размер фрезы 50 мм, то размер устанавливаемой чашки имплантата составляет 52 или более мм, в зависимости от минеральной плотности костной ткани (МПКТ) вертлужной впадины).

Далее устанавливают вкладыш. Ногу ротируют кнаружи. Бедренный канал с помощью развертки и рашпиля готовят к протезированию. Полым остеотомом и рашпилем проводят обработку канала бедренной кости с соблюдением направления оси бедра и антеверзии в 15°. По окончании формирования канала, при необходимости, надевают примерочные шейку и головку имплантата для измерения положения бедренного компонента и длины нижней конечности. После примерки устанавливают ножку и головку эндопротеза, проводят окончательное вправление головки. Проводят проверку стабильности эндопротеза и объёма пассивных движений конечности. Во время операции производят гемостаз, тщательный туалет раны с дренированием полимерной трубкой. На рану послойно накладывают швы, а затем - асептическую повязку.

Устройство апробировано (определение точки ремирования истинной вертлужной впадины) на 22 больных с диспластическим коксартрозом с положительным результатом.

Результат и обсуждения

В качестве наглядности приводим следующий пример:

Больной Т., 1967 года рождения, история болезни № 652, поступил в отделение 29.01.2019 г., с диагнозом: Левосторонний диспластический коксартроз III ст., ФНС II, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Больной оперирован 31.01.2019 г.

Угол градуса истинной вертлужной впадины, определенный на МСКТ - (45о), выведен на транспортире осевой мерной шкалой и закреплен с помощью передвижной муфты транспортира винтом отверткой. После проведена обработка вертлужной впадины, т.е. удалены остатки круглой связки и изменённого хряща с помощью шаровых фрез.

Определен размер вертлужного компонента имплантата, установлены бесцементный вертлужный компонент (№48) и вкладыш. Полым остеотомом и рашпилем проведена обработка канала бедренной кости с соблюдением направления оси бедра и антеверзии в 15°.

Бедренный канал с помощью развертки и рашпиля подготовлен к протезированию. В бедренный канал установлены бесцементная ножка (Zimmer №5), головка (28+3.5). Произведены вправление эндопротеза, тщательный туалет раны, гемостаз.

Движения в тазобедренном суставе в полном объеме, длина восстановлена. Оставлена полимерная трубка для дренирования. На рану наложены послойные асептические швы, асептическая повязка.

На четвертые сутки разрешено частичная нагрузка ногу с помощью костылей. Швы сняты на 18 день после операции. Больной выписан 12.02.2019 г. в удовлетворительном состоянии.

Ближайшие результаты лечения в сроки до 6 месяцев после операции изучены у 22 больных. При этом

больные вели активный образ жизни, передвигались без дополнительной опоры отсутствовал болевой синдром, но допускались небольшие анатомическими нарушениями, существенно не влияющими на функцию конечности в виде укорочения конечности в пределах 1-1,5 см, ограничение движений в тазобедренном суставах в пределах не более 10 градусов.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 2 лет после операции изучены у всех больных. При изучении главное внимание обращали на бытовую и производственную активность и опорную функцию конечности. Хороший результат отмечен в 95,5% случаев, тогда как удовлетворительный в 4,5%.

Таким образом, устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями не травматично, удобно и просто в использовании. Позволяет точно определить угол между плоскостными образованьями и точку ремирования в истинной вертлужной впадине для централизации вертлужного компонента у больных диспластическим коксартрозом. Всё это способствует уменьшению болевого синдрома, повышению стабильности эндопротеза и более ранней активизации больных. Рекомендуется к широкому использованию в практической медицине.

Выводы

1. Модифицированная методика измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями и для определения точки ремирования истинной вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе позволяет точно определить между ними угол.

2. Угломер позволяет центрировать точку ремирования в истинной вертлужной впадине, для правильной установки вертлужного компонента. Всё это способствует повышению стабильности и продлевает срок службы эндопротеза, дает возможность устранить болевой синдром и позволяет более ранно активизировать больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кавалерский Г.М., Середа А.П., Мурылев В.Ю., Рукин Я.А., Гаврилов А.В., Архипов И.В. и др. 2D-планирование эндопротезирования тазобедренного сустава. Травматология и ортопедия России. 2015;(4):95-102.
2. Садовой М.А., Павлов В.В., Базлов В.А., Мамуладзе Т.З., Ефименко М.В., Аронов А.М., Панченко А.А. Возможности 3d-визуализации дефектов вертлужной впадины на этапе предоперационного планирования первичного и ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2017;3:37-42.
3. Berninger M.T., Hungerer S., Friederichs J., Stuby F.M., Fulghum C., Schipp R. Primary Total Hip Arthroplasty in Severe Dysplastic Hip Osteoarthritis With a Far Proximal Cup Position. J Arthroplasty. 2019; 34(5): 920-925.
4. Eskildsen S.M., Wilson Z.J., McNabb D.C., Olcott C.W., Del Gaizo D.J. Acetabular Reconstruction With the Medial Protrusio Technique for Complex Primary and Revision Total Hip Arthroplasties. J Arthroplasty. 2017; 32(11):3474-3479.
5. Komiyama K., Nakashima Y., Hirata M., Hara D., Kohno Y., Iwamoto Y. Does High Hip Center Decrease Range of Motion in Total Hip Arthroplasty? A Computer Simulation Study. J Arthroplasty. 2016;31(10):2342-2347.
6. Ling T.-X., Li J.-L., Zhou K., Xiao Q., Pei F.-X., Zhou Z.-K. The Use of Porous Tantalum Augments for the Reconstruction of Acetabular Defect in Primary Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2018;33(2):453-459.
7. Montalti M., Castagnini F., Giardina F., Tassinari E., Biondi F., Toni A. Cementless Total Hip Arthroplasty in Crowe III and IV Dysplasia: High Hip Center and Modular Necks. J Arthroplasty. 2018; 33(6):1813-1819.
8. Rowan F.E., Benjamin B., Pietrak J.R., Haddad F.S. Prevention of Dislocation After Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2018;33(5):1316-1324. doi: 10.1016/J.ARTH.2018.01.047.
9. Zeng W.-N., Liu J.-L., Jia X.-L., Zhou Q., Yang L., Zhang Y. Midterm Results of Total Hip Arthroplasty in Patients With High Hip Dislocation After Suppurative Hip Arthritis. J Arthroplasty. 2019;34(1):102-107.
10. Zha G.-C., Sun J.-Y., Guo K.-J., Zhao F.-C., Pang Y., Zheng X. Medial Protrusio Technique in Cementless Total Hip Arthroplasty for Developmental Dysplasia of the Hip: A Prospective 6- to 9-Year Follow-Up of 43 Consecutive Patients. J Arthroplasty. 2016;31(8):1761-1766.

Поступила 09.10. 2020

УДК:613.63:622.831.3

ТОҒ-КОН САНОАТИ ИШЧИЛАРИНИНГ САЛОМАТЛИГИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БОШҚАРИШГА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ

Маматкулов Б., Абдурахимов Б.А.,

Тошкент тиббиёт академияси.

✓ ***Резюме***

Тадқиқот мақсади: Олмалиқ кон-металлургия комбинати ишчиларининг саломатлигини, хавф омилларини чуқур ўрганиш ва уларни яхшилаш, хавф омиларини олдини олиш бўйича тизимли комплекс чора-тадбирлар ишлаб чиқиш.

Материал ва тадқиқот услублари: Ўзбекистон металлургия саноати ўз мавқеини йилдан-йилга мустаҳкамлаб бормоқда. Негаки, қудратли минерал-хомашё базаси ва тоғ-кон саноати корхоналарининг мавжудлиги туфайли мамлакатимиз Марказий Осиё минтақасида қора ва рангли металл ишлаб чиқариш бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ўзбекистон металлургия комбинати мамлакатимиз металлургия саноатининг энг илғорларидан ҳисобланади. Хусусан, ушбу соҳада Ўзбекистон рангли металлургиясининг байроқдори Олмалиқ кон-металлургия комбинати (КМК)да 40дан ортиқ миллат ва элат вакиллари бўлган 40 минг нафарга яқин кончи-металлурглар меҳнат қилишади. Шунинг учун металлургия саноати ишчилар саломатлигини ўрганиш долзарб муаммолардан ҳисобланади. Ўзбекистон Республикаси Олмалиқ КМК да ишлайдиган ишчиларнинг меҳнат шароитлари, турмуш тарзи ва саломатлик ҳолатини ўрганиш учун биз кўп босқичли танлаб олиш усили (кластер, кетма-кет танлаш)дан фойдаланилди. Тадқиқот 2017-2020 йиллар учун морбидлик бўйича материалларни ўз ичига олган.

Калит сўзлар: умумий касалланиш, касалланиш, нозологик шакллар, хавф омиллари, ногиронлик, металлургия саноати ишчилари.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЕМ И ФАКТОРАМИ РИСКА РАБОЧИХ ГОРНОДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Маматкулов Б., Абдурахимов Б.А.,

Ташкентская медицинская академия.

✓ ***Резюме***

Цель исследования - Углубленное изучение состояния здоровья, факторов риска и их улучшения, разработка системных мероприятий по профилактике факторов риска работников Алмалыкского горно-металлургического комбината.

Материал и методы: Металлургическая промышленность Узбекистана из года в год укрепляет свои позиции. Ведь благодаря наличию мощной минерально-сырьевой базы и горнодобывающих предприятий наша страна занимает одно из ведущих мест по производству черных и цветных металлов в Центральной Азии. Узбекский металлургический комбинат является одним из самых передовых в металлургической промышленности страны. В частности, около 40 тысяч горняков и металлургов из более чем 40 национальностей и этнических групп работают на Алмалыкском горно-металлургическом комбинате (ГМК), знаменосце цветной металлургии в Узбекистане. Поэтому изучение здоровья работников металлургической промышленности является одной из актуальных проблем. Для изучения условий труда, образа жизни и состояния здоровья работников, работающих в Алмалыкском ГМК Республики Узбекистан, был использован метод многоступенчатого отбора (типологический, кластерный отбор). Исследование включало материалы по заболеваемости для 2017-2020 гг.

Ключевые слова: заболеваемость, структура заболеваемости, нозологические формы, факторы риска, инвалидность, рабочие металлургической промышленности.

A SYSTEMATIC APPROACH TO MANAGING THE HEALTH AND RISK FACTORS OF MINING INDUSTRY WORKERS

Mamatkulov B., Abdurakhimov B.A.,

Tashkent Medical Academy.

✓ ***Resume***

The purpose of the study is an in-depth study of the state of health, risk factors and their improvement, the development of systemic measures for the prevention of risk factors for employees of the Almalyk mining and metallurgical plant.

Materials and methods: the Metallurgical industry of Uzbekistan is strengthening its position from year to year. After all, due to the presence of a powerful mineral resource base and mining enterprises, our country occupies one of the leading places in the production of ferrous and non-ferrous metals in the Central Asian region. The Uzbek metallurgical plant is one of the most advanced in the country's metallurgical industry. In particular, about 40 thousand miners and metallurgists from more than 40 nationalities and ethnic groups work at the Almalyk Mining and Metallurgical Combine (MMC), the standard-bearer of non-ferrous metallurgy in Uzbekistan. Therefore, the study of the health of workers in the metallurgical industry is one of the most urgent problems. To study the working conditions, lifestyle and health status of employees working in the Almalyk MMC of the Republic of Uzbekistan, the method of multi-stage selection (typological, cluster selection) was used. The study included materials on morbidity for 2017-2020.

Keywords: morbidity, structure of morbidity, nosological forms, risk factors, disability, workers of the metallurgical industry.

Долзарблиги

Бугунги кунда жаҳон миқёсида ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда ишлаб чиқаришнинг ривожланиши, экспорт салоҳиятини ортиши, модернизация қилиш натижасида корхоналарнинг рақобатбардошлилиги ва самарадорлигини ортиши ушбу корхоналарда ишловчи аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш масаласи тиббиётнинг ҳал қилиниши лозим бўлган муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Аммо шунга қарамасдан сурункали касб касалликларини биринчи бор аниқланиш сони Ўзбекистонда бошқа давлатларга нисбатан сезиларли даражада пастлиги: АҚШга нисбатан - 188, Озарбайжонга нисбатан - 50, Японияга нисбатан - 34, Россияга нисбатан - 14 ва Белорусияга нисбатан - 3,5 марта камлиги аниқланган [4, 8].

Мамлакатнинг иқтисодий ривожланиши ва миллий хавфсизлигини белгилайдиган жамиятдаги энг муҳим ишлаб чиқарувчи куч сифатида меҳнатга лаёқатли аҳоли саломатлигини ҳимоя қилиш ва рағбатлантириш давлатнинг енг муҳим ва устувор муаммоларидан биридир [1, 2]. Замонавий иқтисодий шароитда саноат корхоналари ходимларига тиббий ёрдам кўрсатиш янада мураккаблашди [3, 5]. Тоғ-кон саноати ишчиларининг меҳнат шароитлари зарарлиги юқори бўлганлиги туфайли касбий касалланишни ва касбий хавфни баҳолаш муаммоси алоҳида аҳамиятга эга. Бироқ, сўнгги тадқиқотлар касбий касалланишнинг рўйхатга олинган даражаларининг унчалик ишончли эмаслигини кўрсатади, бу еса касбий хавфларни баҳолаш учун улардан фойдаланишни қийинлаштиради [9, 11].

Ўзбекистон тоғ-кон-металлургия саноати ўз мавқеини йилдан-йилга мустаҳкамлаб бормоқда. Негаки, қудратли минерал-хомашё базаси ва тоғ-кон саноати корхоналарининг мавжудлиги туфайли мамлакатимиз Марказий Осиё минтақасида қора ва рангли металл ишлаб чиқариш бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди [6, 7]. Шунинг учун хам корхоналардаги ишчиларнинг меҳнат самарадорлигини ошириш ундаги меҳнат шароити ва албатта ишчиларнинг саломатлик ҳолати билан узвий боғлиқдир. Бу эса саноат корхоналари ишчиларига кўрсатилаётган тиббий хизматни янада яхшилаш вазифаларини қўяди.Ўзбекистонда касб касалликларининг олдини олиш бўйича ёндошувлар айрим камчиликларга эга, яъни ҳозирги кунгача ишчилар саломатлигига таъсир этувчи ҳавф омилларини баҳоловчи прогностик жадвал ишлаб чиқилмаган; иш шароитларини оптималлаштириш, ишчиларнинг саломатлигини яхшилаш бўйича илмий асосланган комплекс чора-тадбирлар ишлаб чиқилмаган[8, 10]. Юқоридагилар ушбу мавзуни хозирги кунда ўта долзарблигини ва заруратини кўрсатади.

Тадқиқот мақсади - Олмалиқ кон-металлургия комбинати ишчиларининг саломатлигини, хавф омилларини чуқур ўрганиш ва уларни яхшилаш, хавф омиларини олдини олиш бўйича тизимли комплекс чора-тадбирлар ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар

Тадқиқот объектлари сифатида Олмалиқ кон-металлургия комбинати (ОТМК) танланди. Ўзбекистон Республикаси Олмалиқ КМК да ишлайдиган ишчиларнинг меҳнат шароити; турмуш тарзи; меҳнат шароити синфлари ва хавф омиллари; иш вақти хронометражи; ишловчилар касалланиши, овқатланиши ва касбий хавф кўрсаткичлари ўрганиш учин биз кўп босқичли танлаб олиш усили (типологик, кластер танлаш)дан фойдаланилди. Тадқиқот 2017-2020 йй учун морбидлик бўйича материалларни ўз ичига олган. Тадқиқот материалларини йиғиш, ишлов бериш ва таҳлил қилиш жараёнида замонавий: эпидемиологик, ижтимоий-гигиеник, социологик, хронометраж, санитария-статистик, эксперт баҳолаш усуллари қўлланилди.

Натижа ва муҳокама

2017-2020 йиллар даврида ОТМК ишчиларининг саломатлиги натижалари таҳлил қилинди. Тошкент вилояти меҳнатга яроқли аҳоли назорат гуруҳи сифатида танланди. ОТМК корхонасининг ўсиши 1%. Касалланиш таҳлилида ишчилар касалланиши 26,5%га назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 6,2 эканлиги қайд қилинди. Корхонада ишлайдиганларнинг ўлим сабаблари таркибида деярли ярми (48%) жароҳат ва заҳарланиш, таққослаш учун олинган ҳудудларда уларнинг улуши 33 ва 37%ни ташкил қилган. Тошкент вилояти меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида онкологик касалликлар улуши 12%, ишчилар орасида 17%, бу 9% га юқори.

ОТМК ишчиларининг асосий ногиронлик даражаси меҳнатга лаёқатли аҳолидан юқори кўрсаткични ташкил этди. Унинг сабаблари таркибида онкологик касалликларнинг даражаси қайд этилди: 21,3% ва назорат гуруҳида 15,7% (1-жадвал).

Жадвал 1

Ишчилар саломатлик кўрсаткичлари

Тадқиқот объекти	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Бирламчи ногиронлик кўрсаткичи (10000 ишчига)			
ОТМК	55,7	46,6	45,19
Назорат гуруҳи	50,3	48,9	41,3
Касб касаллари (10000 ишчига)			
ОТМК	20,5	17,6	7,98
Назорат гуруҳи	3,94	5,2	2,92

Касб касалликларга чалинган беморларнинг тақсимланиши 2-жадвалда келтирилган. Бу беморлар ичидан энг катта гуруҳни 51-60 ёшдагилар ташкил этди (2-жадвал).

Ишчиларда касб касалликлари ривожланишида иш муддатининг аҳамияи катта. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики. Иш стажи-10 йилгача- 10,0%, 20 йилгача - 30,4%, 20 йилдан ортиқ - 59,6%ни ташкил этди.

Олмалиқ тоғ металлургия комбинати ишларнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик (ВМЛ) дан касаллнишини ўрганиш натижалари 3-жадвалда келтирилган.

Жадвал 2

ОТМК касб касалликлари билан касалланганларнинг ёш бўйича тақсимланиши

Ёши	31-40	41-50	51-60	60 ёшдан катта
Касб касалликлари %	3,4%,	28,9%,	50,5%,	17,2%.

Касалликнинг даражаси ва струтурасини, шунингдек, айрим етакчи нозологик шаклларни алоҳида-алоҳида ўрганиш ва таҳлил қилиш ишлаб чиқариш ва тадқиқот даврларида ҳам ўртача кўрсаткичлар бўйича амалга оширилиши тадқиқотнинг репрезентативлигини ошириш имконини беради.

Жадвал 3

Ишчиларнинг ВМЛдан касалланиш кўрсаткичлари (100 та ишчига нисбатан)

	Ўртача
Ҳодисалар сони	136,5
ВМЛ кунлари	1931,0
1 та ходисанинг ўртача давомийлиги	14,1

Вақтинчалик ногиронлик билан касалланиш структурасини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, барча ишларнинг 74,1% ва барча иш қобилиятининг 66,3% дан кўпроғи 5 касаллик синфларига тўғри келади: нафас олиш органлари, асаб тизими ва ҳиссий органлар, мушаклар-скелет тизими, овқат ҳазм қилиш органлари, қон айланиш тизими.

Иш тажрибасининг ошиши билан салбий ишлаб чиқариш омиллари таъсири остида ишлайдиган ходимларнинг касалланиш даражаси ошади.

Тез-тез ва узоқ муддатли касал бизнинг тадқиқотлар барча ишчилар сони 12,3% ташкил этди, лекин улар барча ҳолларда 37,7% ва ногиронлик барча кунларнинг 56,7%и қайд этилган. Касалликнинг ҳар бир класси учун тез - тез ва узоқ касаллланувчилар ўзига хос вазнини аниқлаш энг муҳим, бу кўрсаткичлар бундай жароҳат ва заҳарланиш, ўсмалар (100% касал), қон айланиш тизими касалликлари (63,9% касал), қон касалликлари (55,5%), юқумли ва паразитар касалликлар (46,1% касал), мушак-скелет тизими касалликлари (45% касал) каби касалликлар синфлардан иборат. Шундай қилиб, узоқ ва тез-тез касалликлар асосан нафас олиш тизими касалликлари, қон айланиш тизими, травма ва заҳарланиш, мушак-скелет тизими касалликлари ва бириктирувчи тўқима, асаб тизими ва ҳиссий органлар томонидан ҳосил бўлади.

Хулоса

Демак, Олмалиқ тоғ-кон-металлургия саноати ишчилари саломатлиги ва касалланишини ўрганишда қуйидаги хулосаларга келтириб чиқарди:

1. ОТМК да ишлайдиган ишчиларнинг касалланиш даражаси 135,8 ҳолат ва 1871,1 иш куни учун 100 кун бўлиб, бу касалликнинг юқори эканлигини баҳолашга имкон беради. Касалланишларнинг асосини 5 та синф касалликлари ташкил этади: Нафас олиш тизими, асаб тизими, мушак-скелет тизими, овқат ҳазм қилиш тизими ва қон айланиш тизими касалликлари.

2. Касалланиш кўрсаткичлари сезиларли ёшга боғлиқлиги аниқланди. Касалланишнинг энг юқори даражаси 25 ва 50 ёшдан юқори бўлган ёшда кузатилади. Касалликнинг ёш хусисиятлари касбий маҳорат, малакаси ва даражаси ва ишчиларнинг ёши билан боғлиқ.

3. ОТМК ходимларининг оптимал меҳнат шароитларини яратиш мақсадида ишлаб чиқариш технологияси ва ускуналари, жумладан, меҳнат жараёнини автоматлаштириш ва механизациялаш, иш ўринларини рационализация қилиш, қулай микроиқлим шароитларини яратиш, меҳнатнинг кескинлиги ва монотонлигини камайтириш зарур.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Агаджанян В.В., Красулина Г.П. и др. // Влияние запыленности воздуха на патологию органов дыхания у шахтеров Кузбасса и пути профилактики //Сибирский стандарт жизни: экология, образование, здоровье: Матер. науч.-практ. конф. - Новосибирск, 2007. - С. 96-99.
2. Адепинская Е.Е. // Особенности совершенствования методов диагностики при нейросенсорной тугоухости у шахтеров Восточного Донбасса // Бюллетень Научного совета "Медико-экологические проблемы работающих" - М., 2005. - №2. - С. 53-55.
3. Ибрагимова Г.З., Шамансурова Х.Ш., Хаширбаева Д.М. // Оценка рисков здоровью работников, меры по их предотвращению и контролю Гигиенические аспекты охраны окружающей среды, укрепление здоровья и благополучие населения - приоритетные направления здравоохранения Узбекистана / / Сб. науч. тр. науч.-практ. конф. с междунар. участием. - Ташкент, 2014. - С. 76-78.
4. Измеров Н.Ф., Гловокова Н.П. и др. // Современные проблемы медицины труда в горнодобывающей промышленности / / Медико-экологические проблемы здоровья работающих: Бюлл. науч. совета. - 2004. - №1. - С. 41-45.
5. Измеров Н.Ф., Денисова Э.И. // Профессиональный риск для здоровья работников // Руководство - М.: Тровант, 2003. - 448 с.
6. Исмаилова А.А. // Оценка здоровья горнорабочих и молодых специалистов, осваивающих горные профессии // Медицина труда и промышленная экология. - М., 2003. - №10. - С. 39-42.
7. Кривошеева С. С., Поздняк А. О., Ангикова Л. И. // Влияние условий труда в производстве синтетического каучука на здоровье рабочих // Гиг. и сан. - 2001. - С.47-49.
8. Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра. - Ташкент, 2000.
9. Онищенко Г.Г. // Концепция риска и ее место в системе социально- гигиенического мониторинга (проблемы и пути решения) // Вестник РАМН. - М., 2005. - №2. - С. 27-33.
10. Самигова Н.Р. и др. // Касбларни физиологик ва гигиеник паспортизациялаш, иш жойларини аттестацияси ва профессиограмма тузиш // Метод пособие. - Ташкент, 2004. - 12 с.
11. Ciolli A.// The medical resident working hours debate: a proposal for private decentralized regulation of graduate medical education. // Yale J Health Policy Law Ethics -2007 -Winter; Vol. 7 (1), P. - 175-228.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616-001.511:616.8-091.931

КЎЗ КОСАСИ ВА КЎЗ ОЛМАСИ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Агзамова С.С[1]., Хикматов М. Н.[1], Хакимова З.К.[2],

[1]Тошкент давлат стоматология институти,
[2]Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази.

✓ ***Резюме***

Ушбу тадқиқотнинг мақсади скулоорбитал шикастланиши бўлган беморларда офталмологик ва клиник-инструментал текширувининг зарур ҳажмини аниқлаш эди. Тодқиқотга 35 нафар бемор (35 кўз) киритилган. Асосий гуруҳ 20 бемор (20 кўз) дан, назорат гуруҳи эса 15 бемор (15 кўз) дан иборат. Скулоорбитал жароҳатланган беморларни кенг қамровли даволаш, бизнинг тавсия этилган услубимизга кўра, даволаш патогенетик жиҳатдан оқланганлигини кўрсатади, чунки у гемодинамик параметрларни сезиларли даражада яхшилайди, хориоретинал ишемия даражасини пасайтиради ва даволашдан кейин 3 ой ичида кўриш ўткирлигини оширади. Кенг қамровли даволанишни жароҳатлардан кейин эрта бошлаш керак. Комплекс даволаш, скулоорбитал шикастланишларда ТОНнинг ривожланишини олдини олишга ёрдам беради.

Калит сўзлар: скулоорбитал жароҳатлар, ультратовушли офтальмодопплерография, травматик оптик нейропатия.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ОРБИТЫ И ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Агзамова С.С[1]., Хикматов М. Н.[1], Хакимова З.К.[2],

[1] Ташкентский государственный стоматологический институт,
[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

✓ ***Резюме***

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности лечения гемодинамических нарушений у пациентов со скулоорбитальными повреждениями. В исследование были включены 35 пациентов (35 глаз). Основную группу составили 20 больных (20 глаз), в контрольную группу вошли 15 больных (15 глаз). Комплексное лечение больных со скулоорбитальными травмами по предложенной нами методике выявило, что лечение является патогенетически обоснованным, так как достоверно улучшает гемодинамические показатели, снижает уровень хориоретинальной ишемии и повышает показатели остроты зрения в течение 3 месяцев после лечения. Комплексное лечение необходимо начинать на ранних сроках после травмы. Комплексное лечение способствует профилактике прогрессирования ТОН при скулоорбитальных травмах.

Ключевые слова: скулоорбитальные травмы, ультразвуковая офтальмодопплерография, травматическая оптическая нейропатия.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY PATIENTS WITH CLOSED TRAUMA OF THE ORBIT AND EYEBALL

Agzamova S.S.[1], Hikmatov M.N.[1], Hakimova Z. K.[2],

[1]Tashkent State Dental Institute,
[2]Professional Development Centermedical professionals.

✓ ***Resume***

The aim of this study was to determine the necessary volume of ophthalmological and clinical-instrumental examination in patients with sculoorbital lesions. The study included 35 patients (35 eyes). The main group consisted of 20 patients (20 eyes), the control group consisted of 15 patients (15 eyes). Comprehensive treatment of patients with sculoorbital injuries according to our proposed methodology revealed that the treatment is pathogenetically justified, as it significantly improves hemodynamic parameters, reduces the level of chorioretinal ischemia and increases visual acuity within 3 months after treatment. Comprehensive treatment should be started early after an injury. Complex treatment contributes to the prevention of progression of TON in case of scoliotic orbital injuries.

Key words: sculoorbital injuries, ultrasound ophthalmodopplerography, traumatic optic neuropathy.

Долзарблиги

36,6-38,1% ҳолатларда кўз олмасининг жароҳати, орбита девори суяклари синиши билан бирга учрайди [1]. Кўз косасига етказилган зарарнинг 66% да кўз олмаси ва унинг ёрдамчи аъзолари зарарланади. Бош мия жароҳатларида кўрув нервининг шикастланиши 0,5-5%, краниоорбитал шикастланиш 11,2% ҳолатда учрайди [3]. Яноқ орбита жароҳатларининг 50% ҳолатларида травматик оптик нейропатия (ТОН) кўришни доимий йўқолишига олиб келиши мумкин [5,6].

Кўп офталмологлар асосий эътиборни кўз олмасининг шикастланишига қаратадилар, шу билан бирга орбита суклари шикастланишлари ўз вақтида аниқ-

ланмайди. Кеч диагностика қилиш функционал ва косметик нуқсонга, орбитанинг йирингли ялиғланиш касалликларига олиб келади.

Ҳозирги вақтда автомобиллар сонини, жиноий жароҳатларни, техноген фалокатларнинг сонини ошиши билан боғлиқ, орбитанинг комбинирланган ва мураккаб жароҳатларига нейрохирурглар, офтальмологлар ва юз жағ жарроҳлари кўпрок ёрдам кўрсатиши керак.

Кўпинча мутахасисиларнинг ҳар бири ўзининг тор вазифаларини ҳал қилади, натижада даволаш бир неча босқичларга бўлинади ва узоқ вақтни талаб этади.

Бундай беморлар одатда офтальмологларга шикастланиш пайтидан бошлаб бир неча ҳафта ёки бир неча ой ўтгач мурожат қилишади. Кўп кузатиладиган клиник офтамологик симптомлар: гематома, шиш, қовоқ шикастланишлари, субконюктивал қон қуйилишлар, конюктива хемози, кўриш функциясининг бузилиши, кўриш ўткирлигининг пасайишидан ёруғлик сезиш йўқолишигача, диплопия, энофтальмдир. Кеч ташхислаш функционал ва косметик нуқсонларга олиб келади.

Ҳозирги вақтда бош мия жароҳатларида ёноқ-орбитал шикастланишларнинг офтальмологик белгиларини эрта аниқлаш масаласи очиқ қолмоқда. Уларни ўз вақтида ва нотўғри бартарф этиш кўриш органининг функцияларини бузилишига олиб келиши мумкин.

Кўз ва орбита қисмлари жароҳатларини ташҳислашда кенг қўлланиладиган ультратовуш текшируви, нафақат жароҳат локализациясини ва оғирлик даражасини, балки кўзнинг регионар гемодинамик ҳолатини ҳам баҳолайди. Шу билан бирга, адабиётларда енгил ва ўртача оғирликдаги ёпиқ кўз жароҳатларида, кўз томирларида қон оқимини бузилишини ташҳислашда замонавий ультратовуш усулининг аҳамияти ҳақида маълумот йўқ.

Шу нуқтаи назардан, юз жағ жарроҳлари ва бошқа тегишли мутахасислар билан биргаликда эрта ташҳислашга қаратилган текширув усуллари, скуло-орбитал жароҳат диагностикаси ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш, асоратларини, кўришнинг тўлиқ йўқолиши ва ногиронликни олдини олиш, эффеэктив реабилитация қилишга қаратилган долзарб ва асослидирдир.

Мақсад: Яноқ орбитал шикастланган беморларда гемодинамик бузилишларни даволаш самарадорлигини аниқлаш

Материал ва метод

2018-2019 йилда 35 та бемор (35 та кўз) кўрилган. Улардан 15 (15 та кўз) нафари офтальмолог маслаҳати учун Тошкент тиббиёт академиясининг (ТМА) кўп тармоқли клиникаси маслаҳат поликлиникасига, 20 (20 та кўз) Тошкет давлат стоматология институти клиникасининг катталар юз-жағ жарроҳлиги бўлимига мурожат қилишган.

Беморлар ўртача ёши 19 дан 45 (ўртача ёш 32±4) гача, эркаклар 32 (91,4%), аёллар 3 (8,5%). Барча беморлар меҳнатга яроқли. Беморлар олиб бориладиган давога боғлиқ ҳолда икки гуруҳга бўлинди.

Биринчи асосий гуруҳни юз жағ жарроҳлари томонидан орбитанинг бирламчи қайта тиклаш амалиёти бажарилган 20 та бемор (20 та кўз) ташкил этади. Офтальмологик кўрик бемор қабул қилинган куни, қайта тиклаш амалиёти бажарилгандан кейинги кун ва ананавий консерватив даво Мексидол 50 мг (этилметилгидроксипиридинасукцинат 100,0 - 0,9% натрий хлорда эритиб) венага томчилаб 10 кун, Кортексин 10 мг (лиофилизат 0,5% 0,5 мл новокаинда эритиб) 0,5 мл дан парабулбар 10 кун ўтказилди.

Иккинчи назорат гуруҳни орбитанинг бирламчи қайта тиклаш амалиёти бажарилган 15 та бемор (15 та кўз) ташкил этади. Беморлар қабул қилинган кун офтальмологик кўригидан ўтказилган. Амалиётдан кейин офтальмолог томонидан қўшимча ананавий консерватив даво буюрилмаган (бемор фақат юз жағ жарроҳи томонидан буюрилган муолажаларни олган).

Даво тактикасини аниқлаш ва динамикасини кузатишда офтальмолог, юз жағ жарроҳи, отоларинголог, невропатолог қатнашди.

Орбита анатомик структурасини тиклаш учун "Conmet" титанли минипласт, Аллоплант биоматериали ишлатилди. 26 та беморда қайта тиклаш амалиёти 2-3 босқичда ўтказилди. Натижалар охирги амалиётдан 6-8 ой кейин антропометрик текширувлар, юзни фоторегистрация қилиш, асимметрик индексини ҳисоблаш орқали баҳоланди.

Икки гуруҳ барча беморларининг кўриш функцииси амалиётгача, даводан сўнг 10-кун, 1 ва 3 ой текширилди. Комплекс текширувда визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия ва безконтакт тонометрия, шу билан бирга нур ташҳислаш усуллари: бош суяги, орбита рентгенографияси (ROOM-20M), икки ўлчовли ультратовуш текшируви - УТТ (A/BSCAN-HUMPREY-837), ультратовушли офталмодопплерография (УТОДГ), компютер томографияси-КТдан фойдаланилди.

Рентгенография натижалари орқали фақат орбита девор суяклари синиши белгилари аниқланди. 35 та бемордан 11 (8%)тасида бирламчи кўрикда ва рентгенографияда орбита девори суклари синиш белгилари аниқланмади. КТ текшируви эса 35 (100%) беморда орбита суклари ва юмшоқ тўқималар тузилмалари ҳолатини батафсил аниқлаш имконини берди. 35 та беморда орбита пастки деворининг синиши аниқланди, улардан 23(37%) изолцияланган, ички девор синиши билан қўшилган 7(54%), ташқи девор билан - 5(9%).

Даволашнинг, кўз микроциркуляцияси ҳолатига таъсирини баҳолаш учун биз, барча беморларда кўз олмасида қон айланишининг хусусиятларини ўргандик.

Кўз артериясининг гемодинамик хусуситларини аниқлаш учун биз ултратовушли офталмодоплерография (УТОДГ) текширувидан фойдаландик, у PHILIPS HD11XE эксперт синф узлуксиз (ёки импулсли) режимда 4 ва 8 МГц радиацион частотали чизиқли датчик ёрдамида ультратовуш тизимида бажаради.

Натижа ва таҳлил

Йиғилган шикоятлар шуни кўрсатадики, диплопия 15 та беморда, кўз олмасини ҳаракатини чегараланиши 7 та беморда, кўз ости соҳасида парестезия ҳолати 35 та беморнинг барчасида кузатилди.

Кўз ички босимининг травмадан кейин биринчи кун ошиши характерли, асосан орбита ички девори қўшилиб синган беморларда (10,5% ҳолат 1-гуруҳда ва 26,5% ҳолат 2-гуруҳда). Офтальмотонуснинг нормаллашиши травмадан 7-9 кундан кейин кузатилди.

Яноқ орбита шикастланган барча беморларда биринчи кунда кўз олдинги қисм зарарланиш симптомлари (конюктива гиперемияси, субконюнктивал қон қуюлиш ва шох парда шиши) кузатилди, травмадан 14 кундан сўнг симптомлар йўқолди. Кўзнинг биомикроскопик тиниқ қисмлари потологик ўзгаришларсиз. Яноқ орбита шикастланган беморларда эрта травмадан кейин кўз тубида тўр парда артерияларини торайиши (48,7% ва 64,7% мос равишда), тўр парда ишемиси (43,4% ва 48,8%) кузатилди. Ўтказилган терапевтик муолажалардан фонида кўп беморларда тўр парда ишемиси травмадан бир ҳафтадан кейин йўқолди, фақат 5 (14,7%) та назорат гуруҳидаги беморда тўр парда томирларидаги ўзгариш бир ой давомида сақланиб қолди. 3-ой охирида барча гуруҳ беморларда кўз тубида офталмоскопик ўзгаришлар нормаллашди.

Барча ҳолатларда орбитани бирламчи қайта тиклаш амалиёти қониқарли бажарилди. Асимметрия коэффиценти 1,8 дан ошмади.

Комплекс даво бошлангунга қадар кўриш ўткирлиги асосий ва назорат гуруҳида тегишли равишда 0,7±0,07 ва 0,8±0,06.

10 кун консерватив даводан сўнг асосий гуруҳ беморларида кўриш ўткирлиги ўртача 0,9±0,03гача ошиши, назорат гуруҳида 0,8±0,03 стабил сақланиб қолди. Олинган маьлумотлар асосий гуруҳда кўриш ўткирлиги динамикасининг ижобийлигини, бу ижобий эффект бир ойлик кузатиш билин барқарорлашди ва дастлабки натижадан 57% га юқори, даводан 3 ойдан кейин кўриш ўткирлиги максимал ошди 26% га, назорат гуруҳида кўриш ўткирлиги 3 - ойда 8 % га пасайди.

УТОДГ кўрсатгичи даво бошлангунга қадар асосий гуруҳ - 19,1±0,14 см/с ва назорат гуруҳи - 20,6±0,12 см/с ташкил этади. Барча ўрганилаётган гуруҳларда систолик қон оқимининг максимал тезлигининг (Vs) бошланғич пасайиши ва қаршилик индексининг (RI) ўсиши аниқланди: тўр парда марказий артериси (Vs) 10-35%, кичик орқа цилиар артерия да 8-26%, ва кўз артериясида 5-23% ва RI тўр парда марказий артерисида 10% гача кичик орқа цилиар артерия да 7% ва кўз артериясида 9%, шунингдек, ишемия коеффисенти (ИК) 10-13% га пасайди.

Асосий гуруҳ беморларида кўз артарисида қон айланиш тезлиги даводан (10 кун) кейин 29,1±0,21 га ошди, назорат гуруҳида бу кўрсатгич 24,4±0,11 см/с. Бир ой кузатувдан сўнг бу кўрсатгич асосий ва назорат гуруҳида тегишли равишда 29,3±0,17 ва 23,5±0,11 см/с ни ташкил қилди. 3 ойдан кейин асосий гуруҳ беморларида кўз артериясида қон айланиш тезлиги 26,5±0,15 см/с ($p<0,05$) ташкил этди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги хирургик даво билан бирга консерватив офталмологик даво олган беморларда гемодинамик кўрсатгичларнинг сезиларли даражада ошиши кузатилди (1-жадвал), бу ишемик жараённинг 95% га барқарорлашганини кўрсатади. Асосий гуруҳ беморларининг бу кўрсатгичлари кўриш ўткирлиги натижалари билан сезиларли боғлиқ.

Назорат гуруҳидаги беморларда 1- ойдан 3 - ойгача текширилганда кўз қон томирларида қон айланиши функционал кўрсатгичлардан пасайиши кузатилди, яъни хориоретинал микроциркуляциясининг тезлиги кўз артериясида 13,2%, тўр парда марказий артериясида 17,4% ва кичик орқа цилиар артерияда 16,8% га пасайди. Бу кўз артерисида RI нинг 5,4% га ошиши, тўр парда марказий артериясида 4,1% га, кичик орқа цилиар артериясида 4,2% га ва ишемик коэффицентнинг бошланғич кўрсатгичдан 2,5% га пасайиши билан тасдиқланди, бу хориотетинал ишемик жараённинг ривожланиши кейинчалик травматик оптик нейропатиянинг ривожланишини кўрсатади.

Шунинг учун, назорат гуруҳида консерватив қабул даво қилган беморларда артерияларнинг қисқа муддатга (1 ойгача) кенгайиши, RI ни пасайиши ва ишемик коэффицентининг кўрсатгичини ошишига олиб келди. Бу кўрсатгич кейинчалик олдинги даражага қайтди.

Асосий гуруҳда эса даво эффективлиги узоқ муддатга (3 ой) сақланди. Тўр пардада қон айланиш кўрсатгичининг ошиши кўриш функциялари кўрсатгичи билан ўзаро боғлиқ ва уларнинг барқарорлашуви ва ошишини тушунтиради

1-жадвал

Даво олаётган қўшма скулоорбитал травма бўлган беморларда УТОДГнинг динамик кўрсатгичлари

Кузатув муддати		Тўр парда марказий артериси		Орқа кичик силиар артери		Кўз артариси		КИ(ўзгариш кўрсатгичи)
		Vmax	IR	Vmax	IR	Vmax	IR	
Назорат гуруҳи								
Давогача		12,62±1,21	0,74±0,02	12,98±1,29	0,72±0,02	39,38±4,59	0,74±0,02	0,78±0,01
Даводан кейин	1	13,63±1,01	0,73±0,02	15,11±1,16	0,71±0,02	40,15±3,58	0,74±0,02	0,82±0,02
	3	11,49±0,94	0,75±0,02	12,33±0,96	0,75±0,03	35,56±3,40	0,77±0,01	0,77±0,03
Асосий гуруҳ								
Давогача		8,83±0,54	0,74±0,02	11,58±0,86	0,73±0,01	37,0±2,61	0,78±0,01	0,76±0,02
Даводан кейин	1	14,47±0,48^	0,72±0,01	15,24±0,75^[1]	0,69±0,01	44,01±1,75*	0,76±0,01	0,83±0,02*
	3	12,7±0,6^	0,72±0,01	14,13±0,79*[1]	0,7±0,01	40,38±1,79	0,77±0,01	0,82±0,02*

Эслатма: * - гуруҳда давогача ишончлилик кўрсатгичи ($P \le 0,05$);
^ — гуруҳда давогача ишончлилик кўрсатгичи ($P \le 0,01$);
° — назорат гуруҳда давогача ишончлилик кўрсатгичи ($P \le 0,05$);
[1] — асосий гуруҳда давогача ишончлилик кўрсатгичи группы ($P \le 0,05$).

Клиник мисол: 22 ёшлик бемор Д., катталар юзжағ жаррохлиги бўлимига: Бош мия ёпиқ жароҳати. Бош мия чайқалиши. Чап томон скулоорбитал комплекси синиши. Кўрув аъзосининг ўрта даражали ёпиқ жароҳати. Кўз косаси пастки ва медиал деворининг синиб силжиши. Травматик оптик нейропатия ташхиси билан госпитализация қилинган.

Шикоятлари: чап кўзининг кўриш ўткирлигини ёмонлашишига, буюмларни иккита кўришига, кўз ости соҳасидаги шиш ва қон қуйилишига шу соҳада сезувчанликни пасайишига. Кўз олмаси ҳаракатини оғриқлиги ва чегараланганига, чап томон ёноқ соҳасида ботиқликга оғриқга.

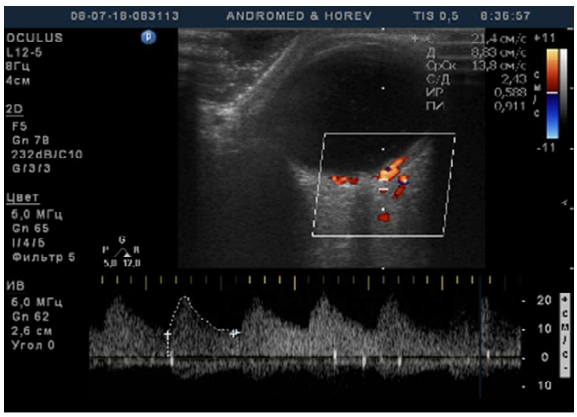
Anamnesis morbi: бемор сўзидан бир кун олдин ўз уйида зинадан йиқилиб тушган. Эс хушини қисқа вақтга йўқотган, кўнгли айниган, қайт қилмаган. Шу куни И.Эргашев номли №4 шаҳар клиник шифохонасига мурожат қилган. У ерда рентген текшируви ўтқазилиб, нейрохирург маслаҳати учун РИНХМ га юборилган. Бош мия ва юз-жағ соҳаси МСКТ текширувидан ўтқазилган ва нейрохирург кўригидан ўтган. Беморга Бош мия ёпиқ жароҳати. Бош мия чайқалиши. Чап томон скулоорбитал комплекси синиши. Кўрув аъзосининг ўрта даражали ёпиқ жароҳати. Чап томон ёноқ орбита соҳасининг эзилиб йиртилган жароҳати ташхиси қўйилган ва офтальмолог маслаҳати тавсия этилган.

Status localis: Ташқи кўрикда юмшоқ тўқималарнинг шишиши ва чап кўз пастки қовоғининг гематомаси туфайли, кўз тирқишининг торайиши аниқланади (1-расм). Пастки қовоқ териси кўкимтир рангга эга, сезувчанлиги суст, пайпаслаганда оғриқли. Чап кўз олмаси ҳаракати юқорига ва ташқарига чекланган. Ўтқазувчан нурда кўрганда - OU- ассиметрия йўқ. Кўзнинг оптик қисмлари тиниқ, қорачиқ OD=OS 3,0 мм d, чироққа жавоби сақланган.

OS - Офтальмоскопик - КНД думалоқ шаклда чегаралари аниқ, КНД тўқимаси қизғиш, қон томирлар тутами марказий, чуқур физиологик экскавация. КНД устида юзаки қон томирлар миқдори кўпайган. Артериялар тор, веналар тўлақон, димланган, кўз тубининг чакка ярмида тўр парданинг оқ рангдаги шишган хиралашиши мавжуд. Тўр парда хиралашиш жойида ҳеч қаерда, кўз туби даражасидан юқорига кўтарилмайди, унинг юзаси бурмаларсиз, текис. Хиралашиш чегаралари ноаниқ ва ёйилган. Макула соҳасида тўр парданинг шишиши бироз кучсизроқ, шунинг учун бу ерда қизғиш ранг қисман сақланиб қолган. Кўриш ўткирлиги 0,05 к/қ.

Бош миянинг МСКТ текширувида: Ўнг кўз косасининг пастки ва медиал деворларининг синиши ва ўнг ёноқ суяги ёйининг синиб силжиши. Ўнг томонлама параорбитал ва юз соҳасининг эзилиши. Тери ости эмфиземаси аниқланди .

1-расм.



2-расм. Асосий гуруҳдаги Д. Беморнинг кўз артериясида қон оқими тўлқинининг доплер ссилжишининг спектри.

Ультратовушли офталмодопплерографияда (УЗОДГ) - қон оқими тезлигининг (Vs) тўр парда марказий артериясида 25% га, в орқа калта цилиар артерияда 23% га, кўз артериясида 23% га пасайиши ва қаршилик кўрсаткичини (RI) тўр парда марказий артериясида 8% га, орқа калта цилиар артерияда 3% га ва кўз артериясида 90% гача ошиши, шу билан бир қаторда ишемик коэффициентини 10% га пасайиши аниқланди (2-расм).

Қабул қилинган консерватив даводан бир ҳафта ўтгач, барча офтальмоскопик ўзгаришлар йўқолди ва ўнинчи кунга келиб кўриш ўткирлиги тўлиқ тикланди.

Хулоса

1. Яноқ орбитал жароҳат олган беморларга комплекс давони жароҳатдан кейин эрта муддатларда бошлаш керак.

2. Комплекс даво патогенетик ҳисобланади, чунки у гемодинамик кўрсатгичларни ишончли оширади, хориоретинал ишеми даражасини оширади ва кўриш ўткирлигининг даводан сўнг 3 ой давомида оширади

3. Комплекс даво яноқ орбитал жароҳатларда ТОН ривожланишини олдини олишга ёрдам беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Агзамова С.С., Пулатов О.А., Мавжудов Ф.Б. Совершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты. //Научно- практический журнал "Точка зрения. Восток-Запад" Уфа. №4. 2019. С.49-52.
2. Бедретдинов А.Н. Изменения регионарной гемодинамики, функционального состояния сетчатки и зрительного нерва в ранние сроки закрытой травмы глаза. /Автореф. дис. .конд-та мед. наук. - М., 2018. - 28 с.
3. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Джиоева А.В., Капитонов Ю.А., Романова И.Ю. Медикаментозное лечение травматического гемофтальма стекловидного тела. //Сб.трудов: Российский общенациональный офтальмологический форум, т.1.- М., 2009.- С.53-56.
4. Дроздова Е.А., Бухарина Е. С., Сироткина И.А. Сочетанная травма костных структур орбиты и глазного яблока. //Материалы VI Евро - Азиатской конференции по офтальмохирургии. - Екатеринбург, 2012. - С. 286-288.
5. Левченко О.В. Хирургическое лечение краниоорбитальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы / Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 2012. - 46 с.
6. Котелин И. В. Повреждения глаза, орбиты и зрительного нерва, сочетанные с черепно-мозговой травмой: Клиника, МРТ-диагностика, лечение /Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 2014. - 25 с.
7. Степанов А.В., Гундорова Р.А., Кваша О.И., Нурмамедов Р.А., Джиоева А.В. Сочетанная травма глаз в условиях экстремальных ситуаций. // "Медицина катастроф", 2011.- № 1. (73). - С. 25-27.
8. Степанов А.В., Джиоева А.В. Оценка офтальмотравматологической помощи гражданскому населению в период грузинско-осетинского межэтнического конфликта. //"Вестник экспериментальной и клинической хирургии", 2011. Т. IV, № 2.- С. 322-326.

Келиб туган вақти 09.11. 2020

УДК 616.08-07

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ: ОБЪЕДИНЯЮЩИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕКОТОРЫХ ЕЕ ФОРМ

[1,2]Адамбаев З.И., [1]Киличев И.А., [1]Исмаилова М.О.,

[1]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
[2]Неврологическая клиника "General Med Standart", г.Ташкент.

✓ ***Резюме***

Цель: изучить объединяющие и дифференциально-диагностические аспекты частых форм симптоматической эпилепсии в регионе Приаралья.

Материал и методы: для решения поставленной цели нами исследовано 105 больных с симптоматической эпилепсией разделенных по этиологическим заболеваниям на 3 группы: с посттравматической симптоматической эпилепсией - 35 больных, с симптоматической эпилепсией вирусной этиологии - 35 больных, и больные с симптоматической эпилепсией вирусной этиологии с сопутствующей железодефицитной анемией - 35 больных.

Результаты исследования показали, что при симптоматических эпилепсиях имеет место схожесть в патогенезе развития очаговых изменений в головном мозге на основе аутоагрессии к сосудам и ткани головного мозга, с усилением эпилептогенности очагов и схожей клинико-неврологической симптоматикой и характером эпилептических приступов. Диагностическую ценность у пациентов с СЭВЭ имеют проведение нейроиммунологических исследований.

Ключевые слова: Приаралье, симптоматическая эпилепсия, Герпес, цитомегаловирус, железодефицитная анемия.

ОРОЛБУЙИ ХУДУДИДА СИМПТОМАТИК ЭПИЛЕПСИЯСИ: АЙРИМ ТУРЛАРИНИНГ БИРЛАШТИРУВЧИ ВА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ФАРҚЛАНУВЧИ АСПЕКТЛАРИ

[1,2]Адамбаев З.И., [1]Киличев И.А., [1]Исмаилова М.О.,

[1] Тошкент Медицина Академия Урганч филиали,
[2] "General Med Standart", Неврология клиникаси, Тошкент ш.

✓ ***Резюме***

Мақсад: Ноқулай экологик шароитли Оролбуйи худудида, симптоматик эпилепсияларнинг этиологик омилларига кўра турлари ўртасида ўзора ўхшаш ва дифференциал диагностик аспектларини ўрганиб чиқиш.

Материал ва услублар: қўйилган мақсадни амалга ошириш учун симптоматик эпилепсия билан касалланган 105 нафар бемор текширувдан ўтказилди ва улар этиологик омиллари бўйича 3 гуруҳга бўлинди: посттравматик симптоматик эпилепсия - 35 бемор, вирус этиологияли симптоматик эпилепсия - 35 бемор, вирусл этиялогияли симптоматик эпилепсия темир танқислик конқамлик билан - 35 бемор.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, симптоматик эпилепсияларда бош мия қон томирлари ва бош мия тўкимасига аутоагрессия натижасида бош мияда ўчоқли ўзгаришлар ривожланиши уларнинг патогенезлари ўхшашлигини кўсатади. Бу эса ўз навбатида эпилепсия ўчоғини кучайтириб, клинико-неврологик белгиларини ва эпилепсия хуружларини бир бирига ўхшашлигига олиб келади. Нейроиммунологик текширишлар вирус этиологияли симптоматик эпилепсиясида диагностик ахамиятига эгадир.

Калитли сўзлар: Оролбуйи худуди, симптоматик эпилепсия, Герпес, цитомегаловирус, темир танқислик конқамлик.

SYMPTOMATIC EPILEPSY IN THE ARAL SEA REGION: COMBINING AND DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC ASPECTS OF SOME ITS FORMS

[1,2]Adambaev Z.I., [1]Kilichev I.A., [1]Ismailova M.O.,

[1]Urgench branch of the Tashkent Medical Academy,
[2]Neurological Clinic "General Med Standart", Tashkent.

✓ ***Resume***

Purpose of the work: to study the unifying and differential diagnostic aspects of frequent forms of symptomatic epilepsy in the Aral Sea region.

Material and methods: to achieve this goal, we studied 105 patients with symptomatic epilepsy divided into 3 groups according to etiological diseases: 35 patients with symptomatic post-traumatic epilepsy, 35 patients with symptomatic epilepsy viral etiology and patients with symptomatic epilepsy viral etiology with concomitant iron deficiency anemia - 35 patients.

The results of the study showed that with symptomatic epilepsy there is a similarity in the pathogenesis of the development of focal changes in the brain based on autoaggression to blood vessels and brain tissue, with increased epileptogenicity of foci and similar clinical and neurological symptoms and the nature of epileptic seizures. Diagnostic value in patients with SEVE have neuroimmunological studies.

Keywords: Aral Sea region, symptomatic epilepsy, Herpes, cytomegalovirus, iron deficiency anemia.

Актуальность

Аральский кризис оказывает негативное воздействие на условия и качество жизни населения Центральной Азии, но более всего отражается на состоянии здоровья людей, проживающих в эпицентре экологического бедствия. Повышение уровня безработицы, падение доходов, снижение продолжительности жизни, рост детской смертности, железодефицитная анемия среди женщин и детей, инфекционные заболевания и др. - неполный перечень последствий переживаемого экологического кризиса [1]. Иммунная дисфункция отражается в возрастании частоты вирусных заболеваний в этом регионе, в том числе осложнений со стороны центральной нервной системы. Рост вирусных заболеваний в регионе Приаралья, обуславливают напряженность иммунной системы с развитием иммунитет зависимых заболеваний, в том числе и симптоматической эпилепсии вирусной этиологии [1-3].

По данным Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE), заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 случаев на 100 тыс. населения, распространенность - 5-10 случаев на 1000 (0,5-1%). Среди всех форм эпилепсии на долю симптоматической приходится (СЭ) 80%. Высок процент фармакорезистентной эпилепсии: от 10 до 30 [4-6].

По данным литературы среди симптоматической эпилепсии наиболее часто встречаются следующие его виды: посттравматическая СЭ [7], вирусная СЭ, вследствие новообразований и др. [8],

Вследствие трудности в диагностика и лечение основного заболевания, приводящих к СЭ, лишь в малом количестве случаев приводит к излечению от эпилептических приступов, в большинстве случаев это приводит к фармакозависимости и в части случаях даже к фармакорезистентности к СЭ [4].

Поэтому, целью исследования было: изучить объединяющие и дифференциально-диагностические аспекты частых форм симптоматической эпилепсии в регионе Приаралья.

Материал и методы

Обследовано 105 больных с симптоматической эпилепсией. Возраст больных колебался от 14 до 60 лет, средний возраст составил 31,1±2,9 года. Среди обследованных было 50 (47,6%) мужчин и 55 (52,4%) женщин.

Пациенты подвергались традиционному неврологическому, клинико-иммунологическому, рутинному электроэнцефалографическому и нейровизуализации (МРТ) исследованиям. При статистической обработке результатов использовались критерий Стьюдента.

Иммунологическое исследование, проведенные в лаборатории кафедры микробиологии и эпидемиологии Ургенчского филиала ТМА, включало определение в периферической крови количества Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, N-лимфоцитов, фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН), уровня Ig M, G, A и антиген-сенсобилизированные лимфоциты (АСЛ) к сосудам (СГМ) и ткани (МТ) головного мозга.

Результат и обсуждение

При неврологическом обследовании пациентов были выявлены различные неврологические изменения, а именно: рассеянная церебральная микросимптоматика (у 50%), дискординаторные проявления (у 33,3%), легкая пирамидная недостаточность (у 16,7%), синдром внутричерепной гипертензии (у 11,1%).

Распределение пациентов по характеру приступа по клинико-описательным данным показало, что ведущими клиническими приступами были вторично-генерализованные припадки у 61,1% больных и больных с простыми и сложными фокальными припадками (у 38,9%).

Больные с длительностью заболевания до 5 лет составило 63,3%. У 27,8% больных первый припадок возник в остром периоде нейроинфекции, у 1/3 больных после черепно-мозговые травмы, а у остальных - в отдаленном периоде: от полугода до 10 лет.

Частота приступов на момент обследования у больных варьировала и у большинства (66,7%) больных наблюдались "редкие" припадки (1 раз в месяц и реже). У 20% больных припадки были умеренной частоты (от 2-3 раз в месяц) и частые приступы (1 раз в неделю и чаще) наблюдались у 13,3% пациентов. При рассмотрении припадков в зависимости от цикла сон-бодрствование было выявлено, что у большинства 88,9%, приступы возникали в состоянии бодрствования.

Наших больных по этиологическим заболеваниям, приведших к симптоматической эпилепсии мы распределили на три типы: 1-ая группа (35 больных) с посттравматической симптоматической эпилепсией (ПСЭ), 2-ая группа (35 больных) - симптоматическая эпилепсия вирусной этиологии (СЭВЭ), и 3-ая группа (35 больных) - больные с СЭВЭ с сопутствующей железодефицитной анемией (ЖДА).

ЭЭГ исследования проведены у всех больных с симптоматической эпилепсией. Причем, в основном, наблюдались острые медленно-волновые комплексы у 45 (42,9%) больных и сгруппированные острые медленно- волновые комплексы у 56 (53,3%) больных и у 4 (3,8%) больных - полиспайк медленно-волновые комплексы, что указывало на утяжелении ЭЭГ показателей.

При анализе распределении ЭЭГ структуры больных в группах было выявлено, что у больных ПСЭ преобладали острые медленно-волновые комплексы у 23 (65,7%) больных и в меньшей степени сгруппированные острые медленно- волновые комплексы - у 11 (31,4%) больных. У больных же с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА преобладали сгруппированные острые медленно- волновые комплексы и в меньшей степени - острые медленно-волновые комплексы. И во всех группах у небольшой части больных наблюдались полиспайк медленно-волновые комплексы. Однако, отличительной чертой у сравниваемых групп было то, что у больных с ПСЭ имело место локальность очагов в большинстве случаев, тогда как у больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА имело место преобладание мультифокальности эпилептических очагов (табл.1).

При изучении МРТ показателей головного мозга у больных с симптоматической эпилепсией были выявлены МРТ признаки в виде расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга, а также дополнительные очаги пониженной плотности. Причем, наиболее выраженные эти изменения наблюдались у больных с ПСЭ, менее выраженные у больных с СЭВЭ с ЖДА и слабо выраженные изменения у больных с СЭВЭ (табл.2). Однако, отличительной чертой у всех больных с ПСЭ на МРТ было наличие кистозно-глиозных изменений в головном мозге.

Таблица 1

ЭЭГ-показатели у больных с симптоматической эпилепсией

	ПСЭn=35	СЭВЭn=35	СЭВЭ с ЖДА n=35
Острые медленно-волновые комплексы	23 (65,7%)	10 (28,6%)	12 (34,3%)
Сгруппированные острые медленно-волновые комплексы	11 (31,4%)	24 (68,6%)	21 (60%)
Полиспайк медленно-волновые комплексы	1 (2,9%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)
Монофокальные очаги	20 (57,1%)	5(14,3%)	3 (8,6%)
Дифокльные очаги	14 (40%)	15 (42,9%)	15 (42,9%)
Мультифокальные очаги	1 (2,9%)	15 (42,9%)	17 (48,6%)

Таблица 2

МРТ -показатели у больных с симптоматической эпилепсией

	ПСЭ n=35	СЭВЭ n=35	СЭВЭ с ЖДА n=35
Расширение субарахноидального пространства	34 (97,1%)	5 (14,3%)	26 (74,3%)
Ширина бокового желудочка	2,8±0,05	1,7±0,1	2,1±0,1
Средний индекс бокового желудочка	21,0±0,5	12,83±0,4	15,4±0,7
Очаги пониженной плотности в веществе мозга	31 (88,6%)	26 (74,3%)	23 (65,7%)
Кистозно-глиозные изменения в головном мозге	35 (100%)	0	0

При анализе локализаций травматических кистозно-глиотических изменений по данным МРТ у больных с ПСЭ было выявлено преимущественное поражение одной доли, которая отмечалось у 14 пациента, двух долей - у 15 пациентов, трех и более - у 6 пациентов. Структурные нарушения в лобных долях выявлены у 24 больного, в височных у - 21, в теменных - у 14, в затылочных - у 3 пациентов. Наличие посттравматических изменений в перироландическом регионе, который включает в себя первичные сенсорные и моторные представительства, удалось установить у 16 пострадавших из 35.

Таким образом, МРТ изменения головного мозга у больных с симптоматической эпилепсией проявляются в виде расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга, а также дополнительных очагов пониженной плотности, с наиболее выраженными изменениями у больных с ПСЭ, менее выраженных - у больных с СЭВЭ с ЖДА и слабо выраженных - у больных с СЭВЭ. С дополнительными признаками у больных с ПСЭ в виде кистозно-глиозных изменений в головном мозге.

Для изучения иммунологических показателей у обследуемых больных в периферической крови определялись следующие показатели: Т-лимфоциты (CD3), Т-хелперы (CD4), Т-супрессоры (CD8), В-лимфоциты (CD72), NK клетки - естественные киллеры (CD16) и CD4/CD8 (иммунорегуляторный индекс), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), иммуноглобулины (Ig) - IgM, IgG, а также иммуноферментный анализ Герпеса и цитомегаловируса (ЦМВ): Герпес IgM, Герпес IgG, ЦМВ IgM, ЦМВ IgG.

Таблица 3

Иммунологические показатели у больных с симптоматической эпилепсией

	ПСЭ n=35	СЭВЭ n=35	СЭВЭ с ЖДА n=35
CD3 (0,95-1,8)	1,85±1,0	3,45±0,8	3,15±1,0
CD4 (0,54-1,1)	1,14±0,04	0,91±0,1	0,94±0,04
CD8 (0,45-0,85)	0,78±0,05	1,01±0,08	0,91±0,05
CD16 (0,18-0,42)	0,435±0,08	0,85±0,09	0,74±0,09
CD72 (0,15-0,4)	0,45±0,05	0,83±0,07	0,79±0,06
CD4/CD8 (1,2-2,0)	1,46±0,02	0,9±0,03	1,03±0,02
IgM (0,6-2,5)	1,52±0,05	1,75±0,07	1,83±0,06
IgG (7,0-18)	10,2±0,46	16,2±0,54	14,9±0,51
ЦИК (до 55 отн. ед.)	38,7±0,8	54,2±0,8	51,3±0,8
Герпес IgM (0-1)	0,15±0,02	0,41±0,01	0,35±0,01
Герпес IgG (0-1)	0,11±0,02	6,5±0,3	5,9±0,3
ЦМВ IgM (0-1)	0,14±0,02	0,35±0,01	0,31±0,01
ЦМВ IgG (0-1)	0,12±0,03	6,4±0,4	6,1±0,4
АСЛ к СГМ, %	3,3±0,3	5,91±0,4	8,2±1,0
АСЛ к МТ, %	1,7±0,2	2,8±0,2	3,7±0,5

Как видно из таблицы 3 в клеточном иммунитете у больных с ПСЭ существенных изменений не наблюдалось. У больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА имеет место общая заинтересованность популяций Т-лимфоцитов, большие изменения которых прослеживается в группе больных с СЭВЭ, помимо этого, достоверно увеличены показатели Т-супрессоров и естественных киллеров, вместе с увеличением В-лимфоцитов также в обеих группах с большими изменениями у больных с СЭВЭ. Снижение иммунорегуляторного индекса произошло за счет повышения Т-супрессорных клеток.

При анализе показателей гуморального иммунитета было выявлено, что у больных с ПСЭ эти показатели были в пределах нормальных величин. У больных же с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА видно относительное снижение показателя IgA и повышение уровня ЦИК, а также повышение показателей IgM, IgG в этих группах больных.

При проведении исследования иммуноглобулинов М и G Герпеса и ЦМВ было выявлено, что показатели IgM во всех группах больных были в пределах нормальных величин, тогда как IgG у больных с ПСЭ был в пределах нормальных величин, а в группах больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА был значительно повышен.

При анализе АСЛ к СГМ и МТ выявили существенные, достоверные увеличение этих показателей у всех больных с СЭ, причем самое низкое увеличенные показателей отмечались у больных с ПСЭ, больше - у больных с СЭВЭ и еще больше - у больных с СЭВЭ с ЖДА (табл.3).

Напряженность иммунной системы среди населения в регионе Приаралья, обуславливают рост вирусных заболеваний с развитием иммунитетзависимых заболеваний, в том числе и симптоматической эпилепсии вирусной этиологии. Помимо этого, в регионе Приаралья у более 70% женщин и детей выявляются ЖДА [9], вследствие чего, по нашим данным, в этом регионе выявляются форма симптоматической эпилепсии вирусной этиологии в сочетании с ЖДА, которая еще ни в одних литературных источниках не описана. Для того чтобы описать эту выявленную нами форму СЭ мы в сравнительном аспекте предоставили клинико-нейрофизиологические и нейроиммунологические проявления ПСЭ и СЭВЭ.

При клинико-неврологическом осмотре, по данным проявлениям эпилептических припадков, данным ЭЭГ, представленные виды СЭ (ПСЭ, СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА) сложно отдифференцировать друг от друга, в виду схожести проявлений (если не учитывать факт травматизации головы при ПСЭ). Однако, при пристальном анализе картины ЭЭГ у больных с ПСЭ выявляется склонность к региональности эпилептического очага, тогда как у пациентов с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА имеет место склонность к мультифокальности. По большому счету, этот дифференцирующий признак ЭЭГ "региональность эпилептического очага" не является точным диагностическим критерием. Наличие кистозно-глиозных изменений в головном мозге при нейровизуализации у больных с ПСЭ можно достоверно признать дифференцирующим признаком ПСЭ от других видов СЭ.

Не представляет трудности диагностика ЖДА - достаточно, определить уровень гемоглобина в крови. У пациентов с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА диагностическую ценность имеют анализ иммунологических показателей крови, у которых выявляются увеличение популяций Т-лимфоцитов, Т-супрессоров и естественных киллеров, вместе с увеличением В-лимфоцитов, снижение иммунорегуляторного индекса с большими изменениями у больных с СЭВЭ. При анализе показателей гуморального иммунитета выявляются относительное повышение уровня ЦИК, а также повышение показателей IgM, IgG. Причем, IgG Герпеса и ЦМВ в группах больных с СЭВЭ и СЭВЭ с ЖДА был значительно повышен.

Интересным и объединяющим для представленных различных по этиологическим признакам СЭ является выявляемые у всех больных увеличение процентного количества АСЛ к СГМ и АСЛ к МТ. Однонаправленность нейроиммунологических изменений дает основание полагать, что и у представленных различных по этиологическим признакам СЭ имеет место единый или схожий механизм поражения головного мозга. При различных запускающих моментах: при ПСЭ травматизация головного мозга, при СЭВЭ вирусное поражение вещества головного мозга [5], при ЖДА ишимизация головного мозга [9, 10] - может происходит аутоиммунизация к сосудам (СГМ) и ткани (МТ) головного мозга с появлением очагов демиелинизации, подтверждающие МРТ данными и нейроиммунологическими показателями. Очаги демиелинизации головного мозга возможно усиливают эпилептогенность очагов головного мозга, подтверждающими ЭЭГ данными, с характерными клинико-неврологическими проявлениями.

Выводы

В экологически неблагоприятной зоне Приаралья выявляются симптоматическая эпилепсия вирусной этиологии и коморбидные с железодефицитной анемией.

При симптоматических эпилепсиях посттравматической, вирусной этиологии и вирусной этиологии с железодефицитной анемией имеет место схожесть в патогенезе развития очаговых изменений в головном мозге на основе аутоагрессии к сосудам и ткани головного мозга, с усилением эпилептогенности очагов и схожей клинико-неврологической симптоматикой и характером эпилептических приступов.

При схожести клинико-неврологической симптоматики и характерах эпилептических приступов наличие кистозно-глиозных изменений в головном мозге при нейровизуализации у больных с посттравматической симптоматической эпилепсией можно достоверно признать дифференцирующим признаком от других видов.

У пациентов с СЭВЭ диагностическую ценность имеют увеличение популяций Т-лимфоцитов, Т-супрессоров и естественных киллеров, вместе с увеличением В-лимфоцитов, снижение иммунорегуляторного индекса, повышение уровня ЦИК, а также повышение показателей IgM, IgG, в большинстве случаев за счет IgG Герпеса и Цитомегаловируса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Совместная программа ООН "Укрепление потенциала жизнеустойчивости населения, пострадавшего в результате кризиса Аральского моря, посредством создания многопартнерского фонда по безопасности человека для региона Приаралья". Новостной Бюллетень за первый квартал 2017 года.
2. Киличев И. А., Адамбаев З.И., Дусчанов Ш.Б. Катастрофа Арала и цереброваскулярные заболевание. Ургенч, 2004.- 155 с.
3. Киличев И.А., Худайбергенов Н.Ю., Адамбаев З.И. Цереброваскулярные заболевания в регионе Приаралья. Lambert Academic Publishing, Riga, Latviya, 2018.- 70 с.
4. Карлов В. А. Фармакорезистентность и толерантность при эпилепсии. Эпилепсия. Под ред. Н. Г. Незнанова. СПб. 2010; Глава 26 (III): 730-741.
5. Крыжановская С.В., Шнайдер Н.А. Этиопатогенез хронизации поражения центральной нервной системы при герпетической инфекции // Вестник Клинической больницы №51. - 2010. - Т. III, №10. - С. 38-48.
6. Ahmad A., Ramakrishna S., Meara J., Doran M. Autoimmune limbic encephalitis: a reversible form of rapidly progressive amnesia and seizures. J R Coll Physicians Edinb. 2010; 40: 123-5.
7. Илиев Р.Т., Достаева Б.С. Посттравматическая эпилепсия. Вестник КазНМУ, 2015.- №2.- С.385-386.
8. Бобожанов У.А., Киличев И.А. Структура эпилептических судорог у детей проживающих в зоне Приаралья / Тиббиётда янги кун. Илмий рефератив, маърифий-маъновий журнал, 2019, №3(27).-С.70-72.
9. Худайбергенов Н.Ю. Неврологические проявления при длительно-текущей железодефицитной анемии тяжелой степени. Методические рекомендации. Ургенч, 2006.- 14 с.
10. Киличев И.А ., Худайбергенов Н.Ю. Энцефалопатия при железодефицитной анемии. Ургенч, 2011.- 100 с.

Поступила 09.11. 2020

УДК

АТИПИЧНЫЕ ШТАММЫ ВЫДЕЛЕННЫЕ ПРИ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ

Атаходжаева Д.Р.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Выявлено изменчивость бактерии, вызывающие острый и хронический средний отит под воздействием различных факторов, в том числе и антибиотиков. Отмечено, что при длительном пассаже в соответствующих питательных средах и нормальных для них условиях атипичные штаммы могут реверсироваться в исходную форму, с восстановлением биологические свойства характерные для них. Выявлено, что атипичные штаммы играют большой роль в хронизации БВЗ и в измененной форме они могут длительно персистироваться в клетках организма и в удобных для них условиях они реверсируются в исходную форму и становиться причиной обострении процесса.

Ключевые слова: отит, острый, гноеродный, культуры, антибиотики, атипичные.

ЎРТА ҚУЛОҚ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИЁЛАНИШИДА АНИҚЛАНГАН АТИПИК ШТАММЛАР

Атаходжаева Д.Р.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ўрта қулоқда ўткир ва сурункали йирингли яллиғланиш чақирган бактерияларда ҳар хил омиллар, шу жумладан антибиотиклар таъсирида ўзгарувчанлик содир бўлганлиги аниқланган. Бу бактерияларни улар ёқтирган озиқ муҳитларида узоқ вақт экилган муҳитларида қайта-қайта (30-40 марта) экиб турилса, яъни пассаж қилинса уларнинг ўзини аввалги ҳолига қайтиши, биологик ва бошқа хоссаларини тикланиши аниқланган. Ўзига ҳос ҳоссалари ўзгарган бактерияларнинг касалликни сурункали шаклга ўтишида муҳим ўрини борлиги ва ўзгарган шаклда узоқ муддат организмни ҳужайраларида сузиб юриши ва қулай шароит туғилганида яна ўзининг асл ҳолатига қайтиб, касалликни қайталанишига сабаб бўлишлиги аниқланган.

Калит сўзлари: отит, ўткир, йирингли, культура, антибиотиклар, ўзгарган.

ATYPICAL STRAINS ISOLATED IN PURULENT MEANODUS OTITA IN CHILDREN

Atakhodzhaeva D.R.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

The variability of the bacteria causing acute and chronic otitis media under the influence of various factors, including antibiotics, was revealed. It is noted that during prolonged passage in appropriate nutrient media and conditions normal for them, atypical strains can be reversed to their original form, with the restoration of the biological properties' characteristic of them.

It was revealed that atypical strains play a large role in the chronicity of BVZ and in an altered form they can persist for a long time in the cells of the body and, under conditions convenient for them, they are reversed to their original form and cause an exacerbation of the process.

Key words: otitis media, acute, pyogenic, cultures, antibiotics, atypical.

Актуальность

Одной из причин в основе изменения клинического течения БВЗ, наблюдающегося в последние годы является изменчивость микроорганизмов, поскольку бактерии и вирусы эволюционируют, как и вся живая природа, только более стремительными темпами (8,9). Под действием техногенных факторов меняется характер взаимодействия микроорганизмов с организмом человека, что выражается вовлечением в круг патогенов все новых представителей мира микробов [21,25]. Это выражается не только в появлении известных возбудителей (БВЗ) с новыми свойствами, в первую очередь условно-патогенными микроорганизмами, но и в массовом распространении среди них устойчивости к лекарственным препаратам. Чаще встречается длительная персистенция патогенов, обуславливающая стертые формы БВЗ, уровень которых значительно превышает острые формы заболевания [31,34].

Появление микроорганизмов с измененными свойствами, как правило, приводит к распространению или "возвращению" инфекции, в связи с чем, возникают затруднение в диагностике, лечении и профилактики, что неминуемо приводит к росту заболеваемости и летальности. Клинически новая или возвращающаяся инфекция часто проявляет себя атипично, при этом патологический процесс может протекать как маломанифестно, так и чрезвичайно остро с развитием осложнений, угрожающих жизни.

По мере адаптации микробов к антибиотикам меняется антигенная структура циркулирующих штаммов, возникают принципиально новые формы и мутантные штаммы микробов (Л-формы, сферопласти и протопласти) с неполным набором белков и ферментов. Кроме того, рост так называемых "возвраща-

ющихся" инфекций и изменение клинического течения ряда БВЗ в значительной степени обусловлен появлением большого количества микробов, резистентным к существующим антибиотикам [38].

В результате эволюции патогенов происходят следующие важнейшие события: 1. Адаптация патогенов к меняющимся условиям окружающей среды; 2. Формирование высоковирулентных штаммов; 3. Формирование лекарственной устойчивости патогенов; 4. Изменение патогенных свойств и диагностически значимых признаков у возбудителей бактериальных и вирусных инфекций; 5. Указанные и другие эволюционные события определяет большое генетическое разнообразие возбудителей.

Сегодня уже доказано, что атипичные бактерии играют большую роль в инфекциях дыхательных путей [172]. В частности установлено, что значительная часть случаев острой и не стрептококковый фарингит связана с микоплазменной инфекцией, острого бронхита, не госпитальные пневмонии, и хламидийной инфекцией.

Атипичные возбудители обнаруживаются практически у 39,7 - 61,3% больных с воспалительными процессами (ВП), в том числе и у госпитализированных; смешанные инфекции встречаются у 47,8% пациентов. Частота встречаемости атипичных возбудителей, следующая: хламидийная пневмония - в 18,2% случаев, легионеллезная - в 0,9-13,5% случаев, наиболее часто встречающейся патоген - микоплазменная пневмония - в 17,3-39,1%. Идентифицировать инфекционный агент, вызвавший ВП, можно лишь в 42,0-49,9% случаев. Инфекция, вызванная атипичными возбудителями, выявлена у 145 пациентов (55,3%) и у 8 детей контрольной группы (3,8%, $p \leq 0,0001$). При этом в группе детей старше 3 лет атипичные инфекции наблюдались чаще (61,9%) по сравнению с детьми более раннего возраста (43,9%, $p \leq 0,0001$) [134,150,151].

Таким образом, вышеперечисленные данные свидетельствуют об актуальности проблемы изучения атипичных штаммов возбудителей при различных гнойно-воспалительных процессах, особенно среди детей в разных возрастов.

С учетом вышеизложенного нашей целью являлось изучить атипичных штаммов, выделенных при гнойных средних отитах у детей.

Материал и методы

Объектами исследования являлись 262 больных детей, госпитализированных в отделении ЛОР заболевании клиники Ташкентского педиатрического медицинского института с диагнозом острого и хронического среднего отита (ОГСО и ХГСО). Работа выполнялось в бактериологической лаборатории клиники и в кафедре микробиологии института. При воспалительных заболеваниях среднего уха исследовали гнойное, или серозное отделяемое.

Полученные патологические материалы изучали бактериоскопическими и бактериологическими методами. При бактериоскопическом методе из патологического материала и из выделенных культур приготовили мазки, окрашивали по Грамму и смотрели под микроскопом. При бактериологическом исследовании исследуемый материал засевали на питательные среды. Так как острые и хронические гнойные отиты вызываются разными микроорганизмами, патологический материал посеяли на различные питательные среды (в том числе в 5% кровяной среде, которого инкубировали в атмосфере С0 2-в эксикаторе со свечой) с учетом разновидностей бактерий и инкубировали в термостате при 37°С, Ph 7,2-7,6 в течение 24 часов (Таблица 1).

Таблица 1.

Питательные среды и условия культивирования посевов

Питательные среды	Условия культивирования	Группы исследуемых микроорганизмов
Среда Блаурокка	Анаэробные (в анаэростате)	Бактероиды, Пептококки, Пептострептококки
КАБ (кровяной среда для бактероидов)	Анаэробные (в анаэростате)	Бактероиды
5% кровяной среда	Аэробные	Гемолитические варианты энтеробактерий, стрептококки, стафилококки
Молочно-солевой среда	Аэробные	Стафилококки
Желтёчно-солевой агар	Аэробные	Стафилококки
Среда Эндо	Аэробные	Энтеробактерии
Среда Сабуро	Аэробные и микроаэрофилные	Грибы рода Candida

Посев на среду Сабуро выдерживали при 22-25° С не менее 5 суток. На следующий день просматривали сделанные накануне посева. При появлении роста на плотных питательных средах изучали выросшие колонии, проводили качественную и количественную оценку бактериального роста (единичные колонии, умеренный, обильный рост), выделяли чистую культуру предполагаемого возбудителя. Проводили дальнейшее изучение с целью идентификации.

От обследованных больных было выделено 258 штаммов различных микроорганизмов, что составляло 98,5%. При этом от 198 больных с ОГСО было выделено 196 (98,5%) и от 63 больных с ХГСО 60 (95,2%) штаммов.

Из числа ввыделенных культур при ОГСО и ХГСО 29 штамма оказались атипичними, так как биохимические, антигенные свойства этих культур отличались от основных свойств стандартных бактерий кишечной и других групп микроорганизмов.

Все выделенные атипичные штаммы проявляли устойчивость одновременно к нескольким антибиотикам и у них был изменен ряд культурально-биологические свойства. Так, изменился характер роста на питательных средах, отмечалась замедленность роста с врастанием в толщу питательной среди и микробная масса с трудом снималась с поверхности среди и плохо эмульгировалась в физиологическом растворе.

Морфология культур была гетероморфна: у 19 штаммов в окрашенном препарате находились клетки в виде крупных и мелких шаровидных форм, диаметром 6,0-8,0 мкм и 0,2 - 0,4 мкм соответственно.

Из указанных 15 культур 7 штаммов росли в аэробных условиях желточно-солевом среде (ЖСА), образовав колонии диаметром 6-10 мм. На рассеянном свете колонии окрашивались в слабо золотисто-желтый цвет. В окрашенном препарате обнаружили крупные, грамположительные шаровидные клетки (протопласты, сферопласты), диаметром 6,0-8,0 мкм.

При изучении некоторых биологических свойств установили, что они не расщепляли углеводы, не восстанавливали нитраты в нитриты, не разжижали желатин и плазму крови. Все культуры были антибиотико-устойчивыми.

С учетом возможной устойчивости бактерии под воздействием различных факторов в том числе антибиотиков, мы проводили неоднократный (29) пассаж этих культур на молочно-солевом, желтёчно - солевом, мясопептонном, кровяном и сывороточном средах. При каждом пассаже изучали морфологию и другие свойства культур.

Через 10 пассажей заметили некоторые изменения в морфологии клеток. Появились отдельные клетки с меньшими размерами в диаметре. Через 20 пассажей диаметр колонии уменьшался до 5-7 мм, а размеры клеток уменьшались до 3,0-5,0 мкм в диаметре. Колонии стали окрашиваться более заметно в золотисто-желтый цвет.

Культуры слабо расщепляли углеводов. Через 27 пассажей культуры (кроме двух штамма) полностью реверсировали в исходное положение.

У реверсированных культур восстановилась культурально-биологические свойства: росли на солевых средах в аэробных условиях, при 37°С образовывали колонии диаметром 4-5 мм, с компактным центром и нежным валиком, легко снимающимися с поверхности среди.

На рассеянном свете колонии интенсивно окрашивались в золотисто желтый цвет. В окрашенном препарате находились грамположительные клетки сферической формы, диаметром 0,5-1,6 мкм, которые располагались одиночно и виде скопление в группах, неправильной форма, напоминающие виноградные грозди, неподвижные, спор не образовали. Культуры были каталаза положительными, но оксидаза отрицательными, содержали цитохром. Восстанавливали нитраты в нитриты. Коагулаза тест был положительным - на кровяной среде вокруг колонии образовали зону гемолиза.

Таким образом, на основании полученных данных изучения, 7 штаммов расценивались как S. Aureus из рода Staphylococcus.

У одной культуры видимо, возникла более глубокая изменчивость. Хотя в морфологии наблюдали клетки с уменьшенными размерами в диаметре (4-5 мкм), но оставшимися каталаза и коагулаза отрицательнимы. У других штаммов при росте на МПА и солевых средах при 37° в аэробных и анаэробных условиях диаметр колонии составлял 7-8 мм и были шероховатыми, бесцветными с большим трудом снимались с поверхности среди. В окрашенном препарате обнаруживали грамположительные шаровидные формы клетки, диаметром 6-7 мкм. расположенные одиночно, попарно или в группах. Это культура при пассаже на МПА и солевых средах даже через 25 пассажей не меняло свои культуральные и биологические свойство, и мы не могли его отнести, к какому-либо виду культур.

Среди изученных 29 культур 7 штаммы росли на сывороточной и кровяной среде как в аэробных, так и в анаэробных условиях. Колонии были крупного размера, сухие, вросшие в толщу среди и с трудом снимались с поверхности среди. В окрашенном препарате находились крупные шары, как сферопласты диаметром 4,0-6,0 мкм, расположенные в парах короткими цепочками.

Через 25 пассажей на кровяной и сывороточной среде колонии этих культур стали нежными, влажными, легко снимались с поверхности среди. Культуры обладали В-гемолизином, так как в кровяной среде вокруг колонии образовали зону гемолиза. На среде Гисса расщепляли лактозу и салицин с образованием кислоты, образовали щелочную фосфатазу. На основании результатов изучения эти культуры расценивали как S. pyogenes.

Из числа выделенных 29 культур 6 штаммы культивировались на средре с добавлением NaCl (10,0) при 37<42°С. Колонии культур в размере 3-5мм были сухими, вросшими в толщу среды и с трудом снимались с поверхности среди. Пигмент не образовали. Были факультативными анаэробами.

Указанные 6 штаммы после 27 пассажей росли при аэробных условиях на среде в присутствии NaCl (10 %) при 37°С, образовав не прозрачные, бесцветные колонии, диаметром 4-5мм, легко снимались с поверхности среды. В окрашенном препарате, приготовленных из колонии этих культур, клетки имели сферическую форму; диаметром 0,4-0,7мм расположенными группами. Были неподвижными, спору не образовывали. На основании полученных результатов культуры расценивали как S. epidermidis.

На плотных питательных средах, на рассеянном свете колонии всех указанных 27 культур окрашивались в различные цвета (золотисто-желтые, белые), а некоторые были бесцветные. На кровяной среде вокруг колонии образовалась широкая зона гемолиза. Некоторые из этих культур свертывали молоко, разжижали свернутую сыворотку и желатин. Коагулаза тест был положительным у ряда культур (9).

На основании полученных результатов, изученные штаммы расценивались как S. aureus (9 штаммов), S. epidermidis (6 штаммов) и Micrococcus (4 штаммов), а одна культура не дифференцирована. У остальных 9 штаммов в препарате мазка наблюдали палочковидные и различного размера шаровидные формы.

При посеве на дифференциальные среды Гисса расщепляли только глюкозу с образованием кислоты без газа. В мазках окрашивались плохо. На МПА и среде Эндо росли с образованием шероховатый R-колонии. С агглютинирующий О-сывороткой типа E.Coli и Enterobacter не агглютинировались, индола и H2S не образовали. К антибиотикам широкого спектра действия проявляли высокую устойчивость.

Мы также их пассировали на среде Эндо, Плоскирева, МПА и солевых средах. Постепенно рост культур стал более нежным; чем больше пассажей, тем легко колонии снимались с поверхности питательного агара. Культуры стали расщеплять кроме глюкозы и мальтозу, маннозу, лактозу и начали давать слабую

агглютинацию с положительными О-сыворотками E.Coli и Enterobacter. Через 25 пассажа культура полностью реверсировали в исходную форму.

Из 9 культур, 5 штаммов при росте на среде Эндо росли с образованием гладких S-колоний красного цвета с металлическим блеском, на среде Плоскирева образовывали бесцветные, гладкие S-колонии. Колонии легко снимались с поверхности среди, эмульгировались на физиологическом растворе, образовывали равномерную мутную взвесь. Агглютинировались с положительной сывороткой E.Coli серовар О-111. На среде Гисса росли с образованием кислоты и газа. На МПБ росли с образованием равномерного помутнения, продуцировали индол и сероводород. На лакмусовом молоке цвет порозовел, а молоко коагулировалось. Желатин не разжижали, на цитратной среде не росли. В мазках обнаружили грамотрицательные палочки с округленными концами, среднего размера (0,3-0,6 мкм в ширину, 0,8-1,4 мкм в длину приблизительно).

Анализируя полученные данные и сопоставляя с таблицей с результатами культуральных свойств стандартного штамма E.Coli наши изученные 7 культуры, мы расценивали E.Coli серовар О-111, относящиеся к роду Enterobacteriaceae.

Из остальных 4 штаммах у 2-х при росте на МПА обнаружили слизистый колоний в виде налета, среда и колонии окрашивались в синезелёный цвет, рост происходил в диапазоне от 38°С до 41°С. В висячих и раздавленных каплях бактериальные клетки были подвижными. В мазках - палочки с округленными концами окрашенные грамотрицательно.

При окраске мазка по Гинс-Бурри обнаружили капсулу. На среде Гисса расщепляли углевод с образованием кислоты и газа. При посеве культуры на желатин уколом - разжижали желатин по ходу роста. Штаммы были оксидаза- и каталаза положительны. Давали агглютинацию на стекле со специфической сывороткой.

По результатам полученных данных эти 2 штаммы мы расценивали как P. aeruginosae.

Остальные 2 штамма хорошо стали расти на среде Эндо и МПА, образовывая гладкую S-колонию. У этих культур реакция Фогес - Проскуэро и результаты на среде Симмонса с цитратом были положительными.

Культуры медленно разжижали желатину, сероводород не образовали, углевод расщепляли с образованием кислоты и газа, в мазках окрашивались грамотрицательно. Эти культуры были расценены как Enterobacter.

Следует отметить, что в анамнезе, больные, у которых были выделены атипичные штаммы, до обращения к врачебной помощи самовольно, многократно и беспорядочно принимали антибиотики (пенициллин, ампициллин и др.). Видимо, в результате этого появились антибиотико-резистентные штаммы, с измененными биологическими свойствами, т.е атипичные штаммы.

Таким образом, штаммы, с множественной лекарственной устойчивостью и измененными культурально биологическими свойствами, является потенциально опасными возбудителями при ОГСО и ХГСО, на что следует обращать внимания при диагностике и лечение больных.

С учетом вышеизложенного, каждый штамм, выделенная от больного с ГВЗ среднего ухо с отклоненным морфологическими и биологическими свойствами должен быть тщательно изучен для установления правильного диагноза и проведение эффективного лечения.

Выводы

1. Установлено изменчивость различных бактерии, вызывающие ОГСО и ХГСО под воздействием различных факторов, в том числе и антибиотиков с образованием сферопластов, протопластов, Л-формы, у которых изменяется ряд биологические свойства (атипичные штаммы).

2. Отмечено, что при длительном пассаже в соответствующих питательных средах и нормальных для них условиях атипичные штаммы могут реверсироваться в исходную форму, с восстановлением все культурально-биологические свойства характерные для них.

3. Выявлено, что атипичные штаммы играют большой роль в хронизации МВЗ, так как, в измененной форме они могут длительно персистироваться в клетках организма и в удобных для них условиях они реверсируются в исходную форму и становиться причиной обострении процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Саркисов Д.С. Некоторые особенности взаимоотношений макро-микроорганизмов с обшепатологической позицией // Проблемы туберкулеза. 2000. - С.3-6.
2. Страчунский Л.С., Богомольский А.Н. Антибактериальная терапия ОГСО у детей. // Детский доктор, -2000, -2, -С. 32-33. Тарасова Г.Д., Страчунский Л.С. Особенности микрофлоры глотки и функциональное состояние среднего уха у детей. // Вестник оториноларингологии. -2000. -С. 30-32.
3. Gosterton JW, Stevart PS, Greenberg EP. Bacterial biofilms: a common cause of persistent inftctions. // Scitct. 1999, 284. - P. 1318-1322.
4. Богомильский М.Р. Значение среднего отита для педиатрической практики и вопросы диагностики. //Международная конференция МАКМАХ "Антибактериальная терапия в педиатрической практике". Москва, 25-26 мая 1999 г. -Москва, 199. - С.89-90.
5. Бухарин О.В., Дерябин Д.Г. Экологическая детерминированность маркеров персистенции стафилококков. // Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. -1997. -№ 4. -С. 60-63.
6. Козлов М.Я. Острые отиты у детей и их осложнения. -М: Медицина, 1986. -157 с.
7. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего ОГСО. // РМЖ - 2002. -10, №20. - С. 903-909.
8. Лучщева Ю.В. Особенности современной микрофлоры при хроническом воспалении ЛОР органов http: www.midafarm.ru/
9. Лобзин Ю.В., Волжанин В.В., Захарченко С.А. Проблемы инфекции в современной медицине //Врач. -2004. -№2. -С.5-9.
10. Тарасова Г.Д., Страчунский Л.С. Особенности микрофлоры глотки и функциональное состояние среднего уха у детей. / /Вестник оториноларингологии. -2000. -№ 4. - С.30-32.
11. Prince A.S, Biofilms, antimicrobial resistance and airway infection/ //N Engl. J Med. -2002, -347, -P. 1110-1111.

Поступила 09.11. 2020

УДК 615.281.03

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС КАК ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Камилова И.А.,

Многопрофильная клиника Ташкентской медицинской академии.

✓ ***Резюме***

Обследовано 226 пациенток, которые составили основную группу с подтвержденной цервикальной интраэпителиальной неоплазией, группу контроля составили 165 пациенток без патологии шейки матки. Анализ соматического анамнеза показал, что более 60,0% пациенток с CIN имели хронические соматические заболевания; у 84,33% пациенток сопутствующие соматические заболевания сочетались с гинекологической патологией. Анализ репродуктивного анамнеза выявил отягощенность по онкологической патологии, статистически более высокую частоту курения, нарушения менструального цикла, большое количество половых партнёров, достоверно более высокую частоту абортов, беременностей, родов и выкидышей, и пациенток с CIN.

Ключевые слова: гинекологический статус, компонент диагностики, цервикальные интраэпителиальные неоплазии.

ГИНЕКОЛОГИК ҲОЛАТ ЦЕРВИКАЛ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛ НЕОПЛАЗИЯНИ ТАШХИСЛАШДА МУҲИМ АСОСДИР

Камилова И.А.,

Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси.

✓ ***Резюме***

226 аёл текширилди, улар тасдиқланган цервикал интраэпителиал неоплазия (ЦИН) билан асосий гуруҳни ташкил этдилар, назорат гуруҳи бачадон бўйни патологияси бўлмаган 165 аёлдан иборат эди. Соматик анамнезни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ЦИН билан оғриган аёлларнинг 60,0% дан кўпроғи сурункали соматик касалликларга эга, аёлларнинг 84,33% да соматик касалликлар гинекологик касалликлар билан ёндош учраган. Репродуктив анамнезни таҳлил қилишда, статистик жиҳатдан кўп чекиш, ҳайз кўришнинг бузилиши, жинсий шерикларнинг кўплиги, абортлар сони, ҳомиладорлик сони, туғиш ва ҳомиладорликни тушиш сони ва ЦИН билан оғриган аёлларда онкологияга мойиллик эҳтимоли юқори.

Калит сўзлар: гинекологик ҳолат, цервикал интраэпителиал неоплазия, ташхислаш.

GYNECOLOGICAL STATUS AS AN ESSENTIAL COMPONENT IN THE DIAGNOSIS OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Kamilova I.A.,

Multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy.

✓ ***Resume***

226 patients were examined who made up the main group with confirmed cervical intraepithelial neoplasia, the control group consisted of 165 patients without cervical pathology. Analysis of somatic history showed that more than 60.0% of patients with CIN had chronic somatic diseases; In 84.33% of patients, concomitant somatic diseases were combined with gynecological pathology. An analysis of the reproductive history revealed an oncological pathology burden, a statistically higher smoking rate, menstrual irregularities, a large number of sexual partners, a significantly higher frequency of abortions, pregnancies, childbirth and miscarriages, and patients with CIN.

Key words: gynecological status, diagnostic component, cervical intraepithelial neoplasias.

Актуальность

Многочисленные исследования указывают на важное значение проблемы ЦИН в связи со значительным увеличением частоты доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки (ШМ). Совершенствование методов диагностики и лечения этих заболеваний является одной из важнейших задач гинекологии, конечной целью которой является предупреждение их прогрессирования в пре- и инвазивный рак шейки матки (РШМ).

По данным мировой статистики РШМ занимает второе место в структуре онкологических заболеваний, составляя 15% от числа всех злокачественных новообразований у женщин. В нашей стране показатель заболеваемости РШМ в структуре онкологической заболеваемости занимает 4-е место и составляет 7,4 % [1,5,6].

Цервикальная инраэпителиальная неоплазия (CIN) остается одной из важнейших причин развития рака шейки матки, который занимает второе место по частоте среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин и первое место среди онкогинекологических заболеваний у женщин в возрасте до 30 лет [1].

Частота патологических состояний, связанных с CIN неуклонно растёт, CIN увеличивает риск развития акушерских осложнений (преждевременные роды,

плацентарная недостаточность, акушерские кровотечения, перинатальная заболеваемость и смертность) [2,3,4].

Наиболее признанными анамнестическими данными, которые рассматриваются как предикторы CIN, являются хроническая соматическая патология различного генеза, хронический тонзиллит, ВПЧ, инфекция хламидии, уреаплазмы, воспалительная патология органов репродуктивной системы [7,8]. Однако на сегодняшний день не существует ни одного теста, с достаточной чувствительностью и специфичностью обеспечивающего раннюю диагностику CIN [7,8].

Поэтому на современном этапе поиск клинических предикторов развития CIN является актуальным и представляет несомненный клинический интерес. Маркеры ЦИН известны, однако они не в полной мере используются для скрининга при поиске проявлений этой патологии.

Проблема своевременной диагностики ЦИН имеет не только медицинскую, но и социальную значимость, так как среди пациенток преобладают женщины детородного, трудоспособного возраста.

Однако, в клинической практике принято рассматривать проявления ЦИН с позиций онкологической настороженности, диагноз формулируется на основании цитологических исследований. В то же время комплекс клинических показателей и данных клинико-инструментальных исследований могут быть важными показателями риска развития ЦИН уже на этапе первичного клинического обследования.

Целью исследования явилось оценка важности акушерско-гинекологического статуса в комплексной диагностике ЦИН.

Материал и методы

Обследовали 226 пациенток с цитологическими признаками дисплазии (CIN 1,2,3) в Центре Женского Здоровья Многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской Академии, контрольную группу сформировали из 165 здоровых женщин без цитологических признаков цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Таблица 1

Возрастное распределение женщин в группах сравнения

Возрастная группа	Основная пациенты с CIN №226		Контрольная без CIN №165	
	Всего	%	Всего	%
18-25	31	13,72	23	13,94
25-34	103	45,58	76	46,06
35-44	62	27,43	45	27,27
>45	30	13,27	21	12,73
Всего	226	100,0	165	100,0

Как видно из таблицы 1 возрастное распределение женщин в группах сравнения было идентично, что позволило рандомизировать результаты и исключить влияние возраста на частоту изучаемой патологии.

Обследование включало анализ анамнеза жизни, жалоб, наличие вредных привычек, и изучение гинекологического анамнеза. Специальные исследования включали оценку состояния дисбактериоза влагалища и цитологические исследования влагалищного мазка.

Полученные результаты статистически обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и Biostat.

Результат и обсуждение

При сравнительном анализе анамнеза установлено, что максимальную диагностическую значимость в развитии CIN имел отягощенный анамнез: удельный вес женщин, имеющих родственников с онкологическими заболеваниями был статистически значимо выше в группе пациенток с CIN и составил 45,13% против 18,18% в группе сравнения (χ^2 = 30,977; P ≤ 0,001; OR = 3,702; DI (95%) = 2,303 - 5,999).

Установлено отрицательное влияние вредной привычки курения на риск возникновения CIN: частота курящих женщин среди пациенток с CIN составила 35,40% против частоты курящих 19,40% в группе сравнения (χ^2 = 11,951; P ≤ 0,001; OR = 1,712; DI (95%) = 1,094 - 2,681).

Среди пациенток с CIN достоверно реже регистрировались нормальные менархии, соответствующее соотношение составило 73,45% против 87,88% (χ^2 = 12,198; P ≤ 0,001), в то же время прогностическая значимость этого показателя невелика: OR = 0,382; DI (95%) = 0,220 - 0,663. Согласно данным литературы менархии отражают дисфункцию репродуктивных органов, а основной вклад в развитие CIN вносят генетические и мутагенные факторы.

Выявлено, что среди пациенток с CIN достоверно чаще встречается раннее начало половой жизни 46,90% против 30,30% (χ^2 = 10,959; P ≤ 0,001; OR = 2,032; DI (95%) = 1,332 - 3,100). При этом пациентки с CIN достоверно чаще меняли половых партнёров. Так, 1 полового партнёра имели

55,31% пациенток с CIN и 87,27% пациенток группы сравнения (χ^2 = 45,389; P ≤ 0,001; OR =0,180; DI (95%) = 0,106 - 0,306). Невысокие значения OR можно объяснить традициями местно населения, редкими разводами и устойчивыми брачными отношениями.

Анализ репродуктивного анамнеза выявил более высокую частоту беременностей у пациенток с CIN: менее 3-х беременностей в анамнезе имели 42,04% таких пациенток против 55,76% в группе сравнения (χ^2 = 7,197; P ≤ 0,001; OR =0,734; DI (95%) = 0,490 - 1.099); соответственно рождение менее 3 детей также чаще встречалось в группе пациенток без CIN: менее

3-х родов в анамнезе имело 45,13% пациенток с CIN против 69,61% в группе сравнения (χ^2 = 9,144; P ≤ 0,01; OR =0,535; DI (95%) = 0,356 - 0,804).

При этом частота послеродовых осложнений с пациенток с CIN практически в 2 раза превышала таковую группы контроля: 23,01% против 12,12% (χ^2 = 7,525; P ≤ 0,01; OR =2,167; DI (95%) = 1,237 - 3,796); соответствующая частота более 3-х абортов в анамнезе составила у пациенток с CIN 25,66% против аналогичной частоты в группе сравнения - 16,36% (χ^2 = 4,848; P ≤ 0,03; OR =1,752; DI (95%) = 1,053 - 2,915).

Наличие CIN была ассоциировано с увеличением частоты выкидышей в анамнезе, частота которых составила в основной группе пациенток 48,67% против 29,09% (χ^2 = 15,189; P ≤ 0,03; OR =2,311; DI (95%) = 1,511 - 3,537).

Анализ гинекологического анамнеза у обследуемых пациенток выявил что у пациенток с CIN достоверно чаще регистрируется полименорея: 35,40% против 20,0% (χ^2 = 11,005; P ≤ 0,001; OR =2,192; DI (95%) = 1,371 - 3,503); обильные бели с неприятным запахом: 48,67% против 30,30% (χ^2 = 13,312; P ≤ 0,001; OR = 2,181; DI (95%) = 1,430 - 3,327); и болезненные менструации 40,71% против 18,18% % (χ^2 = 22,544; P ≤ 0,001; OR =3,090; DI (95%) = 1,919 - 4,975).

Таким образом, на основании опроса женщин нами установлена значимость акушерско-гинекологического анамнеза в диагностике CIN. Достоверное превалирование в анамнезе у пациенток с CIN жалоб, характерных для гинекологической патологии отражают их патогенетическую значимость в развитии CIN. При этом гинекологическая патология воспалительного генеза сопровождается дисбиотическими изменения генитального тракта (Таблица 2).

Бактериальные вагиноз по результатам цитологических исследований зарегистрирован у 71,28% пациенток с CIN против 49,70% в группе сравнения (χ^2 = 18,814; P ≤ 0,001; OR =2,205; DI (95%) = 1,439 - 3,380); а по результатам бактериологического исследования соответственно у 69.915 против 41.21% (χ^2 = 19,393; P ≤ 0,001; OR =2,939; DI (95%) = 1,018 - 4,502) (Таблица 2).

Таблица 2

Оценка значимости акушерско-гинекологического анамнеза в диагностике цервикальных интраэпителиальных неоплазии

№	Показатель	Частота признака		x² Пирсона	P	OR	S	Границы ДИ	
		Основная n=226	Контрольная n=165					Нижняя 95% (CI)	Верхняя 95% (CI)
1	Отягощенный анамнез	102/45,13	30/18,18	30,977	<0,001	3,702	0,242	2,303	5,999
2	Курение	80/35,40	32/19,40	11,951	<0,001	1,712	0,229	1,094	2,681
3	Менархе	166/73,45	145/87,88	12,198	<0,001	0,382	0,282	0,220	0,663
4	Раннее начало половой жизни	106/46,90	50/30,30	10,959	<0,001	2,032	0,216	1,332	3,100
5	Количество партнеров	125/55,31	144/87,27	45,398	<0,001	0,280	0,269	0,106	0,306
6	Менее 3х беременностей	95/42,04	92/55,76	7,197	<0,01	0,734	0,206	0,490	1,099
7	Количества родов до 3х	102/45,13	100/60,61	9,144	<0,01	0,535	0,208	0,356	0,804
8	Послеродовые осложнения	52/23,01	20/12,12	7,525	<0,01	2,167	0,286	1,237	3,796
9	Более 3х абортов	58/25,66	27/16,36	4,848	<0,03	1,752	0,260	1,053	2,915
10	Наличие выкидышей	110/48,67	48/29,09	15,186	<0,001	2,311	0,217	1,511	3,537
11	Жалобы на кровянистые выделения-полименорея	80/35,40	33/20,0	11,005	<0,001	2,192	0,239	1,371	3,503
12	Обильные бели с запахом	110/48,67	50/30,30	13,312	<0,001	2,181	0,215	1,430	3,327
13	Болезненные менструации	92/40,71	30/18,18	22,544	<0,001	3,090	0,303	1,919	4,975
14	Мазок из влагалища	161/71,24	82/49,70	18,814	<0,001	2,205	0,218	1,439	3,380
15	Бактериальный посев	158/69,91	68/41,21	19,393	<0,001	2,939	0,218	1,918	4,502

По данным наших исследований, более 60,0% пациенток с CIN имели хронические соматические заболевания, у 84,33% пациенток сопутствующие соматические заболевания сочетались с гинекологической патологией. Таким образом, пациентки с CIN составляют группу высокого риска по появлению разных соматических заболеваний. Первичность или вторичность появления сочетания CIN и соматической патологии различного генеза может стать предметом отдельных исследований, но полученные результаты

должны учитываться врачом, они свидетельствуют о необходимости более тщательного отношения к вопросам диагностики и лечения пациенток с хронической цервикальной патологией.

Хотя известны уже многие критерии оценки риска развития CIN, клинические данные необходимо собирать прицельно с учетом тех показателей, которые позволяют подразделить всех больных на группы низкого, среднего и высокого риска.

Это обусловлено необходимостью диагностики патологии шейки матки на доклинической стадии развития, когда своевременное максимально щадящее лечение цервикальной интраэпителиальной неоплазии имеет оптимально-радикальный эффект, позволяющий добиться полного излечения.

В свою очередь, улучшение результатов диагностики достигается при индивидуальной оценке клинического течения заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдихакимов А. Н., Ниязметов Б. Б., Мадаминов А. Ю., Данияров С. С., Заболеваемость злокачественными новообразованиями и экологическая ситуация в некоторых регионах Республики Узбекистан // Экология человека 2012.02. - С.32 -40.
2. Алиджанов Х. Ф. Бебнева Т.Н., Дикке Г.Б. Интраэпителиальные поражения шейки матки низкой степени риска у беременных женщин с ВПЧ и нарушениями биоценоза влагалища // Акушерство и гинекология. - 2018. -N 11. -С.152-158.
3. Кононова И. Н., Карева Е.Н. Локальная антибактериальная терапия при комплексном лечении пациенток с заболеваниями шейки матки, ассоциированными с вирусом папилломы человека // Акушерство и гинекология . - 2018. -N 7. -С.103-107.
4. Дубровина С.О., Ардинцева О.А., Красильникова Л.В., Варичева М.В., Африкьян О.А. К опросу о диагностике, профилактике и терапии патологии шейки матки // Гинекология. - 2018. -N 5. -С.33-36.
5. Боровкова Л.В., Ионова Е.В., Першин Д.В., Игнатьев А.А. Ранняя диагностика заболевании шейки матки // Медицинский альманах. - 2018. -N 6. -С.80-83.
6. Михельсон А.Ф. К вопросу о репродуктивном и соматическом здоровье пациенток с заболеваниями шейки матки / А.Ф. Михельсон, Е.В. Кузьмицкая, С.И. Лемешко, В.А. Сазонова / / Материалы II региональной научно-практической конференции "Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения". - Р-н-Д., 2014. - С. 84.
7. Леонов М.Г., Шелякина Т.В., Ахматханов Х.У. Определение факторов риска возникновения рака шейки матки среди женского населения Чеченской Республики // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 38. С. 20-23.
8. Леваков С.А., Шешукова Н.А., Дабагян Л.С. Распространенность и факторы риска цервикальных интраэпителиальных неоплазии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2017. -N 5. -С.94-100.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.89-008.447:616.895.87

FEATURES OF EMOTIONAL INTELLIGENCE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Matveeva A.A., Abdullaeva V.K., Aliyev B.A.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article presents the results of a study of the peculiarities of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia and the ability of this contingent of patients to adapt to the environment and establish interpersonal contacts. The data obtained in this work on the impaired and intact links of emotional intelligence can be used for the optimal choice of psychocorrectional and rehabilitation technologies.

Key words emotional intelligence, paranoid schizophrenia.

ПАРАНОИД ШИЗОФРЕНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҲИССИЙ ИНТЕЛЛЕКТ ХУСУСИЯТЛАРИ

Матвеева А.А., Абдуллаева В.К., Алиев Б.А.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада параноид шизофрения билан касалланган беморларда ҳиссий интеллект хусусиятлари, ушбу беморларнинг атроф-муҳитга мослашиш қобилиятини ва шахслар аро муносабатларини ўрнатишни ўрганиш натижалари кўрсатилган. Ҳиссий интеллектнинг тузилмалари тўғрисида олинган маълумотлар психокоррекцион ва реабилитация тадбирларини такомиллаштиришга имкон беради.

Калит сўзлари: ҳиссий интеллект, параноид шизофрения.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Матвеева А.А., Абдуллаева В.К., Алиев Б.А.,

Ташкентский медицинский педиатрический институт.

✓ ***Резюме***

В статье представлены результаты исследования особенностей эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией и способности этого контингента пациентов адаптироваться к окружающей среде и устанавливать межличностные контакты. Полученные в данной работе данные о нарушенных и сохранных звеньях эмоционального интеллекта могут быть для оптимизации выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий

Ключевые слова эмоциональный интеллект, параноидная шизофрения.

Relevance

According to modern psychological research, intelligence is not a single cognitive ability: musical, linguistic, logical, mathematical, musical, social and emotional intelligences are distinguished as independent types [3, 10]. In the successful adaptation of a person to the conditions of a rapidly changing society, emotional intelligence, the ability to read mimic and paramimic facial expressions from the surrounding people of reality, plays a significant role [6]. Recent studies have shown that human emotional abilities are not limited to the process of perception. Emotional intelligence, a concept introduced by J. Mayer and P. Salovey in 1990, is considered as one of the components of social cognition and includes the ability not only to perceive the emotions of others, but also to identify, use, understand and control both our own and emotions of others [14]. Emotional intelligence in schizophrenia is of particular interest. Study of the characteristics of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia is relevant in view of the fact that the ability to understand and be aware of one's own and other people's emotions, necessary for successful adaptation in society, is impaired in this nosological group and causes pronounced social isolation, manifested in isolation and formal contacts with others. A deficit in the need for communication leads to an inability to recognize the emotional manifestations of other people, which leads to failure in interacting with them and aggravates the features of autism [2]. Currently, there is not enough research addressing the problem of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia. Some works highlight the disturbances in the emotional sphere of such patients, as well as the relationship of these disorders with manifestations of social anhedonia, with some clinical manifestations of the disease and with neurocognitive deficits [1, 3]. Others are aimed at impaired social cognition in patients with paranoid schizophrenia: impaired perception of social stimuli, social competence, communication skills, everything that hinders adaptation [8, 12]. Emotional intelligence is considered by them as one of the components of this knowledge [6]. Of particular importance are studies of violations of the perception of facial expression, emotions, both one's own and others,

autobiographical memory as closely related to emotional experience and its processing, violations of the "pragmatics of speech", which make it difficult to build social interaction by patients with schizophrenia [5]. Thus, emotional intelligence is the ability necessary for successful social interaction to recognize, understand emotions and manage them, both the subject's own emotions and the emotions of other people, recognition and understanding them [11, 13]. This study examines, firstly, the ability to adequately express their feelings (the expressive component of emotional intelligence), which makes it possible for a person to convey information about his state, attitude, needs to others, as well as to learn himself to be more fully aware of his emotional states and to manage them. ; secondly, the ability to determine the emotions of other people (an impressive component of emotional intelligence) by various manifestations of non-verbal behavior - facial expression, gaze, posture and gesture - on which the ability to respond correctly to the emotional states of other people and learn to change them by changing their behavior is based [9, 15].

The aim of the study was to study the characteristics of the components of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia for further improvement of medical and psychological care aimed at correcting the identified individual characteristics of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia, optimizing the timing of its implementation, taking into account the personal characteristics of patients.

Material and methods

The object for the study was 128 patients with paranoid schizophrenia at the age of 20-50 years who are inpatient treatment in a clinical psychiatric hospital in Tashkent. Inclusion criteria: diagnosis of paranoid schizophrenia, corresponding to the ICD-10 diagnostic criteria, absence of severe psychotic and negative symptoms, informed consent to participate in the study. Exclusion criteria: comorbid mental and behavioral disorders, impaired cognitive processes, concomitant chronic somatic diseases in the acute phase. The leading research methods were clinical-psychopathological, experimental-psychological, follow-up and statistical. Of the psychometric methods, the methods "Hall's Emotional Intelligence", "Guildford's Social Intelligence", "Projective Hostility Test" (NG Garanyan, AB Kholmogorova, 2006) were used.

Results and discussion

At the initial stage, the primary task was to determine the level of development of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia and their ability to adapt to the microsocial environment with the ability to recognize the feelings and emotions of the people around them. According to our study, it was revealed that the emotional state of patients with paranoid schizophrenia is characterized by a sharp increase in the measured parameters, behind which is the predominance of negative experiences in the form of a feeling of loss of energy potential, pessimism, loss of previous interests, fatigue, irritability, hopelessness, with fixation on negative events from the past. ... In the clinical picture of paranoid schizophrenia, patients experienced anxiety, anxiety, an inability to relax, a feeling of fear of the world around them. The predominance of negative symptoms in the clinical and dynamic course of paranoid schizophrenia entails the extinction of emotional reactions, the formation of apathy, emotional emptiness and indifference. The inability to differentiate one's own emotions and affective manifestations ultimately leads to the loss of the ability to intuitively perceive the psychoemotional state and those around it [7]. In the course of our work, an analysis of the impressive component of emotional intelligence was carried out - an assessment of the ability to recognize the emotions of another person by gestures, posture and facial expression. The results obtained indicate a sharp decrease in the ability of patients to determine the emotional state of a communication partner. This is manifested both in the ability to recognize the feelings of others by facial expressions, and by non-verbal and paramimic manifestations. Difficulty, refusal to answer, use of descriptive language and unemotional judgment were common. The expressive component of emotional intelligence was assessed on the basis of a methodology that measures the prohibition on the expression of feelings, since it is obvious that the more clearly the prohibition is expressed, the less likely both spontaneous, immediate and voluntary expression of emotions will be. Our data demonstrate a pronounced, in some cases, an almost extreme prohibition on the expression of basic emotions, especially anger (2.47 ± 0.59), fear (2.27 ± 0.58) and sadness (2.16 ± 0.65), and also a general prohibition on the expression of feelings (1.81 ± 0.68). The prohibition on the expression of feelings leads to alienation by patients of genoin, internal experiences, their denial gives rise to discomfort, confusion due to the impossibility of accurate awareness of their own state, and in severe cases - symptoms of depersonalization. Also, the ban on the expression of feelings does not make it possible to cope with them, to process and respond to emotions, which leads to the effect of cumulation and significantly worsens the emotional state of patients. Patients also change externally, this is especially manifested in a change in facial expression with a predominance of amimia, a mask of indifference and coldness, gaze tension, closed torso posture, hunched posture, lack of gestures and subtle locomotor movements. There is an increase in the progression of disorders in the emotional sphere and socio-psychological maladjustment of the personality, as a result of which the possibility of functioning in interpersonal relationships, intrapersonal problems and changes in the adaptive potential of patients with paranoid schizophrenia in a rapidly changing society is reduced. The integrative level of emotional intelligence was characterized by the following indicators - 25.6 ± 24.87, which indicates that patients with significantly reduced emotional intelligence prevail in the samples. When considering the individual components of emotional intelligence, the following data were revealed: the emotional awareness scale is characterized by - 8.45 ± 7.4, the scale of managing one's emotions - 1.77 ± 8.5, self-motivation - 5.02 ± 9.01, the empathy scale - 5 , 64 ± 7.71, recognition of other people's emotions - 3.89 ± 8.14. Based on the results of the integrative level and for each individual scale, it can be concluded that persons with a significant decrease in the parameter under consideration prevail. At the same time, the data of standard deviations indicate that there are people with indicators that correspond to the norm.

Also, in the course of the study, we revealed violations of family dynamics among the subjects. So, if we talk about the factor of family cohesion, which is understood as

the degree of emotional connection between family members, the data obtained in our sample indicate their significant separation and emotional independence from each other, in most cases reaching critical values (disconnected type). The dysfunctions in family relationships of patients with paranoid schizophrenia found in this study were mainly characterized by high disunity of family members. It can be assumed that the underdeveloped interpersonal abilities observed in relatives of schizophrenic patients have a negative impact on family cohesion and disturbances in intrafamily communication, which, in turn, is associated with a decrease in the patient's adaptive capabilities.

The authors of the hierarchical model of emotional intelligence P. Salovey, J. D. Meyer and D. R. Caruso developed training aimed at increasing the level of emotional intelligence, which can be considered as a typical example of psychotherapeutic work [4]. The training on the development of emotional intelligence within the framework of the ability model includes four thematic blocks: identification of emotions, emotional assistance to thinking, understanding emotions, and managing emotions. The training exercises are aimed at understanding the four steps of emotional and intellectual behavior and developing the abilities necessary to complete each stage. The aim of the training program was to develop the ability to recognize emotions by microexpression. The training begins with demonstrating, explaining and comparing the facial micromovements characteristic of the seven universal emotions (anger, contempt, disgust, fear, surprise, joy, sadness). Then the ability to recognize non-verbal clues was worked out through a series of exercises to determine the emotional state of different people by microexpression. In this case, the feedback mode is used: after each task, the subject is informed whether he answered correctly or not.

A total of 50 people were included in the psychotherapeutic program. 35 men underwent a fully psychotherapeutic program for the correction of emotional intelligence disorders. The program was carried out in groups of 5-7 people with a frequency of classes 2 times a week, the duration of each lesson is 40-50 minutes. The age of the participants is 18-59 years old. By the duration of the diagnosis: up to a year - 10 people, from 1 to 5 years - 11 people, from 5 to 10 years - 4 people, the duration of the diagnosis more than 10 years had 10 people. The exit of patients from the program was 30% (15 people) and was mainly due to discharge from the hospital - 8 people; 1 person could not attend classes due to negative dynamics in mental state; 1 - was not kept in the format of group lessons; 5 - categorically refused to participate in the group. To assess the effectiveness of the psychotherapeutic program, all patients participating in the psychotherapeutic program were measured by the level of emotional intelligence before starting work in the group and immediately after the end of the training cycle. When comparing the group before and after completing the program (n = 35), an increase in emotional intelligence in terms of the overall score was revealed, mainly due to the branches of emotional intelligence "identification of emotions" and "understanding of the emotions of other people". At the same time, there were no changes in the "conscious emotion management" scale. This fact can be explained on the basis of the hierarchical structure of emotional intelligence, the components of which are consistently developed in ontogenesis. The development of the ability to consciously manage emotions occurs in the last place on the basis of and after the formation of all other components. When studying the dynamics of point values for the branches of emotional intelligence, it was found that an increase in point values for one of the branches of emotional intelligence was observed in 8 people (22.8%), in two - in 13 (37.1%), in three - in 11 (31.4%), for all four components - in 2 (5.7%). Only one person (3%) showed no changes in any of the branches after completing the program. As a result of the program of psychotherapeutic correction in 63% of patients with schizophrenia, the overall score of emotional intelligence increased, mainly due to the scales "identification of emotions" and "understanding of emotions".

Conclusions

Thus, the features of emotional intelligence have been established depending on the clinical picture of the disease. In patients with paranoid schizophrenia, significant violations of the impressive component of emotional intelligence were established, represented by difficulties in recognizing the emotions of other people by mimic and pantomimic manifestations. The revealed changes in emotional intelligence and the lack of adaptive abilities indicate the importance of psychological support for drug management of patients, the use of methods of psychological and psychotherapeutic direction. The data obtained make it possible to identify targets for psychocorrective effects in the framework of an integrated approach to the treatment and rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia.

REFERENCES:

1. Гетманенко Я.А., Трусова А.В., Добровольская А.Е., Софронов А.Г. Влияние характеристик семейной системы и индивидуально-психологических особенностей опекуна на эффективность социально-психологической адаптации больных шизофренией // Национальный психологический журнал. - 2019. - № 3(35). - С. 101-112. doi: 10.11621/npj.2019.0311
2. Плужников И.В. Клиническая психология эмоционального интеллекта: аналитический обзор современных исследований / И.В. Плужников // Актуальные проблемы клинической психологии. Клиническая психология и социальный контекст. Сб. науч. статей. / Под общ. ред. В.В. Николаевой. - М.: Акрополь, 2009. - С. 60-73
3. Рычкова О.В. Соина Н.А., Гуревич Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - № 6. - (94) - 2013. - с.60-64 - [Электронный ресурс]. - URL: http://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnyyintellekt-pri-shizofrenii.]
4. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо "Эмоциональный Интеллект" (MSCEIT v. 2.0) русскоязычная версия // Москва, 2010.- 176с.
5. Шемет В.А., Карпюк В.А. Особенности эмоционального интеллекта, качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 35-42.
6. Хоменко Н.В. Распознавание эмоций и память на лице у пациентов с шизофрений / Хоменко Н.В. // Психиатрия Психотерапия и клиническая психология. - 2012. - № 4 (10). - С.46-56.
7. Albacete A., Bosque C., Custal N., Crespo J., Gilabert E., Albiach A., Mench?n J., Contreras F. (2016) Emotional intelligence in non-psychotic first-degree relatives of people with schizophrenia. Schizophrenia Research, 175(1-3), 103-108. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.039
8. Caqueo-Ur?zar A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval, M., Urz?a, A., Boyer, L., Williams, D.R. (2017) Schizophrenia: Impact

on Family Dynamics.Current Psychiatry Reports, 19(1). doi: 10.1007/s11920-017-0756-z
9. Degnan A., Baker, S., Edge, D., Nottidge, W., Noke, M., Press, C., Drake, R. (2018) The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, 48(5), 714-727. doi: 10.1017/S0033291717002264
10. Frajo-Apor B, Pardeller S, Kemmler G, Welte AS, Hofer A. Emotional Intelligence deficits in schizophrenia: The impact of non-social cognition. Schizophr Res. 2016 Apr;172(1-3):131-6. doi: 10.1016/j.schres.2016.02.027.
11. Green M.J. Emotional context processing is impaired in schizophrenia / M.J. Green, J.H. Waldorn, M. Coltheart // Cogn. Neuropsychiatry. - 2007. - Vol.12. - P. 259 - 280.
12. Macgregor A., Norton J., Raffard S., Capdevielle D. (2017) Is there a link between biological parents' insight into their offspring's schizophrenia and their cognitive functioning, expressed emotion and knowledge about disorder? Comprehensive Psychiatry, 76, 98-103. doi: 10.1016/j.comppsych.2017.02.013
13. Matveyeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. (2020). Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. Vol 3, № 5 pp. 24-27.
14. Mayer J.D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications / J.D. Mayer, P. Salovey, D.R. Caruso // Psychological Inquiry. - 2004.- Vol. 15, - P. 197-215.
15. Rogov A., Abdullaeva V., Matveyeva A., Sharipova P., Irmukhamedov T. (2020) Some Determinants of Disturbances of Social Functioning in Patients with Paranoid Schizophrenia with Related Viral Hepatitis. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 24 (5), 425-433. doi: 10.37200/IJPR/V24I5/PR201708

Entered 09.11. 2020

УДК 617-089.5: 617-089.28: 616.728: 616.12-08.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫРАЖЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Рахмонкулов Э.Ж., Газиев З.Т., Аваков В.Е.,

Ташкентская медицинская академия.

✓ ***Резюме***

Цель: оценить эффективность и безопасность односторонней комбинированной спинально-эпидуральной анестезии у ортопедических больных, с высоким индексом коморбидности при эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей.

Материалы и методы: Исследования проводили в многопрофильной клинике ТМА у 40 больных гериатрического возраста с коморбидным фоном, оперированных в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. 29 больным произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС), 11 - тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС). Критерии включения: пожилой (от 65 до 75 лет) и старческий (76-90 лет) возраст, и старше 90 - долгожители, болевой синдром более одного года, отсутствие противопоказаний для регионарных методов обезболивания. Для непрерывного наблюдения жизненно важных функций пациента, использовали "реанимационно-хирургический" монитор ЮМ 300.

Вывод: Больным пожилого и старческого возраста с высоким риском коморбидности, методика односторонней спинальной и эпидуральной анестезии с малыми дозами интратекально вводимого местного анестетика (5мг 0,5 % гипербарического раствора бупивакаина с 20 мкг фентанила) и дополнительным введением в эпидуральное пространство низких доз бупивакаина 7,5 мг является безопасным методом анестезии и позволяет достичь должного сенсорно - моторного блока, необходимого для проведения эндопротезирования суставов нижних конечностей.

Ключевые слова: спинально-эпидуральная анестезия, центральная и периферическая гемодинамика, эндопротезирование суставов нижних конечностей.

КОМОРБИД ФОН ЮҚОРИ БЎЛГАН КЕКСА ВА ҚАРИ БЕМОРЛАРДА ОЁҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ

Рахмонқулов Э.Ж., Аваков В.Е., Газиев З.Т.,

Тошкент тиббиет академияси.

✓ ***Резюме***

Мақсад: Коморбид фон юқори бўлган ортопедик беморларда йирик буғимларни эндопртезлаш операцияси вақтида бирламчи ва қўшма унилатерал орқа мия-эпидурал оғриқсизлантириш саморадорлиги ва хафсизлигини ўрганиш.

Материал ва услублар: ТМА кўп тармоқли клиникасида коморбид индекси юқори бўлган 40 гериатрик беморларга унилатерал орқа мия-эпидурал анестезияси шароитида операция қилинган ва тадқиқодлар ўтказилган. 29 та беморда тоз бўғимини эндопротезлаш, 11 та беморда тизза бўғимини эндопротезлаш ўтказилган. Татқиқод учун танланган беморлар: кекса (65 ёшдан 75 ёшгача), қариялар (76-90 yosh), 90 ёшдан ошган - узоқ умр кўрадиганлар, оғриқ синдромини бир йилдан ортиқ ва анестезияга қарши кўрсатмалари бўлмаган беморлар. Беморнинг ҳаётий функцияларини доимий равишда кузатишда "Реанимация ва жарроҳлик" UM 300 мониторидан фойдаланганлар.

Хулоса: Коморбид фон юқори бўлган кекса ва қари беморларда кичик дозаларда интратекал локал орқа мия бир тамонлама ва эпидурал анестезия усули (5 мг 0,5% гипербарик эритма бупивакаин 20 мкг фентанил билан) ва эпидурал бошлиққа 7,5 мг бупивакаиннинг кичик қўшимча қўлланишини артропластика амлиёти учун зарурдир.

Калит сўзлар: Орқа мия эпидурал анестезияси, марказий ва переферик гемодинамика, тоз ва тиза бўғимларини артропластикаси.

ENDOPROSTHETICS OF LARGE JOINTS OF THE LOWER EXTREMITIES IN ELDERLY AND SENILE PEOPLE WITH A PRONOUNCED COMORBID BACKGROUND

Rakhmonkulov E. Zh., Avakov V.E., Gaziev Z.T.,

Tashkent Medical Academy.

✓ ***Resume***

Objective: to evaluate the efficacy and safety of unilateral combined spinal-epidural anesthesia in orthopedic patients with a high comorbidity index in the replacement of large joints of the lower extremities.

Materials and Methods: The studies were carried out in a multidisciplinary TMA clinic in 40 geriatric patients with a comorbid background who were operated on under conditions of combined spinal-epidural anesthesia. 29 patients underwent total hip arthroplasty (THA), 11 - total knee arthroplasty (TKA). Inclusion criteria: elderly (65 to 75 years) and senile (76-90 years) age, and over 90 - long-livers, pain syndrome for more than one year, no contraindications for regional methods of anesthesia. For continuous monitoring of the vital functions of the patient, we used the "resuscitation-surgical" monitor YUM 300 (LLC "Company UTAS" Ukraine).

Conclusion: For elderly and senile patients with a high risk of comorbidity, the technique of unilateral spinal and epidural anesthesia with low doses of intrathecal local anesthetic (5 mg 0.5% hyperbaric solution of bupivacaine with 20 μg fentanyl) and additional administration of low doses of bupivacaine into the epidural space 7, 5 mg is a safe method of anesthesia and allows you to achieve the proper sensory - motor block, which is necessary for the replacement of the joints of the lower extremities.

Key words: spinal-epidural anesthesia, central and peripheral hemodynamics, arthroplasty of the joints of the lower extremities.

Актуальность

Эндопротезирование крупных суставов считается одним из самых значительных достижений в ортопедической хирургии прошлого века, однако эти оперативные вмешательства остаются одним из самых травматичных [1]. Тотальное эндопротезирование крупных суставов поддается различным методам регионарной анестезии, которые могут улучшить результаты лечения пациента. Некоторые авторы пытались ответить, снизила ли регионарная анестезия смертность, сердечно-сосудистую заболеваемость, тромбоз глубоких вен и легочную эмболию, кровопотерю, продолжительность операции, боль, побочные эффекты, связанные с опиоидами, когнитивные дефекты и продолжительность пребывания. Многие авторы пытались ответить на вопрос, улучшила ли регионарная анестезия реабилитацию. [7, 9, 10].

Региональная анестезия (спинальная и эпидуральная) часто является предпочтительной при операциях на нижних конечностях, чтобы вызвать необходимый сенсорный блок при минимальном воздействии на симпатическую нервную систему [3, 5]. Целью односторонней спинальной анестезии, которая обычно используется в ортопедических операциях, является ограничение распространения соматической и симпатической блокады [6, 8,]. Ограничение распространения блока дает ряд клинических преимуществ, в том числе значительно снижает гемодинамическое влияние спинальной анестезии [2, 4] и полезна пожилым пациентам с низким сердечным выбросом, каковыми являются исследуемые нами пациенты пожилого и старческого возраста.

Цель работы - Оценить эффективность и безопасность односторонней комбинированной спинально-эпидуральной анестезии у ортопедических больных, с высоким индексом коморбидности при эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей.

Материал и методы

Результаты обследования пациентов пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в отделении ортопедии крупных суставов и кисти многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, с выраженным фоном коморбидности, которым выполнялось первичное эндопротезирование суставов нижних конечностей. Обследовано 40 больных гериатрического возраста, оперированных в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. 29 больным произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС), 11 - тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС). Критерии включения: пожилой (от 65 до 75 лет) и старческий (76-90 лет) возраст, и старше 90 - долгожители, болевой синдром более одного года, отсутствие противопоказания для регионарных методов обезболивания. Индекс массы тела <40кг/м^2. У 31,5% обследуемых больных физический статус оценивался как 1-2 класс по ASA, у 68,5% больных он соответствовал 3-4 классу.

Критериями исключения из исследования являлись: отказ пациента от данного вида обезболивания, возраст менее 65 лет, масса тела менее 50 кг, аллергические реакции в анамнезе на используемые местные анестетики, наличие коагулопатии, неврологические и нервно-мышечные заболевания, тяжелые заболевания печени, почечная недостаточность, невозможность сотрудничества с пациентом. У больных было диагностировано от 2 до 6 сопутствующих заболеваний, среди которых превалировали ИБС с хронической недостаточностью кровообращения, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 степени с высоким риском развития сердечно-сосудистых и дыхательных осложнений, аритмий.

Двухуровневую эпидуральную катетеризацию проводили по стандартной методике, в выбранном поясничном промежутке L2 - L3 с выполнением всех тестов по верификации положения эпидурального катетера в соседнем промежутке L3 - L4 в направлении, противоположном установленному эпидуральному катетеру, производили спинальную пункцию. После получения ликвора вводили необходимую дозу анестетика. Спинальную иглу из набора Espocan (B.Braun, производство Германия) извлекали вместе с мандреном, после чего фиксировали эпидуральный катетер. Малыми дозами интратекально вводили местный анестетик (0,5 % бупивакаина 5мг с 20 мкг фентанила). Седацию во время анестезии осуществляли внутривенным введением 1% раствора пропофола из расчета 0,3-1,1мг/кг/час.

С помощью монитора реанимационого хирургического ЮМ 300 регистрировали основные параметры гемодинамики. Регистрация параметров гемодинамики интраоперационно осуществлялась вначале через каждые 5 мин, затем через каждые 10 мин до завершения операции. Регистрация аналго- и аналгезиметрии и маркера стресс - реакции (кортизола в крови) прводили на следующих этапах: I - исходно при поступлении, II - через 6 часов, III - через 24 часов, IV - через 48 часов после операции. Степень развития сенсорного блока оценивалась методом pinprick test по 4 балльной шкале (0 - нормальная чувствительность; 1 - сниженная чувствительность; 2 - гипостезия; 3 - полный сенсорный блок). Степень развития моторного блока определялась методом Bromage по 4 - балльной шкале (0 - нормальная моторная функция в бедре, колене, голени и пальцах; 1 - моторный блок в бедре; 2 - моторный блок в бедре и колене; 3 - моторный блок в бедре, колене и лодыжке). До начала развития сенсорного блока бралось время, когда терялась чувствительность на колене и лодыжке. За начало развития сенсорного блока бралось время, когда терялась чувствительность на колене, а за конец - время, когда чувствительность на колене восстанавливалась. До начала развития моторного блока фиксировалось время, когда пациент не мог

поднять ногу в бедре, а за конец - время, когда восстанавливалась моторная функция мышц бедра.

Результат и обсуждение

Особенностью пациентов этой группы был пожилой и старческий возраст с высоким индексом коморбидности (100 %) и физическим статусом ASA III и IV классы (86,6 %).

Наиболее значимыми сопутствующими заболеваниями у больных этой группы были гипертоническая болезнь, коронарокардиосклероз, перенесенный инфаркт миокарда (2), хроническая миокардиальная недостаточность, варикоз вен нижних конечностей, выраженный болевой синдром.

Таблица № 1

Демографическая и клиническая характеристика пациентов этой группы (n=40).

Показатели	Значения
Возраст, лет	74,3±2,1
Пол, м/ж	6/9
ИМТ, кг/мг	23,9±1,4
Сторона операции, п/л	8/7
Индекс коморбидности: до 3 до 4 и более	9 6
Класс ASA: II	2
III	8
IV	5

Таблица №2

Показатели системной гемодинамики больных данной группы на этапах операции и после нее (n=40).

Показатели	Этапы исследования						
	Исходные	Начало операции	Имплант сустава	Конец операции	Через 30 минут п/о	Через 60 минут п/о	Через 120 минут п/о
АД сист, мм.рт.ст.	149,9±6,0	136,7±5,3	145,5±5,4	140,7±3,7	132,4±4,1	138,4±4,8	143,4±5,5
АД диасмм.рт.ст.	83,4±3,9	80,1±4,4	82,7±3,8	80,7±2,9	76,9±4,3	80,7±5,2	81,2±4,9
САД мм.рт.ст	105,5±4,3	98,9±4,7	103,6±4,2	100,7±3,4	95,4±4,1	100,0±4,9	102,0±5,2
ЧСС в мин	94,7±4,9	89,4±2,6	82,1±2,6	77,6±2,3	88,9±2,3	88,5±2,7	86,4±4,0
ЦВД см вод ст	6,3±1,7	7,2±0,9	7,1±1,2	8,4±1,3	8,4±1,6	8,9±0,5	9,2±1,0
SPO2, %	92,4±0,9	94,0±1,3	93,7±1,4	92,8±0,9	93,1±1,2	92,6±0,9	92,4±1,3

Примечание: x - $p \leq 0,05$ относительно исходных значений:

Представленные данные демонстрирует довольно стабильные показатели системной гемодинамики по всем этапам операции и ближайшего послеоперационного периода. Отмечен лишь один эпизод некоторого снижения АД и САД к началу операции. Однако этот эпизод был кратковременным и статистически недостоверным, и эта гипотензия была ниже всего на 8,8 % от исходных величин систолического АД. Диастолическое АД и САД соответственно снижались на 4 и 6,3 % ($p > 0,05$).

Второй эпизод снижения АД и САД был в ответ на введение бупивакаина в эпидуральное пространство к 30 мин после операционного периода с целью обезболивания. Но и здесь максимальное снижение АД и САД было в пределах 11,7 %, 7,8 % и 9,6 % соответственно.

Что касается ЧСС, то за весь период исследования не были зарегистрированы эпизоды выраженной тахикардии - или брадикардии. В процессе операции отмечена тенденция к повышению ЦВД. Однако показатели ЦВД оставались в пределах физиологических значении, указывали на увлечение возврата крови к сердцу без перегрузочных реакции со стороны сердечно - сосудистой системы. Показатели пульсоксиметрии несколько улучшались в процессе операции при подаче кислорода через маску, затем вновь возвращались к исходным значениям. Мы проанализировали изменения показателей АД и САД сразу после введения интратекального 5 мг бупивакаина с 20 мкг в течение 30 мин.

В целом гемодинамика относительно стабильна. Мы видим один эпизод умеренного снижения АД и САД, связанный с интертекальным введением бупивакаина с фентанилом, в ответ на который систолическое, диастолическое АД и САД снизились максимально к 10-15 минутам на 9,3 %, 6,6 % и 4,7 % соответственно, снижение к 10-15 минутам систолического АД было статистически значимо, но оно не превышало и 10 %. Что касается ЧСС, то максимальное урежение его к 15мин составило 11,9 % относительно 0 - значения ($p \leq 0,05$). Мы связывали это с действием фентанила. Ни в одном случае мы не отметили артериальной гипотензии, превышающей 20 %. Сосудистая нагрузка в этой группе составила 1869,4 ± 278,4мл.

Таблица №3

Показатели системной гемодинамики после выполнения унилатеральной спинально - эпидуральной анестезии до начала операции (n=40).

Время	АД сист	АД диас	САД, мм.рт.ст	ЧСС в мин
0	149,9±6,0	83,4±3,9	105,5±4,3	88,7±4,9
5	141,6± 5,4	80,1±2,7	100,6±4,9	89,2±5,0
10	136,6±4,7*	78,3±4,2	97,5±3,8	82,5±4,7
15	136,3±4,3*	77,9±3,9	97,3±4,1	78,2±4,0
20	137,7±5,0	78,8±4,1	98,4±4,5	86,4±2,7
25	138,6±3,9	81,2±3,3	100,3±3,7	88,3±4,2
30	137,4±4,8	83,3±4,1	101,3±4,4	86,9±5,1

Таблица №4

Динамика показателей ЦГ на этапах операции и послеоперационного периода у исследуемых пациентов (n=40).

Показатели	Этапы исследования						
	I	II	III	IV	Через 30мин V	Через 60мин VI	VII
УИ, мл/м^2	25,7±0,6	22,6±0,7x	22,9±0,5x	23,8±0,7	22,0±0,6	24,9±0,8	25,6±0,5
СИ, л/м^2	2,28±0,4	1,79±0,3x	1,81±0,3x	1,84±0,5x	1,69±0,3xxx	1,95±0,5x	2,01±0,6x
ОПСС, дип*см$^{-5}$	058,1±267,0	2457,1±209,9	2550,1±248,8	2433,8±306,7	2578,4±215,1	2279,2±196,6	2260,3±246,4

Примечание: x - p ≤ 0,05 относительно исходных данных: xx - P ≤ 0,05 относительно предыдущих значений.

У больных мы регистрируем исходный гиподинамический режим кровообращения со снижением разовой и минутной производительности сердца и относительно повышенными значениями ОПСС. И здесь мы видим два эпизода снижения УИ и СИ. Один из них в процессе операции - к началу операции УИ и СИ снизились на 12,1 % и 21,5 % соответственно. В обоих случаях p ≤ 0,05. В ответ на снижение указанных показателей отмечена тенденция к росту ОПСС (на 20,1 %). Второй эпизод снижения УИ и СИ на 14,4 % и 25,9 % соответственно (p ≤ 0,05) был связан с жалобами больных на боль в послеоперационной ране до введения бупивакаина в эпидуральное пространство, ОПСС в этот период повысился на 21,9 % (p ≤ 0,05). Исходные значения ОПСС превышали должные значения этого показателя на 5,5 %, свидетельствуя о превалировании спастических процессов в системе низкого давления кровообращения за счет подавляющего влияния симпатической нервной системы. Об этом же свидетельствовал и вегетативный индекс Кердо и уровень кортизола в крови на I и V этапах исследования.

Таблица № 5

Показатели сенсорного и моторного блоков и общее потребление бупивакаина и фентанила в периоперационном периоде у пациентов (n=40).

Показатели	Значения
Сенсорный блок	
Начало блока, сек	57,1 ± 6,3
Пик блока, мин	7,08 ± 0,9
Время достижения блока до Th 10, мин	6,34 ± 0,87
Продолжительность блока, мин	87,9 ± 10,1
Время	92,7 ± 9,9
Моторный блок	
Начало блока, мин	6,4 ± 2,1
Продолжительность блока, мин	129,9 ± 12,8
Пик блока, мин	7,22 ± 1,9

Анализируя представленные значения, можно указать, что с односторонней спинально - эпидуральной анестезией малыми дозами (5 мг бупивакаина) незначительно удлинены сроки наступления блоков и время достижения сенсорного блока до уровня Th10. Обращает внимание снижение продолжительности сенсорного блока и времени регрессии его относительно этих же показателей в предыдущей группе на 14,5 % и 19,4 % соответственно, что мы связывали исключительно снижением дозы бупивакаина, так как дозировка интратекального введения адъюванта в обеих группах была одинаковой (20 мкг фентанила).

Что касается моторного блока, то продолжительность его была достаточной для подобных операций, и она регулировалась введением бупивакаина в эпидуральное пространство без опиоидов и других адъювантов. Сенсорная блокада оперируемой конечности до зон иннервации тазобедренного и коленного суставов (Th10 - Th11 и L5 - L4 соответственно) достигалась в 100 % случаев в течение 30 - 35 мин при унилатеральной спинально-эпидуральной анестезии.

У всех пациентов к 30 - 35 минутам после начала проведения процедуры односторонней анестезии развивался моторный блок патологической конечности, в сторону которого был ориентирован эпидуральной катетер. Причем моторная блокада составляла 3 - 4 балла по шкале Bromage.

К началу операции у одного больного в этой группе (6,6 %) нами зарегистрирована моторная блокада (1 - 2 балла) контралатеральной конечности. Развитие моторной блокады здоровой ноги у 2 больных в послеоперационном периоде могло быть свидетельством о смещении кончика эпидурального катетера в центральном направлении. При этом снижение дозы скорости введения бупивакаина в эпидуральное пространство приводило к прекращению моторного блока контралатеральной конечности.

Больным проводилась профилактика тромботических осложнений, периоперационная профилактика хирургической инфекции согласно существующим в клинике протоколов.

Интраоперационных осложнений больных мы не наблюдали. У одного больного (6,6 %) через 24 - 26 часов после операции зарегистрирован постпункционный синдром (головная боль, тошнота, рвота, головокружение), который был связан с истечением ликвора через прокол твердой мозговой оболочки. Двукратное внутривенное капельное введение 10 % кофеина (по 200 - 300 мг) и пломбировка эпидурального пространства аутокровью купировали этот синдром. У одного больного отмечен кожный зуд и задержка мочеиспускания. Ещё один больной отмечал умеренную боль в спине, которая купировалась самостоятельно.

Таблица № 6

Общий расход препаратов в периоперационном периоде на каждого больного, оперированного в условиях одностороннем спинально - эпидуральной анестезии (n=40).

Препараты	Расходы
Бупивакаин 0,5%, мг	17,5±2,4
Фентанил, мкг	20
Пропофол, мг	40
Диазепам, мг	15
Парацетамол, гр	2
Вазопрессоры, мг	22,4±3,7

Из представленных данных можно сделать вывод о значительном опиоидсберегающем характере данной методики обезболивания, что исключительно важно для гериатрических больных, подвергающихся столь объемным и травматическим вмешательствам, какими являются операции большой ортопедии.

Подводя итог анализа, нужно отметить, что односторонняя и спинальная и эпидуральная аналгезия малыми дозами интратекально вводимого местного анестетика (0,5 % бупивакаина 5мг с 20 мкг фентанила) и дополнительной односторонней эпидуральной анальгезией является новым, безопасным и эффективным методом обезболивания операции эндопротезирования суставов нижних конечности.

Несмотря на некоторую трудоемкость метода, гемодинамическая стабильность, низкие дозы местного анестетика опиатов, ограниченное количество осложнений и побочных эффектов, делают этот метод обезболивания исключительно показанным у гериатрических больных с высокой степенью коморбидности.

Смесь 5мг 0,5 % бупивакаина с 20 мкг фентанила, введенная интратекально по указанной методике вызывали хороший сенсорный и моторный блоки, а методика способствовала ограничению распространения соматической и симпатической блокады (больной конечностью).

Унилатеральное введение эпидурального катетера позволяет добиться преимущественно одностороннего распределения местного анестетика в эпидуральном пространстве с развитием селективной сенсорной и моторной блокады.

Односторонняя эпидуральная анестезия совместно с унилатеральной СА обеспечивают адекватную защиту пациента от операционного стресса и эффективное послеоперационное обезболивание у гериатрических больных при эндопротезированнии суставов нижней конечности.

Вывод

1. Больным пожилого и старческого возраста с высоким риском коморбидности, методика односторонней спинальной и эпидуральной анестезии с малыми дозами интратекально вводимого местного анестетика (5мг 0,5 % гипербарического раствора бупивакаина с 20 мкг фентанила) и дополнительным введением в эпидуральное пространство низких доз бупивакаина 7,5 мг является безопасным методом анестезии .

2. Односторонняя спинально - эпидуральная анестезия характеризуется гемодинамической стабильностью, адекватной защитой от операционного стресса, малым количеством осложнений и побочных эффектов, опиоидсберегающим эффектом. Она должна найти нишу своего использования у лиц пожилого и старческого возраста с высоким индексом коморбидности и физ. статусом (II - IV) ASA.

3. Впервые разработана методика односторонней спинально - эпидуральной анестезии с малыми доза-

ми местного анестетика вводимого и интратекально и эпидурально, применимая у лиц пожилого и старческого возраста при операциях ТЭКС и ТЭТС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бессонов С.В. Особенности анестезиологического обеспечения эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей. С.В Бессонов, А.К Орлецкий, В.Л Кассиль. Вестник Травмвтологии и Ортопедии им. Н.Н Приорова. 2005; 1:85-90.
2. Загреков В.И. Влияние метода обезболивания на кровопотерю при эндопротезировании тазобедренного сустава. В.И Загреков (и др). Медицинский альманах. 2010; 2 (11); 210-212.
3. Обухов В.А. Выбор метода обезболивания при протезировании тазобедренного сустава. В.А Обухов и др. XI. В конг. анестезиологов и реаниматологов: сб. материалов. Спб., 2008; 235-236.
4. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома: патогенетические основы и клиническое применение: автореферат дисс. д-ра мед. наук. Овечкин А.М.2000; 43 с.
5. Плахотина Е.Н. Периоперационное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями (эксперим-клинич. исслед. Автореферат дисс. ...д-ра мед. Наук:14.00.37. Плахотина Е.Н. СПбМАПО.СПб.2009. 42 с.67.
6. Chakladar A, White SM. Cost estimates of spinal versus general anesthesia for fractured neck of femur surgery. Anasthesia 2010 aug 65(8):810-4 epub 2010 may 27/
7. Matteu T. Continuous femoral nerve block: varying local anesthetic delivery method (bolus versus basal) to minimize quadriceps motor block while maintaining sensory block/ T. Matteu (et al). Anesth 2011: 115(4): 774-781.
8. Pugely AJ, Martin CT, Gao y, Mendozza-Lattes S, Callaghan JJ. Differences in short-term complications between spinal and general anesthesia for primary total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2013 feb 6:95(3):193-9 Epub 2012 dec 28.
9. Scarecrows AJ, Martin KT, Gao J, Mendozza-Lattes S, Callaghan JJ. Differences in short-term complications between spinal and general anesthesia for primary total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2013 feb 6:95(3):193-9 Epub 2012 dec 28th(Pubmed) (goole scholar).
10. Sheferf R, Eberherda M (2009) Анесиестезиология (Anesthesiology). Moscow: Geotar-Media.

Поступила 09.11. 2020

УДК 617.55-036.11-036.88-02

JARROHLIK BEMORLARNING O`LIM SABABLARI

To‘xtamurod Z.Z., Agzamova M.N., Ismoilov F.M., Akramova M. Yu., Usarov A.M.,

Toshkent pediatriya tibbiyot institute.

✓ ***Rezyume***

Maqsad. Shoshilinch jarrohlik bo‘limida qorin bo‘shlig‘ining o‘tkir jarrohlik patologiyasi tufayli o‘limni tahlil qilish.

Materiallar va usullar. 10 yillik davrda Toshkent shahar klinik shifoxonasining Jarrohlik bo‘limida qorin bo‘shlig‘i o‘tkir jarrohlik patologiyasi sababli o‘lim holatlarining barcha holatlari tahlil qilindi. O‘tkir appenditsit, bo‘g‘ib qo‘yilgan churra, teshilgan oshqozon yarasi, o‘tkir ileus va o‘tkir pankreatitdan o‘lim sabablari tahlil qilindi.

Natijalar. Ushbu davr uchun dolzarb sabablar bilan 17956 bemor bo‘limga yotqizilgan. Bemorlarning 403 nafari umumiy o‘lim ko‘rsatkichini 3,9% ga etkazdi. 288 bemorga operatsiya qilingan. Jarrohlik faoliyati 57% ni tashkil etdi. O‘lim holatlarining 36% kattalar va keksa odamlarni (60 yoshdan oshgan) qamrab olgan.

Xulosa. O‘tkir qorin kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni davolash samaradorligi doimiy tibbiy va ma'rifiy ishlarga bog‘liq. Samarali profilaktik tibbiy ko‘rik va bemorlarni reabilitatsiya qilish o‘tkir jarrohlik patologiyasidan o‘limni oldini olish va kamaytirishning eng yaxshi choralari hisoblanadi.

Kalit so‘zlar: shoshilinch jarrohlik, qorin bo‘shlig‘i jarrohligi, o‘lim.

CAUSES OF DEATH OF SURGICAL PATIENTS

Tokhtamurod Z.Z., Agzamova M.N., Ismailov F.M., Akramova M. Yu., Usarov A.M.,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Objective. To analyze the mortality due to acute abdominal surgical pathology at the emergency surgical department.

Material and methods. The analysis of all mortality cases due to acute abdominal surgical pathology in Surgical department of Tashkent City Clinical Hospital for the 10 year period was carried out. The causes of death from acute appendicitis, strangulated hernia, perforative ulcer, acute ileus and acute pancreatitis were analyzed.

Results. 17956 patients were hospitalized in the department with the urgent causes for this period. 403 of patients died reaching overall mortality of 3.9%. 288 patients had undergone surgery. Surgical activity was 57%. 36% of lethal cases included adults and aged people (over 60).

Conclusions. The treatment effectiveness of patients with acute abdominal diseases depends on the large extent of ongoing medical and educational work. Effective prophylactic medical examination and planned rehabilitation of patients are the best measures to prevent and reduce the mortality from acute surgical pathology.

Key words: emergency surgery, abdominal surgery, mortality.

ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Тухтамурод З.З., Агзамова М.Н., Исмаилов Ф.М., Акрамова М. Ю., Усаров А.М.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Цель исследования. Анализировать смертность от острой хирургической патологии брюшной полости в отделении неотложной хирургии.

Материал и методы. Проведен анализ всех случаев летальности в виду острой абдоминальной хирургической патологии в отделении общей хирургии городской больницы за 10-летний период. Проанализированы причины смерти от острого аппендицита, ущемленной грыжи, перфоративной язвы, острой кишечной непроходимости и острого панкреатита.

Результаты. За данный период в отделение экстренной хирургии госпитализировано 17956 пациентов. 403 пациента умерли и общая смертность составила 3,9%. 288 пациентов были прооперированные пациенты. Хирургическая активность составила 57%. 36% летальных случаев составили взрослые и пожилые люди (старше 60 лет).

Выводы. Эффективность лечения пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости во многом зависит от проводимой лечебной и обучающей работы в отделении. Эффективное профилактическое обследование и плановая реабилитация пациентов - лучшие меры по предотвращению и снижению смертности от острой хирургической патологии.

Ключевые слова: экстренная хирургия, абдоминальная хирургия, летальность.

Dolzarbligi

Qorin bo‘shlig‘i a'zolarining o‘tkir hirurgik xastaliklari barcha jarrohlik kasalliklari orasida yetakchi o‘rinni egallaydi. Bemorlarni kech murojat etishi natijasida qorin organlarining to‘satdan paydo bo‘lgan ushbu kasalliklarning asoratlari oqibatlari xavfini keskin oshiradi [1,2,3,4]. Ma'lumki, bemorlarning o‘lim holatini tahlil qilish bemorlarga tibbiy-profilaktika yordamini tashkil etishni yaxshilashni imkon beradi.

Maqsad. Qorin bo‘shlig‘i o‘tkir jarrohlik xastaliklarida o‘lim sabablarini tahlilini o‘tkazish.

Materiallar va tadqiqot usullari

So‘nggi 10 yil ichida qorin bo‘shlig‘i o‘tkir hirurgik kasalliklardagi o‘lim holatini taxlilini o‘tkazdik.

1-jadval.

yillar	bemor soni	operatsiya soni	davolash kunlari	operatsiyadan keyingi o`lim	operatsiyasiz o`lim
2010	1948	1356 (70%)	5.2	28 (2%)	11(0,8%)
2011	1938	1304 (67%)	4.6	37 (2,8%)	-
2012	188 4	1138 (60%)	5.2	20 (1,8%)	2 (0,76%)
2013	1833	1093 (60%)	4.8	29 (2,7%)	9 (0,82%)
2014	1511	810 (54%)	5.2	39 (4,8%)	17 (2%)
2015	1668	844 (51%)	5.1	37 (4,4%)	12 (1,42%)
2016	1398	767 (55%)	5.4	19 (2,5%)	13 (1,7%)
2017	1453	754 (52%)	6.0	17 (2,3%)	11 (1,46%)
2018	1438	729 (51%)	5.2	22 (2,9%)	15 (2,1%)
2019	1417	786 (55%)	5.1	24 (3,1%)	12 (1,5%)
2020	1468	711 (48%)	5.2	16 (2,2%)	13 (0,18%)
Jami	***17956***	***10292 (57%)***	***5.2***	***288 (2,8%)***	***115 (1,1%)***

Ushbu davrda shoshilinch ko‘rsatkichlar bo‘yicha kasalxonaga yotqizilgan 17956ta bemordan 403si vafot etdi. Umumiy o‘lim 3,9%ni tashkil etdi. 403ta o`lgan bemordan operatsiya 288tasiga o‘tkazilgan. Jarrohlik faollik 57%ni tashkil qildi.

Qariyalar (60 yoshdan oshganlar) - o‘limning sezilarli qismini - 36%ni tashkil qiladi, bu esa adabiyot ma'lumotlariga to‘g‘ri keladi (8,9). Bu guruhga vafot etganlarning katta qismi 70 yoshdan oshganlardir - 27%, teshilgan oshqozon yarali bir bemor 92 yoshda va oshqozon yarasidan qon ketgan bitta bemor 103 yoshda edi!

Qorin bo‘shlig‘ining o‘tkir jarrohlik kasalliklariga chalingan bemorlar tezkor diagnostika yechimlari va taktik masalalarini talab qiladigan ijtimoiy eng qiyin va murakkab kontingentdir [1].

O‘tkir appenditsit bilan kasallanganlar soni barcha bemorlarning 11133 nafarini (62%) tashkil etdi, 4 nafari vafot etgan (0,04%) , ammo bu holatlarning har birida og‘irlashtiruvchi qo‘shma kasalliklar o‘limga sabab bo‘lgan. Shunda tirotoksik xurujiga uchragan bitta bemorda (0,01%) nazoratsiz taxikardiya va qorincha fibrilatsiyasi bilan kardiyomiyopatiya tufayli o‘lim yuz berdi. Keyingi 3ta peritonitli (0,03%) bemorlarda (kech murojatligi sababli) operatsiyadan so‘ng o‘tkir miokard infarkti va mezenterial tomirlar trombozidan o‘lim sodir bo‘ldi.

Shunday qilib, appendektomiyadan keyingi asoratlar muqarrar va ko‘plab omillarga bog‘liq bo‘lib, ular orasida bemorning kech murojati tufayli jarayon e'tiborsiz qolishi katta ahamiyatga ega. Appendektomiyadan keyingi asoratlarning sabablari kech murojat va shu sababli kech jarrohlik aralashuvi, uning travmatikligi bo‘lib, bu asoratlar o‘simtaning destruktiv darajasiga bevosita mutanosibdir [1,3,4].

Qisilgan churrasi bilan bemorlar guruhida 180 (1%) bemor operatsiyadan so‘ng vafot etdi va operatsiyadan keyigi o‘lim 6,8 % tashkil qildi. Ma'lumki, qisilgan churraning o‘limi rejali churra kesishdan bir necha marta yuqori [7]. Shunday qilib, ushbu toifadagi bemorlarni klinik tekshirish va rejalashtirilgan reabilitatsiya qilish dolzarb muammo bo‘lib qolmoqda. Keksa bemorlar churrasi bor bemorlarning katta foizini tashkil etadi va favqulodda bajarilgan operatsiya xavf darajasini oshiradi, shuningdek, qiymati qo`shimcha xastaliklarga xam bog‘liq.

Qabul qilingan oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi teshilgan 359 (2%) bemordan kech murojati tufayli rivojlangan peritonit va endotoxikozdan 23(6,4%) bemor vafot etdi. Biz bunday xollarda teshilgan yarani tikish, yarani kesib olib piloroplastika qilish, Jadd operatsiyasini bajaramiz. Bunda bemorning umumiy ahvoli va yoshi, qo‘shma kasalliklarning mavjudligi, operatsiya xavfining darajasi hisobga olinadi. Peritoniti rivojlanib ketgan og`ir kasallarga teshilgan yarani tikish va qorin bo‘shlig‘i drenajlaj bilan yakunlandi.

O‘tkir pankreatitli bemorlarning olib borishimiz umumiy qabul qilingan maksimal konservativ, minimal travmatik tamoyillariga asoslanadi. Pankreonekrozda charvi xaltasini naylimiz, marsupilizatsiya qilamiz, ko`rsatma boyicha xoletsistektomiya yoki umumiy o`t yo`lini drenajlash yoki xoletsistostomiya, parapankreatik kletchatkaga proteaza ingibitorlari qo`shilgan novokain eritmasini yuboramiz. 1257ta (7%) o‘tkir pankreatit bilan tushgan bemordan 88(7%)si operatsiya qilindi. Ularda rivojlangan pankreonekrozni turli darajasi intraoperatsion aniqlandi, ferment toksemiya esa operatsiyadan so‘ng ham rivojlanib bordi. Ulardan 13 nafari (1,5%) ahvoli og‘irligi sababli vafot etdi .

Gastroduodenal qon ketishi bilan 1885 (10,5%) bemor qabul qilindi , operatsiya qilingan 106 (5,6%) bemorning 45(42%)tasi vafot etdi . 6ta (5,8%) operatsiya o`tkazgan kasalda qonash vaqti boshlangandan beri 3-5 soat bo‘lgan, qolganlarda esa 2-10 kunni tashkil qilgan (!). Barcha vafot etgan bemorlar og‘ir ahvolda, gemorragik shok belgilari bilan yetkazib berilgan va ularning 19 nafari (42%) terminal holatda edi. Bemorlar jinsi bo‘yicha bo‘linishi: 33 (73%) erkaklar va 12 (27%) ayollar. Yoshi - 35-103gacha .

O‘n ikki barmoqli ichakdan profuz qon ketishi 14 (3%) bemorda kuzatilgan . 6 (13%) bemorda qon ketish manbai oshqozon o`smasi, bittasida (4,5%) o‘tkir oshqozon yarasi bo‘lgan. 6 bemor (14%) jarrohlik operatsiyadan oldin ahvoli og`irlashib operatsiya stolida vafot etdi. Boshqa barcha bemorlarga operatsiya qilindi. Dastlab 11 (25%) bemor uzoq vaqt jarrohlik davolanishdan bosh tortdilar, bu esa ularning

ahvolini yomonlashtirdi. Bemorlar endoskopik tekshiruvdan o‘tkazildi, barcha qon ketish IA yoki IB Forrest darajalariga to‘g‘ri keladi. Laboratoriya nazorati gemoglobin, eritrotsitlar va gematokrit parametrlari dinamikasi ham olib borildi.

Kasalliklarning tahlili shuni ko‘rsatdiki, 1 (2.22%) bemorda surunkali buyrak etishmovchiligining terminal bosqichi, 2 (4.44%) bemorda jigar sirrozi , 4 (8.89%) bemorda yurak ishemiya kasalligi , shulardan 2 (50%) - o‘tkir miokard infarkti. 2 (4,44%) bemorlarda - 3-darajali semizlik, 1 (2,22%) bemorda - surunkali alkogolizm xamrox edi.

Shunday qilib, gastroduodenal qon ketishi bilan vafot etgan barcha bemorlar kech kasalxonaga murojat qilgan va og‘ir ahvolda yotqizilgan, ko‘pchiligi tekshiruvdan (EFGDS) va jarrohlik davolanishdan bosh tortgan, ko‘plab kasalliklarga ega bo`lgan. Ushbu guruhdagi bemorlarning o‘lim dinamikasi shuni ko‘rsatdiki, jarrohlik aralashuvining faol taktikasidan foydalanish o‘limni ko‘paytiradi, bu esa adabiyot ma'lumotlari bilan tasdiqlangan [5-9]. Bemorlar o‘tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi va gemorragik shokdan vafot etdilar.

O‘tkir xoletsistit bilan kasallangan 1714 (14,7%) bemor yotqizilgan , ulardan 1148 (67%) huruj boshlangandan 24 soat o‘tgach murojat qilgan. Rivojlanayotgan peritonit va konservativ davoning samarasizligi sababli 720(42%)tasi jarrohlik operatsiyadan o‘tdi, 5 bemor (0,29%) vafot etdi. Qoida tariqasida, bu keksa yoshdagi odamlar, uzoq vaqt davomida xamrox kasalliklarga ega bo‘lib o‘t tosh kasalligi bilan ko`p yillar xasta bo`lganlar. Bularning barchasi jarrohlik operatsiyasi paytida jiddiy texnik qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, operatsiyadan keyingi davr ham murakkab o`tadi . Asoratlar 7-13% yoki undan ko‘proqni tashkil qilishi mumkin [2.5].

Barcha operatsiyadan oldingi tadbirlar, tekshiruv, ayniqsa, jarrohlik texnikasi va operatsiyadan keyingi bemorni olib borish taktikasi yetarli darajada batafsil ishlab chiqilgan. Bu davr davomida o`tkir xoletsistitning asoratlangan shakllari tufayli 531 operatsiya o`tkazildi, 15 (2,8%) bemor vafot etdi. Bemorlarning aksariyati terapevtlarning konservativ davo o‘tkazish borasidagi oldingi tavsiyalari bo`yicha taklif etilgan operatsiyani rad etishadi. Shifokorlar bu borada ushbu toifali bemorlarni jarrohlik davohalash ko‘rsatmalari bo‘yicha umumiy nuqtai nazarga rioya qilishlari shart deb o`ylaymiz.

Jigar sirrozida qon ketishi 90 (0,77%) odamda kuzatilgan, ulardan 29 nafari (45%) vafot etgan. 13 (20,3%) odamda o‘lim sababi gepatargiya bilan kechadigan qon ketishi, 7 (11%)da og‘ir gepatargiya bo‘lgan. Bemorlarning og‘ir ahvoli jarrohlik davodan foydalanishga imkon bermadi. Biroq, avvallari deyarli barcha bemorlar ambulatoriya sharoitida va statsionarlarda davolanishgan va ularning hech biriga jarrohlik aralashuv taklif qilinmagan. Bunday bemorlarni davolashda xar xil soxadagi shifokorlar va jarrohlar yaqin aloqada bo`lishlari talab etiladi.

O‘tkir ichak tutilishi bilan 350 (3%) bemor qabul qilingan, ulardan 305 nafari (87%) huruj boshlangandan 24 soat o‘tgach murojat qilgan. 287 (82%)tasiga jarrohlik davo o`tkazildi, qolganlari bosh tortishdi. Operatsiya qilingan bemorlar orasida 5 bemor vafot etdi (1,7%). Qoida tariqasida, bu asosan, og‘ir xamrox kasalliklarga chalingan qariyalardir va ularda ichaklarda sezilarli morfologik va anatomik o‘zgarishlar vujudga kelgan.

Ta'kidlash joizki, o‘lim strukturasida qo‘shma kasalliklar katta rol o‘ynaydi. O‘lganlarning aksariyati turli, ba'zan bir necha boshqa xamrox xastaliklarga ega bo`lib, ko‘pincha bemorlarning o‘limiga asosiy kasallik emas, balki ana shular sabab bo`lgan. Olingan ma`lumotlar urgent jarrohligida tashkiliy-taktik, diagnostika va davolash masalalarini yanada takomillashtirishni davom ettirish zarurligini ko‘rsatmoqda.

Xulosa

1. O‘tkir qorin jarrohlik kasalliklaridan o‘lim tarkibini muhim qismini yoshi katta bemorlar (36%) tashkil etib, bu xamrox kasalliklari borligi, atipik klinik kechishi va kech murojat qilishlari tufaylidir.

2. Qorin bo‘shlig‘i a'zolarining o‘tkir kasalliklariga chalingan bemorlarga yordam ko‘rsatish samaradorligi ko‘p jihatdan olib borilayotgan sanitariya-ma'rifiy ishlarga bog‘liq.

3. Eng yaxshi profilaktika tadbirlar va o‘limini kamaytirish choralari - muntazam ravishda samarali dispanserizatsiya va rejali sog`lomlashtirischdir.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я., Василенко О.Ю. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2005. 40-45.
2. Жерлов Г.К, Истомин Н.П., Кейян С.В. К вопросу о хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы всероссийской конференции хирургов "Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки". Саратов 2003; 181.
3. Макушкин Р.З., Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Гадаев Ш.Ш., Петижев Э.Б.// Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните. Хирургический журнал имени Пирогова Н.И. №11 2009 г. С. 18-22.
4. Маховский В.З., В. А. Аксененко, И. М. Лайпанов, Ж. М. Яхья. Экстренные сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости и малого таза. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012; (9): 48-54.
5. Томнюк Н.Д., Данилина Е.П., Черных А.Н., Парно А.А., Шурко К.С. Перитонит, как одна из основных причин летальных исходов. //Современные наукоемкие технологии. - 2010. - № 10 - С. 81-84.
6. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis - how to indentity patients at risk for persistent sepsis. Eur J. Med. Res 2003; №8 p.125-134
7. IvaturyRaoR. Cheatham M.L. Malbrain M.L.N.G. Surgae M. Abdominal compartment syndrome. Landes Bioscience 2006 p.308
8. Kim J.J., Kim N., Lee B.H. Risk factors for development and recurrence of peptic ulcer disease. Kor J Gastroenterol 2010; 56: 4: 220-228.
9. Nishonova E. Kh., Ismailov F.M., Zuparov K. F., Tokhtamurod Z.Z., Abdumadjidov A.Sh. Causes of death in emergency conditions of the abdominal organs. "Young Scientist", №8 (194).2018. 44-45.

Kelib tushgan vaqti 09.11.2020

УДК 617.7-007.681+ 616-036.2

ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА ПРИ ГЛАУКОМЕ

Туйчибаева Д.М., Янгиева Н.Р.,

Ташкентский государственный стоматологический институт,

✓ ***Резюме***

За период 2010 - 2019 гг. в Узбекистане впервые признаны инвалидами по глаукоме 6842 человека, всего за изучаемый период в стране на учете состояло 58544 инвалидов с данной патологией. Из них 57338 человек (97,9±0,07%) составляли лица с открытоугольной и закрытоугольной формами глаукомы. За изучаемый первичная инвалидность при глаукоме по Узбекистану, возросла практически в 2 раза показатели общей инвалидности более стабильны, но также имеют тенденцию к росту в 1,14 раза. При сохранении всех прочих составляющих процесса неизменными до 2028 г. ожидается рост общей инвалидности на 10000 взрослого населения от глаукомы по Узбекистану в 2,3 раза, при росте первичной инвалидности в 4,1 раза.

Ключевые слова: первичная и общая инвалидность, взрослое население, глаукома, Республика Узбекистан.

ЎЗБЕКИСТОН АҲОЛИСИНИНГ ГЛАУКОМА ОҚИБАТИДА НОГИРОНЛИКНИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Туйчибаева Д.М., Янгиева Н.Р.,

Тошкент давлат стоматология институти.

✓ ***Резюме***

2010-2019 йилларда Ўзбекистонда глаукома туфайли ногирон деб тан олинган бирламчи ногиронлар сони 6842 кишини ташкил қилади, ўрганилган даврида эса умумий 58544 ногирон рўйхатга олинган. Улардан 57338 киши (97,9 ± 0,07%) глаукоманинг очиқ ва ёпиқ бурчакли шаклларига эга бўлган шаҳслардир. Ўрганилган даврда глаукома оқибатида келиб чиққан бирламчи ногиронлик Ўзбекистон бўйича деярли 2 баравар ошганлиги кузатилмоқда, умумий ногиронлик кўрсаткичлари эса барқарорроқ, лекин ўсишга мойиллиги кузатилмоқда (1,14 бараварга ўсган). Агар жараённинг бошқа барча таркибий қисмлари 2028 йилгача ўзгаришсиз қолса, Ўзбекистондаги 10000 катталар аҳолисига нисбатан глаукомадан ногиронликнинг умумий ҳажми 2,3 баравар, бирламчи ногиронликнинг 4,1 бараварга кўпайиши кутилмоқда.

Калит сўзлар: бирламчи ва умумий ногиронлик, катталар, глаукома, Ўзбекистон Республикаси.

PECULIARITIES OF POPULATION DISABLED IN UZBEKISTAN UNDER GLAUKOMA

Tuychibaeva D.M., Yangieva N.R.,

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

For the period 2010 - 2019 In Uzbekistan, 6842 people were recognized as disabled for glaucoma for the first time; in total, during the study period, 58544 disabled people with this pathology were registered in the country. Of these, 57338 people (97.9 ± 0.07%) were persons with open-angle and closed-angle glaucoma. For the studied primary disability in glaucoma across Uzbekistan, the indicators of general disability have increased almost 2 times; they are more stable, but also tend to increase by 1.14 times.

Key words: primary and general disability, adult population, glaucoma, Republic of Uzbekistan.

Актуальность

Одним из наиболее инвалидизирующих заболеваний глаз является хронически протекающая и неуклонно прогрессирующая с возрастом глаукома. Глаукома является одной из важнейших проблем не только современной офтальмологии, но и стоит в ряду наиболее значимых государственных медико-социальных проблем [21, 22].

Под общим термином - глаукома исследователи понимают повреждение зрительного нерва при повышенном внутриглазном давлении. Глаукома часто начинается и протекает для пациента. При этом особенно в возрасте старше 50 лет больные жалуются на понижение зрения, боли в области глаза, что должно приводить пациента к врачу. Однако низкая информированность населения, низкая медицинская активность, недостаточная обеспеченность офтальмологами, неразвитость геронтологической службы во многих странах являются причиной позднего обращения к врачу и низкого уровня качества диспансеризации при глаукоме, а как следствие резкого ухудшения зрения и слепоты [3,22]. Треть слепых в мире потеряли зрение именно в следствии данной патологии.

По данным литературы в последнее время наблюдается рост распространенности этой болезни [6,24,25,26]. Около 60,5 млн людей в начале XXI века в мире были больны глаукомой, по прогнозу в 2020 г. их количество должно составлять 79,6 млн. [27]. Иллюстрацией данного факта может служить исследование М.М. Бикбова с соав. (2018), показавшее, что за 7 лет (2010-2016 гг.) число больных глаукомой только в Республике Башкортостан (Россия) возросло на четверть (24,3%) с 24 536 до 30 508 человек. [7]

В настоящее время подтверждена прямая зависимость между уровнем заболеваемости глаукомой и

возрастом пациентов [3,15]. В докладе ВОЗ указывается что к 2022 г. численность лиц в возрасте старше 60 лет в мире достигнет одного миллиарда человек, а к 2050 году каждый пятый человек в мире будет преклонного возраста [8]. В России согласно прогнозам, доля лиц пенсионного возраста в общей численности населения увеличится с 24% до 29,0% в период с 2015 по 2035 г. [23]. В Узбекистане при современных показателях роста продолжительности жизни и низком уровне общей смертности численность населения в возрасте старше 60 лет к 2030 г. в возрастной структуре населения страны достигнет 30 - 35 % [4,5]. Это делает проблему распространенности глаукомы более значимой, так как вследствие глобального постарения населения в мире распространённость и инвалидизации от глаукомы будет нарастать во всех странах [12, 15, 23].

Глаукома и особенно наиболее часто встречающаяся ее форма -первичная открытоугольная глаукома, диагностируемая в популяции больных с данной патологией в более чем в 80% случаев, зачастую приводит пациента к инвалидности. Так по данным Б.М. Азнабаева с соав. (2016) глаукома была основной причиной инвалидности у 43,2 % лиц, впервые признанных инвалидами вследствие болезней глаз [2]. Инвалидизирующая особенность глаукомы заключается в ее тяжести. По данным Е.А. Егорова с соав. (2019) наиболее тяжелая I группа инвалидности устанавливается почти каждому третьему (35,4%) из впервые признанных инвалидами по глаукоме, II группа практически каждому второму (45,8%) и только 18,8% первичных инвалидов при данном заболевании получают наиболее легкую - III группу [14].

Инвалидность - это один из наиболее ярких показателей, характеризующих здоровье населения и его социальное благополучие. В Узбекистане здоровью и поддержке инвалидов уделяется пристальное внимание. Приняты директивные документы, определяющие терминологию, права инвалидов, охрану и восстановление здоровья лиц с ограниченными способностями, улучшение их медицинского и социального обеспечения, в частности: Закон "О социальной защищенности инвалидов" 1991 г.; Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22.03.2018 г. № 210 "О совершенствовании системы статистического учета лиц с инвалидностью" [18,19] и так далее.

Основными причинами высокого уровня инвалидизации при глаукоме часто является не только тяжесть патологии, но и низкий уровень развития офтальмологической службы (глаукомные кабинеты), некачественная диспансеризация, поздняя обращаемость [10,15], наличие природных и национальных факторов [11,12], высокий уровень стрессовых ситуаций [20,28], распространенность сопутствующих заболеваний и другие факторы риска, изучение которых, наряду с изучением распространенности и динамики заболеваемости глаукомой, должны способствовать снижению напряженности проблем связанных с данной патологией. Все это послужило причиной проведения данного исследования.

Цель исследования. Изучение особенностей динамики первичной и общей инвалидности вследствие глаукомы среди взрослого населения Республики Узбекистан за период с 2014 по 2019 гг. с целью определения прогноза ее развития на ближайшие годы для разработки мероприятий по профилактике данной патологии.

Материал и методы

Проведено ретроспективное изучение данных агентства медико-социальной службы (экспертизы) при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан с 2014 по 2019 гг. о числе инвалидов среди взрослого населения с диагнозом глаукома по Республике Узбекистан. Были рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели, динамика и структура общей и первичной инвалидности, определены среднепериодовый показатели, произведен регрессивный анализ и дан прогноз развития ситуации на ближайшие годы. Сравнение средних значений показателей проводили с использованием критерия Стьюдента (t) с последующей оценкой степени вероятности различий (p). Статистическая обработка данных произведена с помощью пакета стандартных программ "EXCEL - 2010".

Результат и обсуждение

За период 2010 - 2019 гг. в Узбекистане впервые признаны инвалидами по глаукоме и ее последствиям 6842 человека. Всего за изучаемый период в стране на учете состояло 58544 инвалидов с данной патологией. Из них 57338 человек (97,9±0,07%) составляли лица с открытоугольной (58,7%±0,2%) и закрытоугольной (39,3±0,2%) формами глаукомы.

Среднепериодовый показатель общей и первичной инвалидности (ОИ и ПИ) по Узбекистану составил соответственно 2,87±0,04 и 0,33±0,01 на 10000 населения старше 19 лет соответственно ($p \leq 0,05$).

Динамика ОИ при глаукоме по Узбекистану, за истекший период имела тенденцию к росту (рис.1) с 2,86±0,04 в 2010 г. до 3,27±0,04 на 10000 взрослого населения в 2019 г. За то же десятилетие ПИ по Узбекистану возросла с 0,27±0,01 до 0,53±0,02 ($p \leq 0,05$).

Применение уравнения линейной регрессии позволило рассчитать динамику прироста показателей ОИ и ПИ при глаукоме среди населения Р. Узбекистан на период до 2028 г. Прогноз говорит о том, что к 2028 г. показатель ОИ по глаукоме достигнет уровня 6,50±0,05, а ПИ возрастет до 1,10±0,02 на 10000 населения

Средний возраст инвалидов по глаукоме за изучаемое десятилетие для ОИ составил 54,8 ± 2,6 лет и 60,5 ± 9,5 лет среди впервые признанных инвалидами, однако это различие не достоверно ($p \leq 0,05$) и при последующих наблюдениях может не повторится.

Среди всех признанных инвалидами за десять лет с 2010 по 2019 г. по глаукоме (рис.2) как в случае ОИ, так и при ПИ лица старше 70 лет составляли основную возрастную группу (34,6 и 32,4% соответственно), на втором ранговом месте находилась группа лиц 60-69 лет (23,8 и 26,0 % соответственно), на третьем 50-59 лет (23,0 и 22,2% соответственно). Лица в возрасте от 19 до 40 лет и в том и в другом случае составляли чуть более 10% от числа всех или впервые признанных инвалидами

Рассматривая структуру инвалидности при глаукоме по полу (рис. 3) можно отметить, что среди инвалидов преобладали мужчины. Данная тенденция наблюдалась как в структуре ежегодной инвалиднос-

Рисунок 1

Динамика общей и первичной инвалидности при глаукоме по Узбекистану за период с 2010 по 2019 гг. (на 10000 населения)

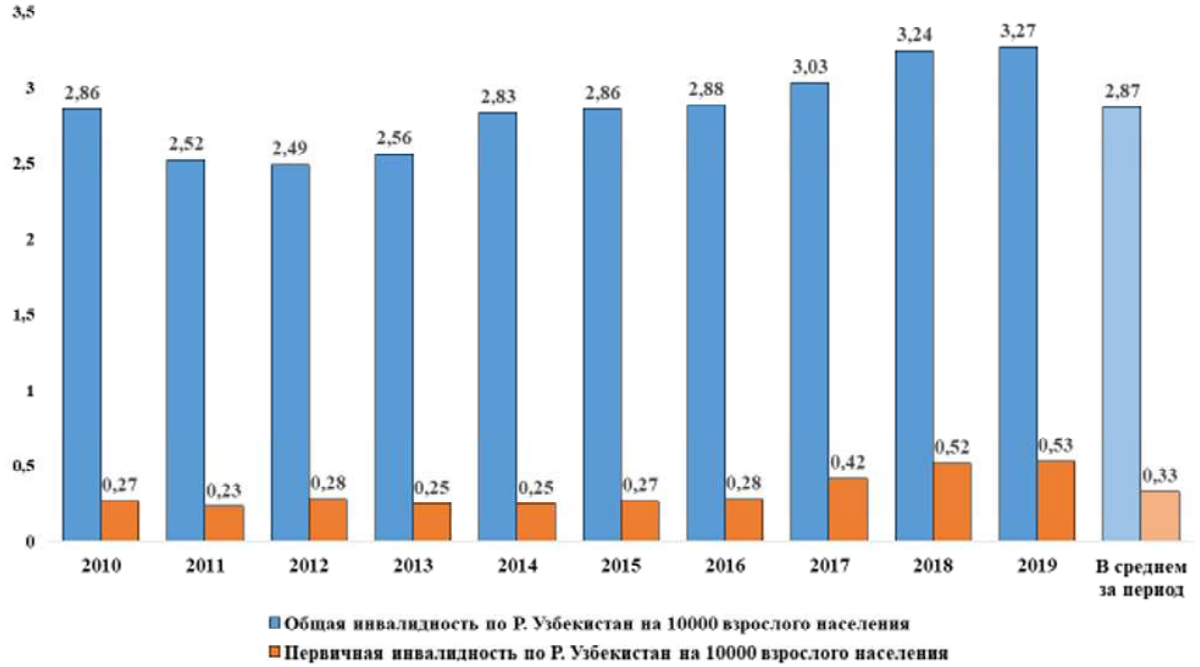


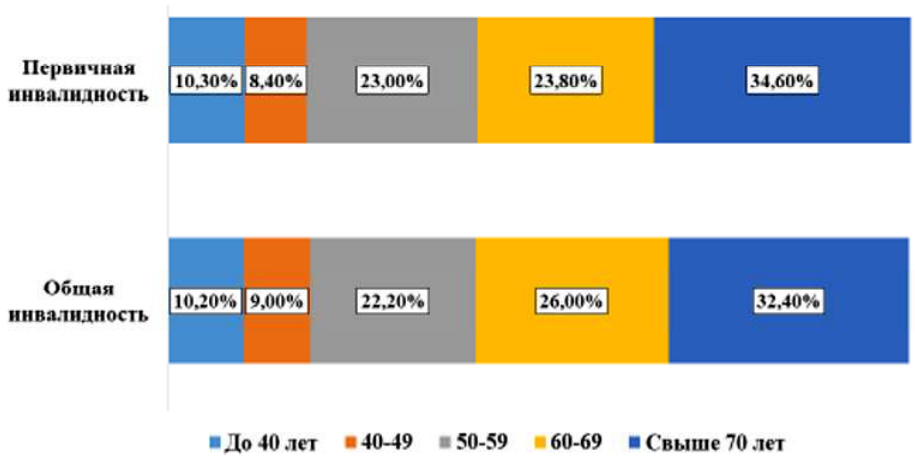
Таблица 1

Прогноз динамики общей и первичной инвалидности при глаукоме по Узбекистану за период с 2010 по 2028 гг. (на 10000 населения)

Показатели инвалидности на 10000 взрослого населения	Республика Узбекистан		Прирост показателей инвалидности
	2010 г.	2028 г.	
Общая инвалидность	2,86 ±0,04	6,50±0,05	в 2,3 раза
Первичная инвалидность	0,27±0,01	1,10±0,02	в 4,1 раза

Рисунок 2

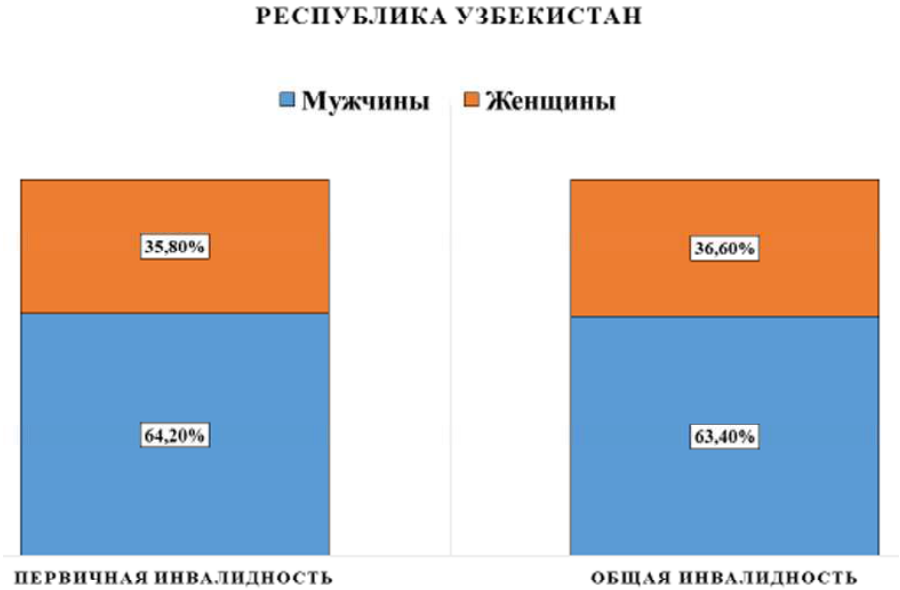
Возрастная структура общей и первичной инвалидности при глаукоме по Узбекистану за период с 2010 по 2019 гг. (в % к общему числу инвалидов по данной группе)



ти, так и в целом за период с 2010 по 2019 гг., так и в целом за период наблюдения в группе ОИ мужчины составляли 63,4±0,2 %, а при ПИ 64,2±0,58 %. Во всех случаях различия в структуре инвалидов по полу между удельным весом мужской и женской группами достоверны ($p \leq 0,05$).

Рисунок 3

Структура инвалидности при глаукоме по полу в Узбекистане за период с 2010 по 2019 гг. (в % к общему числу признанных инвалидами)



Среди всех зарегистрированных за 10 лет 57338 инвалидов Узбекистана с открытоугольной и закрытоугольной формами глаукомы, преобладали лица с открытоугольной формой 59,9±0,2% (таб. 2) в выявленных следующих стадиях развития процесса: I - 0,3±0,02%; II - 2,8±0,07%; III - 19,4±0,17%; IV - 37,4±0,2%. Инвалидов с закрытоугольной формой по Узбекистану было достоверно меньше 40,1±0,2% ($p \leq 0,05$), среди них также преобладали лица, выявленные в запущенных стадиях: I - 0,1±0,01%; II - 0,9±0,04%; III - 16,7±0,16%; IV - 22,4±0,17% ($p \leq 0,05$).

Среди впервые выявленных инвалидов наблюдалась аналогичная картина. Лица с открытоугольной формой составили 55,0±0,62 %, а с закрытоугольной 45,0±0,62%, и в том и в другом случае преобладали больные с III и IV стадии процесса ($p \leq 0,05$).

Таблица 2

Распределение общей и первичной инвалидности при глаукоме по г. Ташкенту и Р. Узбекистан за период с 2010 по 2028 гг. по формам и стадиям (на 100 выявленных инвалидов)

Число инвалидов	Формы глаукомы								Всего (%)
	Открытоугольная				Закрытоугольная				
	Стадии на 100 зарегистрированных инвалидов (%)								
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Общая инвалидность n = 57338	0,3±0,02	2,8±0,07	19,4±0,02	37,4±0,17	0,1±0,01	0,9±0,04	16,7±0,16	22,4±0,17	100
Первичная инвалидность n = 6452	0,3±0,07	2,5±0,19	17,3±0,47	34,9±0,59	0,2±0,06	1,1±0,13	18,6±0,48	25,1±0,54	100

Республика Узбекистан (РУз) на сегодняшний день является одним из наиболее экономически стабильных стран СНГ и Центральной Азии. Большая часть экономики страны связана с выпуском промышленной продукции добывающей, топливной, химической и газоперерабатывающей отраслей машиностроения, металлообработки, черной и цветной металлургии, сельскохозяйственной отрасли - хлопководство, садоводство, овощеводство и животноводство. Важно отметить, что РУз охватывает в своих границах несколько заметно отличающихся друг от друга географических зон, со значительными экологическими проблемами, включая проблемы Аральского моря. Эти факторы во многом определяют заболеваемость населения страны, в том числе и офтальмологическую. Борьбе с различными заболеваниями как инфекционной, так и неинфекционной природы и созданию в стране качественной системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, увеличения активной продолжительности жизни отводится важное место в государственной политике страны [16,17]. В целях успешной реализации поставленных задач в стране была разработана Концепция развития системы здравоохранения на 2019-2025 годы, в соответствии с нормативно-правовыми актами Республики Узбекистан, регулирующими деятельность в сфере здравоохранения, а также международными договорами в области охра-

ны здоровья населения в рамках региональной политики Здоровье-2020 и Целей устойчивого развития 2030 [13]. Эти программы предусматривают среди прочих мероприятий и снижение уровня инвалидности среди населения страны, улучшение качества жизни и реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

За изучаемый нами период с 2010 - 2019 гг. среднепериодовый показатель общей инвалидности при глаукоме составил 2,87±0,04, а первичной инвалидности 0,33±0,01 на 10000 населения старше 19 лет. Показатели инвалидизации имеют устойчивую тенденцию к росту. При учете уровня 2010 г. и уровня 2019 г. ОИ на 10000 взрослого населения возросла в всего в 1,1 раза, однако при сравнении минимального уровня ОИ (2,49) в 2012 г. и максимального уровня (3,27) в завершающем году видно, что показатель за 7 лет вырос в 1,31 раза (то есть на 31%). Прирост ПИ был более явным и составил 96,2%, таким образом ПИ выросла в 2 раза. Такой рост показателей скорее всего связан с увеличением средней продолжительности жизни населения страны и увеличением в его структуре числа лиц предпенсионного и пенсионного возраста, а, следовательно, увеличением уровня заболеваемости глаукомой. Кроме того, в результате реформ, происходящих в системе офтальмологической службы начиная с 2016 г. увеличился уровень обращаемости населения к врачам офтальмологам и соответственно возросшей выявляемостью патологии. Значительный разрыв между уровнем ОИ (2,87%00) и первичной инвалидности (0,33%00) говорит о процессах значительного накопления числа инвалидов среди населения страны.

Такой значительный рост числа инвалидов по глаукоме за 10 лет при сохранении всех прочих составляющих процесса неизменными, в ближайшее время, к 2028 г. приведет к возрастанию общего числа инвалидов в 2,3 раза (с 2,86 ±0,04 в 2010 г. до 6,50±0,05 на 10000 взрослого населения), а лиц, впервые признаваемых инвалидами в 4,1 раза (с 0,27±0,01до1,10±0,02 на 10000 взрослого населения за тот же период) ($p \leq 0,05$). Это обстоятельство требует незамедлительных мер по профилактике, раннему выявлению и улучшению качества медицинского обслуживания больных с глаукомой.

Среди лиц, признанных инвалидами по глаукоме основную группу составляют лица пенсионного возраста 54,8 ± 2,6 лет (ОИ) до 60,5 ± 9,5 лет (ПИ), в большинстве своем это мужчины 63-64% от числа всех инвалидов с открытоугольной формой глаукомы (59,9±0,2%). Что соответствуют и работам других авторов А.Э. Бабушкин с соав. (2011), М.М. Бикбов с соав. (2018) и другие [2, 6, 7, 14,15].

Мужчины пожилого возраста наиболее инертная часть взрослого населения в отношении медицинской активности (обращаемость за медицинской помощью, обращаемость с профилактической целью и т.д.) Вероятно это обстоятельство объясняет тот факт, что основная масса пациентов обращается за медицинской помощью и признается инвалидами в запущенных стадиях процесса (III - IVстадия) - 52,2 % при открытоугольной форме и 43,7 % при закрытоугольной форме. Таким образом и при закрытоугольной и при открытоугольной форме среди всех зарегистрированных инвалидов преобладали лица с более тяжелыми степенями развития заболевания. Что соответствует и литературным данным [1,9].

Таким образом анализ охарактеризованной ситуации по инвалидизации лиц с глаукомой в Республике Узбекистан за период с 2010 по 2019 гг. свидетельствуют о необходимости более детального изучения характера заболеваемости и инвалидности при данной патологии с целью подготовки и реализации мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с глаукомой, их раннему выявлению, диспансерному наблюдению, своевременному лечению, что позволит снизить уровень слепоты и инвалидности от глаукомы.

Выводы

1. За период 2014 по 2019 гг. первичная инвалидность при глаукоме по Узбекистану, возросла практически в 2 раза, показатели общей инвалидности более стабильны, но также имеют тенденцию к росту в 1,14 раза.

2. При сохранении всех прочих составляющих процесса неизменными до 2028 г. ожидается рост общей инвалидности на 10000 взрослого населения от глаукомы по Узбекистану в 2,3 раза, при росте первичной инвалидности в 4,1 раза.

3. Среди всех признанных инвалидами за десять лет с 2010 по 2019 г. по глаукоме лица преклонного возраста - старше 70 лет составляют основную возрастную группу как при общей, так и при первичной инвалидности (соответственно 34,6 и 32,4% от числа всех зарегистрированных инвалидов по данной группе)

4. Среди признанных инвалидами во всех изучаемых группах преобладали мужчины, составляя более 60% от числа инвалидов обоего пола.

5. Среди выявленных за 10 лет инвалидов по Узбекистану преобладали лица с открытоугольной формой глаукомы 59,9±0,2%, подавляющее большинство инвалидов составляли лица в III и IV стадии глаукомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеев Р.В., Александров А.С., Бакунина Н.А., Басинский А.С., Блюм Е.А., Брежнев А.Ю. и др. Прогнозирование продолжительности сроков заболевания и возраста пациентов с разными стадиями первичной открытоугольной глаукомы. Национальный журнал глаукома 2014; 13(2):60-69.
2. Азанбаев Б.М., Загидуллина А.Ш., Рашитова Д.Р. Первичная инвалидность вследствие глаукомы среди взрослого населения Республики Башкортостан. Журнал Здоровье и образование в XXI веке. 2016; 18. 11: С 63-65.
3. Аскарова Б. Система организации диспансеризации пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в Абайском районе Карагандинской области за 2002-2011 гг.// Медицина и экология. - 2012. -№ 2. - С 111-114
4. Ахмедов Д, Кучера Т. Перспективы демографического развития Республики Узбекистан на период 2018-2050 гг. // Фонд ООН в области народонаселения в Узбекистане. - Прага - Ташкент. -2019. - 63с.
5. Демографическая ситуация // Управление статистики демографии и труда Узбекистана//https://stat.uz/uploads/docs/demog-yan-dek-ru18.pdf (дата обращения 17.10.2020).
6. Бабушкин А.Э., Оренбуркина О.И., Матюхина Е.Н. Анализ распространенности, заболеваемости и инвалидности вследствие глаукомы в Республике Башкортостан. Вестник Оренбургского государственного университета. 2011; 14: 45-48
7. Бикбов М.М., Бабушкин А.Э., Хуснитдинов И.И. Динамика эпидемиологических показателей глаукомы в Республике Башкортостан за период 2010-2016 гг. РМЖ "Клиническая офтальмология". 2018;4: С. 163-167.
8. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения//Все выпуски Бюллетеня ВОЗ.- 2012.- №2 (90) .- С 77- 156.
9. Егоров Е.А., Куроедов А.В. Отдельные клинико-эпидемиологические характеристики глаукомы в странах СНГ и Грузии.

Результаты многоцентрового открытого ретроспективного исследования (часть 1). Клиническая офтальмология 2011; 3:97-100.
10. Малеванная О.А., Садков В.И. Оценка эффективности диспансерного наблюдения и поликлинического этапа лечения больных с ПОУГ // Сб. трудов регион. конференции "Глаукома. Теория и практика". - Санкт Петербург, 2009. - С. 94-99.
11. Либман Е.С. Медикосоциальные проблемы в офтальмологии // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. - М., 2010. - С. 70-71.
12. Либман Е.С., Калеева Э.В., Рязанов Д.П. Комплексная характеристика инвалидности вследствие офтальмологии в Российской Федерации. Российская офтальмология 2012; 5:24-26.
13. Набибуллаева Р.З. Государственная политика республики Узбекистан в области здравоохранения. Большая Евразия: развитие, безопасность, сотрудничество. - 2019. - С. 971-975.
14. Национальное руководство по глаукоме: для практикующих врачей / редакторы Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, В.П. Еричев. 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
15. Нероев В.В., Киселева О.А., Бессмертный А.М. Результаты мультицентровых исследований эпидемиологических особенностей первичной открытоугольной глаукомы в Российской Федерации. Российский офтальмологический журнал 2013; 3:4-7.
16. О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан// Указ Президента Республики Узбекистан № ПП-5590. - 07 .12. 2018// Национальная база данных законодательства, 07.12.2018 г., № 06/18/5590/2285.
17. О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения// Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП - 4063. - 18.12.2018 / / Национальная база данных законодательства, 19.12.2018 г., № 07/18/4063/2347.
18. О совершенствовании системы статистического учета лиц с инвалидностью//Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан. - N 210. - 2.03.2018 // Национальная база данных законодательства. - 26.03.2018 г., № 09/18/210/0935
19. О социальной защищенности инвалидов// Закон Республики Узбекистан № 422 - XII.18.11.1991 // Собрание законодательства Республики Узбекистан, 2004 г., № 37, ст. 408, № 51, ст. 514;
20. Соколов, В.А. Первичная открытоугольная глаукома: психосоматические черты болезни / В.А. Соколов, М.Н. Чернобавская // Глаукома: теории, тенденции, технологии: сб. науч. ст. ? М., 2011. - С. 295-298
21. Скоробогатова Е.С., Шмакова О.В., Гаврилова О.В. Сравнительный анализ первичной инвалидности по зрению в Москве и Московской области // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. - М., 2010. - С. 75.
22. Суркова В.К., Сафина А.З., Саяпов Н.Г., Булатова Л.К. Инвалидность вследствие глаукомы в Республике Башкортостан. Глаукома 2007; 2: 54-56.
23. Шляфер С.И. Современная демографическая ситуация по старению населения России. Главврач 2013; 1: 39-46
24. Jonasson F., Damji K.F., Arnarsson A., Sverrisson T., Wang L., Sasaki H., Sasaki K. Prevalence of open-angle glaucoma in Iceland: Reykjavik Eye Study. Eye 2013; 6 (17):747-753.
25. Leske M.C., Connell A.M.S., Schachat A.P. The Barbados Eye Study. Prevalence of open angle glaucoma. Arch Ophthalmol 1994; 112 (6):821-829.
26. Population aging poses problems for health services. Bulletin of the World Health Organization 2012; Issue 90(2), 15-18.
27. . Quigley H.A. Number of people with glaucoma worldwide. Br J Ophthalmol 1996; 80(5):389-393.
28. Shily, B.G. Psychophysiological stress, elevated intraocular pressure, and acute closed-angle glaucoma / B.G.Shily // Am J Optom Physiol Opt. -1987. - 64(11). - P. 866-870.

Поступила 09.11.2020

УДК 613. 36 /. 37 - 072. 7

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ И ЭЛАСТОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Хакимов Н.С., Хакимова Р.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье представлены результаты исследования больных с циррозом печени осложненным портальной гипертензией. Для определения степени разрастания соединительной ткани в печени проведены методы инструментального исследования эхографии, доплерографии и эластографии у 108 обследуемых пациентов.

Ключевые слова: доплерография, эхография, эластография, цирроз печени, портальная гипертензия.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ХАСАТАЛАНГАН БЕМОРЛАР ЖИГАРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАҲОЛАШДА УЛЬТРАТОВУШ ДОППЛЕРОГРАФИЯСИ ВА ЭЛАСТОГРАФИЯНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ

Хакимов Н.С., Хакимова Р.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Мақола 108 та беморда кулранг шкала эхографияси, допплер режими ва эластография усулини қўллаган ҳолда жигар циррози ва портал гипертензияни ташхислашга бағишланган. Мақолада портал қон айланиши физиологияси ҳақида маълумотлар келтирилган, гепатобилиар тизим томирларида ультратовуш текширувини ўтказиш усули, жигар циррози синфланиши, цирроз касаллигида портал гемодинамиканинг ўзига хос хусусиятлари баён этилган, жигар циррози ва портал гипертензиянинг эхографик мезонлари кўрсатилган.

Калит сўзлар: жигар циррози, портал гипертензия, ультратовуш ташхисоти: допплерография, эластография.

POSSIBILITIES OF ULTRASONIC DOPPLEROGRAPHY AND ELASTOGRAPHY FOR ASSESSMENT OF LIVER STATE IN PATIENTS WITH LIVER CIRROSIS

Khakimov N.S., Khakimova R.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article is devoted to the diagnosis of liver cirrhosis and portal hypertension using echography in gray-scale and Doppler modes and elastography in 108 patients. The article provides data on the physiology of portal circulation, describes the method of ultrasound examination of the vessels of the hepatobiliary system, describes the classification of liver cirrhosis, as well as features of portal hemodynamics in cirrhosis, presents echographic criteria for liver cirrhosis and portal hypertension.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, ultrasound diagnostics: dopplerography, elastography.

Актуальность

Печень относится к числу органов, обладающих уникальной способностью полностью восстанавливаться после перенесённого острого повреждения.

В тоже время при хроническом многолетнем поражении клеток печени различными причинами, особенно вирусами, на фоне активного некрозо воспалительного процесса происходит постепенное замещение погибших печеночных клеток фибрознойсоединительной тканью, приводящей в итоге к значительному фиброзированию паренхимы с вытекающими последствиями. Для оценкитяжести и распространенности патологического процесса в печени до недавнего времени использовалась травматичная, малая операция-пункционная биопсия печени, имеющая широкий спектр противопоказаний к ее проведению.

Цирроз печени - представляет собой диффузное поражение печени, вызванное различными этиологическими агентами, особенность клиники характеризуется хроническим волнообразным течением, приводящим к разрастанию соединительной ткани и вследствие этого уменьшению паренхимы печени, уменьшению количества функциональных гепатоцитов, образованию псевдодолек и изменению сосудов гепатобиллиарной системы [1,2,3,11]. По данным многочисленных авторов: одной из частых причин смерти среди неинфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени - циррозы занимают главенствующую позицию. Изучение частоты выявления циррозов печени в общей популяции выявило, что оно встречается у 2-3% населения и наблюдается превалирование мужчин среднего возраста [3,4,9,10]. У большинства больных, инициальная стадия развития гепатитов и цирроза печени имеет латентное течение, без выраженной клинической симптоматики, в то время как морфологические изменения уже имеют распространенный характер и порой приводят к необратимым изменениям паренхимы печени с последующим развитием глубоких нарушений в сосудистой системе, способствующих формированию портальной гипертензии [5, 6,9,12].

Более чем в половине случаев наблюдения пациентов с циррозами печени, отмечено грозное, угрожающее жизни этих людей осложнение- кровотечение. Данное осложнение наблюдается при поздней диагностики этой патологии. С этих позиций разработка инновационных методов эхоскопии (допплерографии и исследование эластограммы печени), малоинвазивных методов - обеспечивающих раннюю диагностику хронических болезней печени, приводящих к развитию цирроза печени - является одной из актуальных проблем ультразвуковой диагностики [7,8,13,14].

Цель исследования: изучение критериев информативности неинвазивных методов допплерометрии сосудистого русла печени и селезенки, а также проведение эластометрии паренхимы печени для определения степени выраженности степени фиброза.

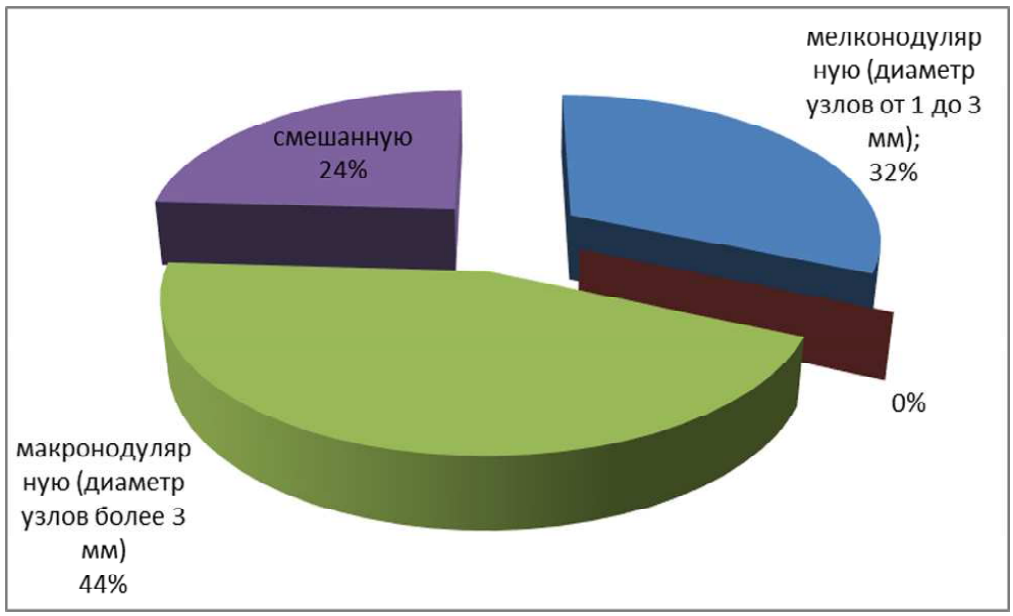
Материал и методы

Всем исследованным 108 пациентам эхоскопическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере "SonoScapeS 40" (экспертный класс, с функцией 3D/4D). Применялись следующие типы датчиков: конвексный, линейный, кардиологический 3,5-5 MHz, исследование проводилось в В - режиме, обязательным было проведение исследования натощак. Допплерографическое исследование: импульсное исследование и цветное картирование сосудов гепато- билиарной системы для определения состояния сосудов органов брюшной полости и наличия степени портальной гипертензии. Эластография на аппарате FibroScan 430 Mini (EchoSens) проводилась для определения степени выраженности разрастания соединительной ткани в паренхиме печени.

Результат и обсуждения

Объектом для исследования выбрано 108 пациентов с циррозом печени, из них мужчин было обследовано 74 (68,5%), средний возраст составил 44,6 года, длительность заболевания- 4,7 года. Данным пациентам в комплексном исследовании наряду с эхографическими методами исследования применялись рутинные методы исследования включающие общий анализ крови, биохимические показатели, по мере необходимости поводились гастроскопия и дуаденоскопия с изучением состояния сосудов пищеводов и желудка.

Оценка морфологических изменений в паренхиме печени произведена согласно данным Всемирной Ассоциации Гепатологов (1978).



Как видно из диаграммы, в проведенном нами исследовании превалировали больные с поздней стадией цирроза печени, о чем свидетельствуют наличие у 44% пациентов - макронодулярных изменений.

В проведенном исследовании, степень выраженности фиброзных изменений в печени оценивали по методике Чайльд и Дж. Пью (1986)

Комплексное исследование для выявления указанных изменений включало: оценку наличия асцита - степени его выраженности и эффективность результата медикаментозного лечения; наличие и степень выраженности энцефалопатии; степень изменений биохимических показателей функции печени (активность трансаминаз, билирубина, изменения показателей коагулограммы и белкового спектра; наличие изменения массы тела).

Анализ всех перечисленных исследований, проведенных у 108 больных определил, что у 41 пациента выявленные изменения, характеризовались как компенсированное состояние, т.е. минимальные цирротические изменения. У 56 пациентов фиброзные изменения умеренные, что оценено как - субкомпенсированное состояние. И у 11 пациентов - данные изменения были ярко выраженными, им установлена стадия декомпенсации (выявлены наряду с асцитом, плохо поддающегося лечению, признаки тяжелой энцефалопатии и другие симптомы, характеризующие выраженные фибротические изменения печени и нарушения гемодинамики в сосудах гепатобилиарной системы).

Проведен анализ результатов допплерографии: по оценке состояния кровеносных сосудов в портальных

и селезеночных сосудах (величина диаметра сосудов, превалирование вида кровотока), направленных на определение степени тяжести изменений в портальной системе.

В зависимости от стадии выраженности фибротических изменений и степени формирования портальной гипертензии оценивались следующие показатели:

" Степень увеличения диаметра воротной вены при норме до 14 мм;

" Степень увеличения диаметра селезеночной вены при норме до 6 мм;

" Снижение линейной скорости кровотока при норме 20-30 см/сек);

" Изменения степени кровотока и его направления;

" Степень увеличения кровотока в селезеночной вене при норме- до 14 см/ сек;

" Степени увеличения диаметра печеночной артерии;

" Увеличение скорости кровотока артерии.

Эхографические показатели компенсированного цирроза печени (*n* = 41)

Показатели	Норма	Компенсированный ЦП	Количество больных
>диаметра воротной вены	до 14 мм	До 15 мм	41
>диаметра селезеночной вены	До 7мм	6-8 мм	34
<скорости кровотока по воротной вене	Около ~15 см/сек	~15 см/сек	41
>скорости кровотока по селезеночной вене	До 15 см/сек	>15 см/сек	37
>диаметра печеночной артерии	До 6 мм	5-6 мм	35
Признаки артериализации печени	-	+	35
Спленомегалия	-	+	28
Портокавальные анастомозы	-	+	27
Асцит	-	-	-

Эхографические показатели субкомпенсированного цирроза печени (*n* = 56)

Показатели	Норма	Субкомпенсированный ЦП	Количество больных
>диаметра воротной вены	до 14 мм	15-18 мм	52
>диаметра селезеночной вены	До 7мм	8-10 мм	50
<скорости кровотока по воротной вене	Около ~15 см/сек	<15 см/сек	56
>скорости кровотока по селезеночной вене	До 15 см/сек	15-20 см/сек	48
>диаметра печеночной артерии	До 6 мм	6-8 мм	54
Признаки артериализации печени	-	++	48
Спленомегалия	-	++	54
Портокавальные анастомозы	-	++	48
Асцит	-	+	39

Эхографические показатели субкомпенсированного цирроза печени (*n* = 11)

Показатели	Норма	Субкомпенсированный ЦП	Количество больных
>диаметра воротной вены	до 14 мм	>18 мм	10
>диаметра селезеночной вены	До 7мм	>10 мм	11
<скорости кровотока по воротной вене	Около ~15 см/сек	<10 см/сек	9
>скорости кровотока по селезеночной вене	До 15 см/сек	>20 см/сек	10
>диаметра печеночной артерии	До 6 мм	Свыше 8мм	11
Признаки артериализации печени	-	+++	11
Спленомегалия	-	+++	11
Портокавальные анастомозы	-	+++	11
Асцит	-	++	11

Суммируя полученные данные анализа эхографическических признаков выраженности портальной гипертензии при различных фазах компенсации цирроза печени на основании допплерографического исследования можно заключить:

" наибольшее увеличение скорости кровотока в селезеночной вене находится в прямой зависимости от тяжести портальной гипертензии;

" степени спленомегалии также выражены при декомпенсированном циррозе печени;

" такая же зависимость установлена с прогрессирующим нарушением портальной гипертензии;

" Если в компенсированной фазе цирроза печени выявляются портоковальные анастомозы, то это свидетельствует о наличии скрыто текущей портальной гипертензии.

Таким образом, допплерографическое исследование вышеуказанных критериев позволяет диагностировать степень портальной гипертензии, а также появляется возможность определять фазы цирроза печени.

С помощью анализа эластометрии проводилось изучение степени выраженности фиброза паренхимы печени в различные фазы цирроза печени. Интерпретация показателей эластографии оценена на основании таблицы соответствий : если F0 менее 6.2 Кпа, указывает на отсутствие фиброза- такое явление выявлено у 12 пациентов; F1 - 6.2-8.3 Кпа - минимальные фибротические изменения печени определены у 43 больных, F2 - 8.3-10.8 Кпа - умеренные фиброзные изменения печени констатированы у - 39 пациентов, F3 - 10.8-14 Кпа - у 14 больных диагностированы выраженные фиброзные изменения печени.

Вывод

Малоинвазивные методы эхографических исследований в виде допплерографии и эластографии позволяют диагностировать степень выраженности портальной гипертензии, а также способствуют возможности определять степень выраженности разрастания соединительной ткани в различные фазы цирроза печени, без применения травмирующей биопсии печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афукова О.А., Юдин А.JI. Лучевая диагностика цирроза печени (обзор литературы) // Медицинская визуализация. - 2005. - № 5. - С. 32-44.
2. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей / И.И. Дегтярев. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 616 с.
3. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т. Ивашкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 208 с.
4. Лечение осложнений цирроза печени: методические рекомендации для врачей / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская. - М.: Литтера. - 2001 - 64 с. (Серия "Практические руководства")
5. Постнова Н. А. Компрессионная эластография печени: методика, особенности получения эластограмм, анализ ошибок и артефактов // Радиология-практика. - 2015. - № 2 (50). - С. 45-54.
6. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / под ред. В.В. Митькова. - 2-е изд. - М.: Видар-М, 2011. - 712 с.
7. Рахимова З.Р. Допплерографические изменения печеночного кровотока у больных циррозом печени// З.Р. Рахимова, Б.Г. Ходжакулиев- Текст: непосредственный // Молодой ученый.- 2014.-№ 4 (63).-С.-377- 379
8. СкуратовА. Г., ЛызиковА. Н., СвистуновС. В.. Ультразвуковая эластография для неинвазивной оценки цирроза печени и портальной гипертензии // Проблемы здоровья и экологии 2017, с.101-106.
9. Ультразвуковая диагностика. Базовый курс. Второе издание, перераб. и доп.: Пер. с нем. / М. Хофер. - М.: Мед. лит., 2013. - 128 с.
10. Шипов О.Ю., Маркина М.Ю., Иванников И.О. Значение ультразвукового исследования при определении стадии хронических диффузных заболеваний печени// Терапевт, 2011, № 1, С.32- 35.
11. Goyal N. et al. Non-invasive evaluation of liver cirrhosis using ultrasound //Clinical radiology. - 2009. - Т. 64. - №. 11. - С. 1056-1066.
12. Kutty S. S. et al. Increased hepatic stiffness as consequence of high hepatic afterload in the Fontan circulation: a vascular Doppler and elastography study //Hepatology. - 2014. - Т. 59. - №. 1. - С. 251-260.
13. Lutz H. H. et al. Doppler ultrasound of hepatic blood flow for noninvasive evaluation of liver fibrosis compared with liver biopsy and transient elastography //Digestive diseases and sciences. - 2012. - Т. 57. - №. 8. - С. 2222-2230.
14. Salvatore V. et al. Relationship between hepatic haemodynamics assessed by Doppler ultrasound and liver stiffness //Digestive and Liver Disease. - 2012. - Т. 44. - №. 2. - С. 154-159.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-71; 608-2

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Юнусова Л.Р.[1], *Ортикбоева Ш.О.*[2], *Халманов Б.А.*[3],

[1]Ташкентский государственный стоматологический институт,
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье определены особенности диагностики, клинического течения и лечения боковых кист шеи. Кистозные образования шеи у пациентов разных возрастных групп, их МРТ-диагностики, анатомические особенности, патоморфологическое исследование. Доказана диагностическая ценность МРТ, патоморфологического исследования в верификации кист шеи. МРТ диагностика кист шеи, варианты клинического течения позволяют снизить риск ошибок на до-, интра- и послеоперационном этапах.

Ключевые слова: кистозные образования шеи, бранхиогенный рак, МРТ, псевдосолидность.

БЎЙИН ҲОСИЛАЛАРИНИ ТАШХИСЛАШДА МАГНИТ-РЕЗОНАНС ТОМОГРАФИЯ

Юнусова Л.Р.[1], *Ортикбоева Ш.О.*[2], *Халманов Б.А.*[3],

[1]Тошкент давлат стоматология институти,
[2]Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада бўйиннинг латерал буйин кисмидаги кисталарини ташхислаш, клиник кечиши ва даволаш хусусиятлари белгиланган. Турли ёш гуруҳларидаги беморларда киста бўйин формацялари, уларнинг МР Т диагностикаси, анатомик хусусиятлари, патоморфологик текшириш. МРТ диагностика қиймати, бўйин кисталарини текширишда патоморфологик тадқиқотлар исботланган. Бўйин кисталар ва клиник курс вариантлари МРТ диагностика олдиндан, интра операциядан кейинги босқичларида хатолар хавфини камайтириш мумкин.

Калит сўзлар: бўйин кистоз ҳосилалари, бронхоген ўсмалар, МРТ, псевдосолидность.

MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSTICS OF CYSTIC NECK

Yunusova L.R.[1], *Ortikboeva Sh.O.*[2], *Khalmanov B.A.*[3],

[1]Tashkent State Dental Institute,
[2]Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article defines the features of diagnosis, clinical course and treatment of lateral neck cysts. Cystic formations of the neck in patients of different age groups, their MRI diagnostics, anatomical features, pathomorphological examination. The diagnostic value of MRI, pathomorphological research in the verification of neck cysts has been proven. MRI diagnostics of neck cysts, clinical course options can reduce the risk of errors in the pre-, intra- and postoperative stages.

Key words: cystic formations of the neck, branchiogenic cancer, MRI, pseudo-solidity.

Актуальность

Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний, солидных опухолей и кистозных образований в области головы и шеи, к сожалению, до настоящего времени представляет собой сложную задачу для специалистов [10,11]. Кисты возникают в любом возрасте, но значительно чаще встречаются у детей и молодых людей. Клиническая картина доброкачественных кистозных образований шеи не представляют однородную группу и использование современных методов диагностики позволит своевременно оказать квалифицированную и специализированную помощь пациенту, что сократит сроки реабилитации [4,6]. Современные данные литературы свидетельствуют о том, что среди различных возможных кистозных образований, формирующихся в области шеи, наиболее изученными являются срединные и боковые кисты [7,9]. В структуре кистозных образований мягких тканей шеи и их осложнений стойко занимают первое место: тиреоглоссальные кисты; 24% взрослых и 50% детей, госпитализируемых в стационары, страдают этими заболеваниями [1,3,8]. Среди лучевых методов наиболее информативным в диагностике кист шеи можно считать МРТ, которая позволяет точно локализовать образование, уточнить его пространственное взаимоотношение с окружающими мягкоткаными структурами и сосудами [2,5].

Цель: определить особенности диагностики, клинического течения и лечения боковых кист шеи.

Материал и методы

Из 121 обследованных больных с помощью МРТ истинные кисты шеи диагностированы 84 , в т.ч. у 45 тиреоглоссальные кисты шеи, боковые кисты у 25, дермоидных кист у 14 больных. Гистологически верифицированы 84 истинные кисты. Другие нозологические формы кистозных образований шеи диагностированы у 27 больных, среди которых кистозный лимфа-

денит - 11, ларингоцеле - 4, паратиреоидные кисты - 2, лимфангиома (кистозная гигрома) - 9, киста тимофаренгиального протока - 1. У 6 больных обнаружена карцинома щитовидной железы, у 4 - бранхиогенный рак.

При кистозных образованиях шеи с помощью магнитно-резонансной томографии оценивалось: локализация образования, его размеры, контуры, интенсивность, распространенность и инвазию образования.

Сравнительный анализ частоты выявленных при МРТ признаков истинных кист шеи представлен в таблице 3.3.1.

Таблица 3.3.1.

МРТ-признаки истинных кист шеи

МРТ-признаки	Нозологические формы		
	Боковая киста (n=25)	**Тиреоглоссальная киста (n=45)**	**Дермоидная киста (n=14)**
Локализация	I - между углом нижней челюсти и наружным слуховым проходом - 7 (28%) - в структуре околоушной железы –4 (16%) II - вдоль кивательной мышцы - 7 (28%) переднемедиальной границе грудино-ключично-сосцевидной мышцы, латерально к сонной области и на заднем крае поднижнечелюстной железы - 5(20%) III-позади сонной артерии и грудино-ключично-сосцевидной мышцы - 2(8%)	I - надподъязычные II - околоподъязычные (широко прилегающие к ПЯК) III - подъязычные (расположенные кпереди от ПЯК)	I- на уровне m. mylohyoid - 5 (35,7%) II- по передней поверхности шеи (средняя линяя) - 9 (64,3%)
Размеры (макс.диаметр)	5.9±1.1см	2.3 ±1.2см	1.8±0.8см
Контуры: • Четкие, ровные • Нечеткие, неровные,	 17 8	 20 25	 12 2
Форма • Округлая (овальная) • неправильная	 12 13	 23 22	 14
Стенки кисты • Нормальная (1-2мм) • Утолщена • Полностью или частично не визуализируется	 17 8 -	 20 25 -	 12 2 -
Внутренняя структура: • Однородная • неоднородная	 17 8	 18 27	 12 2
Интенсивность: • гипоинтентенсивнаяТ 1, гиперинтенсивная Т2; • гиперинтенсивная с участками гипоинтенсивности Т2;	 17 8	 20 25	 14
Наличие внутренних перегородок	3	10	-
Инвазия в окружающие структуры	3	-	-
Инфильтрация окружающей клетчатки	8	18	2
Регионарная ЛАП	17	16	-

Результат и обсуждение

Тиреоглоссальные кисты. Локализация тиреоглоссальных кист по данным МРТ варьировала: надподъязычные (расположенные в КЯ), околоподъязычные (широко прилегающие к ПЯК) - 20%; подъязычные (расположенные кпереди от ПЯК - в надподъязычной области) - 6,7%. По данным МРТ у 10 больных были выявлены перегородки в структуре, с утолщенной капсулой, с четкими, неровными контурами, с небольшой инфильтрацией окружающей клетчатки. В 27 случаях выявлен солидный компонент в структуре кисты, с четкими, ровными контурами. В большинстве случаях контуры при ТГК были неровные, нечеткие. У 18 больных были выявлены осложненные кисты и представляли собой картину нечетких, не-

ровных контуров, с инфильтрацией прилежащей клетчатки. У 16 больных с ТГК определялась регионарная ЛАП.

Дермоидные кисты. При МРТ дермоидная киста обычно визуализировалась, как низкоинтенсивная структура, с четкими, ровными контурами. Структура была неоднородная, жировыми включениями, смешанная плотность жидкости и кальцификации (<50%).. Слияние жира в маленькие узелки в кистозном поражении, придавал вид "мраморного мешка". Большинство дермоидных кист расположен выше m. mylohyoid. Примерно 11,5% дермоидных кист располагались по передней поверхности средней линии шеи.

Бранхиальные (боковые) кисты. Были диагностированы бранхиогенные кисты I-типа у больных, которые локализовались в 3 случаях между углом нижней челюсти и наружным слуховым проходом. В 2 случаях визуализировались в структуре околоушной железы. Толщина и увеличение стенок кисты варьировали, и были утолщёнными до 7-8 мм у 3 больных с осложненными кистами. Бронхиальные кисты II типа локализовались у 2 больных вдоль кивательной мышцы, у 5 больных находились на переднемедиальной границе грудино-ключично-сосцевидной мышцы, латерально к сонной области и на заднем крае поднижнечелюстной железы. Киста, как правило, смещала грудино-ключично-сосцевидную мышцу сзади или постеролатерально, сосуды сонного пространства медиально или постеромедиально и поднижнечелюстную железу кпереди. У 2 больных киста располагалась между сосудами сонного треугольника, сдавлением их и при нативном исследование подозрением на инвазию в с сосуды. У 6 больных подтвердили инвазию в сосуды с помощью МРТ (DWI режиме), при это тесно была связана со стенками сонного треугольника. Из 10 больных у 6 были осложненные кисты, плотность при этом варьировала +19+54ед.Х., контуры были нечеткие, неровные, утолщенными стенками и инфильтрацией прилежащей клетчатки. Содержимое было неоднородное, с гипоинтенсивными включениями в структуре. Бранхиальные кисты III типа располагались позади сонной артерии и грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Представляли собой неправильную изогнутую форму, напоминающую "клюв". Размеры варьировали, и в среднем составили 1.7-2.0 см. Контуры были четкие, ровные, без признаков инвазии и воспалительных изменений окружающей структуры.

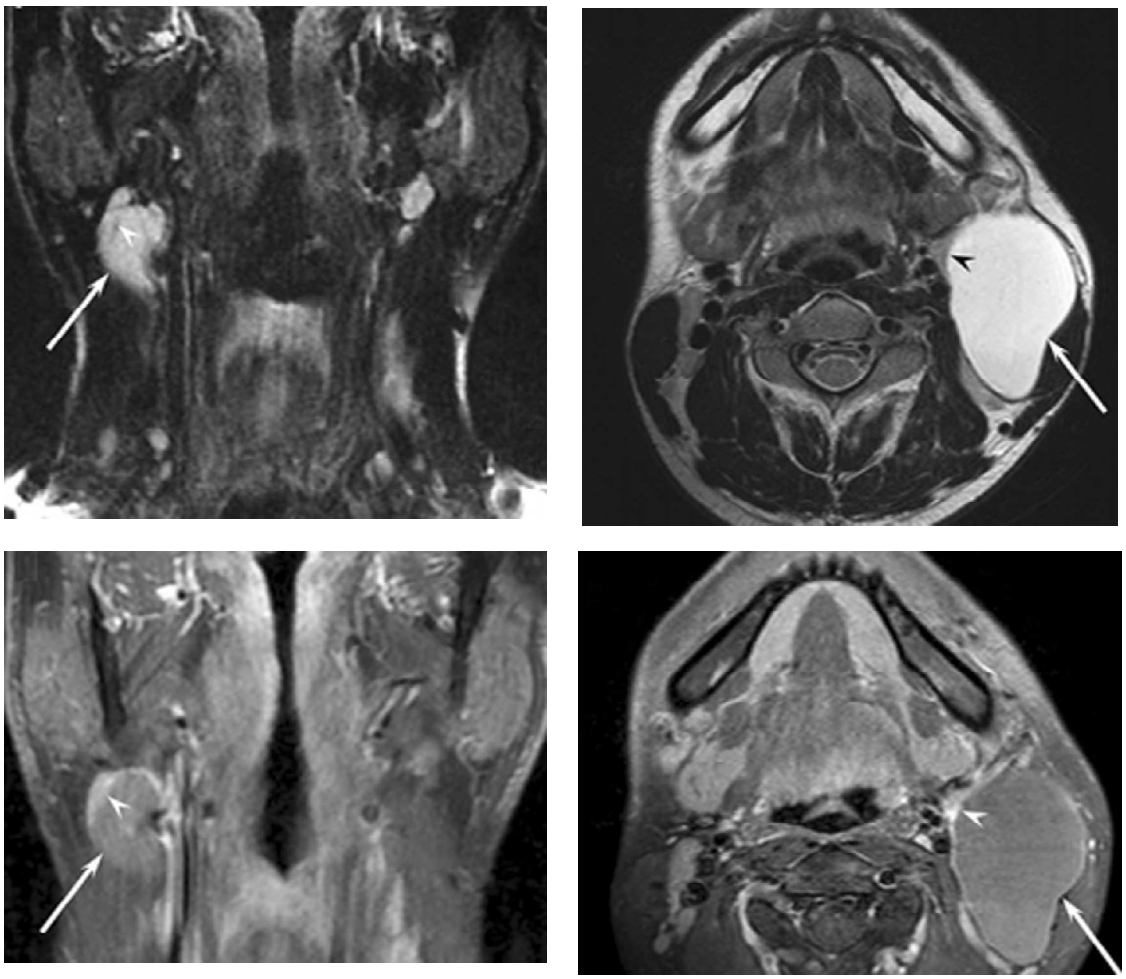


Рис.15. Больной К., 48-лет. МРТ бранхиогенной кисты 2 типа. Аксиальное и коронарное Т2-взвешенное изображения показывают кистозное образование (стрелка) с небольшим утолщением медиальной стенки кисты (наконечник стрелы). Аксиальное гадолиниевое усиленное Т1-взвешенное изображение с пониженным содержанием жира (TR / TE, 841/9 мс) показывает кистозное образование шеи (стрелка) с слегка усилением и утолщением медиальной стенки кисты (наконечник стрелки).

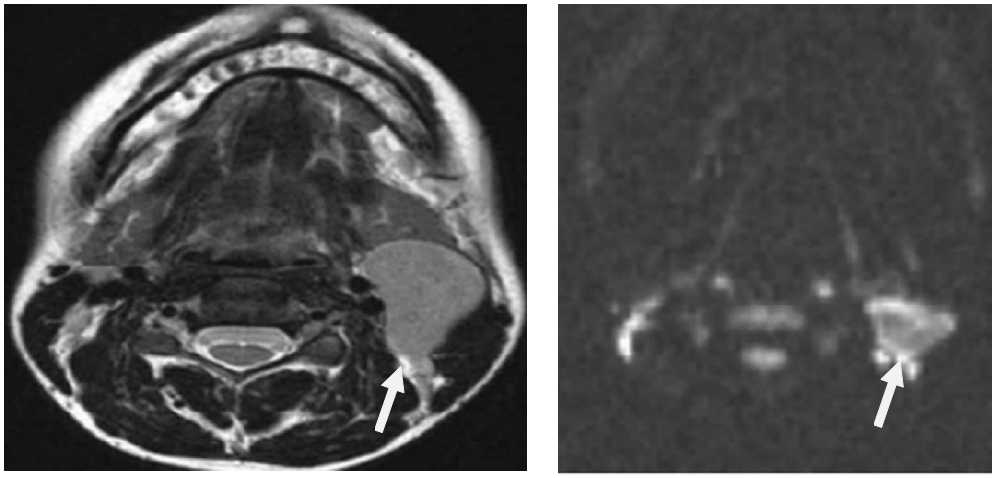


Рис.16. Больной А., 17 л. МРТ кистозного образования (бронхиальная киста 2 типа). (а) Аксиальный T2WI показывает кистозное образование в левом сонном треугольнике, тесно прилежащей стенке сонной артерии (возможно инвазия?); (б) DWI карта показывает, что нет инвазии в сосуд.

Рис. 17. Большая К., 21 л. Т2-взвешенное изображение МРТ, показывающее очень маленькое кистозное образование в околоушной области слева (бранхиальная киста 1 типа) (стрелка).

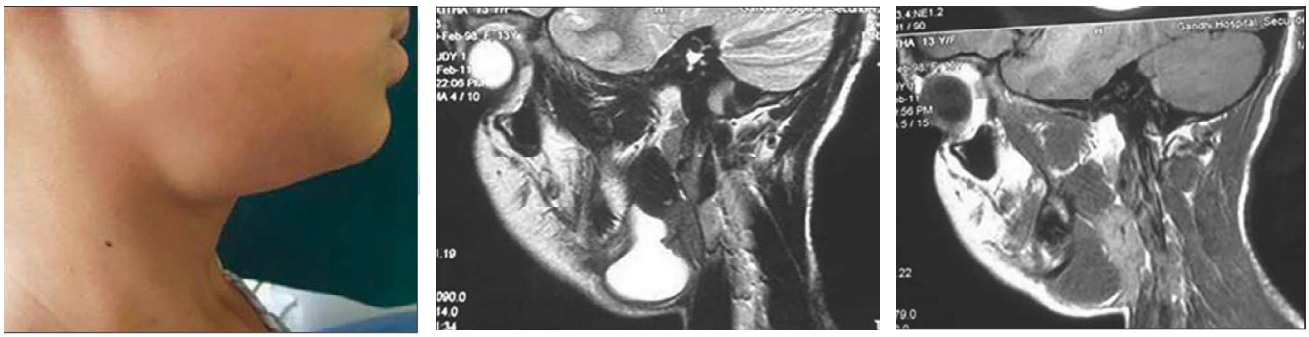


Рис. 18. Больная Ш., 18 л. (а)Клинический вид больного.(б,в) МРТ Т1, Т2- взвешенные изображения показывают кистозное образование по передней поверхности шеи (гистологически верифицирована -лимфангиома).

Кистозная гигрома (лимфангиома). При МРТ исследование также было установлено как и при МСКТ, что у 9 больных кистозные гигромы были расположены на левой половине шеи в над- и подъязычной области, вытянутой в задний шейный треугольник и окружающая его внутренняя яремная вена, с типичной, мультикистозной паттерной, однородным гиперинтенсивным на Т2, гипоинтенсивным в Т1 сигналом, в 7 случаях были нежные перегородки (нити) в структуре, с оттеснением окружающих структур. Хирургическое иссечение было выполнено без какого-либо жизненно важного повреждения структуры, и полученный образец был мягким, крупным кистозным мешком с гистологическим рисунком, характерным для кистозной гигромы.

Рис. 19. Больной Дж., 3г. А- Аксиальный TSE (a) и Б- корональный STIR (b) Т2-взвешенные МРТ-изображения показывают гиперинтенсивную мультилокулированную кистозную массу, расположенную на левой половине шеи в инфрасупрахиоидной области, рапространяющая в заглоточное пространство и заднему шейному треугольнику с незначительным компремированием прилежащих структур.

Сравнительный анализ частоты выявленных при МРТ признаков кистозных образований шеи представлен в таблице 3.3.2.

Таблица 3.3.2.

МРТ-признаки	**Нозологические формы**		
	(тимофаренгиального протока) (n=1)	Кистозная лимфаденопатия (n=11)	Ларингоцеле (n=4)
Локализация	по левой боковой поверхности шеи, с распространением и расширением переднего средостения	I-затылочной области -3, II-подчелюстной области справа -3, III- по боковой поверхности шеи – 5	I- на уровне щитоподъязычной мембраны -2 II-верхнем парафаренгиальном пространстве - 2
Размеры (макс.диаметр)	22х66х58 мм	8±4	8±2
Контуры: • Четкие, ровные • Нечеткие,неровные,	 1	 4 7	 4
Форма: • Округлая (овальная) • Неправильная	 1	 4 7	 4 -
Стенки кисты • Нормальная (1-2мм) • Утолщена • Полностью или частично не визуализируется	 1 - -	 3 8 -	 2 - -
Внутренняя структура: • Однородная • неоднородная	 1	 5 6	 3 1
Интенсивность: • гипоинтентенсивнаяТ1, гиперинтенсивная Т2; • гиперинтенсивная с участками гипоинтенсивности Т2;	1	5 6	3 1
Наличие внутренних перегородок	1	-	-
Инвазия в окружающие структуры	-	-	-
Инфильтрация окружающей клетчатки	-	8	-
Регионарная ЛАП	-	5	-

Паратиреодные кисты.У 2 больных с кистозными образованиями шеи были выявлены паратиреоидные кисты, неправильной формы, в 1 случае неоднородной структуры. В одном случае было двухстороннее кистозное образование, с распространением в средостение.

Кистозная лимфаденопатия.У 11 больных были выявлены увеличенные лимфоузлы кистозного харак-

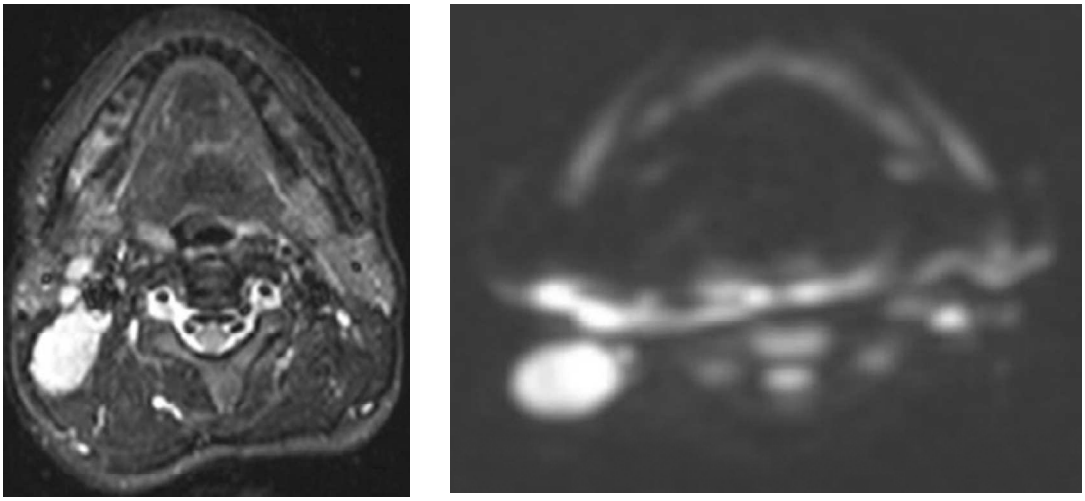


Рис.20. Больной В., 46л. (а) Аксиальный T2WI показывает метастатический шейный лимфатический узел поблизости сонного треугольника SCM; (б) лимфатический узел задних отделах шеи справа.

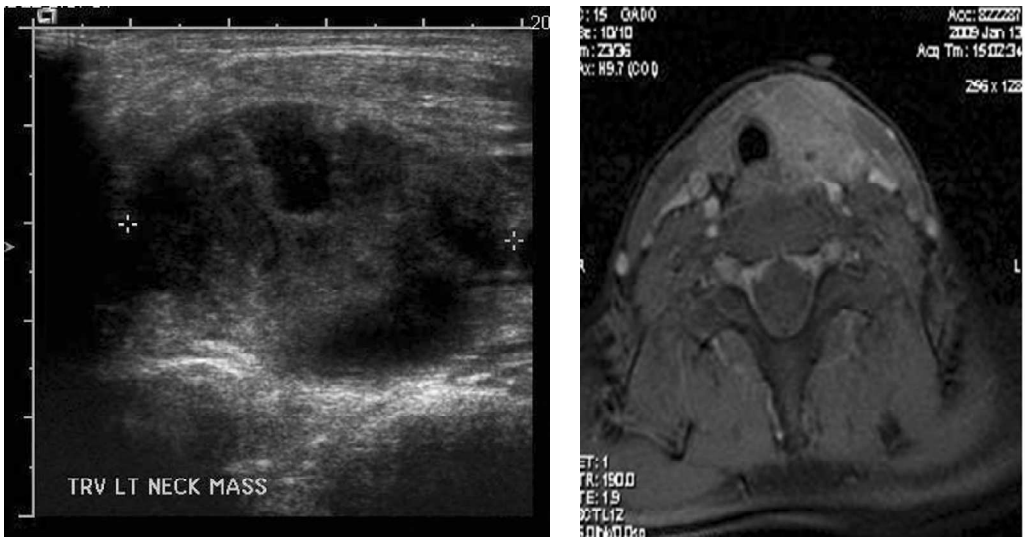


Рис. Больная К., 54 г. А-эхограмма. Б- Аксиальное Т1-взвешенное изображение с пониженным содержанием жира (TR / TE, 841/9 мс) показывает кистозное образование шеи (стрелка) с слегка усилением и утолщением медиальной стенки кисты (наконечник стрелки).

тер.Среди них у 5 был односторонний лимфаденит, у 6 больных двухсторонний. У 2 больных был выявлен лимфаденит специфического характера (туберкулезный), 2 - плоскоклеточная карцинома миндалин, 2-папиллярная карцинома, остальных воспалительного характера лимфаденит. Локализация была различной: у 2 затылочной области, 4 больных подчелюстной области справа, 6 больных по боковой поверхности шеи. Контуры были неровные, нечеткие, с инфильтративными изменениями вокруг.

У 1 больного была выявлена киста тимуса (тимофаренгиального протока). Локализовалась по левой боковой поверхности шеи, с распространением и расширением переднего средостения. Структура была многокамерной, крупного размера, гиперинтенсивной на Т2ВИ.

Сравнительный анализ частоты выявленных при МРТ признаков кистозных образований шеи представлен в таблице 3.3.3.

Ларингоцеле. При МРТ было выявлено 4 больных с ларингоцеле. Среди них визуализировались на уровне щитоподъязычной мембраны 2, верхнем парафаренгиальном пространстве -2. Выглядели округлыми, четкими, ровными контурами, кистозной структуры.

Заключение

Проведенные нами исследования истинных кист, кистозных образований шеи с помощью МРТ, дало нам, что нет ни одного метода томографической визуализации чувствительность которого могла бы составить 94%, специфичность 92%. МРТ в отличие от КТ также обладает большой специфичностью в определении границ и распространенности кист шеи, в связи с чем многие авторы считают оптимальным использование только метода МРТ, который позволяет выставить правильный диагноз больше 90% случаях. МРТ позволяет точно локализовать образование, уточнить его пространственное взаимоотношение с

Таблица 3.3.3.

МРТ-признаки	Нозологические формы	
	Кистозная гигрома (лимфангиома) (п=9)	Паратиреоидные кисты(п=2)
Локализация	I- левой половине шеи в над- и подъязычной области, вытянутой в задний шейный треугольник	по наружному контуру правой доли щитовидной железы, медиально смещающая ткань щитовидной железы
Размеры (макс.диаметр)	8.4±4.5	28±17
Контуры: • Четкие, ровные • Нечеткие,неровные,	 9	 1 1
Форма: • Округлая (овальная) • Неправильная	9	 - 2
Стенки кисты • Нормальная (1-2мм) • Утолщена • Полностью или частично не визуализируется	 5 2 2	 2 - -
Внутренняя структура: • Однородная • неоднородная	 5 3	 2 -
Интенсивность: • гипоинтентенсивнаяТ1, гиперинтенсивная Т2; • гиперинтенсивная с участками гипоинтенсивности Т2;	 6 3	 2 -
Наличие внутренних перегородок	7	-
Инвазия в окружающие структуры	2	распространение в средостение 1 (%)
Инфильтрация окружающей клетчатки	-	-
Регионарная ЛАП	-	-

Четырехпольная таблица для расчета показателей диагностической эффективности МРТ при выявлении кист шеи

	Кисты шеи		
	наличие	**отсутствие**	**Всего**
МРТ выявила	104 (ИП)	6 (ЛП)	110
МРТ не выявила	8(ЛО)	3(ИО)	11
Всего	112	9	121

окружающими мягкоткаными структурами и сосудами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оториноларингология: национальное руководство. Под ред. Пальчуна В.Т. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
2. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Колбанова И.Г., Шурпо В.И. Носогубные кисты в практике отоларинголога. Вестник оториноларингологии. 2016;81(5):77-80. https://doi.org/10.17116/otorino201681577-80
3. Marom T, Russo E, Ben Salem D, Roth Y. Nasopharyngeal Cysts. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2009;73(8): 1063-1070. https://doi.org/10.1016/j.iporl.2009.01.004
4. Sekiya K, Watanabe M, Nadgir R,Buch K, Flower EN, Kaneda T, Sakai O. Nasopharyngeal Cystic Lesions. Journal of Computer Assisted Tomography. 2014;38(1):9-13. https://doi.org/10.1097/rct.0b013e3182a77699
5. Авербух В.М. Сумка Торнвальдта: клинические проявления, методы визуализации и результаты хирургического лечения. Российская ринология. 2010;18(2):24-30.
6. Апостолиди К.Г., Маады А.С., Васильев И.В., Алексеев К.И., Савчук О.В. Эндоскопическая диагностика и лечение кисты Торнвальдта. Вестник Национального медико-хиургического центра им. Н.И. Пирогова. 2014;9(3):111-113.
7. Wein R, Flis D. Nasopharyngeal Branchial Cysts-Diagnosis and Management: A Case Series. Journal of Neurological Surgery Part B: Skull Base. 2012;74(01):50-53. https://doi.org/10.1055/s-0032-1331020
8. Ben Salem D, Duvillard C, Assous D, Ballester M, Kraus? D, Ricolf F. Imaging of nasopharyngeal cysts and bursae. European Radiology. 2006;16(10):2249-2258. https://doi.org/10.1007/s00330-006-0238-x
9. Yokoi H, Matsumoto Y, Yokoi H, et al. Intra-Adenoid Cyst: A Case Report with an Immunohistochemical Study and Review of Literature. Clinical Medicine Insights: Case Reports. 2015;21(8):41-45. https://doi.org/10.4137/ccrep.s24074
10. Еланцев Б.В. Оперативная отоларингология. Алма-Ата: Казахское Государственное Издательство; 1959.
11. Wang Q, Chen H, Wang S. Coblation assisted transnasal endoscopic resection of nasopharyngeal cyst: 10 years experience and outcomes. International journal of clinical and experimental medicine. 2015;8(4):5323-5328.

Поступила 09.11.2020

УДК 615.9:616.89-008.441.13:340.6

АЛКОГОЛЬ КАРДИОМИОПАТИЯСИ ВА ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТИДА ЮЗ БЕРГАН ТЎСАТДАН ЎЛИМ ХОЛАТЛАРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Ядгарова Ш.Ш., Рўзиев Ш.И.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Суд-тиббий экспертиза илмий амалий маркази.

✓ ***Резюме***

Замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бу юрак қон-томир тизими касалликлари ҳисобланади. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотлари бўйича 2018 йилда юрак-қон томирлари касалликлари оқибатидан 17.8 миллион шахс вафот этган, бу эса дунёдаги умумий ўлим кўрсаткичини 31.6% ни ташкил этади. Ушбу кўрсаткичлардан юракнинг ишемик касаллиги (ЮИК) оқибатида вафот этганлар 7.7 миллион кишини ташкил этди. Юрак -қон томирлари касалликлари билан курашда юракни коронар томирларидан ташқари миокардни зарарланишлари, жумладан алкаголь кардиомиопатияси ҳолатларини ўрганиш ва комплекс тадбирларни ўтказиш алоҳида ўрин тутади. Иккиламчи кардиомиопатияларни (КМП) ривожланишининг асосий сабаби бўлиб, алгоголизм ҳисобланади.

Калит сўзлар: алкоголизми, миокардит, кардиомиопатия, юракнинг ишемик касаллиги.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ

Ядгарова Ш.Ш., Рузиев Ш.И.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы.

✓ ***Резюме***

Патология сердечно-сосудистой системы является одной из актуальных проблем современной медицины. По данным ВОЗ в 2018 году от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 17,8 миллионов человек, что составило 31,6% во всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,7 миллионов человек умерло от ишемической болезни сердца (ИБС). В борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями особое место стали занимать комплексные мероприятия, направленные на изучение не коронарных поражений миокарда, в частности, алкогольных кардиомиопатий.

Ключевые слова: алкоголизм, миокардит, кардиомиопатия, ишемическая болезнь сердца.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ALCOHOLIC CARDIOMYOPATHY AND ISCHEMIC HEART DISEASE IN RATE DEATH.

Yadgarova Sh.Sh., Ruziev Sh.I.,

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Health Minstri Republik of Uzbekistan Republican Scientific and Practical center of Forensic medical examination.

✓ ***Resume***

Pathology of the cardiovascular system is one of the urgent problems of modern medicine. According to the world health organization, in 2018 17.8 million people died from cardiovascular diseases, which amounted to 31.6% of all deaths in the world. Of this number, 7.7 million have died from coronary heart disease. In the fight against cardiovascular diseases, complex measures aimed at studying non-coronary myocardial lesions, in particular, alcoholic cardiomyopathies, began to occupy a special place.

Keywords: alcoholism, myocarditis, cardiomyopathy, ischemic heart disease.

Дозарблиги

Замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бу юрак қон-томир тизими касалликлари хисобланади.Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотлари бўйича 2018 йилда юрак-қон томирлари касалликлари оқибатидан 17.8 миллион шахс вафот этган,бу эса дунёдаги умумий ўлим кўрсаткичини 31.6% ни ташкил этади. Ушбу кўрсаткичлардан юракнинг ишемик касаллиги (ЮИК) оқибатида вафот этганлар 7.7 миллион кишини ташкил этди [1,3].

Юрак -қон томирлари касалликлари билан курашда юракни коронар томирларидан ташқари миокардни зарарланишлари, жумладан алкаголь кардиомиопатияси холатларини ўрганиш ва комплекс тадбирларни ўтказиш алохида ўрин тутади. Иккиламчи кардиомиопатияларни (КМП) ривожланишининг асосий сабаби бўлиб, алгоголизм хисобланади [2].

А.М.Вихерт ва хаммуаллифларнинг (1993) маълумотлари бўйича тўсатдан юз берган ўлимларнинг 35% юракни алкоголь натижасида зарарланиши билан боғлиқ бўлган [5].

Юракнинг ишемик касаллиги ва алкоголь кардиомиопатияси диагностикаси муаммосига кўплаб илмий ишлар бағишланган (А.Т.Староверов ва бошқ., 1989; В.Х.Василенко ва бошқ., 1989; Ю.Е.Морозов, 1998; А.М.Хромова, 2006; Douds A.C. ва бошқ., 2005;), шунингдек морфологик нуқтаи назаридан ҳам яхши

ўрганилган, аммо юракнинг ишемик касаллиги (ЮИК) ва алкоголь кардиомиопатиясидан (АКМП) ўлим юз берганлигини дифференциал ташхислаш саволи долзарблигича қолмоқда. Масалан, юрак мушакларини зарарланиши даражаси билан алкоголни узоқ муддат истеъмол қилиш ўртасидаги боғлиқликни кўрсатувчи аниқ кўрсаткичлар мавжуд эмас. Хозирги вақтдаги диагностика усуллари ушбу саволга тўлиғича жавоб бера олмайди, шунингдек ёш ва ўрта ёшдагилар мурдаларини текширувида кам ривожланган стенозлашган коронаросклероз ва узоқ муддат алкоголь интоксикацияси белгилари аниқланади. Бу холатларда экспертларда табиий савол туғилади- бирламчи ўлим сабаби бўлиб нима хисобланади?

Шундай қилиб, алкоголь кардиомиопатияси ва юракнинг ишемик касаллиги холатларида ўлим холатлари орасидаги дифференциал диагностика муаммолари хозирга қадар амалий суд-тиббий экспертизада ўзига хос қийинчиликларни ва долзарб муаммоларни келтириб чиқармоқда.

Тадқиқот мақсади. Алкоголь кардиомиопатияси ва юракнинг ишемик касаллиги оқибатида ўлим холатларида секцион материалларни комплекс баҳолаш ва лаборатор диагностика усуллар ёрдамида (гистологик,кимёвий ва биохимик) илк постмортал даврда илмий асосланган дифференциал диагностик мезонларини ишлаб чиқишдан иборат.

Материал ва усуллар

2017 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда Республика Суд-тиббий экспертиза илмий-амалий маркази Тошкент шахар филиали танатология бўлимида суд-тиббий текширувдан ўтказилган 76 нафар тўсатдан ўлим холатлари тадқиқот учун материал бўлиб хизмат қилди. Шулардан 71 холатда мурдадан олинган қонидан ва пешобидан хар хил концентрацияда алкоголь аниқланган. 82.7% эркак жинс мастлик холатида бўлишган, барча мархумларнинг ёши 20 ёшдан 75 ёшгачани ташкил этган.

Мазкур тадқиқотни бажариш жараёнида қуйидаги усуллардан фойдалинилган;

1. Секцион текширувлар (макроскопик).
2. Мурданинг ички аъзо ва тўқималарини гистологик усул билан текшириш;
3. Қонда кучли таъсир этувчи моддалар,дори моддалари ва гиёхванд моддаларни кимёвий усулда аниқлаш (хроматографик):
4. Газли хроматография-этанол миқдорини қонда ва пешобда аниқлаш;
5. Мурданинг тўқима ва аъзоларида Рою ва Моррис усули Зейфтен модификацияси бўйича глюкогенни аниқлаш Антрон усули;
6. Қонда ва пешобда глюкоза миқдорини Глюкозооксид усулда аниқлаш;
7. Қонда мочевинани диацетилмонооксин реакциясида аниқлаш;
8. Қонда креатининни Еффе рангли реакцияси усулида аниқлаш;
9. Қонда миоглобинни аниқлаш усули;
10. Қонда гликирланган гемоглобинни Спектрофотометрик усулда аниқлаш.
11. Статистик таҳлил усули.

Натижа ва таҳлиллар

Бизнинг маълумотлар бўйича ЮИК оқибатидан ўлим юз бериш холатларида юракнинг ўртача вазни 489,8г, АКМП холатларида эса 363,7г ни ташкил этди, бунда биринчи холатда юрак вазнини граммларда юқори даражада катталашиши аниқланди.

Шундай қилиб, ЮИК да АКМПдан фарқли юрак вазни ва ўлчамларини катталашиши билан характерланар экан.

Иккала гурухда ҳам юракнинг ўнг ва чап қоринчаларининг гипертрофияси кузатилди, аммо ЮИК да АКМП га нисбатан юқори даражада эканлиги аниқланди ($P<0,001$).

Шунингдек,солиштириш гурухидаги шахсларда қуйидаги макроскопик белгилар тафавути аниқланди;

-биринчи гурухда тож томир артерияси торайиши 65%ни, иккинчи гурухда эса 16.7%ни ташкил этди. ($P<0,001$);

-биринчи гурухда майда ўчоғли кардиосклероз 96,2%холатда, иккинчи гурухда эса 18%ни ташкил этди. ($P<0,001$);

-биринчи гурухда йирик ўчоғли кардиосклероз 46% холатда, иккинчи гурухда эса 1,2%ни ташкил этди. ($P<0,001$);

-миокарддаги дистрофик ўзгаришлар ва нотекис тўлақонлик мос равишда биринчи гурухда 52% ва 64%ни, иккинчи гурухда 94% ва 96%ни мос равишда ($P<0,001$) ташкил этди.

Этил спиртини узоқ вақт истеъмол қилиш оқибатида юзага келадиган экзоген интоксикацияга хос бўлган белгилар бўйича деярли фарқлар кузатилмади. Фақат, ЮИК дан вафот этган 54% ва АКМП холатида эса 94% холатда жигарнинг ёғли дистрофияси кузатилган ($P<0,001$).

Макроскопик текширув натижалари бўйича солиштириш гурухидаги холатларда қуйидаги белгилар бўйича фарқлар аниқланди ($P<0,001$): бу,мушак толаларининг атрофияси, миокардни ёғли инфильтрацияси ва йирик ўчоғли кардиосклероз.

Нефросклероз, ёғли гепатоз, мушак толаларининг ўчоғли фрагментацияси, субэндокардиал кардиосклероз каби белгилар бўйича гурухлар орасидаги фарқ $P<0,01$ни ташкил этди.

Ошқозон ости бези фибрози, липоматоз,"мускат жигар",ўпкаларнинг қўнғир ўзгариши,периваскуляр кардиосклероз каби белгилар бўйича гурухлар орасидаги фарқ $P<0,05$ни ташкил этди.

Секцион материалларнинг биокимёвий кўрсаткичлари аниқлаш бўйича ўтказилган текширувларимиз шуни кўрсатдики, қондаги глюкозанинг ўртача аҳамияти ЮИК холатларида АКМП холатларига нисбатан юқори бўлган ($P<0,05$), шунда биринчи гурухда 48%ни, иккинчи гурухда 76%ни ташкил этди.

Деярли барча холатларда юракнинг чап қоринчасидан олинган қондаги глюкозанинг кўрсаткичлари меъёрдан юқори бўлмаган, аммо биринчи гурухда 70%дан паст бўлган минимал кўрсаткичлар интервалида бўлган (5.0м/моль/л дан паст).

Шу билан бир вақтда, олинган натижалар шу хақда гувох берадики, барча холатларда юракнинг ўнг қоринчасидан олинган қондаги глюкозанинг концентрацияси меъёрга нисбатан кўпайган. Гурухлар бўйича ишончли фарқлар аниқланмаган, аммо биринчи гурухда иккинчи гурухга нисбатан юракнинг ўнг

қоринчадан олинган қонда глюкозани миқдорий кўрсаткичларини кўпайиши кузатилган

Юракнинг ўнг ва чап қоринчасида гликогенни ўртача кўрсаткичлари иккинчи гурухга нисбатан биринчи гурухда юқори бўлган. Иккинчи гурухда мос равишда гликогенни бу минимал кўрсаткичларни 72% ва 96% интервалини ташкил этди.

АКМП оқибатидан ўлим юз берган холатларда гликоген кўрсаткичларини пасайиши тенденцияси жигар ва скелет мушакларни текширувида хам кузатилди. Бундан ташқари, бош мия ўнг ярим шарларида гликоген кўрсаткичларини гурухлар орасида ишончли фарқлари аниқланди. Биринчи ва иккинчи гурухларда минимал кўрсаткичлар орасидаги интервал ишончли фрақланди мос равишда 56% ва 25% (P<0,05).

Хар хил регионал қон томирлардан ва юрак бўшлиқларидан олинган қонда мочевинани кўрсаткичлари статистик тахлил қилинганда солишитралаётган гурухларда ишончли фарқлар аниқланмади,аммо шуни таъкидлаш жоизки ЮИК оқибатида вафот этган холатларда бу кўрсаткич АКМП оқибатида вафот этган холатларга нисбатан юқори бўлган.

ЮИК ва АКМП оқибатида вафот этганларнинг юрак чап қоринчасидан олинган қонидаги миоглобин кўрсаткичларига баҳо берилганда 200-299 мг/мл интервалда ишончли фарқлар аниқланди. Бу холатларда,биринчи гурухда бу интервал 27% холатда кузатилганлиги, иккинчи гурухда эса миоглобинни кўрсаткичлари кўрсатилган интервал кўрсаткичларига мос келмади, кўп холатда эса паст бўлган.

Алкоголь кардиомиопастияси оқибатидан ўлим юз берган холатларда юракнинг ўнг қоринчасидан олинган қондаги миоглобинни кўрсаткичлари 82% холатда минимал интервал кўрсаткичларга мос келди (100 мг/мл дан кам)

АКМП оқибатидан юз берган ўлим холатларида ЮИК оқибатидан юз берган ўлим холатларига нисбатан юракнинг чап қоринчасидаги ЛДГ (Лактат дегидрогеназа) нинг фаоллиги пасайиши тенденцияси кузатилди.Минимал кўрсаткичлар диапазонида (500мг%) биринчи гурух иккинчи гурухдан ишончли фарқ кузатилди (28% ва 0% (P<0,01).

Шуни таъкидлаш жоизки, ЮИК оқибатидан юз берган холатлар билан АКМП оқибатидан ўлим юз берган холатлар таққосланганда юракнинг ўнг қоринчасида ЛДГ кўрсаткичлари биринчи холатда камайиши тенденцияси кузатилди ва 22% холатдагина 1010-1400мг% ни ташкил этди. Скелет мушакларда ЛДК кўрсаткичлари шуни натижани берди.ЮИК оқибатида ўлим юз берган холатларнинг 36%да бу кўрсаткичлар минимал диапазонда бўлган.

ЛДК нинг фаоллиги ишончли фарқлари бош миянинг ярим шарларида хам кузатилди. 78% холатда биринчи гурухда минимал диапазон кўрсаткичлари (500мг%дан кам)ни ташкил этган бўлса, иккинчи гурухда 57%ни ташкил этди.

Шундай қилиб, юқорида кўрсатиб ўтилган юракнинг ишемик касаллиги ва алкоголь кардиомиопатияси оқибатидан ўлим қайд этилган холатлар информацион ва ишончли статистик белгилар таҳлил этилди ва қуйидаги хулосага келинди;

Хулоса

1. ЮИК ва АКМП оқибатида вафот этган холатларда ўтказилган мурдани суд-тиббий текширувида аниқланган мурдадаги макроскопик ўзгаришлар натижаси шуни кўрсатдики, улар орасидаги морфологик белгилар бўйича фарқларнинг ишончли статистик дифференциал-дагностик мезонлар бўлиб, бир неча белгилар хизмат қилиши мумкин, булар, ёш, юракнинг вазни ва катталашау даражаси,юрак тож томирларининг (торайиш) стеноз даражаси, юракнинг ўнг ва чап қоринчалари гипертрофияси,кардиосклероз мавжудлиги ва унинг хусусиятлари, шох томир ва бош мия асоси қон томирларининг атеросклеротик зарарланиши.

2. ЮИК ва АКМП орасида дифференциал диагностикани ўтказиш учун ички аъзоларнинг гистологик текширувини ўтказиш зарур.

3. ЮИК ва АКМП оқибатидан вафот этган холатларда комплекс биокимёвий текширувларни ўтказиш улар орасидаги биокимёвий дифференциал диагностик мезонларни аниқлаш имконини беради.

4. ЮИК ва АКМП оқибатида вафот этган шахсларни суд-тиббий текширувида аниқланган макроскопик, микроскопик ва биокимёвий дифференциал-диагностик белгилар ўтказилган суд-тиббий экспертизаларни асослилигини сезиларли оширади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Василенко В.Х. Миокардиодистрофия: монография /В.Х.Василенко, С.Б. Фельдман, Н.К.Хитров. - /М.: Медицина, 1989.-271.
2. Витер В.И. Дифференциальная диагностика острого отравления алкоголем и скоропостижной смерти / В.И.Витер // Соврем. вопросы суд.медицины и экспертной практики. - Ижевск, 1972.-Вып.2 - с.133-138.
3. Морозов Ю.Е. Некоторые морфометрические показатели при смерти от алкогольной кардиомиопатии / Ю.Е.Морозов // Совр.вопросы судебной медицины и эксп.практики. - Ижевск. - 1998-вып.10-с.289-291.
4. Хромова А.И. Оценка морфологических изменений миокрда при кардилопатологии / Хромова А.М., Лойфуллин И.А., З.Ф. Ким // Материалы Всерос.совещания глав.суд.медиков. Казань, 2006. - с.263-266.
5. Douds A.C. Алкоголь и сердце: хорошие и плохие новости. / A.C. Douds, J.D.Maxwell // Реферативный журнал. - 1995-№1. -с.35.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 617.635

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУХОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ВИТАМИНО-МИНЕРАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ

Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М.,

Ташкентский государственный стоматологический институт.

✓ ***Резюме***

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является основной причиной слепоты в развитых странах мира. Целью данного исследования явилось - оценить клиническую эффективность применения препарата Витаминно-минеральный комплекс в лечении пациентов с сухой формой ВМД. В клиническое исследование вошли 34 пациента из основной группы и 39 пациентов из контрольной группы. Отмечалось повышение остроты зрения у пациентов в группе, принимавших витаминно-минеральный комплекс по 1 капсуле 1 раз в день в течение 3 месяцев, 1 раз в год, в течении 3 лет подряд. Одновременно, отмечалось ухудшение остроты зрения у пациентов в группе, не принимавшей никаких витаминно-минеральных комплексов. Также, у пациентов в контрольной группе наблюдалось прогрессирование заболевания, что проявлялось как утяжеление стадии ВМД. У пациентов в группе, принимавших витаминно-минеральный комплекс отмечалось уменьшение толщины макулы (в зоне 3 мм) по данным ОКТ, улучшение субъективного восприятия собственных зрительных функций по сравнению с пациентами из контрольной группы, у которых была выявлена отрицательная динамика. Заключение: прием препарата Витаминно-минеральный комплекс у пациентов с сухой формой ВМД оказывает профилактическое действие на прогрессирование зрительных функций, уменьшает степень отека макулы и субъективное восприятие центрального зрения, по сравнению с пациентами, не принимавшими никаких витаминно-минеральных комплексов.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, витамины, минералы, лютеин.

PROPHYLACTICS DRY AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION WITH VITAMIN-MINERAL COMPLEX

Yangieva N.R., Tuychibaeva D.M.,

Tashkent State Dental Institute.

✓ ***Resume***

Age-related macular degeneretation is the major cause of blinness in developed world nations. Aim: to evaluate the clinical effectiveness of vitamin-mineral complex in the treatment of patients with dry of age-related macular degeneration. This was a controlled clinical trial that included 34 patients from the study group and 39 patients from the control group. There was a slight increase in visual acuity in patients from the study group, who consumed one capsule of Vitamin-mineral complex once a day per 3 months, per 3 yea. At the same time, there was a slight deterioration in visual acuity of patients in the control group, who did not take any vitamin-mineral complexes. Also, patients from the control group witnessed the ARMD progression, which was manifested as deterioration of the ARMD category. Patients in the "Vitamin-mineral complex" group had a decrease in the thickness of the macula within 3 mm zone, based on OCT, and experienced improvement in the subjective perception of the state of their visual functions compared to the patients from the control group in whom negative dynamics were detected. Prescription of Vitamin-mineral complex to the patients with dry AMD has a beneficial effect on the state of their visual functions, reduction of macula swelling and subjective perception of central vision, compared with the patients who did not take any vitamin-mineral complexes.

Key words: age-related macular degeneration, vitamins, minerals, lutein.

ВИТАМИН-МИНЕРАЛЛИ КОМПЛЕКС БИЛАН ҚАРИЛИК МАКУЛЯР ДЕГЕНЕРАЦИЯСИНИНГ ҚУРУҚ ШАКЛИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ НАТИЖАЛАРИ

Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М.,

Тошкент давлат стоматология институти.

✓ ***Резюме***

Қарилик макуляр дегенерация дунёнинг ривожланган давлатларида кўрликнинг асосий сабаби ҳисобланади. Ушбу изланишларнинг асосий мақсади - қариллик макуляр дегенерациясининг қуруқ шакли бўлган беморларни даволашда витамин-минерали комплексни препаратининг клиник самарадорлигини баҳолаш эди. Клиник тадқиқотда асосий гуруҳдан 34 та бемор ва назорат гуруҳидан 39 та бемор иштирок этди. Витаминно-минеральный комплексни ҳар йили, 3 ой давомида, кунига 1 капсуладан бир марта, уч йил қабул қилган гуруҳдаги беморларда, кўриш ўткирлигининг бироз яхшиланиши кузатилди. Шу билан бирга, гуруҳдаги бирон бир витамин-минерал комплексини қабул қилмаган беморларда, кўриш ўткирлигининг бироз пасайиши кузатилди. Шунингдек, назорат гуруҳидаги беморларда касалликнинг авж олиши кузатилди, бу эса ҚМД оғирлик даражасини ўсиши сифатида намоён бўлди. витамин-минерали комплекс қабул қилган гуруҳдаги беморларда ОКТ маълумотларига кўра, макула соҳасининг (3 мм соҳасида) қалинлигини камайганлиги, салбий динамикани кўрсатган назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан, ўзларининг кўриш фаолиятларини субъектив идрок этиши яхшиланганлиги аниқланди.

Хулоса: ҚМДнинг қуруқ шакли билан хасталанган беморларни витамин-минерали комплекс препаратини қабул қилиши, ҳеч қандай витамин-минерал комплексларини қабул қилмаган беморларга нисбатан, кўриш фаолиятларини ҳолатига, макуладаги шишни камайишига ва марказий кўришни субъектив идрокига ижобий таъсир кўрсатади ва натижада, касалликни ривожланишини олдини олади.

Калит сўзлар: қарилик макуляр дегенерацияси, витаминлар, минераллар, лютеин.

Актуальность

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является основной причиной необратимой слепоты в развитых странах мира. Всего в мире насчитывается около 8 миллионов слепых, из них только в США проживает 1,75 миллиона человек [1,2]. На долю сухой формы, которая характеризуется перераспределением пигмента, появлением друз и истончением пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) приходится 80-90% всех случаев ВМД. К сухой ВМД ранней стадии относят наличие не менее пяти мелких друз (размером ≤ 62 мкм), промежуточной стадии - несколько мелких друз, несколько друз среднего размера (63-124 мкм) и/ или пигментные изменения. Поздняя стадия сухой ВМД характеризуется большим количеством друз среднего размера, одной или несколькими крупными друзами (≥ 125 мкм) или не центрально расположенным очагом географической атрофии или хориоидальной неоваскуляризацией [14]. В основе патофизиологических процессов развития сухой ВМД лежит воздействие фотодинамического стресса, воспаления и реактивных форм кислорода, которые нарушают фагоцитоз наружных сегментов фоторецепторов клетками ПЭС. Накопление липофусцина приводит к образованию друз, гибели клеток ПЭС и снижению остроты зрения [9,10]. Гистопатологически, друзы в глазах с макулярной дегенерацией содержат окисленные липиды, мембраноатакующий комплекс C5b-9, бета-амилоиды, аполипопротеин Е и легкие цепи иммуноглобулинов [5;11]. Бета-амилоид активирует компоненты комплементарного каскада, что токсично для клеток ПЭС и стимулирует развитие ВМД [2,15,18]. Специфического лечения ВМД не существует, однако в последние десятилетия был успешно апробирован ряд методик лечения ВМД, которые включали в себя консервативную, лазерную коагуляцию, фотодинамическую терапию, интравитреальные инъекции ингибиторов ангиогенеза (анти-VEGF) и стероидов. В результате, стабилизации зрительных функций удается достичь у 70% пациентов, а порядка 30% пациентов улучшают свое зрение [13,19].

Не смотря на революционный прорыв в сфере лечения влажной ВМД, не существует общепризнанной методики, способной гарантировать успешный исход в лечении сухой формы ВМД, но есть несколько перспективных методов лечения доказанных многоцентровыми международными исследованиями. Доказано, что витаминно-минеральные комплексы имеют потенциал в лечении ВМД путем снижения воспаления и окислительного стресса, обладают защитным действием в отношении фоторецепторов и клеток ПЭС, а каротиноиды поглощают сине-фиолетовую часть спектра, нейтрализуют окислители и свободные радикалы [7,17,20].

В базах данных доказательной медицины имеется большое количество исследований, изучающих эффективность приема витамино-минеральных комплексов при сухой ВМД [8,12]. Исследование возрастных заболеваний глаза (Age-Related Eye Disease Study - AREDS) проводимое в течение нескольких лет в Соединенных Штатах Америки, в котором приняли участие около 3600 человек с уже диагностированной ВМД разных степеней тяжести (включая многих людей с ранней ВМД) показало, что высокие дозы витаминов С и Е, бетакаротина и цинка замедляют прогрессирование ВМД на 25-30 % и значительно снижают риски ее развития [10]. В мае 2013 года, по итогам дополнительных исследований, были внесены изменения в состав формулы, апробированной в ходе AREDS, а лютеин с зеаксантином оказались безопасной и эффективной альтернативой бета-каротину [17]. Прием этой формулы также снизил риск развития потери центрального зрения на 19%. В исследовании также рассматривалось добавление омега-3 жирных кислот, чтобы понять, имеют ли они значение для профилактики прогрессирования заболевания, но выяснилось, что они не снижают риска развития прогрессирующей ВМД, и поэтому не были включены в новую формулу. Также в исследовании AREDS2 было установлено, что у бывших курильщиков существует риск развития рака легких при приеме бета-каротина. Поэтому было рекомендовано, чтобы бета-каротин также был удален из первоначальной формулы AREDS. [3, 4, 16].

Целью данного исследования стала оценка клинической эффективности комплекса веществ, включающих в себя витамины группы B, C, E, D, а также лютеин, зеаксантин, цинк, хром, селен, медь в лечении пациентов с сухой формой возрастной макулярной дегенерации.

Материал и методы

По своему дизайну данное исследование было проспективным контролируемым клиническим. Материалами исследования стали 73 пациента (136 глаз), наблюдавшихся с возрастной макулярной дегенерацией в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2017 по 2020 года. В состав основной группы вошли 34 пациента (68 глаз), в состав контрольной - 39 пациентов (68 глаз). Все пациенты из основной группы получали витаминно-минеральный комплекс (лютеин, зеаксантин) по 1 капсуле 1 раз в день, в течение 3 месяцев 1раз в году в течении 3 лет, пациенты из контрольной группы не получали никаких витаминно-минеральных комплексов. Критериями включения пациентов стали наличие сухой ВМД и желание принять участие в исследовании, критериями исключения - отказ от участия в исследовании и приема любых витаминно-минеральных комплексов. Все пациенты были обследованы методами визометрии, субъективной рефрактометрии, прямой офтальмоскопии, оптической когерентной томографии (ОКТ) и опрошены на предмет состояния центрального зрения [6]. Обследования пациентов проводились дважды - до начала приема препарата, через три месяца приема, спустя один год и три года. Необходимо отметить, что первоначальное число пациентов, вошедших в исследование, составило

76 человек, однако 3 пациента (2 человека из основной и 1 человек из контрольной группы) по неустановленным причинам не явились на последний осмотр. Перед началом исследования пациенты дали информационное согласие на участие в нем.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Для описания количественных данных использовались доли, среднее значение и стандартная ошибка (SE). Уровень статистической значимости используемых тестов был определен как 5% ($p \leq 0,05$).

В Таблице 1 представлена характеристика пациентов, вошедших в основную и контрольную группы, по результатам последнего осмотра, обе исследуемые группы были сопоставимы по своим демографическим характеристикам. Самому молодому пациенту в основной группе было 47 лет, в контрольной группе - 46 лет; самому старшему пациенту в основной группе было 86 лет, в то время как в контрольной группе - 83 года. Пациенты женского пола преобладали как в группе исследования, так и группе контроля (67,7% и 61,5%, соответственно). Узбеки были преобладающим этносом в обеих группах исследования (61,8% пациентов в основной группе и 64,1% - контрольной).

Таблица 1.

Данные пациентов, вошедших в исследование

Показатели		Основная группа (n=34)	Контрольная группа (n=39)
Средний возраст		64,3	62,4
Пол:	Мужской	11 (32,3%)	15 (38,5%)
	Женский	23 (67,7%)	24 (61,5%)
Национальность:			
узбеки		21 (61,8%)	25 (64,1%)
русские		11 (32,3%)	13 (33,3%)
другие		2 (5,9)	1 (2,6%)

Результаты офтальмологического обследования пациентов перед началом исследования представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Клиническая характеристика пациентов до начала исследования

Показатели	Основная группа (n=34)	Контрольная группа (n=39)
Средняя острота зрения с коррекцией:		
правый глаз	0,5 (±0,1)	0,5 (±0,1)
левый глаз	0,5 (±0,1)	0,6 (±0,1)
Средняя острота зрения без коррекции:		
правый глаз	0,2 (±0,1)	0,2 (±0,1)
левый глаз	0,3 (±0,1	0,4 (±0,1)
Стадия ВМД:		
Ранняя стадия	29 (85,3%)	26 (89,6%)
Промежуточная стадия	3 (8,9%)	2 (6,9%)
Поздняя стадия	2 (5,8%)	1 (3,5%)
Средняя толщина:		
правый глаз	280,1 (±20,4)	270,7 (±22,0)
левый глаз	271,2 (±18,1)	280,7 (±21,9)

Согласно данным таблицы 2, обе группы были сопоставимы перед началом исследования по таким параметрам, как острота зрения, стадия ВМД и толщина макулы (в зоне 3,0 мм). При этом стадия ВМД оценивалась по состоянию глаза с наименьшими проявлениями патологического процесса. В случае если ВМД присутствовала только на одном глазу, оценивалось состояние этого глаза. Необходимо отметить, что подавляющее большинство пациентов в основной и контрольной группах (31/34 пациентов - 91,2% и 36/39 пациентов - 92,3%, соответственно) имели двусторонний процесс.

Наряду с объективной оценкой состояния органа зрения, пациенты были подвергнуты анкетированию с целью самооценки состояния зрительных функций с акцентом на центральном зрении. В основу самооценки легла анкета, описанная Hogg R.E. с соавторами [6] - Таблица 3.

Результаты показывают, что перед началом исследования наибольшее число трудностей было связано с распознаванием мелкого текста и других мелких предметов - треть пациентов сообщили, что с трудом различают объекты маленького размера или не различают их совсем (32,3% в основной группе и 30,8% в контрольной группе). Соответственно, наименьшее число трудностей возникло с распознаванием лиц родственников и знакомых - почти 2/3 пациентов ответили, что легко узнают других людей

Таблица 3.

Самооценка состояния зрительных функций пациентами с ВМД до начала исследования

Показатели	Основная группа Абс. (%)	Контрольная группа Абс. (%)
Самооценка состояния остроты зрения:		
Очень хорошая	9 (26,5%)	3 (7,7%)
Хорошая	14 (41,2%)	23 (58,9%)
Средняя	6 (17,6%)	8 (20,5%)
Плохая	4 (11,8%)	4 (10,3%)
Очень плохая	1 (2,9%	1 (2,6%)
Сложность распознавания лиц:		
Отсутствует	11 (32,3%)	8 (20,5%)
Легкая	12 (35,3%)	19 (48,7%)
Средняя	8 (23,5%)	8 (20,5%)
Тяжелая	2 (5,9%)	4 (10,3%)
Лица не различимы	1 (2,9%)	-
Сложность просмотра телевидения:		
Отсутствует	10 (29,4%)	9 (23,0%)
Легкая	13 (38,2%)	22 (56,4%)
Средняя	7 (20,6%)	4 (10,3)
Тяжелая	4 (11,8%)	4 (10,3%)
Не возможно	-	-
Сложность различения мелкого текста (объектов):		
Отсутствует	5 (14,7%)	4 (10,3%)
Легкая	7 (20,6%)	10 (25,6%)
Средняя	11 (32,3%)	12 (30,8%)
Тяжелая	7 (20,6%)	8 (20,5%)
Мелкий текст не различим	4 (11,8%)	5 (12,8%)

(67,6% в основной группе и 69,2% в контрольной группе).

После комплексного обследования пациентов, 34 человека (основная группа) начали принимать витаминно-минеральный комплекс (лютеин, зеаксантин) по 1 капсуле 1 раз в день, в течение 3 месяцев подряд 1 раз в год, 3 года подряд, а 39 пациентов (контрольная группа) не принимали никаких витаминно-минеральных комплексов.

Представляем вам данные окончательного офтальмологического обследования пациентов из основной и контрольной групп, которое было произведено через три года после первого осмотра (Таблица 4). Анализ результатов показал, что отмечалось незначительное повышение остроты зрения у пациентов в основной группе, однако указывает на стабилизацию процесса. Одновременно, отмечалось незначительное ухудшение остроты зрения у пациентов в контрольной группе, за счет прогрессирования заболевания, что проявлялось как утяжеление стадии ВМД. Хотя эти различия и не были статистически значимыми (P=0,13), можно говорить о наличии отрицательной тенденции.

Таблица 4.

Клиническая характеристика пациентов по завершению исследования

Показатели	Основная группа (n=34)	Контрольная группа (n=39)
Средняя острота зрения с коррекцией:		
правый глаз	0,6 (±0,1)	0,5 (±0,1)
левый глаз	0,5 (±0,1)	0,5 (±0,1)
Средняя острота зрения без коррекции:		
правый глаз	0,3 (±0,1)	0,2 (±0,1)
левый глаз	0,3 (±0,1)	0,3 (±0,1)
Стадия ВМД:		
Ранняя стадия	29 (85,3%)	35 (89,7%)
Промежуточная стадия	3 (8,9%)	3 (7,7%)
Поздняя стадия	2 (5,8%)	1 (2,6%)
Средняя толщина макулы:		
правый глаз	272,2 (±18,2)	272,4 (±21,3)
левый глаз	269,7 (±18,1)	280,4 (±11,8)

Помимо этого, по данным ОКТ у пациентов, получивших курс витаминно-минеральный комплекс (лютеин, зеаксантин) отмечается улучшение, по сравнению с пациентами, не получавшими витаминно-минеральные комплексы.

Таким образом, можно прийти к выводу об эффективности применения витаминно-минеральный комплекс (лютеин, зеаксантин) для профилактики прогрессирования и лечения ВМД, так как помимо стабилизации зрительных функций с небольшой тенденцией к улучшению были получены реальные морфологические данные ОКТ - уменьшение толщины макулы (в зоне 3 мм).

Изучение субъективного мнения пациентов о состоянии их центрального зрения по итогам трехлетнего наблюдения (Таблица 5) показало, что 91,1% пациентов основной группы оценили свою остроту зрения как "хорошую" и "очень хорошую", по сравнению с лишь 56,5% в контрольной группе (P=0,05).

Таблица 5.

Самооценка состояния зрительных функций пациентами с ВМД по завершению исследования

Показатели	**Основная группа Абс. (%)**	**Контрольная группа Абс. (%)**
Самооценка состояния остроты зрения:		
Очень хорошая	13 (38,2%)	3 (7,7%)
Хорошая	18 (52,9%)	19 (48,8%)
Средняя	1 (2,9%)	10 (25,6%)
Плохая	1 (2,9%)	5 (12,8%)
Очень плохая	1 (2,9%)	2 (5,1%)
Сложность распознавания лиц:		
Отсутствует	12 (35,3%)	8 (20,5%)
Легкая	15 (44,1%)	19 (48,8%)
Средняя	5 (14,7%)	8 (20,5%)
Тяжелая	1 (2,9%)	3 (7,7%)
Лица не различимы	1 (2,9%)	1 (2,5%)
Сложность просмотра телевидения:		
Отсутствует	11 (32,3%)	8 (20,5%)
Легкая	17 (50,0%)	19 (48,8%)
Средняя	4 (11,8%)	8 (20,5)
Тяжелая	2 (5,9%)	3 (7,7%)
Не возможно	-	1 (2,5%)
Сложность различения мелкого текста (объектов):		
Отсутствует	5 (14,7%)	3 (7,7%)
Легкая	9 (26,5%)	8 (20,5%)
Средняя	10 (29,4%)	14 (35,9%)
Тяжелая	7 (20,6%)	10 (25,7%)
Мелкий текст не различим	3 (11,8%)	4 (10,2%)

Сравнительные анализ по завершению исследования показал, что доля пациентов в основной группе, которые считали свою остроту зрения "хорошей" и "очень хорошей" до начала исследования составляет (67,6%), а по завершению исследования 91,1 %, что указывает на увеличение 23,4% (P=0,05). Тогда как в контрольной группе, отмечается снижение количества пациентов, которые считали свою остроту зрения "хорошей" и "очень хорошей" с 69,2% до начала исследования до 56,5% по завершению исследования, то есть на 12,7%.

Также у пациентов в основной группе повысилась самооценка состояния центрального зрения, что выражалось в снижении доли пациентов, испытывающих трудности с распознаванием лиц, просмотром телевизора и различение мелкого текста и объектов. В противовес этому, у пациентов в группе, не получавшей никаких витаминно-минеральных комплексов, ухудшилось субъективное восприятие своих зрительных функций.

Выводы

По данным нашего трехлетнего исследования установлено, что прием препаратов, содержащих лютеин и другие витаминно-минеральные комплексы, благотворно влияет на течение ВМД, а именно на замедление прогрессирования заболевания, улучшает состояние сетчатки, что проявляется уменьшением отека центральной зоны, а также повышает остроту зрения, субъективное восприятие своих зрительных функций, что, предположительно, повышает качество жизни пациентов, имеет экономическую эффективность как для государства, так и населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Юсупов А.Ф. Комплексная оценка функционального состояния глаза при возрастной макулярной дегенерации и выбор тактики лечения. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Ташкент. 2018. 23 стр.
2. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report no. 8. Arch Ophthalmol. 2011; 119:1417-1436.

3. Age-Related Eye Disease Study 2 Research Group. Lutein + zeaxanthin and omega-3 fatty acids for age-related macular degeneration: the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) randomized clinical trial. JAMA. 2013;309(19):2005-2015.
4. Aronow M.E., Chew E.Y. Age-related Eye Disease Study 2: perspectives, recommendations, and unanswered questions // Curr Opin Ophthalmol. 2014. № 25. P.186-190.
5. Bradley D.T., Zipfel P.F., Hughes A.E. Complement in age-related macular degeneration: a focus on function // Eye. 2011. № 25. P.683-693.
6. Buscemi S., Corleo D., Di Pace F., Petroni M.L., Satriano A., Marchesini G. The Effect of Lutein on Eye and Extra-Eye Health // 2018. doi: 10.3390/nu10091321.
7. Damico F.M., Gasparin F., Scolari M.R, Pedral L.S., Takahashi B.S. New approaches and potential treatments for dry age-related macular degeneration // Arq Bras Oftalmol. 2012. №75(1). P.71-76.
8. Hogg R.E., Chakravarthy U. Visual function and dysfunction in early and late age-related maculopathy // Prog. Retin Eye Res. 2006. №25. P.249-76.
9. Cougnard-Gregoire A. Vitamin D deficiency in community-dwelling elderly is not associated with age-related macular degeneration / Cougnard-Gregoire A., Benedicte MJ Merle, Jean-Francois Korobelnik J.F. // The Journal of Nutrition. - 2015. - Vol. 145(8). - P. 56-64.
10. Capogna L., Pelletier M.B. Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) // Optometry. 2013 Available at: http://HYPERLINK "http://hyperlink%20%22http//www.allaboutvision.com/nutrition/lutein.htm%22www.allaboutvision.com/nutrition/lutein.htm"www.allaboutvision.com/nutrition/lutein.htm
11. Jonas J.B., Cheung C.M., Panda-Jonas S. Updates on the Epidemiology of Age-Related Macular Degeneration. The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology. 2017;6(6):493-497. DOI: 10.22608/APO.2017251
12. Ma L., Dou H.L., Huang Y.M. Et al. Improvement of retinal function in early age-related macular degeneration after lutein and zeaxanthin supplementation: a randomized, double-masked, placebo-controlled trial //Am. J. Ophthalmol. 2012. № 154. P.625-634.
13. McBee W.L., Lindblad A.S., Ferris F.L. Who should receive oral supplement treatment for age-related macular degeneration? // Cochrane Database Syst Rev. 2017. 7:CD000254.
14. Miller J.W. Age-Related Macular Degeneration revisited - piecing the puzzle: The LXIX Edward Jackson Memorial Lecture // Am. J. Ophthalmol. - 2013. - Vol. 155 (1). - P. 47-54.
15. Parisi V., Tedeschi M., Gallinaro G., Varano M., Saviano S., Piermarocchi S. Carotenoids and antioxidants in age-related maculopathy italian study: multifocal electroretinogram modifications after 1 year // Ophthalmology. 2008. №115(7). P.324-333.
16. Schmier J.K., Covert D.W., Lau E.C. Patterns and costs associated with progression of age-related macular degeneration // Am. J. Ophthalmol. 2012. №154. P.675-681.
17. Souied E.H., Delcourt C., Querques G. Et al. Oral Docosahexaenoic acid in the prevention of exudative agerelated macular degeneration: the nutritional AMD Treatment 2 Study. Ophthalmology. 2013. doi:10.1016/j.ophtha.
18. Baiyrkhanova A., Ismailova A., Botabekova T., Enin E., Semenova Y. Crosslinked Chitosan / PVA film, suturated with 5-Fluorouracil for the prevention of proliferative vitreoretinopathy // Internal Journal of Drug Delivery Technology. 2016. №2(6). P. 561-574.
19. Wong P., Markey M., Rapp C.M., Darrow R.M., Ziesel A., Organisciak D.T. Enhancing the efficacy of AREDS antioxidants in light-induced retinal degeneration // Mol Vis. 2017. №10. P.718-739.
20. Wong W.T., Kam W., Cunningham D. Treatment of geographic atrophy by the topical administration of OT- 551: results of a phase II clinical trial // Invest Ophthalmol Vis Sci. 2010. №51(12). P.6131-6139.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.43.441-008.64

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В БУЗСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Д.С., Ниёзова Ё.М., Сахаталиева Р.Р., Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Г.Т.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Субклинический гипотиреоз распространенная тиреоидная патология с нормальным показателем свободного тироксина (fT4) и повышенным показателем тиреотропного гормона в сыворотке крови. Проведена работа по изучению субклинического гипотиреоза среди женщин от 18 до 65 лет, проживающих в Бузском районе Андижанской области. Субклинический гипотиреоз среди женщин Бузского района составила 11 %, при снижении уровня верхней границы нормы ТТГ частота с субклинического гипотиреоза достоверно увеличивается до 28 %, причем эта тенденция сохраняется независимо от возраста обследованных женщин. Независимо от уровня верхней границы нормы ТТГ встречаемость субклинического гипотиреоза достоверно выше среди женщин старше 40- 45 лет, чем среди молодых до 30 лет.

Ключевые слова: тиреотропный гормон, свободный тироксин, распостраненность, субклинический гипотиреоз, гипотиреоз.

SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM AMONG FEMALE RESIDENTS IN BUZ DISTRICT OF ANDIJAN REGION

Abdurazakova D.S., Niyozova Y.M., Sakhatalieva R.R., Mirzaahmedova I.Z., Yuldasheva G.T.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Subclinical hypothyroidism is the most widely spread thyroid dysfunction with normal serum levels of free thyroxine (FT4) and elevated serum thyrotropin (TSH) levels. The work was initiated to study prevalence of subclinical hypothyroidism among women aged from 18 to 65 residing in Buz distract of Andijan region, Republic of Uzbekistan. It turned to be 11 % confidently increasing to 28% when TSH upper limit was reduced. Regardless of TSH upper limit subclinical hypothyroidism freduency is higher among women over 40-45 years of age than among those under 30.

Key words: thyroid stimulating hormone, free thyroxine, prevalence, subclinical hypothyroidism, hypothyroidism.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ БЎЗ ТУМАНИДАДА ЯШОВЧИ АЁЛЛАРДА СУБКЛИНИК ГИПОТИРЕОЗ

Абдуразақова Д.С., Ниёзова Ё. М., Сахаталиева Р. Р., Мирзаахмедова И.З., Юлдашева Г.Т.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Субклиник гипотиреоз кенг тарқалган қалқонсимон безнинг фаолиятини бузилиши бўлиб, қон зардобида эркин тироксин гормонинг меъёрида бўлиши ва тиреотроп гормонининг ортишидир. Андижон вилояти Бўз туманида яшовчи 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган аёллар ўртасида субклиник гипотиреозни тарқалганлигини ўрганиш бўйича иш олиб борилди. Андижон туманида аёллар ўртасида субклиник гипотиреознинг учраши 11%ни ташкил этди. Тиреотроп гормонининг юқори чегара даражаси пасайиши билан субклиник гипотиреознинг учраши мос равишда ошиб бориб, 28 %ни ташкил этди, бу кўрсаткич текширилувчи аёлларнинг ёшига боғлиқ бўлмаган равишда сақланиб қолди. Тиреотроп гормонининг юқори меъёрий даражасига боғлиқ бўлмаган холда субклиник гипотиреознинг учраши 40-45 ёшдан юқори бўлган аёллар ўртасида 30 ёшгача бўлган аёлларга нисбатан мос равишда юқорилиги аниқланди.

Калит сўзлар: тиреотроп гормон, эркин тироксин, тарқалиши, субклиник гипотиреоз, гипотиреоз.

Актуальность

В настоящий период одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения является осуществление масштабных мероприятий по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Решение данной проблемы тесно связано с пятью приоритетными направлениями развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы, направленных на "снижение уровня заболеваемости и смертности среди населения" . Большим достижением является принятие закона Республики Узбекистан "О профилактике йододефицитных заболеваний" от 3 мая 2017 года.№ ЗРУ-97

Реализация данных задач, в том числе, путём оптимизации тактики диагностики и разработки комплекса мероприятий по профилактике развитии заболевания, осложнений и реабилитации, является одним из актуальных направлений. Несмотря на проводимые меры, направленные на ликвидацию йодной недостаточности, Республика Узбекистан остаётся зоной высокой распространенности йод дефицитных заболеваний.

Заболевания щитовидной железы - наиболее распространенная эндокринная патология, особенно часто встречающаяся в йододефицитных регионах. На

сегодняшний день более 2 миллиардов жителей Земли продолжают испытывать дефицит йода. Это означает, что 30% популяции имеет риск заболеть ЙДЗ. По данным ВОЗ риск развития ЙДЗ имеют 1,5 миллиарда жителей Земли, 655 миллионов - имеют эндемический зоб и 43 миллиона человек - нарушения функции мозга и умственную отсталость вследствие йодного дефицита. Одним из часто встречающихся патологий в йоддефицитных регионах является субклинический гипотиреоз (СГ). Частота встречаемости СГ в общей популяции может достигать 10-20% в зависимости от пола и возраста. Эпидемиологические исследования указывают на нарастание частоты заболевания с возрастом, причем женщины в 10 раз чаще страдают СГ, чем мужчины.

Установлено, что при отсутствии лечения в течение года у 5-15% лиц субклинический гипотиреоз переходит в явный, причем при наличии антитиреоидных антител значительно быстрее (через 4 года у 80% лиц старше 65 лет) [1,3,4,17]. Наиболее высока распространенность СГ в возрастной группе старше 75 лет, где она достигает 16-21%, однако в связи с расширением использования в клинической практике исследования гормонов ЩЖ в настоящее время СГ достаточно часто выявляется у лиц молодого и среднего возраста [5,6,9].

Цель исследования: Изучить субклинический гипотиреоз среди женщин 18-65 лет Бузского района Андижанской области.

Материал и методы

Обследовано 210 женщин в возрасте от 18 до 60 лет проживающих в Бузском районе , средний возраст составил 35,1±0,68 лет (Me 33,0; IQR 33,0-44,0).

Все женщины были разделены на 4 возрастные группы. Анализ распределения женщин в зависимости от возраста показал, что большинство из них 80 (38,4 %) - до 30 лет, в возрастную категорию от 30 до 40 лет вошли 56 (26,6 %), от 40 до 50 лет - 40 (19,0%) и старше 50 лет - 34 (16 %) обследованных (Рис.1.).

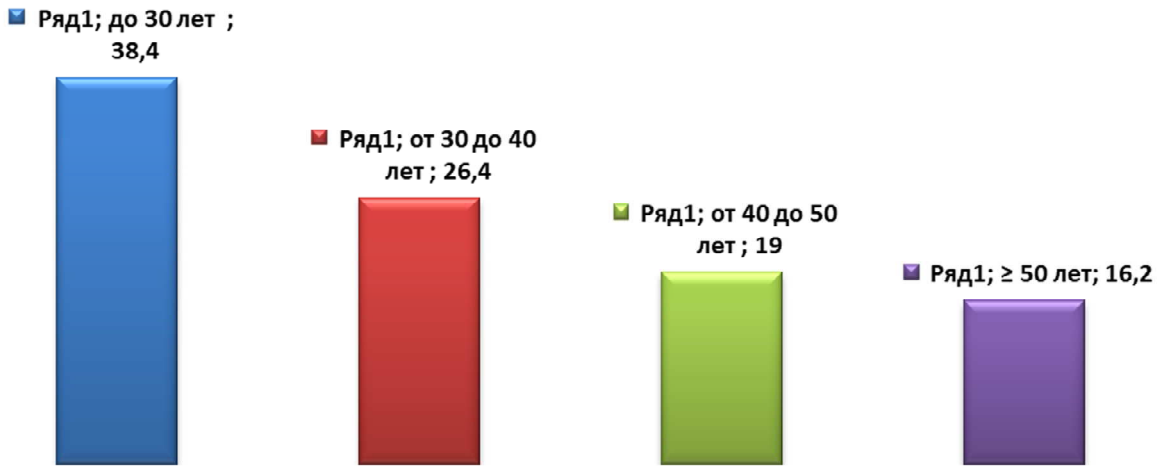


Рис.1. Распределение обследованных женщин в зависимости от возраста, %.

Проведено антропометрическое исследование всех обследованных женщин. Определяли индекс массы тела (ИМТ) (норма 18,5 - 24,5 кг/м^2) . Недостаточность массы тела (ИМТ <18,5кг/м^2) отмечался у 31 (14,7%) женщин, избыточная масса тела (25 - 30 кг/м^2) выявлена у 65 (30,9%), ожирением ИМТ > 30 кг/м2 страдали 22 (10,4%). Показатели тиреоидного статуса определялись в РСНПЦ Эндокринологии МЗ РУз. Уровень ТТГ (норма 0,17- 4,05 мМЕ/л), fT4 (норма 11,5- 23,0 пмоль/л), антиТПО (норма <12МЕ/мл).

В исследование не включались женщины принимающие препараты, влияющие на функцию щитовидной железы, женщины с тяжелыми соматическими, эндокринными, нервными и психическими заболеваниями, а также беременные, кормящие женщины.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и Biostat. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Количественные значения представлены как Me, IQR (Me - медиана; IQR - 25 и 75 перцентили).

Результат и обсуждение

На основании проведенных исследований субклинический гипотиреоз установлен у 23 (11 %) женщин, при этом средний уровень ТТГ составил 7,14±0,47 мМЕ/л (Me 5,9; IQR 5,30-8,25), fT4 - 14,0±0,46 пмоль/л (Me 13,4; IQR 11,9-15,3). При этом у четверти (25,6%) из них выявлен повышенный уровень антиТПО. В среднем уровень антиТПО составил 11,7±0,25 МЕ/мл (Me 11,8; IQR 10,3-12,7)

У молодых женщин до 30 лет СГ встречался в 15,4% случаев, с увеличением возраста его частота увеличивалась, достигая 33,3% в возрастной группе ≥50 лет. Следует отметить, что в группе женщин старше 40 лет СГ встречается достоверно чаще, чем в группе до 40 лет (35,9% против 64,1% ОШ 3,19; 95%ДИ 1,26-8,04; P=0,02)

Дисфункция щитовидной железы может проявляться как в манифестной форме, так и принимать скрытое течение. Независимо от формы их можно диагностировать по уровню ТТГ и концентрации периферических гормонов щитовидной железы. В ходе III Национального исследования здоровья и питания

(NHANES III) у 13 344 здоровых людей в возрасте старше 12 лет было определено содержание ТТГ в крови. В результате установлен рекомендуемый уровень (2,5-97,5 перцентиля) гормона составил 0,45-4,12 мМЕ/л [10,12,18].

По данным Wartofsky L. et al [2005] значение верхней границы ТТГ должно составлять 2,5 мМЕ/л, так как у большинства здоровых людей с эутиреозом (>95%) концентрация тиреотропного гормона находится в пределах от 0,3 до 2,5 мМЕ/л. Установленно, что у 70-80% людей уровень ТТГ находится между 0,3 и 2 мЕд/л, при этом у 97% он составляет менее 5,0 мЕд/л. При исключении из общей выборки лиц, с повышенным уровнем антител к ЩЖ, у которых определяется зоб или есть ближайшие родственники с патологией ЩЖ, оказывается, что у 95% полученной выборки уровень ТТГ не превышает 2,5-3 мЕд/л [3,8,11,16,17]

Однако другие исследователи считают, что наличие двух диапазонов верхней границы нормы может привести к замешательству врачей [Brabant G., 2006; Surks M., 2007]. Surks M. et al [2000] предлагают ввести 2 формы СГ в зависимости от уровня ТТТ: легкую - при концентрации ТТГ 4,5 -9 mU/L и тяжелую - при уровне ТТГ ≥10 mU/L).

Нами изучена распространенность СГ в зависимости от уровня верхней границы нормы ТТГ. Полученные результаты разбили на 3 группы: 1-ая - ТТГ>4,05мМЕ/л (n= 13), 2-ая - ТТГ от 2,5 до 4,05мМЕ/л (n=17) и 3-ья - ТТГ>2,5мМЕ/л (n= 30). Анализ показал, что при снижении верхней границы (>2,5мМЕ/л) распространенность СГ достоверно увеличивается (28 % против 11 % - ОШ 2,79; 95%ДИ 1,84-4,22; P<0,0001)

Fatourechi V. et al [2005] на базе клиники Мэйо в Рочестере (США) был проведен анализ распространенности гипотиреоза среди 75882 пациентов. При этом в качестве верхнего норматива уровня ТТГ были приняты 3,0 мЕд/л и 5,0 мЕд/л. Авторами установлено, что при снижении верхнего норматива ТТГ с 5,0 мЕд/л до 3,0 мЕд/л распространенность гипотиреоза увеличится более, чем в 4 раза: с 4,6% до 20%. Уровень ТТГ больше 3,0 мЕд/л определялся примерно у 15% пациентов моложе 50 лет.

При изучении распространенности СГ в различных возрастных группах в зависимости от уровня верхней границы нормы ТТГ выявлено, что независимо от концентрации ТТГ частота СГ достоверно выше среди лиц старше 40 лет, чем среди молодых (Таблица 1.).

Таблица 1.

Влияние изменение верхнего норматива уровня ТТГ на распространенность СГ

Возраст	ТТГ		
	>4,05мМЕ/л	**от 2,5 до 4,05мМЕ/л**	**>2,5мМЕ/л**
до 30 лет, n=80	5,0	13,2	18,2
от 30 до 40 лет, n=56	9,6	12,0	21,7
от 40 до 50 лет, n= 40	20,0*	13,3*	33,3
ОШ; 95%ДИ; P	4,79; 1,7-13,5; 0,004	2,97;1,15-7,69; 0,04	2,25; 1,11-4,57; 0,04
≥ 50 лет, n=34	25,5*	31,4*	56,9
ОШ; 95%ДИ; P	6,56; 2,33-18,5; 0,0001	3,0; 1,36-6,62; 0,01	5,93; 2,88-12,2; 0,0001

В наших исследоаниях установлено, что снижение верхней границы норматива ТТГ приводит к прогрессивному увеличению распространённости СГ независимо от возраста обследованных женщин. При уровне ТТГ >2,5мМЕ/л субклинический гипотиреоз 2 раза чаще встречается в группе женщин ≥ 50 лет и 3,5 раз чаще среди обследованных моложе 30 лет. Наши данные согласуются с результатами Fatourechi V. et al [2005] которые показали, что при снижении верхней границы нормы ТТГ гипотиреоз в 3,8 раз чаще регистрируется среди женщин старше 70 лет и в 4,8 раз чаще среди пациенток моложе 50 лет.

В группе с уровнем ТТТ >2,5мМЕ/л повышенный уровень антиТПО выявлен у 32 % женщин, тогда как в группе обследованных с концентрацией ТТГ >4,05мМЕ/л таковых было 25 % (ОШ 1,33; 95%ДИ 0,57-3,10; P=0,65).

По данным Vanderpump M. et al [2002] вероятность развития явного гипотиреоза у лиц с повышенным уровнем АТ-ТПО составляет 4,5% в год, у лиц без АТ-ТПО риск составляет около 2% в год.

Выводы

1. Бузском районе Андижанской области у женщин 18 до 65 лет (ТТГ>4,05мМЕ/л и fT4 - норма) составила 11 %.

2. Частота СГ достоверно возрастает до 28 %, при снижении уровня верхней границы нормы ТТГ (>2,5мМЕ/л) , эта тенденция сохраняется независимо от возраста обследованных женщин.

3. В независимости от уровня верхней границы нормы ТТГ СГ достоверно выше среди женщин старше 40 лет, чем среди женщин до 30 лет в независимости от уровня верхней границы нормы ТТГ

4. В группе с уровнем ТТТ >2,5мМЕ/л повышенный уровень анти-ТПО выявлен у 32 % женщин, тогда как в группе обследованных с концентрацией ТТГ >4,05мМЕ/л таковых было 25 %.

5. Среди обследованных избыточная масса тела выявлена у 65 (30,9%), ожирением страдали 22 (10,4%) женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуразакова Д.С., Исмаилов С.И., " Субклинический гипотиреоз диагностика и лечение " методические рекомендации 2018 - Андижан.
2. Гаспарян Э. Г., Осташко Г. А., Гаспарян А. А., Дымнова С. Е. Особенности лечения гипотиреоза у лиц пожилого возраста / /Лечащий врач.- 2012.- №11.-С.25-29.
3. Демидова Т.Ю., Галиева О.Р. К вопросу лечения субклинического гипотиреоза у больных ожирением //Клиническая и экспериментальная тиреоидология.- 2008.- Т.4,№1.- С.48-52.
4. Исмаилов С.И, Абдуразакова Д.С, " Субклинический гипотиреоз" методическое пособие. 2016 .- Ташкент

5. Baloch Z., Carayon P., Conte-Devolx B. et al., Guidelines Committee, National Academy of Clinical Biochemistry. Laboratory medicine practice guidelines. Laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease //Thyroid. - 2003. - Vol.13. - P.3-126.
6. Brabant G., Peck-Peccoz P., Jarsab B., Laurberg P., Wiersinga W. Is there a need to redefine the upper normal limit of TSH? // Eur J Endocrinol. - 2006.- Vol.154.- P.633-637.
7. Canaris G., Manowitz N., Mayor G., Ridgway E. The Colorado thyroid disease prevalence study//Arch Intern Med. - 2000.- Vol.160.- P.526-534.
8. Cooper D. Subclinical hypothyroidism //N Engl J Med. - 2001.- Vol.345(4).- P.260-265.
9. Fatourechi V., Klee G., Grebe S. et al. Effects of reducing the upper limit of normal TSH values //JAMA. - 2003. - Vol.290. - P. 3195-3196.
10. Hollowell J., Staehling N., Flanders W. et al. Serum TSH, T4 and thyroid antibodies in the United States population (1988-1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) //J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2002. - Vol. 87. - P.489-499.
11. Mahato R., Nepal A., Gelal B., Poudel B., Yadav B., Lamsal M.Spectrum of thyroid dysfunction in patients visiting Kantipur Hospital, Kathmandu, Nepal //Mymensingh Med J. - 2013.- Vol.22(1).- P.164-169.
12. Nakajima Y., Yamada M. Subclinical thyroid disease //Nihon Rinsho. - 2012.- Vol.70(11).- P.1865-1871.
13. Surks M., Ortiz E., Daniels G., Sawin C., Col N., Cobin R. et al. Subclinical thyroid disease: scientihc review and guidelines for diagnosis and management //JAMA. - 2004.- Vol.291.- P.228-238.
14. Surks M., Hollowell J. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism//J Clin Endocrinol Metab. - 2007.- Vol.92(12).- P.4575-4582.
15. Unnikrishnan A., Kalra S., Sahay R., Bantwal G., John M., Tewari N. Prevalence of hypothyroidism in adults: An epidemiological study in eight cities of India//Indian J Endocrinol Metab. - 2013.- Vol.17(4).- P.647-652.
16. Vanderpump M., Tunbridge W. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism //Thyroid. - 2002. - Vol.12. -P.839-847.
17. Wartofsky L., Dickey R. Controversy in clinical endocrinology: the evidence for a narrower thyrotropin reference range is compelling //J Clin Endocrinol Metab. - 2005.- Vol.90.- P.5483-5488.
18. Yadav R., Magar N., Poudel B., Yadav N., Yadav B. A prevalence of thyroid disorder in Western part of Nepal //J Trace Elem Med Biol. - 2013.- Vol.27(2).- P.122-125.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.34-007.272-089-002. 193-084

КОМПЛЕКСНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М.,

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

✓ ***Резюме***

Работа выполнена на основе анализа диагностики и лечения 112 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, находившихся в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2017-2019 годах. Дана оценка результатов клинического и лабораторного обследования больных, а также проведения у них инструментальных исследований живота. Проанализированы результаты хирургических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, профилактика спаечного процесса.

COMPLEX MEDICAL-DIAGNOSTIC PRINCIPLES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Abdurakhmanov M.M., Ayubov B.M.,

Bukhara branch of the Republican scientific center of emergency medical care.

✓ ***Resume***

The work is based on the analysis of diagnostics and treatment of 112 patients with acute adhesive intestinal obstruction who were in the Bukhara branch of the Republican scientific center for emergency medical care in 2017-2019. The results of clinical and laboratory examination of patients, as well as instrumental abdominal examinations are evaluated. The results of surgical interventions in acute adhesive intestinal obstruction were analyzed.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, prevention of adhesions.

ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА ТАМОЙИЛЛАРИ

Абдурахманов М.М., Аюбов Б.М.,

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали.

✓ ***Резюме***

2017-2019-йилларда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиалида бўлган ўткир чандикли ичак тутилиши билан касалланган 112 нафар беморни ташхислаш ва даволаш таҳлили асосида ишлар бажарилди. Беморларнинг клиник ва лаборатория текшируви натижалари, шунингдек, уларнинг қорин бўшлиғидаги инструментал тадқиқотлар натижалари баҳоланди. Ўткир чандикли ичак тутилишида хирургик аралашувлар натижалари таҳлил қилинди.

Калит сўзлар: ўткир чандиқли ичак тутилиши, чандиқланиш жараённи профилактикаси.

Актуальность

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) на сегодняшний день остается одной из сложнейших проблем в ургентной хирургии.

За последние десятилетия частота ОСКН острой спаечной кишечной непроходимости увеличилась почти в 2 раза, и составляет от 55,0% до 94,3% всех других видов острой кишечной непроходимости (ОКН) неопухолевого генеза, не имея тенденции к снижению, составляя до 39-49% от числа операций, выполняемых по поводу ОКН [1; 3; 4;].

Цель исследования. Определение наиболее часто встречающихся причин неудовлетворительных результатов диагностики и лечения ОСКН.

Материал и методы

Проведен анализ 112 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2017-2019 годах.

Среди пациентов ОСКН имеет место некоторое количественное преобладание мужчин над женщинами (55,4% к 44,6% соответственно). Более половины клинических наблюдений составили пациенты в возрасте старше 50-ти лет (57.1%).

В процессе работы применялись следующие методы исследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, рентгенологический, лапароскопический, статистический.

Результат и обсуждение

Превалирование лиц старших возрастных групп среди больных ОСКН ведет к логично-корреляционному увеличению числа сопутствующих заболеваний. Это приводит к более тяжелому и осложненному течению заболевания, к росту числа диагностически сложных случаев, возникновению трудностей в терапии, этой категории больных. Наиболее часто у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью встречалась сопутствующая патология следующих систем организма: болезни кардиоваскулярной систе-

мы - 54,5%, болезни дыхательной системы - 21,4% и болезни мочеполовой системы -11,6%.

Необходимо отметить наличие сезонных колебаний частоты обострений ОСКН. Наиболее высокие показатели числа госпитализаций больных с ОСКН (57%) приходились на летне-осенние месяцы года.

Более чем у половины больных с ОСКН сроки поступления в стационар, после начала заболевания превышали 12 часов, причем из них у более чем 65,2% больных сроки поступления в стационар после начала заболевания превышали одни сутки.

У всех больных, включенных в представленное научное исследование, в анамнезе производилось какое-либо абдоминальное хирургическое вмешательство. Из них 45 (40,2%) больных перенесли по одному оперативному вмешательству, 31 (27,6%) больных перенесли по два оперативных вмешательств, 36 (32,2%) больных перенесли по три оперативных вмешательств. Причем, у 85 (75,9%) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее нижних этажах. Только у 27-х (24,1%) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее верхних этажах.

Сроки возникновения ОСКН после проведения последнего хирургического вмешательства в брюшной полости колебались от 2-х месяцев до 36 лет.

При обследовании больных во всех случаях была использована обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 36 (32,1%) больных от общего числа дополнительно применили пассаж стандартной бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) под рентгенологическим контролем. В ходе исследования ставили следующие задачи:

- установление факта нарушения кишечной проходимости и выраженности этого нарушения;
- установление характера (механический/функциональный) ОКН;
- уточнение уровня и типа механического препятствия для пассажа кишечного содержимого.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости тоже было проведено у всех больных.

При ультразвуковом исследовании оценивались следующие ультразвуковые признаки:

- наличие и локализация расширенных петель кишки;
- степень их расширения (диаметр);
- толщина стенки кишки;
- состояние слизистой оболочки;
- наличие или отсутствие перистальтики, ее характер;
- содержимое в просвете растянутых петель;
- наличие свободной жидкости в брюшной полости.

С целью оценки кровоснабжения кишки всем больным проводилось допплеровское исследование кровотока в портальной вене и верхней брыжеечной артерии.

Анализ результатов ультразвуковых исследований показал, что чувствительность и точность ультразвукового метода в констатации наличия кишечной непроходимости составили 92,9%. Комплекс проведенных диагностических и лечебно-консервативных мероприятий позволил у 63 (56,2%) больных диагностировать компенсированную спаечную кишечную непроходимость, которую удалось купировать комплексом консервативных медикаментозных мероприятий. Из этих 63 больных с компенсированной спаечной кишечной непроходимостью 37-ми больным после дополнительного обследования была проведена отсроченная хирургическая операция без выписки из стационара. У 14-ти больных было проведено комплексное консервативное лечение, после которого они были выписаны из стационара. В последующем им произвели плановое оперативное вмешательство в более поздние сроки.

Основными принципами консервативного лечения считали:

— декомпрессию желудочно-кишечного тракта;
— борьбу с болевым синдромом;
— инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений.

Первым, важнейшим этапом консервативного лечения, считали декомпрессию желудочно-кишечного тракта. В качестве декомпрессии ЖКТ в большинстве случаев выполняли пролонгированное зондирование желудка с аспирацией желудочного содержимого на протяжении всего этапа консервативной терапии. У всех пациентов при проведении консервативной терапии мы использовали спазмолитические или антихолинэстеразные средства. Объем внутривенной инфузий зависел от тяжести состояния больного и глубины нарушения гомеостаза. Пациентам с выраженным нарушением гомеостаза проводилась консервативная терапия в условиях реанимационного отделения. Подготовку к лечению начинали с катетеризации центральной вены, мочевого пузыря и введения желудочного зонда. Длительность консервативной терапии у наших пациентов была ограничена 2-4 часами. Эффективность проводимого лечения оценивали на основании клинической картины, данных рентгенологических и ультразвуковых методов диагностики. При появлении положительной динамики в течение 2-4 часов проводилось дальнейшее проведение консервативной терапии до полной ликвидации признаков кишечной непроходимости. Продолжение консервативной терапии при отсутствии эффекта более 2-4 часов считали опасным из-за возможности развития деструктивных изменений в стенке кишки, присоединения перитонита и полиорганной недостаточности.

От общего числа включенных в исследование больных (112 пациентов) у 47 (42%) из них была диагностирована механическая ОСКН. Этим больным было произведено срочное хирургическое вмешательство.

Все хирургические вмешательства были выполнены под общей эндотрахеальной анестезией. Во всех случаях хирургическое вмешательство начинали со срединной лапаротомии. Часто был затруднен вход в брюшную полость из-за выраженного спаечного процесса. Затем производили адгезиолизис острым и реже тупым путем с целью устранения спаечной кишечной непроходимости. Кроме того, в 14-ти (29,7%) случаях пришлось выполнить резекцию большого сальника, у 8-ми (17 %) больных была произведена закрытая декомпрессия тонкой кишки, у 5-х (10,6%) больных была произведена интубация толстой кишки, у 2-х (4,2%) больных была произведена аппендэктомия, по одному разу (2,1%) были произведены открытая декомпрессия тонкой кишки, наружная еюно-

стомия и илеотранзверзостомия, у 6-ти (12,7%) больных операцию закончили дренированием брюшной полости.

У 34-ти (72,3%) больных была проведена интраоперационная профилактика развития спаечного процесса в брюшной полости.

Методика интраоперационного применения 0,02% раствора Декаметоксина. После вскрытия брюшной полости и эвакуации патологического содержимого - гной, кровь, желчь, кишечное содержимое и т.д., установления источника хирургической патологии, удаления или изоляции причины перитонита, а также санации и дренирования брюшной полости для профилактики спайкообразования в малом тазу в конце полостных операций проводили промывание брюшной полости 500 мл Декаметоксина с установкой микроирригатора с последующим дренированием малого таза трубчатым дренажем, который до окончания операции остается закрытым. На следующие двое суток накладывали гидроперитонеум с Декаметоксином в виде лаважа. Декаметоксин вводили медленно капельно в количестве 200 мл один раз в день (всего два раза на протяжении 2 сут послеоперационного периода). Скорость введения - 50-60 капель в 1 мин. После завершения введения препарата Декаметоксин микроирригатор закрывали на 30 мин, а затем открывали для функционирования дренажной системы. Обязательным является подогрев препарата перед введением до 37-38 °С для повышения эффективности.

0,02% раствор декаметоксина, в данной концентрации не имеет токсического действия. В состав также входит натрия хлорид и вода для инъекций. Декаметоксин является катионным поверхностно-активным веществом, он не совместим с мылом и анионными соединениями. Декаметоксин оказывает выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки, капсульные бактерии, фунгицидное действие на дрожжи и дрожжеподобные грибы, некоторые виды плесневых грибов, протистоцидное действие на трихомонады, лямблии, вирусоцидное действие на вирусы. Также к положительным эффектам препарата относятся - повышение чувствительности антибиотикорезистентных микроорганизмов к антибиотикам, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. Декаметоксин не всасывается слизистыми оболочками, кожей и раневой поверхностью.

После оперативного вмешательства в течение 21±1,2 часов все больные находились в отделении реанимации, где получали весь комплекс соответствующего послеоперационного лечебного воздействия. Особое внимание обращали на лечебные мероприятия, направленные на предотвращение бронхолегочных и гнойно-септических осложнений, на борьбу с водно-электролитными нарушениями и на купирование болевого синдрома. Также важное место в раннем послеоперационном периоде занимали лечебные мероприятия по стимуляции кишечника и раннему восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

Для стимуляции кишечника чаще всего применяли следующий комплекс медикаментозных средств: у 45 (95,7%) больных были применены препараты калия для внутривенных вливаний (поляризующая смесь по 200 мл 2 раза в сутки); у 32 (68%) больных был применен 0,05% раствор прозерина путем внутримышечного введения по 1 мл каждые 4 часа; у 45 (95,7%) больных были применены стимулирующие гипертонические клизмы 2 раза в сутки; у 3-х (6,3%) больных было применено перидуральное введение анестетиков.

У 10 (21,2%) послеоперационных больных с ОСКН начало возникновения первых перистальтических шумов определялось на вторые сутки после операции, у 24-ти (51%) послеоперационных больных с ОСКН начало возникновения первых перистальтических шумов выслушивалось аускультативно на третьи сутки после операции, у 13-ти (27,8%) послеоперационных больных с ОСКН начало возникновения первых перистальтических шумов выявлено на четвертые сутки после операции.

У 8 (17%) послеоперационных больных с ОСКН адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на вторые сутки после операции. У 25 (53,2%) послеоперационного больного с ОСКН адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на третьи сутки после операции. У 14 (29,8%) послеоперационных больных с ОСКН адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на четвертые сутки после операции.

Запоздалое возобновление перистальтики желудочно-кишечного тракта у больных после операции по поводу ОСКН имеет место вследствие длительности заболевания и неадекватным использованием различных методов профилактики послеоперационного пареза кишечника во время операции.

В 4-х (8,5%) случаях имели место послеоперационные осложнения. Из них в одном случае послеоперационный период осложнился инфильтратом брюшной полости, который был излечен комплексом консервативных мероприятий. В 3-х случаях имело место ранняя спаечная кишечная непроходимость, перфорация сигмовидной кишки и продолжающийся (третичный) перитонит с наличием множественных тонкокишечных свищей. Три последних осложнения потребовали повторных оперативных вмешательств.

В группе оперированных больных, состоящей из 47-го больных, летальных исходов было -3, что составило 6,3%. Как показал анализ послеоперационной летальности, все три случая характеризовались поздними сроками госпитализации (от 2 суток до 2 недель) и наличием клинических, лабораторных и инструментальных признаков перитонита. От момента поступления все оперативные вмешательства были выполнены в течение 2-х - 4-х часов. Причиной всех летальных исходов явился перитонит, в одном случае смерть больной наступила в раннем послеоперационном периоде через 6 часов после оперативного вмешательства. В двух других случаях летальных исходов их причиной явился продолжающийся (третичный) перитонит, приведший к развитию абсцессов брюшной полости и формированию кишечных свищей.

В 38-ми случаях больные были выписаны из стационара на 7-е-8-е сутки послеоперационного периода в стадии выздоровления. Показатель среднего койко-дня послеоперационного периода у этих больных равнялся 7,1.

Заключение

Проведенное исследование результатов ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью показало, что неудовлетворительные результаты лечения этой категории больных в большинстве случаев являются следствием поздней госпитализации, затягивания периода предоперационного обследования, отсутствия четко обоснованных показаний к использованию различных методов оперативных вмешательств, недостаточного внимания к применению различных интраоперационных способов профилактики рецидива спаечной болезни брюшной полости и пареза желудочно-кишечного тракта.

Применение 0,02% раствора Декаметоксина позволяет эффективно профилактировать послеоперационную кишечную непроходимость, достигать более быстрой нормализации температуры тела и активности пациентов, снижать риск расхождения швов и образования субсером. У всех пациентов, которые получали 0,02% раствор Декаметоксина, на протяжении 2-2,5 лет наблюдения не отмечено формирования выраженного синдрома абдоминальной боли.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Adhesive small bowel adhesions obstruction: Evolutions in diagnosis, management and prevention / F. Catena [et al.] // World J Gastrointest Surg, 2016. № 8 (3). P. 222-231.
2. An experimental evaluation of the effectiveness of dissociative anti-adhesive products / A.A. Sopuev [et al.] // International Journal Of Applied And Fundamental Research, 2015. № 1. Режим доступа: www.science-sd.com/460-24761 (01.07.2015). Загл. с экрана.
3. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group / S. Di Saverio [et al.] // World J Emerg Surg, 2013. № 8. P. 42.
4. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis / R. ten Broek [et al.] // BMJ, 2013. 347.
5. Valkodai R. R. Postoperative adhesive intestinal obstruction: The role of intestinal stenting / R.R. Valkodai, R. Gurusami, V. Duraisami // J Indian Assoc Pediatr Surg., 2012. - №17(1). P. 20-22
6. Диагностика, лечение и профилактика спаечной болезни брюшины / П.К. Холматов [и др.] // Вестник Авиценны, 2012. № 1 (50). С. 155-160.
7. Завада Н. В. Актуальные вопросы диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости / Н. В. Завада, А. А. Степанюк, А. Р. Гуревич // Экстренная медицина, 2013. № 3 (07). С. 19-30.
8. Тактические вопросы профилактики и лечения спаечной болезни / Б.П. Филенко [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии, 2014. № 2 (46). С. 40-43.

Поступила 09.11.2020

УДК 616-006.03

АНГИОФИБРОМА НОСОГЛОТКИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ

Арифов С.С., Нуров У.И., Нурова Г.У.,

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Бухарский государственный медицинский институт.

(Случай из практики)

✓ ***Резюме***

По литературным данным ангиофиброма носоглотки женского пола встречается очень редко. Особенность данного случая заключается в том, что недостаточное обследование носоглотки врачами в догоспитализационном периоде и отрицание встречаемости ангиофибромы носоглотки у однояйцевых близнецов женского пола.

Ключевые слова: ангиофиброма, носоглотка, женский пол , близнецы.

МОНОЗИГОТ ЭГИЗАКЛАРДА БУРУН-ҲАЛҚУМ АНГИОФИБРОМАСИ

Арифов С.С., Нуров У.И., Нурова Г.У.,

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Бухоро давлат тиббиёт институти.

(Амалиётда учраган ҳолат)

✓ ***Резюме***

Адабиётларда аёлларда бурун-ҳалқум ангиофибромасининг жуда кам учраши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Ушбу ҳолатнинг қизиқ томони шундаки, шифохонага ётқизишдан олдинги босқичда бурун-ҳалқумнинг шифокорлар томонидан батафсил текширилмаганлиги ва аёл жинсли бир тухумли эгизакларда бурун-ҳалқум ангиофибромасини учрашини инкор қилишдир.

Калит сўзлар: ангиофиброма, бурунхалқум, аёл жинсли, эгизаклар.

NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA IN MONOZYGOUS TWINS

Arifov S.S., Nurov U.I., Nurova G.U.,

Tashkent institute for advanced training of doctors, Bukhara State Medical Institute.

(Case from practice)

✓ ***Resume***

According to the literature, female nasopharyngeal angiofibroma is very rare. The peculiarity of this case is that insufficient examination of the nasopharynx by doctors in the pre-hospitalization period and denial of the incidence of angiofibroma of the nasopharynx in identical female twins.

Key words: angiofibroma, nasopharynx, female, twins.

Актуальность

Юношеская ангиофиброма носоглотки является доброкачественной опухолью, она состоит из сосудов и соединительной ткани. По гистологическому строению она относится к фиброматозу. Опухоль встречается относительно редько и составляет 0,05 % всех опухолей головы и шеи. Этим заболеванием страдают подростки от 10 до 22 лет (1.2).

Ангиофиброма носоглотки является самым тяжелым заболеванием среди опухолей ЛОР органов (1). Ангиофиброма встречается у одного больного из 12-16 тысяч оториноларингологических больных, лечащихся в стационаре. В литературе имеются данные о редькой встречаемости этого заболевания у женщин (3,4). Некоторые считают её "патоморфологической ошибкой" (5), по мнению других она является "атипичной ангиофибромой" (7). С этой точки зрения, выявление ангиофибромы у монозиготных близнецов-девочек вызывает большой научный интерес.

Из истории болезни за №137/87: девочки Ф. и З. 2002 года рождения, 05.04.2019 г. госпитализированы в Бухарский областной многопрофильный медицинский центр с жалобами на затруднение носового дыхания, гнусавость, периодические желтовато-водянистые выделения из носа с примесью крови, временами кровотечение из носа, головную боль, общую слабость. Из анамнеза: девочки считают себя больными в течении 8-месяцев. Больные с вышеуказанными жалобами несколько раз обращались в поликлинику по месту жительства, где по результатам передней риноскопии была назначена традиционная консервативная противовоспалительная терапия. На выписках из амбулаторной карты нет данных о задней риноскопии и других методах исследования ЛОР органов.

Во время осмотра состояние больных относительно удовлетворительное. Объективно: нос правильной формы, пальпация области придаточных пазух носа безболезненна. Передняя риноскопия: слизистая оболочка носа гиперемирована с обеих сторон, нижние носовые раковины увеличены, отечны, после анемизации сокращаются. Носовые ходы свободные, у обеих близнецов в нижней части общих носовых ходов определяется желтовато-водянистые выделения с примесью крови, носовая перегородка расположена по средней линии, патологических образований нет. При передней риноскопии у обеих девочек на задней стенке носоглотки определяется образование краснова-

того цвета с гладкой поверхностью, его диаметр у Ф. 4,0 х 6,0 см, у З. 4,5 Х 6.5 см, они закрывают хоаны на 2/3. При пальцевом исследовании носоглотки: образование имеет твердую и широкую основу, плотно сращено к задней стенке носоглотки и при соприкасании наблюдается кровотечение. Другие ЛОР органы без изменений.

На основе вышеизложенных установлен диагноз: Опухоль носолотки. Больным назначены дополнительнительные методы обследования мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) носа и его придаточных пазух, клинико-лабораторные исследования. На МСКТ 07.04.2019 г.: у обеих близнецов определяются объёмная опухоль носоглотки, по Хаунсфильду в центральной части +40 единиц и по периферии +45 единиц. Опухоль исходит из верхнего отдела носоглотки, заполняет 2/3 ее полости и распространена на верхние отделы полости носа.

Общий анализ крови: у Ф. гемоглобин - 92; цветной показатель - 0,8; СОЭ - 19 мм/ч. Другие анализы крови и мочи в пределах нормы. На ЭКГ: умеренное нарушение метаболизма миокарда. У З. Гемоглобин - 94; цветной показатель - 0.9; СОЭ -20 мм/ч. Другие анализы крови и мочи в пределах нормы. Обеим близнецам установлен диагноз: Опухоль носоглотки, I-стадия. Постгеморрагическая анемия I-степени.

10.04.2019 г. обеим больным произведена операция - удаление опухоли носоглотки. Операция выполнена под общим эндотрахеальным наркозом, опухоль удалена трансоральным способом. Кровотечение остановлено комбинированным способом, на кровоточащую поверхность вставлены гемостатические пластины и выполнена задняя тампонада носа. Задняя тампонада дополнена передней. Объем кровопотери во время операции составил у Ф. 150 мл и у З. 160 мл.

Макропрепарат: несколько кусочков многоразмерной, серо-розоватого цвета, мягкой эластической консистенции ткани.

В послеоперационном периоде больные принимали цефтриаксон по1,0 грамму 2 раза в день, в/м, в течении 7 дней; аминокапроновую кислоту 5% - 100,0 мл, в/в капельно, дицинон по 2,0 мл, в/м, 2 раза в день; кетопрофен в течении 3 дней 2,0 мл, в/м, вечером; полоскание горла 1:5000 раствором фурацилина и закапывание 0,5% раствора диоксидина в тампоны полости носа.

На 2-день после операции удалены тампоны из полости носа и носоглотки, кровотечение не наблюдалось. Гистологическое исследование удаленной опухоли из носоглотки произведено в лаборатории Бухарского областного онкологического диспансера.

Заключительный диагноз. Обеим близнецам установлен диагноз: Опухоль носоглотки, I-стадия. Постгеморрагическая анемия I-степени.

16.04.2019 г. Больные в удовлетворительном состоянии выписаны из стационара на амбулаторное наблюдение.

14.05.2019 г. проведен осмотр больных: состояние девочек-близнецов удовлетворительное, жалоб нет, при передней риноксскопии: слизистая оболочка полости носа бледнорозовая, носовые раковины не увеличены, носовая перегородка расположена по средней линии, носовые ходы широкие, выделений нет, дыхание через нос свободное. При задней риноскопии: слизистая оболочка носоглотки бледнорозовая, ее полость и хоаны свободные.

По нашему мнению, данный случай по терминологии Subarevic et al (2007) можно интерпретировать как "атипическая ангиофиброма".

Особенность данного случая заключается в том, что с одной стороны, это заболевание редько встречается у близнецов женского пола, а с другой стороны, недостаточное обследование носоглотки врачами в догоспита-лизационном периоде и отрицание встречаемости ангиофибромы носоглотки у однояйцевых близнецов женского пола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абызов Р.А. Классификации опухолей в онкоотоларингологии // Журн, ушних носових і горлових хвороб. - 2004. - №1. - С. 48-53.
2. Верезгов В.А. Юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа,эпидемиология,этиология и патогенез(обзор литературы за 120 лет) //Российская оториноларингология 2009:6:144-148.
3. Верезгов В.А.О классификации и диагностике юношеской ангиофибромы носоглотки и основания черепа.Обзор литературы. Российская оториноларингология .2010;2:149-54.
4. Икрамов М.К. Современные представления о юношеской ангиофиброме основания черепа//. Вестник Авиценны .2019 ;21 (3);489-495.
5. Тимен Г.Э., Писанко В.Н., Чубко С.П. Ангиофиброма основания черепа // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2007. - №5, - С. 73-81.
6. Murewska A., Ratinska M., Gryczynski M., Pietruczewska W., Durko M. Angiofibroma of the nasal caviti and anterior ethmoid cells in a youngwoman: case report // European Archives of OtoRhino-Laryngology and Head & Neck. -2007. -V.264, suppl. I.-P. 331.
7. Subarevic V., Stankovic K., Simic R. Atipical na sopharyngeal angiofibroma: case report. // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck. -2007. -V.264, suppl. 1. - P. 337.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.381-089.191.1

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Ганиев А.А., Ганжиев Ф.Х., Эгамов У.М.,

Бухарский филиал РНЦЭМП.

✓ ***Резюме***

Изучены результаты хирургического лечения 352 пациентов с острым деструктивным холециститом. I группу составили 178 (50,6%) больных, у которых проведена операция - лапароскопическая холецистэктомия первые 24 часов от момента заболевания, II группу - 102 (28,9%) больных, которые оперированы спустя 24-72 часа от момента заболевания. В III группу вошли 72 (20,5%) больных, оперированные в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии. Указаны показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучшие результаты были у больных, оперированных до 24 часов от момента госпитализации. Самые неблагоприятные результаты получены у больных, оперированных спустя 48-72 часов от момента госпитализации.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, больные с деструктивном холециститом

O‘TKIR DESTRUKTIV XOLETSISTITLI BEMORLARDA LAPAROSKOPIK XOLETSISTEKTOMIYA QILISH TAKTIKASI

Kenjayev L.R., Abduraxmanov Sh.M., Ganiyev A.A., Ganjiyev F.X., Egamov O.M.,

RShTYoIM Buxoro filiali.

✓ ***Rezyume***

O‘tkir destruktiv xoletsistit bilan kasallangan 352 bemorni jarrohlik davolash natijalari o‘rganildi. I guruhga operatsiyani boshdan kechirgan 178 (50,6%) bemor - laparoskopik xoletsistektomiya, kasallangan paytdan boshlab dastlabki 24 soat ichida, II guruh - 102 (28,9%) kasal bo‘lgan paytdan boshlab 24-72 soat o‘tgach operatsiya qilingan bemorlar kiradi. III guruhga konservativ terapiya kursidan keyin kechiktirilgan operatsiya qilingan 72 (20,5%) bemor kirdi. Destruktiv xoletsistit holatida laparoskopik xoletsistektomiya uchun ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar ko‘rsatilgan. Olingan ma'lumotlar eng yaxshi natijalar kasalxonaga yotqizilganidan keyin 24 soat ichida operatsiya qilingan bemorlarda bo‘lganligini ko‘rsatadi. Eng yomon natijalar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 48-72 soatdan keyin operatsiya qilingan bemorlarda olingan.

Kalit so‘zlar: o‘tkir destruktiv xoletsistit, laparoskopik xoletsistektomiya, taktika.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

Kenjaev L.R., Abdurakhmanov Sh.M., Ganiyev A.A., Ganjiyev F.X., Egamov U.M.,

Bukhara branch of RSCEMP.

✓ ***Resume***

The results of surgical treatment of 352 patients with acute destructive cholecystitis were studied. Group I consisted of 178 (50.6%) patients who underwent surgery - laparoscopic cholecystectomy in the first 24 hours from the moment of illness, Group II - 102 (28.9%) patients who were operated on 24-72 hours after the moment of illness. Group III included 72 (20.5%) patients, operated on a delayed basis, after a course of conservative therapy. Indications and contraindications for laparoscopic cholecystectomy in case of destructive cholecystitis are indicated. The data obtained indicate that the best results were in patients operated on within 24 hours of hospitalization. The most unfavorable results were obtained in patients operated on after 48-72 hours from the moment of hospitalization.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, patients with destructive cholecystitis.

Актуальность

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала "золотым стандартом" в лечении заболеваний желчного пузыря. Быстрое восстановление больных после ЛХЭ было обусловлено малыми размерами операционных ран, уменьшением количества осложнений и ранней активизацией больных. По мере накопления опыта хирургов показания к ЛХЭ стали постепенно расширяться. Сейчас ЛХЭ технически выполнима у большинства больных с острым холециститом и его осложнениями. Трудности могут быть обусловлены выраженным спаечным процессом желчного пузыря с окружающими органами и трудностями идентификации.

Однако, несмотря на значительное уменьшение противопоказаний к проведению лапароскопической холецистэктомии, сохраняется большое количество интра - и послеоперационных осложнений (1,2,5,)

Одним из главных ограничений, которое существует и по сегодняшний день, являются сроки от момента заболевания. Так, по мнению ряда авторов (2,3,4,6) оптимальным сроком для выполнения лапароскопической холецистэктомии являются первые 24 часа от начала заболевания (1,2,7).

При возникновении интраоперационных осложнений осуществляют переход на открытую операцию

исследования, проведенные Нечитайло (8,9) показали, что конверсия при лапароскопической холецистэктомии составляет в среднем 6,2% (3,4,6).

В Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2017 по 2019 год находились 352 больных с острым деструктивным холециститом, у которых выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Из 352 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, женщин было 78,9%, мужчин 21,1 %. Средний возраст больных составил 49 лет. Больных пожилого и старческого возраста, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, было 26,5% .

В зависимости от сроков выполнения лапароскопической холецистэктомии (до 24 часов; от 28 до 72 часов; более 3 суток от момента заболевания), все больные были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 178 (50,6%) больных, которым лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в срок до 24 часа с момента заболевания, и показанием к оперативному вмешательству послужило отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Во вторую группу, 102 (28,9%) больные, оперированные в срочном порядке у которых впервые 24-72 часа от момента заболевания сохранялась окклюзия желчного пузыря, независимо от клинической картины.

В третью группу вошли 72 (20,5%) больных, оперированные в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии.

Инструментальное обследование заключалось в обязательном выполнении электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Основное внимание уделено ультразвуковой и эндоскопической диагностикам.

УЗИ выполнено всем больным при поступлении. Выполняя ультразвуковое исследование, опираясь на современные данные литературы, определяли форму острого холецистита и его осложненные формы, выделяя определенные эхографические признаки.

При обнаружении вовремя УЗИ конкрементов в общем желчном протоке (холедохолитиаз), расширении холедоха, а также при наличии клинических и лабораторных признаков механической желтухи, выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию (ЭРХПГ), в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

Результат и обсуждения

Проведена оценка возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии, в зависимости от длительности заболевания. Определены сроки заболевания у больных, которым была произведена конверсия. Конверсии выполнялись 12 больным, из них 3 (0,9%) больным конверсия выполнено до 24 часов от момента заболевания, у 9 больных 24-72 часа от начала заболевания. Причиной конверсии явились в 9 (2,6%) случаях плотный инфильтрат в области треугольника Кало, в 1 случае кровотечение из пузырной артерии, в 2 х случаях синдром Миризи.

Таким образом, общепринятое положение о том, что оптимальными сроками для выполнения лапароскопической холецистэктомии являются первые 24 часа от начала заболевания, подтверждается и в нашем исследовании.

В первой группе оперированных вошли больные с длительностью заболевания к моменту операции: до 24 часа - 178 больных;

Из 178 больных, которым планировалась лапароскопическая холецистэктомия до истечения 24 часа от начала заболевания, лишь у 3 больных (1,7%) пришлось прибегнуть к переходу на открытую операцию. При этом перипузырный инфильтрат как причина конверсии был у 1 больного (0,6%). Данное положение свидетельствует о том, что сроки заболевания не являются решающим фактором в определении показаний и противопоказаний к выполнению лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

Гистологически подтверждено наличие катаральных 115 (64,6%) и 63 (35,4%) флегмонозных изменений в стенке желчного пузыря.

Во второй группе больных, оперированных в течение 24-72 часов по срочным показаниям, длительность заболевания не превышала 72 часа лишь у 102 (29,0%) больных. У 87 (85,3%) больных длительность заболевания составила около 48 часов, у 15 (14,7%) больных около 24 часа. Таким образом, больных оперированных в пределах 24 до 72 часов от начала заболевания было (29,0%)

Из форм острого холецистита представлены только флегмонозные и гангренозные. Флегмонозные формы выявлены у 78 (76,5%) больных, гангренозные у 24 (23,5%) больных.

Осложненные формы острого холецистита были представлены: перивезикальным абсцессом у 9 (8,8%) больных; инфильтратом, у 21 (20,6%) больных, при этом в 9 случаях инфильтрат явился причиной перехода на открытую операцию, а процент конверсий в данной группе составил 8,8%.

Послеоперационный период осложнился у 4 (3,9%) больных. Среди осложнений послеоперационного периода были: желчеистечение - 1 больной (прекратилось самостоятельно); инфильтрат в области ложа желчного пузыря - 1 больной (консервативные мероприятия нагноение послеоперационной (околопупочной раны) - 2 больных (лечение согласно общим принципам ведения гнойных ран).

В третьей группе больных, оперированных в отсроченном порядке, длительность заболевания превышала 72 часа.

В третью группу вошли 72 (20,5%) больных, оперированные в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии.

Катаральных форм острого холецистита не было. Флегмонозные изменения в стенке желчного пузыря были выявлены у 53 (73,6%) больных, гангренозные у 19 (26,4%) больных.

Перивезикальный абсцесс сочетался с гангренозной формой острого холецистита и был выявлен лишь у 13 (18,1%) больных.

Характер послеоперационных осложнений, которые возникли у 4 (5,6%) больных, был следующим. Желчеистечение - 1 больного (прекратилось самостоятельно); инфильтрат в области ложа желчного пузыря - 2 больных (консервативные мероприятия); нагноение послеоперационной (околопупочной) раны - 1 больного (лечение согласно общим принципам ведения гнойных ран).

Вывод

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучшие результаты были у больных, оперированных до 24 часа от момента заболевания (1-я группа).

2. Самые неблагоприятные результаты получены во 2-ой группе, у больных, оперированных на 24-72 часа от момента заболевания. Надо отметить, что у всех больных в этой группе операции носили "вынужденный" характер из-за неэффективности консервативного лечения и нарастания клинической картины заболевания.

3. В третьей группе больных также встречались осложненные формы острого холецистита, интра- и послеоперационные осложнения, однако их в два раза меньше, чем II группе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шапринський В.А., Ткаченко В.М., Ткаченко В.В. Лққування жовчнокам'яноҷ хвороби, ускладненоҷ холедохолқтқазом з застосуванням малоқнвазивних технологқй // Шпитальна хқургқя - 2002. - N 3. - С.21-23.
2. В.Н.Запорожан, В.В.Грубник, В.Ф.Саенко, М.Е.Ничитайло Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. - Киҷв "Здоров'я", 2000.-297с. Источник: http://medolina.ru/
3. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. и др. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения. С.-Пб., 2001. 186 с.
4. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир. гепатол. 2000. Т. 5. N2. С. 103-104.
5. Голубев А.А., Еремеев А.Г., Волков С.В., Расул Ш.Х. Опыт пятилетнего выполнения лапароскопической холецистэктомии // Сборник трудов "Актуальные проблемы современной хирургии". С-Пб., 2000. С. 44-46.
6. Гордовский Я., Стродс Я., Лиепиньш М. и др. Диагностика и лечение осложнений, возникших при лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир. гепатол. 1999. Т.4. N2. С. 213-214.
7. Емельянов С.И., Евдошенко В.В., Феденко В.В., Матвеев Н.Л. Лапароскопическая хирургия острого холецистита // Эндоскоп. хир., 1995. N4. С. 17-22.
8. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Скумс А.В. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир. гепатол. 1999. Т. 4. N2. С. 234.
9. Сендерович Е.И., Галимов О.В., Галлямов Э.А. и др. Структура осложнений при лапароскопических холецистэктомиях // Анналы хир. гепатол., 2000. Т. 5. N2. С. 136.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.381-089.191.1

ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кенжаева Н.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данной научной статье представлены результаты диагностики и лечения 142 пациентов, пролеченных в стационарных условиях в Бухарском областном пульмонологическом и туберкулезном диспансере в 2017-2019 годах, и изучены их в 3 группах. Сопоставлены и изучены жалобы всех пациентов, клиническое течение, результаты лабораторного и инструментального обследования и их специфика.

Ключевые слова: туберкулез легких, хроническая обструктивная болезнь легких.

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ФОНИДА ЎПКА Т УБЕРКУЛЁЗИНИНГ КЕЧИШИ

Кенжаева Н.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ушбу илмий мақолада Бухоро вилоят пулмонология ва фтизиатрия диспансерида 2017-2019 йиллар давомида стацинор шароитда даволанган 142 та беморнинг ташхислаш ва даволаш натижалари ёритилган бўлиб 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилган. Барча беморларнинг шикоятлари, клиник кечиши, лабаратор ва инструментал текшириш натижалари ва уларнинг ўзига хослиги таққослаб ўрганилган.

Калит сўзлар: ўпка туберкулёзи, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари.

TRANSMISSION OF LUNG TUBERCULOSIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE.

Kenjaeva N.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

This scientific article covers the results of diagnosis and treatment of 142 patients treated in inpatient conditions at the Bukhara Regional Pulmonology and Tuberculosis Dispensary in 2017-2019 and studied them in 3 groups. Complaints of all patients, clinical course, results of laboratory and instrumental examination and their specificity were compared and studied.

Key words: pulmonary tuberculosis, chronic obstructive pulmonary disease.

Актуальность

В последние годы возрастает интерес к изучению болезней, ведущих к возникновению туберкулеза легких и влияющих на течение их активных форм. Среди них определенное значение имеют хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), которые, предрасполагая к туберкулезу, оказывают неблагоприятное воздействие на его дальнейшее течение [1,3,4]. Частое сочетание туберкулёза лёгких и нетуберкулёзных бронхолёгочных заболеваний делает эту проблему актуальной как для фтизиатрии, так и пульмонологии [2,6,7,9]. Чем выше на территории заболеваемость неспецифическими воспалительными болезнями органов дыхания, тем значительнее показатели заболеваемости туберкулезом [5,8,10,11]. Обнаружить научные работы, в которых рассматривались бы особенности сочетания хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) и впервые выявленного туберкулёза органов дыхания (ТОД), нам не удалось.

Цель исследования: выявление клинических особенностей развития и течения впервые выявленного ТОД на фоне ХОБЛ.

Материал и методы

Объектом исследования являлись все больные с впервые выявленным ТОД в возрасте старше 35 лет, получавшие лечение в стационаре Бухарского областного туберкулёзного диспансера с 2017 по 2019 г. Обследование включало заполнение анкеты на выявление хронического бронхита и ХОБЛ, куда, помимо паспортных данных и диагноза, вносились сведения о факторах риска, профессиональных вредностях, анамнезе (с указанием частоты простудных заболеваний, частоты обострений хронического бронхита, контакта по туберкулезу), наследственной патологии легких, аллергоанамнез (с указанием аллергенов), симптомы заболевания (включая кашель, выделение мокроты, ее характер и количество, одышку, симптомы интоксикации), данные физикального обследования, результаты анализов мокроты на микобактерии туберкулёза (МБТ), показатели общего анализа крови, биохимического исследования, данные рентгенологического, инструментального обследования.

Диагноз впервые выявленного активного ТОД основывался на данных анамнеза, жалобах, клини-

ческих симптомах, результатах исследования мокроты на микобактерии туберкулёза методом люминесцентной микроскопии и бактериологического посева на питательные среды, а также на данных рентгенологического исследования лёгких, которое включало в себя обзорную рентгенографию и томографическое рентгенологическое обследование.

Были обследованы мужчины (142 чел.) с впервые выявленным ТОД старше 35 лет (средний возраст - 52,2±10,7 года). 44,3% пациента трудоспособного возраста не работали, рабочих и пенсионеров было соответственно 29% и 25%.

Результат и обсуждение

В структуре впервые выявленного ТОД лидировал инфильтративный туберкулёз (69,9%), далее следовали малые формы, в частности очаговые, туберкуломы, туберкулезные плевриты, туберкулёз бронхов (11,9%) и распространенные, а именно диссеминированные, фиброзно-кавернозные, казеозные пневмонии (18,2%). Несмотря на относительно благоприятную клиническую структуру, у 66,6% больных было обнаружено бактериовыделение, в том числе у 69,0% методом бактериоскопии, а у 57,9% пациентов процесс сопровождался деструкцией лёгочной ткани.

У 77,9% пациентов с туберкулезом была сопутствующая бронхолёгочная патология: у 53,0% - ХПБ, у 26,1% - ХОБЛ. В зависимости от формы ХНЗЛ больные с впервые выявленным ТОД были подразделены на группы: 1-я (29 чел.) - с ТОД без ХНЗЛ, 2-я (76) - с туберкулёзом и ХПБ, 3-я (36) - с туберкулёзом и ХОБЛ. Среди различных степеней ХОБЛ 1-я стадия была диагностирована у 4 (11,1%) человек, 2-я - у 23 (63,8%), 3-я - у 7 (19,4%), 4-я - у 2 (5,5%).

Среди больных 1-й группы преобладали неработающие лица трудоспособного возраста - 15 (51,8%) человек. Большинство пациентов 2-й группы также были безработными трудоспособного возраста - 32 (43%). Подавляющее большинство пациентов 3-й группы оказались пенсионерами - 18 (52%). Большинство больных (71,9%) жили в отдельной квартире или частном доме, 15,1% - в коммунальной квартире или общежитии, 3,9% - снимали жильё, 7,9% - не имели определённого места жительства.

В 1-й группе первое место по распространенности занимала инфильтративная форма туберкулеза (70,0%), второе - диссеминированная (15,0%), третье - очаговая (7,0%), во 2-й группе - в той же последовательности 73,0%, по 9,0% (казеозная и диссеминированная), 6,0%, в 3-й - 64,0%, 6,0%, по 9,0% (очаговая и фиброзно-кавернозная).

Таким образом, самой распространенной формой туберкулёза во всех группах была инфильтративная. Наибольшее количество клинических форм ТОД было зарегистрировано в группе больных с ХОБЛ, что свидетельствует о разнообразии проявления специфической патологии у пациентов данной категории. Обращало на себя внимание и то, что впервые выявленный фиброзно-кавернозный туберкулёз был диагностирован только в группе больных ХОБЛ. Во всех группах туберкулёзный процесс в большинстве случаев сопровождался распадом (60,2%) и бактериовыделением (66,9%). У больных 3-й группы чаще, чем у пациентов из других групп ($p<0,05$), регистрировался распад лёгочной ткани (65,7%). Необратимая бронхиальная обструкция влияет на частоту формирования полостей распада, что подтверждают данные других исследователей [3, 6].

Среди мужчин, не обратившихся самостоятельно за медицинской помощью, были и такие, у которых при расспросе также выявлялись различные жалобы: в 1-й группе - у 10 (33,3%) человек ($p<0,05$). В 3-й группе жаловались все больные, выявленные методом скрининговых рентгенофлюорографических осмотров - 8 (100%), во 2-й группе больных с жалобами также было много - 56 (81%), что свидетельствует о трудностях проведения дифференциальной диагностики специфических и неспецифических процессов в легких. У 48 (69,6%) больных 2-й группы ТОД был обнаружен в периоде обострения неспецифической патологии. Среди пациентов с ранее установленной ХОБЛ у половины больных туберкулёз выявлялся в момент обострения заболевания - у 11 (32,4%). В целом в обеих группах

Таблица 1

Сравнительная характеристика различных жалоб у больных ТОД (%)

Симптомы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Кашель	66,6	84,0	100,0**
Одышка	48,1	53,6	73,5**
Боли в грудной клетке	18,5	23,2	44,1** ***
Кровохарканье	0	10,1*	5,9
Повышение температуры тела	40,7	47,8	53,0
Слабость	62,9	82,6	82,3
Потливость	40,7	60,8	55,9
Похудание	44,4	56,5	61,7

* Статистически значимые показатели между группой сравнения и больными ТОД с ХПБ ($p<0,05$). ** между группой сравнения и больными ТОД с ХОБЛ ($p<0,05$), *** междубольными ТОД с ХПБ и больными ТОД с ХОБЛ ($p<0,05$).

ТОД диагностировали в период обострения неспецифической бронхолёгочной патологии - у 48 (69,6%) и 23 (67,6%) человек ($p<0,05$), что также затрудняло дифференциальную диагностику.

На момент поступления в ПТД больных всех групп беспокоили как явления интоксикации, так и жалобы респираторного характера (табл. 1). Прослеживалась тенденция к увеличению частоты всех жалоб у

пациентов 2 и 3-й групп по сравнению с 1-й группой, в свою очередь у больных 3-й группы в сравнении с другими группами были достоверно более выраженными респираторные симптомы сопутствующей лёгочной патологии.

У 83,3% пациентов 2 и 3-й групп, помимо имеющихся заболеваний, определялась сопутствующая патология, отягощающая течение туберкулеза, в 1-й группе - у 44,4%. Наиболее часто у больных 3-й группы диагностировалась сердечно-сосудистая патология - у 28 (67,50%), причём разница в частоте сердечно-сосудистой патологии между группами была достоверной ($p<0,05$), что подтверждает данные исследователей о нарастании патологических изменений в миокарде с увеличением длительности и тяжести бронхолёгочного заболевания [1]. Частота сопутствующих ИБС и ГБ у больных 2 и 3-й групп была практически одинаковой. Вторым по распространенности заболевания у больных данных групп был хронический алкоголизм - соответственно у 40 (56,0%) и 17 (50,0%) человек. Очевидна тенденция к более частому наличию сопутствующей патологии у пациентов с ХНЗЛ по сравнению с контрольной группой [4].

Выводы

1. У больных с ХНЗЛ ТОД дебютирует преимущественно под масками обострения ХПБ и ХОБЛ, что затягивает и усложняет процессы дифференциальной диагностики, особенно у пациентов с ХОБЛ.

2. У больных ХОБЛ ТОД выявляется преимущественно несвоевременно, что ухудшает прогноз заболевания и удлиняет сроки излечения.

3. Сочетание ХОБЛ и ТОД обусловливает более тяжёлый в клиническом плане статус больных из-за выраженных явлений интоксикации и дыхательной недостаточности, а также наличия сопутствующей патологии, которая оказывает отягощающее влияние на течение туберкулёзного процесса.

4. На фоне ХОБЛ туберкулёз имеет склонность к распространенному поражению лёгочной ткани и прогрессирующему течению с формированием полостей деструкции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Игнатова Г.Л. Сравнительный анализ основных патофизиологических механизмов и клиникофункциональных взаимосвязей при изолированных и сочетанных формах хронического бронхита и ишемической болезни сердца: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - Челябинск, 2018.
2. Карачунский М.А. // Рус.мед.журн. -2011. - № 9. - С. 951-953.
3. Куклина Г.М., Шмелев Е.И. //Пульмонология. - 2011. - № 1. - С. 23-27.
4. Мишин В.Ю., Стрелис А.К., Чуканов В.И. и др. Лекции по фтизиопульмонологии. - М., 2006. - С. 481 - 490.
5. Приймак А.А., Шестерина М.В. // Пульмонология . - 1998. - № 2. - С. 7-11.
6. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Клинические рекомендации. - М., 2013.
7. ВолошинаН.А., ЧернякА.В., ПашковаТ.Д. идр. // Пульмонология. - 1999. - №1. -С. 50-54.
8. Геппе Н.А., КарпушкинаА.В., МаиркоС.П. // Пульмонология и аллерголия. - 2002. - №2. -С. 21-24.
9. Цой А.И. // Пульмонология. - 1999. - №2. – С. 73-78.
10. Черняк А.В., Княжеская Н.П., Волошина Н.А. и др. // Пульмонология. - 1996. - №1. С. 47-50.
11. Чучалин А.Г. Белая книга. Пульмонология. -М., 2004. -Т. 1.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.12-008.331.1 082

АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ UZ-AVTO MOTORS В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамажонова З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Юлдашева С.Л.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Многочисленные исследования кардиоваскулярных заболеваний с позиции сердечно-сосудистого континуума свидетельствуют о ведущей роли дисбаланса нейрогуморальной системы в пользу повышенной активности симпато-адреналовой и ангиотензин-адреналовой ее составляющих. Методы оценки этих жизненно важных регуляторов весьма разнообразны, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, первичная профилактика, кардиоваскулярные заболевания.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ UZ-AVTO MOTORS ХОДИМЛАРИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА АКТИВ АНИҚЛАНИШИ

Мамажонова З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И., Юлдашева С.Л.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Кардиоваскуляр касалликларини юрак-қон томир узлуксизлиги нуқтаи назаридан олиб борилган кўплаб тадқиқотлар нейрогуморал тизимнинг номутаносиблиги симпатик-буйрак усти ва ангиотензин-буйрак усти компонентларининг фаоллигини оширишда муҳим рол ўйнайди. Ушбу ҳаётий регуляторларни баҳолаш усуллари жуда хилма-хилдир, уларнинг ҳар бири ўзига хос афзалликлари ва камчиликларига эга.

Калит сўзлар: артериал гипертензия, бирламчи профилактика, юрак-қон томир касалликлари.

ACTIVE DETECTION AND PRIMARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG UZ-AVTO MOTORS EMPLOYEES IN ANDIJAN REGION

Mamajonova Z.K., Xujamberdiyev M.A., Qodirova G.I., Yuldasheva S.L.,

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Numerous studies of cardiovascular diseases from the perspective of the cardiovascular continuum indicate the leading role of the imbalance of the neurohumoral system in favor of the increased activity of its sympatho-adrenal and angiotensin-adrenal components. Methods for assessing these vital regulators are very diverse, each of them has its own advantages and disadvantages.

Key words: arterial hypertension, primary prevention, cardiovascular disease.

Актуальность

Одной из самых важных проблем современной кардиологии является артериальная гипертония (АГ), которая сочетается с высокой частотой различных осложнений, является причиной смертности и инвалидизации взрослого населения во всем мире [4,8]. Благодаря интенсивному изучению теоретических и практических аспектов АГ, появлению новых методологических подходов к ее лечению, а также внедрению образовательных и информационных программ наблюдается тенденция к улучшению прогноза и качества жизни больных[1,6].

Симпатоадреналовая система представляет собой важнейшую интегральную систему регуляции, поскольку она выполняет роль связующего звена между центральной нервной системой и периферическими органами. Одним из основных эффекторных органов этой системы является сердце, так как среди всех периферических органов сердце имеет наибольшую плотность симпатической иннервации и, соответственно, наиболее высокую концентрацию основного медиатора симпатической нервной системы - норадреналина. Вследствие указанных структурно-функциональных особенностей сердце оказывается в центре влияния как эмоциональных, так и физических напряжений, постоянно испытываемых человеком в течение жизни[3,7].

Исходя из представлений о прямой зависимости между выраженностью иммунологических реакций и функциональным состоянием симпато-адреналовой системы, логично предположить, что отсутствие выраженной активации этой системы после введения опухолевых клеток обусловлено слабой иммуногенностью последних, а снижение тонуса системы в последующие сроки роста опухоли - спецификой опухолевого процесса.

Такие изменения в деятельности симпатоадреналовой системы могут влиять на состояние противоопухолевого иммунитета и обусловливать его несостоятельность [2,5]. В западных странах распространенность АГсоставляет 25-35 % населения. В возрасте старше 60 лет доля лиц с МС составляет 42-43,5%. В целом в США от него страдают примерно 47 млн. граждан [3].

Общее число взрослых, страдающих от синдрома, было оценено в 22%, при этом уровень соматического неблагополучия среди людей в возрасте 20-29 лет составил 6,7%, среди 60-летних - 43,5%. Распространенность АГ среди мужчин - 24%, среди женщин - 23,4% [2,4].

В связи с этим проблема рационального питания входит в число кардинальных вопросов гигиены, от решения которых зависит понимание многих механизмов пластического и энергетического обеспечения организма человека в зависимости от режима двигательной активности, лежащих в основе профилактики вышеперечисленных грозных заболеваний[1,3].

На современном этапе развития проблемы гуморальной регуляции рационального питания при различных физических нагрузках большую роль сыграли представления ведущих ученых о нейрогормональной регуляции симпатоадреналовой системы [4].

Цель исследования. Снизить распространенность артериальной гипертензии и факторов риска, заболеваемость с временной утратой трудоспособности в организованной популяции путем внедрения программы первичной профилактики, основанной на диетическом ограничении поваренной соли.

Материал и методы

На промышленных предприятиях Uz-avto motorsb г. Асаке, проведено скринирующее обследование мужчин и женщин 25-49 лет из числа рабочих и служащих. Средний возраст составлял 39,1 ±6,8 года в основной группе и 39,0±7,1 года - сравнения.

Таким образом, обследованные популяции были однотипны по количеству мужчин и женщин, условиям труда, возрастному составу, что позволяло использовать результаты исследования для сопоставления.

Результат и обсуждения

В начале исследуемого диапазона дат (2018 г.) из исследуемой когорты пациентов (по состоянию на 2019 г. - 62 человека) только 17 лиц имели установленный диагноз "АГ" и находились на диспансерном наблюдении. Однако у части пациентов качество медицинской помощи не было оценено из за недостаточной полноты имеющихся в первичной документации клинических данных. Охват изучаемой когорты пациентов клиническими индикаторами в разные годы значительно варьировал, К 2019 г. полнота данных в амбулаторных картах по всем клиническим параметрам, необходимым для вычисления индикаторов, была достаточна у 72,6-87,1 % пациентов. До этого недостаточная полнота данных отмечалась прежде всего для оценки мероприятий по контролю уровня физической активности, курения и холестерина. Наиболее полно за период с 2018 по 2019 г. в картах отражалась информация о контроле АД и рациональном питании. Повышение полноты заполнения медицинских карт связано прежде всего с соответствующими мероприятиями по улучшению качества организации медицинской помощи (особенно начиная с 2020 г.).

Результаты вычисления клинических индикаторов в изучаемой когорте пациентов с АГ за 2018-2019 гг. представлены на рис. 1-6. На протяжении почти всего периода с 2018 по 2019 г. на хорошем уровне находилось выполнение мероприятий по контролю уровня физической активности (рис. 2), курения, веса и питания. Однако если оценивать общую результативность данных мероприятий, то эффективными у большинства пациентов их можно признать только для физической активности (большинство пациентов имели достаточный уровень физической активности в течение всех лет).

В начале исследуемого диапазона дат (2018 г.) из исследуемой когорты пациентов (по состоянию на 2019 г. - 62 человека) только 17 лиц имели установленный диагноз "АГ" и находились на диспансерном наблюдении. Однако у части пациентов качество медицинской помощи не было оценено из за недостаточной полноты имеющихся в первичной документации клинических данных. Охват изучаемой когорты пациентов клиническими индикаторами в разные годы значительно варьировал, К 2019 г. полнота данных в амбулаторных картах по всем клиническим параметрам, необходимым для вычисления индикаторов, была достаточна у 72,6-87,1 % пациентов.

Остальные мероприятия имели несколько меньшую эффективность: к 2018-2020 гг. несколько увеличилась доля курильщиков; доля лиц с повышенной массой тела практически не снижалась в течение всего периода, несмотря на проводимую просветительскую работу; подавляющее большинство пациентов с АГ продолжали питаться нерационально, несмотря на разъяснения по особенностям диеты при АГ. Контроль холестерина и контроль АД остаются ключевыми "проблемными" составляющими медицинской помощи пациентам с АГ в ЦСМР.

Результаты работы имеют практическое значение для выяснения особенностей обмена катехоламинов в связи с нарушением питания и гиподинамии в генезе атеросклероза, ишемической болезни сердца, ожирения и других обменных заболеваний. Зависим ость функционального состояния симпато-адреналовой системы от характера поступающей пищи может быть положено в основу профилактики вышеперечисленных заболеваний.

Вывод

Для повышения эффективности массовых профилактических осмотров разработаны и внедрены краткая анкета-опросник и тактический алгоритм обследования на выявление сердечно-сосудистых заболеваний. Трех-групповая система диспансеризации населения дополнена конкретными рекомендациями по профилактике ранних форм АГ и ФР.

Установлено, что диетическое вмешательство с ограничением хлорида натрия в течение трех лет достоверно улучшает показатели гемодинамики, вкусовой чувствительности к соли среди лиц с ранними формами АГ и факторами риска, не вызывает побочных эффектов, не требует значительных материальных затрат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаджанян Н.А. Стресс. Адаптация. Репродуктивная система / Н.А. Агаджанян, Д.И. Рыжаков, Т.Е. Потемина, И.В. Радыш. - Н. Новгород: Изд-во Нижегородской ГМА, 2009. - 296 с.
2. Дубова Л.И. Определение содержания глюкозы в слюне глюкозооксидантным методом как показателя психоэмоционального напряжения в стоматологии / Л.И. Дубова // Лабораторное дело. - 1990. - № 4. - С. 70-71.
3. Логунова Л.В. Оценка активности симпатоадреналовой системы у больных с некоторыми эндокринопатиями и при токсических воздействиях в эксперименте / Л.В. Логунова, Ф.С. Дзугкоева, И.В. Можаева, С.Г. Дзугкоева // Научные труды I съезда физиологов СНГ. - Сочи, 2005. - Т. 2. - С. 109.
4. Малов Ю.С. Взаимосвязь уровней кортизола и тестостерона в крови и слюне / Ю.С. Малов, В.А. Карлов, А.К. Кучмин // Клиническая лабораторная диагностика. - 1993. - № 2. - С. 10-14.
5. Терентьев В.П. Особенности функционирования симпатоадреналовой системы у больных артериальной гипертонией с различными вариантами ремоделирования левого желудочка при его гипертрофии / В.П. Терентьев, Е.В. Белова, Б.Я. Зонис // Рос.кардиол. журнал. - 2001. - № 4. - С. 39-42.
6. Bristow M.R. ?-Adrenergic receptor blockade in chronic heart failure / M.R. Bristow // Circulation. - 2000. - Vol. 10. - P. 558-569.
7. Devanathan S. Plasmon-Waveguide Resonance Studies of Ligand Binding to the Human ??-Adrenergic Receptor / S. Devanathan, Z. Yao, Z. Salamon [et al.] // Biochemistry. - 2004. - Vol. 43, № 11. - P. 3280-3288.
8. Hines P.S. Novel epinephrine and cyclic cAMP -mediated action on BCAM/Lu dependent sickle (SS) RBC adhesion / P.S. Hines, Q. Zen, S.N. Burney [et al.] // Blood. - 2003. - Vol. 101 (8). - P. 3281-3287.

Поступила 09.10. 2020

УДК 616-093/-098

ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ ВА УНИНГ ОРГАНИЗМДАГИ АҲАМИЯТИ

Мирзаева М.А.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Уюшмаган гуруҳнинг болалар гуруҳи текширилганда деярли соғлом болар ичак микрофлораси ўзгарганмаганлиги қайд қилинди, аммо маҳаллий микрофлоранинг камлиги ва факультатив микроорганизмларнинг сони синхрон ўсиши қайд қилиниб, I-II даражали дизбактериоз ривожланиши қайд қилинди.

Калит сўзлар: ичак микробиоценози, боғча, уй шароити, озиқ муҳитлари, культура.

КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОРГАНИЗМА

Мирзаева М.А.,

Тошкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Выявлены изменения микрофлоры кишечника у практически здоровых детей неорганизованной группы, где отмечено снижение количества индигенных микроорганизмов и синхронное повышение количества факультативных микроорганизмов вследствие чего развивался дисбактериоз I -II степени.

Ключевые слова: кишечный микробиоценоз, ясля, домашные условия, питательные среды, культуры.

INTESTINAL MICROBIOTA AND ITS IMPORTANCE TO THE BODY

Mirzaeva M.A.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

The changes of intestinal microflora in healthy children informal group where marked reduction of the Indigenous microorganisms and simultaneous increase in the number of facultative microorganisms resulting in growing dysbiosis I-IIdegree.

Key words: intestinal microbiocenosis, nursery, home conditions, culture media, cultures.

Долзарблиги

Ичак микробиоценози организмнинг муҳим тизимларидан бири бўлиб, гомеостазни доимий ушлаб туриш, ҳимоя, модда алмашиниши, иммуноиндукция каби вазифаларни бажаради. Ушбу тизимнинг бирорта бўғинини бузилиши метаболизмнинг ўзгаришига, микронутриентларнинг танқислигига, иммун статуснинг сустлашувига олиб келади [1,2,3].

Адабиётларда кўрсатилишича ичакнинг нормал микрофлораси организмни носпецифик ҳимоя фактори сифатида ҳам муҳим аҳамиятга эга, чунки у фаққат патоген ва шартли патоген бактериялар учун антогонист бўлибгина қолмай, носпецифик фагоцитар активликка, макрофагларнинг цитотоксик активлигига, лимфоид ҳужайраларнинг стимуляциясига, иммунокомпетент Т - ва В - ҳужайраларига ҳам таъсир қилади [4,5].

Йўғон ичакда микроблар экосистемаси ташқи ноқулай таъсирларга қарши кураша олмаса дисбиоз ҳолати келиб чиқади. Натижада организмда патологик жараёнларнинг ривожланишига имкон туғилади, бундай ҳолатда шартли патоген бактериялар ўзларининг потенциал активлигини намоён қилади. [6,7,8].

Йўғон ичакда дисбиознинг келиб чиқишига бошқа омиллар ҳам таъсир қилиши мумкин, жумладан организмдаги иммунодефицит ва психоэмоционал ҳолат, эндокрин системаси ва ташқи муҳитда экологиянинг кескин бузилиши ва ҳ.к. [9,10,11].

Юқорида айтилганларни ҳисобга олган ҳолда

Тадқиқот мақсади

Юқорида айтилганларни инобатга олган ҳолда боғчада ва уй шароитида тарбияланаётган соғлом болаларда ичак микробиоценозини ўрганишни олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Материал ва усуллар

Илмий таҳлилий ўрганиш жараёни 7 ёшгача бўлган 50 нафар соғлом болаларда олиб борилди. Кузатувда бўлган болаларнинг 25 нафари болалар боғчасида, 25 нафари уй шароитида тарбияланганлар.

Текшириш усуллари.

Йўғон ичак микрофлорасини аниқлаш учун боалардан олинган нажас 2 соат давомида, стерил флаконларда лабораторияга келтирилди. Текшириш Н.М. Грачева ва бошқалар [12] томонидан ёзилган ва 2 ТошДавМИ (1994) клиникасида модификацияланган методик қўлланмага асосланган ҳолда олиб борилди. Нажасни бактериологик текширишда асосан қуйидаги озиқ муҳитлардан фойдаланилди:

1. Блаурокка муҳити - бифидобактериялари ўстириш учун.
2. МРС муҳити - лактобактериялар учун.
3. Эндо муҳити - энтеробактериялар учун.
4. ҚА (қонли агар) - кокклар ва бактерияларнинг гемолитик хусусиятини ўрганиш учун.

5. Тухум сариғи ва туз қўшилган агар - стафилококклар учун.

6. Сабуро муҳити - ачитқисимон замбуруғлар (кандида) учун.

7. Калина муҳити - энтерококклар учун.

8. ГПА - протейлар учун.

9. ҚАБ (қонли агар) - бактериоидлар учун.

Ичакнинг нормал микрофлорасини ўрганиш учун келтирилган нажасдан 1 гр олиниб, Ю'10 гача суюлтирилди. Сўнгра Голд петляси билан (диаметри 2 мм) суюлтирилган нажасдан агарли Петри косачаларига экилди ва термостатга 37°С га қуйилди. Охирги суюлтиришдан экилган косачадаги колониялар сонига қараб қуйидаги формула бўйича хулоса қилинди:

$$K = A \times 200 \times P \ (KOE(гр))$$

Бунда:

К - маълум турдаги бактериялар сони

А - микроблар ўсган энг охирги суюлтиришдан экилган косачадаги колониялар сони.

200 - 1мл ҳисобидан петля билан экилган (0,005мл) коэфицент Р - суюлтириш даражаси

Ажратилган культуралар культурал, тинкториал, морфологик, биохимик, хусусиятлари ҳисобга олинган ҳолда оиласи ва авлодигача идентификация қилинди. Идентификация Берджи системасига асосан олиб борилди. Культураларни уеиш диапозонларини ҳисобга олган ҳолда термостатда 37°С да: энтеробактериялар 18-24 соат бактериоидлар 2-4 сутка бифидобактериялар 72 соат

- лактобактериялар эксикаторда СОг бор шароитда 24 - 48 соат давомида ўстирилди.

Candida авлодига кирувчи ачиткцсимон замбуругларни соф культурасини ажратиб олиш учун олинган нажас 100 ЕД / мл дан пенциллин ва стрепомицин қўшилган Сабуро муҳитига экилиб термостатда 37°С да 48 - 72 соат давомида ўстирилди.

Болалардан олинган нажасни лозим бўлган озиқ муҳитларга экиб, этап бўйича соф культура ажратиб олинди ва уларни ферментатив хоссалари, антиген тузилиши, фаготипларини ҳисобга олган ҳолда хулоса чиқарилди.

Ичакдаги бактериялар сони 1гр нажасда аниқланди ва КОЕ/гр lg да белгиланди. Олинган натижаларга Pentium - 4 компьютерининг EXEL пакетида ишлаб чиқарилган программада статистик ишлов берилиб М, ш, о', t, р лар аниқланди.

Натижа ва таҳлиллар

Соғлом болалар 2 гуруҳга бўлинди: боғчада тарбияланаётган биринчи гуруҳ ва уйда тарбияланаётган иккинчи гуруҳ. Ёши бўйича 1-3 ёш ва 4 - 7 ёшларга бўлинди.

Йўғон ичакнинг нормал микрофлорасини ўрганиш учун олиб борилган лаборатория текширишларининг натижалари 1 ва 2 жадвалларда келтирилган.

Жадвал 1

1 - 3 ёшдаги соғлом болалар ичагининг микрофлораси (M±m) lg КОЕ/г

№	Микроорганизмлар	Назорат	Боғчада	Уйда
1	Bakteroides Sp.	9,13 ± 0,23	9,13 ±0,23	8,9 ± 0,5
2	Bifidobakterium Sp.	7,95 ± 0,19	7,94 ±0,19	6,58 ± 0,4
3	Laktobakterium Sp.	7,66 ± 0,24	7,66 ± 0,24	6,6 ± 0,4
4	E. coli $Л^+$	8,21 ± 0,20	8,21 ± 0,2	6,6 ±0,4
5	E. coli $Л^-$	1,89 ± 0,13	1,88 ± 0,13	2,7 ± 0,33
6	Enterococcus sp.	5,33 ± 0,23	5,32 ± 0,23	5,6 ± 0,3
7	Stafilococcus sp.	5,28 ± 0,38	5,28 ± 0,38	5,7 ± 0,24
8	S. aureus	0	0	1,2 ±0,19
9	Candida sp.	1,99± 0,18	1,98 ± 0,18	2,2 ± 0,20

1-жадвалда кўрсатилгандек 1-3 ёшдаги болаларда ичак микрофлооасининг таркибидаги бактериялар сонидаги фарқ биринчи ва иккинчи гуруҳларда унчалик катта бўлмади: 9,13± 0,23 ва 8,9 ± 0,5 lg КОЕ/г мос равишда. Бифидобактерия валактобактериялар сони биринчи гуруҳ болаларида иккинчи гуруҳ болаларига нисбатан бироз юқори бўлди: 7,94± 0,19 - 6,58 ± 0,4 ва 7,66± 0,24 - 6,6 ± 0,4 lg КОЕ/г мос равишда. Лактоза мусбат E. coli нинг сони эса биринчи гуруҳ болаларида иккинчи гуруҳ болаларига нисбатан сезиларли даражада кўпроқ бўлди: 8,21± 0,2 ва 6,6 ± 0,4 lg КОЕ/г мос равишда. Аксинча лактоза манфий E. coli нинг сони эса биринчи гуруҳ болаларида нисбатан иккинчи гуруҳ болаларида бироз кўп рок бўлди: 1,88± 0,13 ва 2,7 ± 0,33 lg КОЕ/г мос равишда. Худди шундай ҳолат Enterococcus sp., Stafilococcus sp., Candida sp. лар сонида ҳам кузатилди: 5,32± 0,23 - 5,6 ± 0,3; 5,28± 0,38 - 5,7 ± 0,24; 1,98± 0,18 - 2,2 ± 0,20 lg КОЕ/г мос равишда. Лекин, S. aureus биринчи гуруҳ болаларда топилмади, аммо иккинчи гуруҳ болаларда 1,2 ± 0,19 миқдорида топилди.

Кўриниб турибдики иккинчи гуруҳ болалар ичагида Bakteroides Sp., Bifidobakterium Sp., Laktobakterium Sp., лар сонининг камайишга мойиллиги сезилди. Лактоза мусбат E. coli нинг сони деярли 2 баробарга яқин камайиб кетганлиги кузатилди. Аксинча иккинчи гуруҳ болалар ичагидаги лактоза манфий E. coli, Enterococcus sp., Stafilococcus sp., Candida sp. ларда кўпайишга мойиллик сезилди.

Иккинчи гуруҳ болалари ичагида S. aureus нинг оз миқдорда бўлса ҳам пайдо бўлиши хатарли ҳолатдан дарак беради.

Шундай қилиб, 1-3 ёшдаги соғлом болалар ичагидаги микрофлорани ўрганиш шуни кўрсатдики, болалар боғчасида тарбияланаётган болаларга нисбатан уй шароитида тарбияланаётган болалар ичагидаги индиген бактериялар бироз камайганлиги ва аксинча факультатив бактериялар сони кўпайганлиги кузатилди. Уйда тарбияланаётган болалар ичагида S. aureus нинг топилиши нохуш ҳолат деб баҳоланди.

Худди шундай текшириш 4-7 ёшдаги болаларда ҳам ўтказилди (жадвал - 2).

Текшириш натижалари шуни кўрсатдики, ушбу ёшдаги иккинчи гуруҳ болалари ичагидаги бактероидлар миқдорида биринчи гуруҳ болаларининг ичак

Жадвал 2

4-7 ёшдаги соғлом болалар ичагининг микрофлораси (м±т) lg КОЕ/г

№	Микроорганизмлар	Назорат	Боғчада	Уйда
1	Bakteroides Sp.	9,14 ±0,22	9,0 ± 0,3	8,9 ± 0,3
2	Bifidobakterium Sp.	7,74 ±0,16	6,79 ± 0,2	6,48 ±0,19
3	Laktobakterium Sp.	7,71 ± 0,37	7,70 ± 0,37	7,1 ±0,37
4	E. coli Л$^+$	8,15 ±0,24	8,10 ±0,24	7,7 ±0,28
5	E. coli Л-	1,81 ±0,16	1,82 ±0,17	2,8 ± 0,37
6	Enterococcus sp.	5,44 ± 0,32	5,45 ± 0,32	4,8 ± 0,2
7	Stafilococcus sp.	5,57 ±0,31	5,56 ±0,31	5,3 ± 0,33
8	S. aureus	0	1,88± 0,1	2,4 ± 0,24
9	Candida sp.	1,91 ± 0,26	1,90 ±0,26	2,5 ± 0,25

микрофлорасига нисбатан деярлик ўзгариш бўлмади (9,0± 0,3 ва 8,9 ± 0,3 КОЕ/г мос равишда). Аммо бифидобактериялар лактобактериялар ва лактоза мусбат ногемолитик ичак таёқчалари миқдорининг сезиларли даражада камайганлиги кузатилди, яъни: 6,79 ± 0,2 КОЕ/г ва 6,48 ±0,19 КОЕ/г ; 7,70± 7,10 КОЕ/г ва 7,1 ± 0,37 КОЕ/г; 8,10± 0,24 КОЕ/г ва 7,7 ± 0,3 КОЕ/г мос равишда. Шу билан биргаликда ушбу ёшлардаги иккинчи гуруҳ болаларининг ичак микрофлорасида айрим факультатив бактериялар сонининг ошганлиги кузатилди. Жумладан лактоза манфий ичак таёқчасининг сони биринчи гуруҳ болалари ичагидаги ушбу бактериялар нисбатан қарийб икки баробарга ошган (1,82±0,17 КОЕ/г ва 2,8±0,37 КОЕ/г) мос равишда: Тилларанг стафилакокклар ва кандидалар сонининг ҳам сезиларли даражада ошганлиги кузатилди, яъни 1,88 ± 0,3 КОЕ/г - 2,4 ± 0,24 КОЕ/г ва 1,90 ± 0,26КОЕ/г - 2,5 ± 0,25 КОЕ/г мос равишда. Шу билан бирга энтирококклар ва сапрофит стафилакокклар сонининг иккинчи гуруҳ болалари ичагида бироз камайганлиги кузатилди (5,45±0,32 КОЕ/г - 4,8±0,2 КОЕ/г ва 5,56±0,31 КОЕ/г ва 5,3±0,33 КОЕ/г мос равишда).

Шундай қилиб, 4-7 ёшлардаги иккинчи гуруҳ болалари ичагида ҳам индиген бактерияларга нисбатан, айрим факультатив бактериялар сонининг ошганлиги кузатилади.

Шундай қилиб,1-3 ва 4-7 ёшлардаги боғча шароитида ва уй шароитида тарбияланаётган болалар ичаклари микробиоценозида сезиларли фарқ борлиги аниқланди. Яъни уй шароитида тарбияланаётган болалар ичагида индиген бактериялар сонининг камайганлиги ва аксинча айрим факультатив бактериялар сонининг сезиларли даражада ошганлиги кузатилди. Бундай ҳолат айниқса 1-3 ёшдаги болалар ўртасида кўпроқ учрашлиги аниқланди. Олиб борилган текшириш натижаларига асосланиб қуйидаги хулосалар чиқарилди.

Хулосалар

Боғчада (биринчи гуруҳ) ва уй шароитида (иккинчи гуруҳ) тарбияланаёган 1-3 ёш ва 4 - 7 ёшдаги соғлом болаларнинг йўғон ичаги микрофлорасида фарқ борлиги аниқланди. Иккинчи гуруҳ болаларининг йўғон ичак микрофлорасида дисбалланс борлиги кузатилди ва бу ўзгариш I - II даражали дисбактериози деб баҳоланди.

1. Иккинчи гуруҳ болаларининг деярли барчасининг йўғон ичагида, фойдали, шартли патоген ва патоген бактерияларга қарши антогонист бўлган индиген гуруҳидаги бактерияларнинг камайганлиги ва аксинча факультатив бактерияларнинг кўпайганлиги аниқланди. Бундай ҳолат айниқса 1-3 ёшдаги болалар ўртасида кўпроқ учрашлиги исботланди .

2. Аниқланган дисбактериоз ҳолати болалар организмида юқумли касалликларга, айниқса ичак инфекцияларига мойилликни оширади ва инфекцион жараённинг ўзоқроқ давом этишига ва сурункали ҳолатга ўтишига сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Хавкин А.И. "Микрофлора пищеварительного тракта" Москва 2006 С 146.
2. Шендеров Б.А. "Медицинская микробная экология: некоторые итоги и перспективы исследований" // Вестник Российской АМН. - 2005,- № 12,- С. 13 - 17.
3. Щербаков П.Л..Ж. К вопросу о дисбиозе кишечника и его коррекция у детей. // "Лечащий врач" - Москва. -2007. -№ 7. - С. 65 - 68.
4. Бухарин О.В. и др. Антагонистическая активность бифидофлоры кишечного биотопа в норме и при дисбиозах. /О.В. Бухарин и др. // "Медицинская наука и образования". Томск - 2009,- №3,- С. 35-37.
5. Бухарин О.В. и др. Антицитокиновая активность микроорганизмов. /О.В. Бухарин, Н.Б. Перунова и др. // ТМЭИ. Москва - 2011,- №4.-С.56 - 61.
9. Гриневич В.Б., Захарченко М.М. Современные представления о значении кишечного микробиоценоза человека и способы коррекции его нарушений // Новые Санкт Петербургские врачебные ведомости,- 2003,- №3,- С. 13 - 20.
10. Кондракова О.А, Грубова Е.А., Затевалов А.М. Новые подходы к диагностике дисбактериоза кишечника. // Клиническая лабораторная диагностика. Москва. - 2002.-№9,- С. 29.
11. Park J.S. Yu. J.H., Lim. H.C. et all. Usefulness of laktulose breath test for the prediction of simple intestinal bakteriae overgrowth in irritable bowel syndrome // Korean J. Gastroenterol, - 2010, - Vol.56, - №. - P 242 - 2.
12. Бондаренко В.М., Боев Б. В., и др. Дисбиозы желудочно - кишечного тракта // Россия. Журнал гастоэнтерологии гепатологии. Москва - 1999- № 1,- С. 66-70.
13. Каримова М.Н. Состояьние микробиоценоза кишечника у детей группы риска и пути их коррекции. // Журнал. Теоретическое и клиническое медицина. Ташкент 2006,-№5,-С. 89-90.
14. Копанев Ю.А. Взаимосвязь функции местного иммунитета и микробиоценоз кишечника и возможности имммунокоррекции дисбактериоза. // "Лечащий врач" - Москва 2009,- № 9,- С.66 - 69.
15. Грачева Н.М., Гончарова Г.И. диагностика и лечения дисбактериоза кишечника: метод рекомендации. Москва 1986,- 24 с.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616-093/-098/616.973

БУХОРО ВИЛОЯТИДА ГОНОРЕЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШИГА ҚАРАБ ҚЎЛЛАНИЛГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ

Озодов Ж.Ҳ., Рахматов О.Б.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Текширувни 14 ёшдан 60 ёшгача бўлган 76 нафар гонорея билан касалланган беморларда олиб бордик. Гонорея диагнози клиник, эпидемиологик ва лаборатор усуллар орқали тасдиқланилди. Беморларнинг қайси антибактериал дори воситаларини қабул қилганда яхши натижага эришилиши ўрганилди. Олинган натижалар асосида кўрсаткичларга статистик ишлов берилди. Гонорея касаллигининг сезиларли даражада қайси антибиотикларга нисбатан сезгирлиги ўрганилди ва аниқланди.

Калит сўзлар: Бухоро вилояти, гонорея, клиник кечиши, дори воситаларининг самарадорлиги.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ, ГОНОРЕЯ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рахматов О.Б., Озодов Ж.Х.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Исследование проведено у 76 больных гонореей в возрасте от 14 до 60 лет. Диагноз гонореи подтвержден клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами. Изучено, какие антибактериальные препараты принимают пациенты для достижения хороших результатов. На основании полученных результатов показатели были обработаны статистически. Какие антибиотики значительно более подвержены гонореи, были изучены при остром, подостром, хроническом типе гонореи по клиническому течению применение антибиотика.

Ключевые слова: анализ эффективности препаратов, гонорея, Бухарский област, клинического течения заболевания.

ANALYSIS OF REGISTERED PATIENTS DIAGNOSED WITH GONORRHEA IN BUKHARA REGION AND A METHOD FOR COMPARING THE EFFECTIVENESS OF THE DRUGS USED DEPENDING ON THE CLINICAL COURSE OF THE DISEASE

Ozodov J.H., Raxmatov O.B.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The research was conducted in 76 patients with gonorrhea aged 14 to 60 years. The diagnosis of gonorrhea was confirmed by clinical, epidemiological and laboratory methods. It has been studied what antibacterial drugs patients take to achieve good results. Based on the obtained results, the indicators were statistically processed. Which antibiotics are significantly more susceptible to gonorrhea have been studied and determined?

Key words: analysis of the effectiveness of drugs, gonorrhea, Bukhara region, clinical course of the disease.

Долзарблиги

Бактериоскопия ёрдамида эркаклардаги симптоматик гонококк уретритни аниқлаш қийин эмас [1]

Даволанишнинг натижасини аниқлашда ва назорат қилиш учун фақат бактериоскопик усул етарли эмас [2].

Эркакларда гонококк инфекцияси учраганда сийдик чиқариш каналларида ўткир яллиғланиш жараёни содир бўлади. Уретрада қичишиш, қизариш, оғриқ билан бирга сариқ-яшил рангли йирингли ажралма ажралиши кузатилади. Касаллик оғир кечганда қон аралаш ажралма ажралиши қўшилади. Эркакларда касалликнинг симптомсиз кечиши камдан-кам ҳолатларда учрайди [3].

Гонореяда юқори сифатли лаборатория диагностикаси катта аҳамиятга эга, ташхисни аниқлашда жароҳатланган ўчоқдан ажралаётган патологик ажралмада касалликнинг қўзғатувчиси топилиши муҳим аҳамиятга эга. Ҳозирги кунда мамлакатимизда иккита усул - бактериоскопик ва бактериологик (экиб кўриш) кенг қўлланилмоқда. Энг кенг тарқалган усул - бактериоскопик (суртмаларни метилен кўки билан бўяб Грам усулини қўллаш) усулдир. [4].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 70 миллиондан ортиқ одам гонорея билан касалланади [5].

Аммо охирги вақтларда урогенитал гонорея инфекциясининг камсимптомли ва симптомсиз кечиши ҳолатлари кўпаймоқда (эркакларнинг 50% гача), бу эса антибиотокларга сезгирликнинг ўзига хос даражада камайишига олиб келади [6,7].

Фақатгина 2012 йилда дунёнинг барча мамлакатларида 106,1 миллион юқтириш ҳолати қайд этилган [8].

2000 йилда Москва ва Смоленскда гонококкларнинг сезгирлигини тажриба асосида ўрганиш натижаларига кўра, гонококкларнинг пенициллин ва тетрациклинга юқори даражада қаршилик кўрсатадиган маълумотлари олинган. Гонококкларнинг спектиномицин (23%) ва сипрофлоксацинга (7%) нисбатан чидамлилигига ва иккинчи ҳолда, чидамли ва ўртача чидамли бўлмаган штаммларга эътибор қаратилган [9].

Россияда гонококк инфекцияси билан касалланиш, 2014 йил маълумотларига кўра, 100 минг аҳолига 23,9 та ҳолатни ташкил этди [10].

Илмий ишнинг мақсади:

1. 2010 - 2018 йилларда Гонорея касаллиги билан мурожаат қилган беморларни ретроспектив усулда қайси гуруҳ антибактериал дори воситалари билан даволанганда қандай натижаларга эришилганлигини ўрганиш.

2. 2019-2020 йилларда гонорея билан касалланган беморларда антибактериал воситалари билан даволанганда клиник ва лаборатор натижаларга эришилганлигини ўрганиш.

3. Олинган натижаларни статистик ишлов бериш.

Материал ва услублар

1. Дерматовенерология диспансерига 2010-2018 йилларда ўткир гонорея касаллиги билан мурожаат қилган 200 нафар беморларда қайси антибиотикларни олганлиги ва уларнинг натижаси ўрганиш.

2. 2019-2020 йилларда ўткир гонорея касаллиги билан мурожаат қилган 76 нафар беморлардан олинган суртма орқали диагнозни тасдиқлаш ва қайси антибиотикларни қўллаганда қандай натижага эшилишини ўрганиш.

3. Грамм усулида суртма тайёрланиб уни бактериоскопик усул ёрдамида текшириш. Даволангангача ва даволангандан кейинги натижаларни таққослаш.

4. 200 нафар ретроспектив ўрганилган беморларни таҳлил қилиш.

Натижа ва таҳлиллар

Бухоро вилояти Дерматовенерология диспансерига 2010-2018 йилларда гонорея билан мурожаат қилганларнинг жами сони 200 нафарни ташкил этган. Шу 200 нафар беморларнинг қайси гуруҳ антибактериал дори воситалари билан даволанганда қандай натижаларга эришилганлигини ўрганилди. 2019-2020 йилда 76 нафар бемор гонорея касаллиги билан мурожаат қилганлиги аниқланди. Шуларнинг барчаси тадқиқот учун ўрганилди. Жами 276 нафар бемор таҳлил қилинди.

Ўрганилган худудда 2019-2020 йиллар ичида Бухоро вилоят Дерматовенерология диспанцерига гонорея касаллиги билан мурожаат қилганларнинг сони 76 нафар бўлиб, уларда қўлланилган антибиотиклардан сўнг лаборатор ўзгаришлар таҳлил қилинди. Унга кўра 15 нафар беморга тетрациклин антибиотики қўлланганда даво бошланишидан олдинги лаборатория таҳлили 92% беморларда мусбат натижа берди, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги ажралмалардан олинган суртма таҳлилида бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда (13.3%), ўткир ости гонореяда (20%), сурункали гонореяда (40%) ташкил қилган бўлса, даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги олинган суртма таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда (6.6%), ўткир ости гонореяда (6.6%), сурункали гонореяда (13.3%) натижа олинди.

Ципрофлоксацин антибиотики 16 нафар беморда қўлланилди ва қуйидаги натижалар олинди. Даво бошланишидан олдинги лаборатория таҳлили 92%, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги олинган суртмаларда таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши, ўткир гонореяда (6.2%), ўткир ости гонореяда (12.5%), сурункали гонореяда (25%), даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги олинган суртма таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда (0%) ни, ўткир ости гонореяда (6.2%) ни, сурункали гонореяда (6.2%) ни ташкил қилди.

14 нафар беморда Бисептол антибиотики қўлланилганда даво бошланишидан олдинги лаборатория таҳлили 92%, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги ажралмалардан олинган суртма таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда(14.3%) ни, ўткир ости гонореяда (21.4%) ни, сурункали гонореяда (28.5%) ни, даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги ажралмалардан олинган суртмаларда таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда (7.1%), ўткир ости гонореяда (14.3%), сурункали гонореяда (14.3%) натижа олинди.

Азитромицин антибиотики 15 нафар беморда қўлланилди ва қуйидаги натижалар олинди. Даво бошланишидан олдинги лаборатория таҳлили 92%, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги олинган суртма таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда 0, ўткир ости гонореяда (6.6%), сурункали гонореяда (20%), даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги олинган суртма таҳлилда бактериоскопияда гонококларнинг топилиши ўткир гонореяда (0%), ўткир ости гонореяда (0%), сурункали гонореяда (6.6%) аниқланди. Цефалоспоринлар гуруҳи ва Азитромицин антибиотики 16 нафар беморда бир вақтнинг ўзида қўлланилди ва қуйидаги ишончли натижалар олинди. Даво бошланишидан олдинги лаборатория таҳлили 92% беморларда мусбат натижа берган бўлса, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги олинган суртма таҳлилида бактериоскопияда гонококларнинг топилиши, ўткир гонореяда учрамади, ўткир ости гонореяда учрамади, сурункали гонореяда (6.2%) ни ташкил қилди, даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги ажралмалардан олинган суртма таҳлилда бактериоскопик таҳлилларда гонококларнинг топилиши ўткир, ўткир ости, сурункали гонореяда қўзғатувчилар аниқланмади.

Ўткир, ўткир ости ва сурункали гонорея касаллиги билан мурожоат қилганларга антибактериал препаратларининг таьсирини лаборатор кўрсаткичларини таҳлили.

Гонорея билан касалланган беморларда унинг ўткир, ўткир ости ва сурункали шакллари билан касалланган беморларда қўлланилган антибактериал дори воситаларининг самарадорлигининг клиник таҳлили ўрганилди. Унда беморлар мос ҳолда аёл ва эркакларга ажратиб олинди.

Ўрганилган ҳудудда 2019-2020 йиллар ичида Бухоро вилоят Дерматовенерология диспанцерига ўткир

Жадвал 1

Гонорея билан касалланган беморларда қўлланилган антибиотиклар самарадорлигининг ажралмадан олинган бактериоскопик таҳлили

Антибиотиклар	Беморлар сони	Даво бошланишидан олдинги лаборатория таҳлили	Даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги олинган суртма тахлилда бактериоскопияда гонококкларнинг топилиши			Даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги олинган суртма тахлилда бактериоскопияда гонококкларнинг топилиши		
			Ўткир гонорея	Ўткир ости гонорея	Сурункали гонорея	Ўткир гонорея	Ўткир ости гонорея	Сурункали гонорея
Тетрациклин	15	92%	2 (13,3%)	3 (20%)	6 (40%)	1 (6,6%)	1 (6,6%)	2 (13.3%)
Ципрофлоксацин	16		1 (6.2%)	2 (12.5%)	4 (25%)	0	1 (6.2%)	1 (6.2%)
Бисептол	14		2 (14,3%)	3 (21,4%)	4 (28,5%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	2 (14.3%)
Азитромицин	15		0	1 (6.6%)	3 (20%)	0	0	1 (6.6%)
Цефаким+ Азитромицин	16		0	0	1 (6.2%)	0	0	0

Изоҳ: Ўрганилган беморларда ҳар иккала жинс ва ёш мос ҳолда олинди, беморларнинг ёши 16 дан 58 ёшни ташкил этди.

гонорея касаллиги билан мурожаат қилганларнинг сони 76 нафар бўлиб, уларда қўлланилган антибиотиклардан сўнг клиник ўзгаришлар таҳлил қилинди. Таҳлиллар беморларга берилган антибактериал дори воситаларининг бошланганидан кейинги учинчи кунида ва олтинчи кунида ўтказилди. Антибактериал дори воситаларини монотерапия қўлланилганига нисбатан клиник белгиларнинг бартараф қилиниши комбиниациялашган даво усулини қўллаганда яққол намоён бўлди.

Унга кўра 15 нафар беморга тетрациклин антибиотики қўлланганда даво бошланишидан олдинги клиник белгилар 86%, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар с 5(33.3%), қизариш ва шиш 4(26.6%), қичишиш ва ачишиш 7(16.6%), даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 2(13.3%), қизариш ва шиш 2(13.3%), қичишиш ва ачишиш 3(20%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 7(16.6%), қизариш ва шиш 5(33.3%), қичишиш ва ачишиш 8(53.3%), даво муолажалари бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 4(26.6%), қизариш ва шиш 3(20%), қичишиш ва ачишиш 4(26.6%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 9(60%), қизариш ва шиш 7(16.6%), қичишиш ва ачишиш 10(66.6%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 4(26.6%), қизариш ва шиш 4(26.6%), қичишиш ва ачишиш 6(40%) ни ташкил қилди.

Ципрофлоксацин антибиотики 16 нафар беморда қўлланилди ва қуйидаги натижалар олинди. Даво бошланишидан олдинги клиник белгилар 82%, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 3(18.7%), қизариш ва шиш 2(12.5%), қичишиш ва ачишиш 6(37.5%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 1(6.2%), қизариш ва шиш 1(6.2%), қичишиш ва ачишиш 4(25%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 6(37.5%), қизариш ва шиш 4(25%), қичишиш ва ачишиш 6(37.5%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 3(18.7%), қизариш ва шиш 2(12.5%), қичишиш ва ачишиш 3(18.7%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 7(43.7%), қизариш ва шиш 5(31.2%), қичишиш ва ачишиш 8(50%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 3(18.7%), қизариш ва шиш 3(18.7%), қичишиш ва ачишиш 5(31.2%).

14 нафар беморда Бисептол антибиотики қўлланилганда даво бошланишидан олдинги клиник бел-

Жадвал 2

Ўткир гонорея касаллиги билан касалланганларнинг антибактериал терапиядан сўнг учинчи ва олтинчи кунларида клиник ўзгаришлари таҳлили.

Ишлатилган антибактериал дори воситалари	Беморлар сони	Ўткир гонорея						Ўткир ости гонорея						Сурункали гонорея					
		Йирингли ажралма		Қизариш, шиш		Қичишиш, ачишиш		Йирингли ажралма		Қизариш, шиш		Қичишиш, ачишиш		Йирингли ажралма		Қизариш, шиш		Қичишиш, ачишиш	
		Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда	Касалликнинг 3-кунда	Касалликнинг 6-кунда
Тетрациклин	15	5(33.3%)	2(13.3%)	4(26.6%)	2(13.3%)	7(16.6%)	3(20%)	7(16.6%)	4(26.6%)	5(33.3%)	3(20%)	8(53.3%)	4(26.6%)	9(60%)	4(26.6%)	7(16.6%)	4(26.6%)	10(66.6%)	6(40%)
Ципрофлоксацин	16	3(18.7%)	1(6.2%)	2(12.5%)	1(6.2%)	6(37.5%)	4(25%)	6(37.5%)	3(18.7%)	4(25%)	2(12.5%)	6(37.5%)	3(18.7%)	7(43.7%)	3(18.7%)	5(31.2%)	3(18.7%)	8(50%)	5(31.2%)
Бисептол	14	4(28.5%)	2(14.3%)	2(14.3%)	1(7.1%)	5(35.7%)	3(21.4%)	5(35.7%)	3(21.4%)	3(21.4%)	1(7.1%)	5(35.7%)	2(14.3%)	5(35.7%)	3(21.4%)	4(28.5%)	2(14.3%)	7(50%)	4(28.5%)
Азитромицин	15	2(13.3%)	1(6.6%)	1(6.6%)	0	3(20%)	1(6.6%)	3(20%)	1(6.6%)	2(13.3%)	0	3(20%)	1(6.6%)	4(26.6%)	1(6.6%)	3(20%)	0	4(26.6%)	1(6.6%)
Цефаким+ Азитромицин	16	1(6.2%)	0	1(6.2%)	0	2(12.5%)	0	2(12.5%)	1(6.2%)	1(6.2%)	0	2(12.5%)	0	3(18.7%)	1(6.2%)	2(12.5%)	0	3(18.7%)	1(6.2%)

гилар 87%, даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 4(28.5%), қизариш ва шиш 2(14.3%), қичишиш ва ачишиш 5(35.7%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 2(14.3%), қизариш ва шиш 1(7.1%), қичишиш ва ачишиш 3(21.4%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 5(35.7%), қизариш ва шиш 3(21.4%), қичишиш ва ачишиш 5(35.7%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 3(21.4%), қизариш ва шиш 1(7.1%), қичишиш ва ачишиш 2(14.3%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 5(35.7%) қизариш ва шиш 4(28.5%), қичишиш ва ачишиш 7(50%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 3(21.4%), қизариш ва шиш 2(14.3%), қичишиш ва ачишиш 4(28.5%).

Азитромицин антибиотики 15 нафар беморда қўлланилди ва қуйидаги натижалар олинди. Даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 2(13.3%), қизариш ва шиш 1(6.6%), қичишиш ва ачишиш

3(20%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 1(6.6%), қизариш ва шиш 0, қичишиш ва ачишиш 1(6.6%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 3(20%), қизариш ва шиш 2(13.3%), қичишиш ва ачишиш 3(20%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 1(6.6%), қизариш ва шиш, қичишиш ва ачишиш 1(6.6%), даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 4(26.6%), қизариш ва шиш 3(20%), қичишиш ва ачишиш 4(26.6%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 1(6.6%), қизариш ва шиш 0, қичишиш ва ачишиш 1(6.6%).

Цефаким+Азитромицин антибиотлари 15 нафар беморда қўлланилди ва қуйидаги натижалар олинди. Даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма 1(6.2%), қизариш ва шиш 1(6.2%), қичишиш ва ачишиш 2(12.5%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир гонореяда йирингли ажралма, қизариш ва шиш, қичишиш ва ачишиш 0. Даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 2(12.5%), қизариш ва шиш 1(6.2%), қичишиш ва ачишиш 2(12.5%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар ўткир ости гонореяда йирингли ажралма 1(6.2%), қизариш ва шиш 0, қичишиш ва ачишиш 0. Даво муолажалар бошлангандан кейин 3-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 3(18.7%), қизариш ва шиш 2(12.5%), қичишиш ва ачишиш 3(18.7%), даво муолажалар бошлангандан кейин 6-кундаги клиник белгилар сурункали гонореяда йирингли ажралма 1(6.2%), қизариш ва шиш 0, қичишиш ва ачишиш 1(6.2%).

Хулоса

Шуни айтиш керакки ўткир, ўткир ости ва сурункали гонорея касаллиги ҳозирги кунда қайси гурух антибиотиклар қўлланилганда яхши натижаларга эришиш мумкинлиги таҳлил қилиб чиқилди. Лаборатор ва клиник ўзгаришлар ўрганилди. Шунга кўра улар орасидан яхши натижа бергани Цефолоспорин гуруҳи ва Азитромицин антибактериал препаратларини қўшиб қўлланилганида олинган натижалар ишончли эканлиги аниқланди. Бу таҳлил натижалари юқорида жадваллар асосида кўрсатилди.

Юқоридаги кўрсаткичларнинг ишончли равишда ($P<0.05< 0.001$) ўзгаришлари аниқланди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Van Dyck E., Crabbe F., Nzila N., et al. Increasing resistance of Neisseria gonorrhoeae in West and Central Africa. Consequence on therapy of gonococcal infection // Sex Transm Dis. 1997. - Vol. 24, № 1. - P. 32-37.
2. Беднова В.Н. Лабораторная диагностика гонореи // Лабораторное дело. 1988. - №9. - С.56-59.
3. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. Genitourin Med 1996; 72:422-6.
4. Овчинников М.Н., Лурье С.С., Данилова Т.Н. Доступная питательная среда для выращивания гонококка из патологического материала // Вестник дерматологии и венерологии. 1970. - №1. - С. 67-71.
5. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. - 2012.
6. Филатова Е.Н., Дмитриев Г.А., Аковбян В. А. и соавт., Роль биологической провокации в лабораторной диагностике гонореи (рандомизированное контролируемое исследование) // / Клиническая дерматология и венерология. 2004. - №1. - С.95 - 98.
7. Tice A.W. Jr., Rodriguez V.L. Pharyngeal gonorrhea // JAMA. 1981. -Vol.246, №23. -P.2717-2719.
8. WHO guidelines for the Treatment of Neisseria gonorrhoeae. - 2016.
9. Кунцевич Л.Д., Никулин Н.К, Жукова Г.И. и др. Динамика чувствительности к пенициллину и Д-лактамазопродуцирующая способность гонококков // Вестник дерматологии и венерологии. -1999. -№1. -С. 35-37. " о
10. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: Деловой экспресс, 2016. - 768 с.

Поступила 09.11. 2020

УДК 612.017.2: 616.12-008.331.1 082

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Юсупова Н.А., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Бекташев И.Б.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Большой неразрешенной проблемой клинической и фундаментальной кардиологии является формирование возрастзависимых патологических процессов. Инволюционные процессы вносят вклад в изменение как структурных, так и функциональных параметров сердца и сосудов, модифицируют формирование и течение кардиоваскулярной патологии

Эталоном сохраненного функционального резерва и адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы считаются лица, возраст которых достигает предела видовой продолжительности жизни человека Указанная категория лиц является самой малоизученной и постоянно растущей.

Ключевые слова: пожилой возраст, симпатоадреналовая система, артериальная гипертензия, кардиоваскулярная заболевания.

УЗОҚ УМР КЎРУВЧИ ИНСОНЛАРДА СИМПАТИКО-АДРЕНАЛТИЗИМНИНГ ФУНКЦИОНАЛ АКТИВЛИГИНИ БУЗИЛИШИ ВА УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ

Юсупова Н.А., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Бекташев И.Б.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Клиник ва фундаментал кардиологиянинг энг долзарбкатта муаммоси ёшга боғлиқ патологик жараёнларни шакллантиришдир. Инволюцион жараёнлар юрак ва қон томирларининг структуравий ва функционал параметрларининг ўзгаришига ёрдам беради, юрак-қон томир патологияси шаклланиши ва ривожланишини ўзгартиради.

Юрак-қон томир тизимининг сақланиб қолган функционал захираси ва адаптив қобилиятининг стандарти деб ёши одамнинг умр кўриш давомийлиги чегарасига етган шахслар киради, бу тоифадаги шахслар енг кам ўрганилган ва доимий равишда ўсиб боради.

Калит сўзлар:кексалик ёши, симпатоадренал тизим, артериал гипертензия, юрак-қон томир касалликлари.

IMPAIRMENT OF THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE SYMPATHIC-ADRENAL SYSTEM IN LONG-LIVERS AS A RISK FACTOR OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND METHODS OF THEIR PREVENTION

Yusupova N.A., Xujamberdiyev M.A., Usmanova D.N., Bektashev I.B.,

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The big unsolved problem of clinical and fundamental cardiology is the formation of age-dependent pathological processes. Involutional processes contribute to changes in both structural and functional parameters of the heart and blood vessels, modify the formation and course of cardiovascular pathology

The standard of the preserved functional reserve and adaptive capabilities of the cardiovascular system is considered to be persons whose age reaches the limit of the species life expectancy of a person. This category of persons is the least studied and constantly growing.

Key words: advanced age, sympathoadrenal system, arterial hypertension, cardiovascular disease.

Актуальность

У долгожителей, которые страдали различной возраст-ной патологией, не были обнаружены или выявлены единичные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, употребление алкоголя) и более позднее, чем для других возрастных групп, присоединение других факторов (артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, анемический синдром, гиперфибриногенемия), ухудшающих прогноз жизни. Для пациентов данной возрастной группы были характерны полиморбидность, более позднее начало заболевания с меньшим количеством осложнений и некоторые особенности метаболизма, которые отличали их от пациентов других возрастных групп. Результаты представленного анализа позволяют рассматривать долгожительство как возможную модель изучения физиологического старения. [4,7].

Сердечно-сосудистые заболевания сегодня считаются самыми распространенными причинами гибели людей. Риск развития подобных заболеваний связан со многими факторами, о которых и пойдет речь в сегодняшней статье.

По подсчетам в 2008 году от заболеваний сердечно-сосудистой системы умерло 17,3 миллиона человек в мире (30% от всех смертных случаев), при этом

смерть 7,3 миллионов наступила в результате ишемической болезни сердца и 6,2 миллионов - в результате инсульта[2,5,8].

Проблема смертности на фоне сердечно-сосудистых заболеваний в основной мере затрагивает страны, в которых преобладает средний уровень дохода [3,6]. По прогнозам к 2030 году примерно 23,6 миллионов человек умрет от ССЗ, в основном это будут болезни сердца и инсульт, которые к тому времени будут главными причинами смертности населения.

Цель исследования. Разработка научно-обоснованной программы сохранения функционального активности симпатико-адреналовой системы и сердечно-сосудистой системы у долгожителей.

Материал и методы

Всего были обследованы 167 долгожителей. Из них 128 были обследованы в амбулаторных условиях, 39 - в условиях стационара.

Основную группу исследования составили лица, чей паспортный возраст был равен или превышал 100 лет Группу сравнения составили лица в возрастном диапазоне от 90 до 99 лет включительно.

Результат и обсуждения

Установлена распространенность кардиальных факторов риска у столетних жителей Узбекистанабольшинство из них никогда не курили, 53% долгожителей никогда не употребляли спиртные напитки, 40% употребляли эпизодически, 6,7% - употребляли до 2 раз в месяц

Все долгожители имели достаточную физическую и эмоциональную активность более чем в половине случаев среди обследованных долгожителей указаний на долгожительство в роду не было 44% долгожителей указывали на долгожительство по материнской линии и 1,4% - на долгожительство по отцовской линии.

Полученные данные подтверждают влияние на долголетие табакокурения и физической активности и не решают вопрос о влиянии на продолжительность жизни долгожительства у одного из родителей и эпизодического употребления спиртных напитков

У обследованных долгожителей установлены тендерные различия электрофизиологического состояния миокарда у мужчин достоверно медленнее проводится возбуждение по A-V соединению, ниже скорость проведения возбуждения по желудочкам и частота сердечных сокращений.

Установлено, что наиболее распространенным нарушением электрофизиологических процессов в миокарде долгожителей являются нарушение проводимости различной степени и локализации в АУ-соединении - в 7,4% случаев, у 1,7% до степени неполной АУ блокады I степени, внутри желудочков - у 40,1%, по типу блокады ветвей левой или правой ножки пучка Гиса - в 44,1% У 28,1 % выявлена эктопическая активность и у 17,6% - рубцовые изменения в миокарде

Доказано возраст-зависимое (от 90 до 103 лет) снижение концентраций общего холестерина, триглицеридов, глюкозы и креатинина у столетних жителей Андижана и возраст зависимое повышение у них коагуляционного потенциала крови

Установлено, что в течение жизни обследованные долгожители страдали различными формами сердечно-сосудистой патологии в 57,2% случаев, из них у 11,9% выявлены признаки хронической сердечной недостаточности, у 2,9% - изолированная систолическая артериальная гипертензия, у 2,4% - сахарный диабет 2-ш типа В группе 100-летних частота сердечно-сосудистой патологии снизилась до 20,3% Установлен факт снижение распространенности ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2-го типа у столетних жителей Андижана.

Кардиальными предпосылками долгожительства в Андижане являются целевой уровень триглицеридов, низкая степень внутрисосудистой агрегации тромбоцитов, оптимальный уровень АД Основными медико-социальными предпосылками долгожительства в Андижане являются женский пол, постоянная физическая активность, умеренность в удовлетворении своих потребностей, отсутствие вредных привычек (курения), благожелательность к окружающим

Разработана научно-обоснованная стратификационная программа мероприятий, направленных на сохранение функционального резерва сердечно-сосудистой системы, увеличение продолжительности жизни, улучшение ее качества и работоспособности населения, создан алгоритм стратификации жителей по прогнозу долгожительства и повышению качества жизни долгожителей и социального микроколлектива.

Вывод

Таким образом, верификация диагноза АГ может быть сведена к проблеме критериев этого синдрома. Отталкиваясь от принятой гипотезы МС, как о самостоятельной нозологической форме, нужно диагностировать это заболевание во всех тех случаях, когда у пациента имеются признаки любого из синдромообразующих заболеваний (АГ, ИБС, и/или СД 2 типа), в явной или скрытой форме.

Соответственно, дифференциальный диагноз МС должен проводиться между перечисленными заболеваниями, как формами МС, и соответствующими синдромами, как проявлениями неких иных заболеваний (симптоматические АГ, наследственные дислипидемии и т. п.), что определит пути профилактики и патогенетические обоснованной метаболической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиджанова Х.Г., Кауров Б. А., Артемьева О. В., Лопырева О. И. Фактор наследования долгожительства и его адаптогенное влияние на заболеваемость, качество жизни долгожителей Москвы // В сб.: XIV Междунар. симпоз. "Эколого-физиологические проблемы адаптации". М., 2009. С. 32-33.
2. Денисова Т. П., Малинова Л. И., Череватова О. М. Старение и полиморбидность (биофизические аспекты). Саратов: ИздвоСМУ, 2006.
3. Татаринова О. В., Никитин Ю. П. Некоторые демографические показатели старения и долгожительства в Якутии // Успехи геронтол. 2008. Т. 21. № 4. С. 525-534.
4. Perls T. Genetic and environmental influences on exceptional longevity and the AGE nomogram. Ann N Y AcadSci 2002; 959: 1-13.
5. Ribera-Casado JM. Ageing and the cardiovascular system.Z GerontolGeriatr 1999; 32: 412-9.
6. Perls T, Terry D. Understanding the determinants of exceptional longevity. Ann Intern Med 2003; 139: 445-9.

7. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980; 303: 130-5.
8. Evert J, Lawler E, Bogan H, Perls T. Morbidity profiles of centenarians: survivors, delayers, and escapers. J Gerontol A BiolSciMedSci 2003; 58: 232-7.
9. Терентьев В.П. Особенности функционирования симпатоадреналовой системы у больных артериальной гипертонией с различными вариантами ремоделирования левого желудочка при его гипертрофии / В.П. Терентьев, Е.В. Белова, Б.Я. Зонис // Рос.кардиол. журнал. - 2001. - № 4. - С. 39-42.
10. Bristow M.R. ?-Adrenergic receptor blockade in chronic heart failure / M.R. Bristow // Circulation. - 2000. - Vol. 10. - P. 558-569.
11. Devanathan S. Plasmon-Waveguide Resonance Studies of Ligand Binding to the Human ??-Adrenergic Receptor / S. Devanathan, Z. Yao, Z. Salamon [et al.] // Biochemistry. - 2004. - Vol. 43, № 11. - P. 3280-3288.
12. Hines P.S. Novel epinephrine and cyclic cAMP -mediated action on BCAM/Lu dependent sickle (SS) RBC adhesion / P.S. Hines, Q. Zen, S.N. Burney [et al.] // Blood. - 2003. - Vol. 101 (8). - P. 3281-3287.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.231-089.85:616.24-008.4-07

ПЕРКУТАН ДИЛЯТАЦИОН ТРАХЕОСТОМИЯ ҚЎЙИШДА КУЗАТИЛГАН АСОРАТЛАРНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

Ярашев А.Р., Болтаев Э.Б., Шабаев Ж.К.,

РШТЁИМ Бухоро филиали, Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада узайтирилган ўпкалар сунъий вентиляцияси ўтказилаётган 291 беморларда нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш мақсадида қўлланилган перкутан дилятацион трахеостомия усулининг афзалликлари ва камчиликлари, муолажа натижасида юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг ретроспектив таҳлили ёритилган.

Калит сўзлар: перкутан дилятацион трахеостомия, ўпкалар сунъий вентиляцияси.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРКУТАНТНОЙ ДИЛЯТАЦИОННЫЙ ТРАХЕОСТОМИИ

Ярашев А.Р., Болтаев Э.Б., Шабаев Ж.К.,

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Проанализированы результаты перкутанной дилятационной трахеостомии выполненных у 291 больных находящихся в продленной вентиляции легких. На основание ретроспективного анализа осложнений описаны недостатки, показаны достоверные преимущества данной методики.

Ключевые слова: перкутанная дилятационная трахеостомия, искусственная вентиляция легких.

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF PERCUTANEOUS DILATATION TRACHEOSTOMY

Yarashev A.R., Boltayev E.B., Shabayev J.K.,

Republican Scientific Center for Emergency Medical Assistance Bukhara branch,
Bukhara state medical Institute.

✓ ***Resume***

The results of percutaneous dilated tracheostomy performed in 291 patients in prolonged ventilation were analyzed. Based on the retrospective analysis of complications, flaws are described, and the reliable advantages of this technique are shown.

Key words: percutaneous dilated tracheostomy, artificial lung ventilation.

Долзарблиги

Тарихга назар: трахеостомия муолажаси дастлаб Қадимги Мисрда бундан қарийб уч минг илгари бажарилган бўлиб энг узоқ тарихга эга жарроҳлик амалиётларидан бири ҳисобланади. XV асрда Guidi томонидан ушбу муолажа илмий асосланган ҳолда ёритилган бўлса, 1739 йилдан бошлаб Lorenz Heister томонидан "трахеостомия" атамаси кундалик амалиётда қўлланила бошланган. Аммо, фақатгина XIX асрда кузатилган дифтерия эпидемияси сабабли ушбу усул нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш учун борган сари кенг қўлланила бошланди [1,2,5].

Барча жараёнлар каби, ўз ривожланиши давомида трахеостомия амалиёти ҳам кўплаб усуллар билан бойиди. Ҳозирги кунда бажарилишига кўра трахеостомиянинг очиқ жарроҳлик, перкутан ва комбинациялашган усуллари фарқланади. Бу усуларнинг ҳар бирининг ўз кўрсатмалари, қарши кўрсатмалари, афзаллик томонлари ва камчиликлари мавжуд. Юқорида санаб ўтилган усулларда турли асоратлар ҳар хил частотада учрайди. Шу ўринда илмий манбаларга асосланган ҳолда таъкидлаб ўтиш керакки, сўнги 10-15 йилларда кенг қўлланила бошланган перкутан дилатацион трахеостомия (ПДТ) усулида асоратлар минимал даражада учрайди (2,3,4,6). Айниқса, бу усул кам инвазивлиги, тез бажарилиши, асоратлар камлиги ва беморлар ҳаёти учун хавфнинг минимал даражадалиги билан диққатга сазовордир. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, XXI асрнинг дастлабки йилларигача трахеостомия муолажаси асосан отоларингологлар томонидан бажариб келинган ва асосан очиқ хирургик усулда бажарилган фенестрацияга кўпроқ урғу бериб келинган. Бизнинг Республикамизда шошилинч тиббий ёрдам тизими ташкил этилгандан сўнг, бутун тизимда тенденция анча ўзгаришга юз тутди. Ҳозирги кунда трахеостомия муолажаси асосан реаниматологлар томонидан бажарилиб келинмоқда. Бунинг замирида эса кундалик ҳаётимизда травматизмнинг ошиши, оғир ҳолатдаги беморларнинг шошилинч тиббий ёрдам тизимида концентрациялашиши, замонавий сунъий вентиляция аппаратларнинг имкониятларидан келиб чиққан ҳолда беморларда ўпкалар сунъий вентиляцияси (ЎСВ) ўтказишдаги тенденцияларнинг ўзгариши ётади. Бизнинг клиникамизда ҳам ПДТ муолажаси ҳозирги кунда кенг қўлланилмоқда. Барча янгиликлар каби, ушбу усулнинг ўзлаштирилиш даврида табиий равишда асоратлар нисбатан юқори даражада кузатилди, аммо тажриба ошган сари барча асоратлар минимал даражага тушиб келмоқда. Аммо,

ушбу масаланинг қатор ҳали ёритилмаган қирралари мавжуд, жумладан: трахеостомия муолажаси ким томонидан, қачон ва қайси усулда бажариш кераклиги ҳозирги кунда ҳам баҳсларга сабаб бўлиб келмоқда.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, бизнинг клиникамизда трахеостомия қўйилган беморларнинг касаллик тарихларини, муолажа жараёнини ва кузатилган асоратларни таҳлил қилишни олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Материал ва усуллар

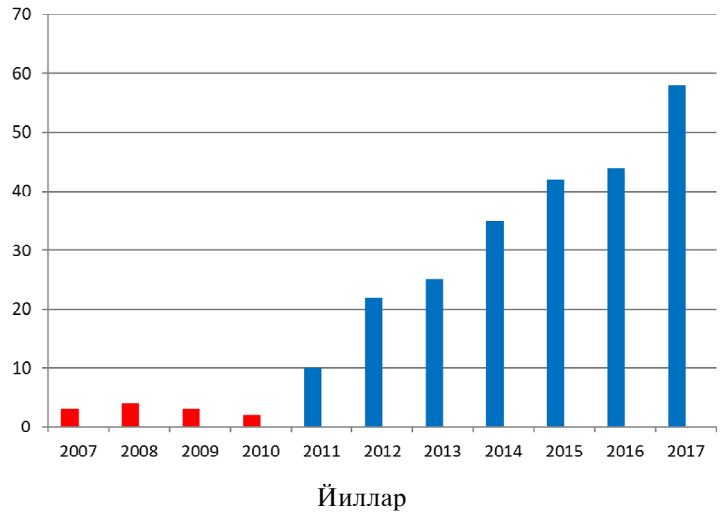
2007-2017 йиллар давомида РШТЁИМ Бухоро филиалида оғир ҳолатда даволаниб, узоқ муддатли ЎСВда бўлган ва трахеостомия қўйилган беморларнинг касаллик тарихлари (n=291) ретроспектив усулда таҳлил қилинди. Беморларнинг ўртача ёши 43.5±5 ни ташкил қилиб (16 дан 71 ёшгача), улардан 130 та аёл ва 161 таси эркак жинсига мансубдир. Нозология бўйича: беморларнинг 108 таси бош мияда қон айланишининг ўткир бузилишлари, 82 таси оғир бош мия жароҳатлари, 48 таси кўкрак қафаси каркасининг бузилиши билан боғлиқ бўлган политравмалар, 22 таси менингоэнцефалит, 4 таси респиратор дистресс синдром билан кечган ёғли эмболиянинг ўпка формаси, 3 таси миастения тарқалган формаси, 17 таси қорин бўшлиғи йирингли касалликларида бажарилган операциядан кейинги ҳолатлар, 5 таси юқорига кўтарилувчи Гийен-Барре-Ландри синдроми, 2 таси туғруқдан кейинги массив қон кетишдан кейинги ривожланган постгеморрагик шок ташҳиси билан даволанган. Юқорида санаб ўтилган беморларнинг 41 тасида ўлим ҳолати кузатилган ва бу кўрсаткич асосан бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши ва оғир бош мия жароҳатлари, қўшма жароҳатларда юқори даражада кузатилган.

Беморларнинг барчасида узайтирилган ўпкалар сунъий вентиляцияси ўтказилган бўлиб унинг давомийлиги ўртача 22±3 кунни ташкил этган. Беморларнинг 17 тасида очиқ усулда трахеостомия, 274 тасида ПДТ муолажаси бажарилган. Очиқ усулда бажарилган трахестомияда асосан пастки (2-3 трахея ҳалқалари кесилган ҳолда) фенестрация бажарилган. ДТ муолажасида "Portex" фирмасининг трахеостомик тўпламидан фойдаланилган ҳолда асосан 2 ва 3 трахея ҳалқалари орасидан йўл очилган бўлса, гавда тузилишининг ўзига хослиги сабабли 10% беморларда битта ҳалқа юқоридан бажарилган. Миастения билан оғриган бир беморда 3 ойдан сўнг яна нафас етишмовчилиги юзага келганлиги сабабли аввалги трахеостомик тешик чандиғи соҳасидан ретрахеостомия бажарилган.

Трахеостомия муолажаси натижасида кузатилиши мумкин бўлган асоратлар шартли равишда: эрта (муолажа бажариш вақтида ва муолажадан кейинги дастлабки 24 соатда) даврда ривожланган ва кечки (бемор тузалиб чиққандан кейинги) асоратларга бўлинади. Муолажа бажариш вақтида ундан кейинги эрта даврда энг кўп учрайдиган асоратлар - қон кетиш, трахеостомик трубка дислокацияси, пневмомедиастинум, трахея орқа деворининг жароҳатланиши ва тери ости эмфиземасидир. Бундан ташқари эрта даврда қон билан аспирация, гиповентиляция, гипотония, аритмия каби асоратлар ҳам юз бериши мумкин. Трахея стенози, трахеоэзофагеал оқма ҳосил бўлиши ва йирингли асоратлар эса кечки ҳисобланади. Бундан ташқари яхши фиксацияланмаган бўлса трахеостомик трубканинг бемор безовта бўлган вақтда чиқиб кетиши ёки алмаштирилаётган вақтда қайта қўя олмаслик ҳам ўзига хос асоратларга киради.

Натижа ва таҳлиллар

Касаллик тарихларининг таҳлили шуни кўрсатдики, олинган натижаларни шартли равишда икки - 2007 йилдан 2011 йилгача ва 2011 йилдан кейинги даврга бўлиб ўрганиш мумкин. Шуниси диққатга сазоворки, 2007 йилдан 2014 йилгача умумий ҳисобда 17 та (йилига ўртача 2-3 тадан тўғри келади) трахеостомия операцияси бажарилган. Шулардан 2007-2011 йилларда бажарилган трахеостомия амалиётлари очиқ жарроҳлик усулида фақат отоларингологлар томонидан бажарилган бўлса, 2011 йилдан бошлаб реаниматологлар томонидан бажарилган ПДТ ҳисобига муолажалар сони кескин ошиб борган. Масалан, фақатгина 2011 йилда 10 та, 2017 йилда эса 58 та ПДТ бажарилган (1 расм).



Изоҳ: қизил ранг — отоларингологлар томонидан бажарилган муолажалар; кўк ранг — реаниматологлар томонидан бажарилган муолажалар.

1-расм. Трахеостомия муолажаси сонининг йиллар кесимида динамикаси.

2011 йилгача трахеостомия операциялари фақат очиқ жарроҳлик усулида бажарилган. Операция беморлар ЎСВга ўтказилгандан ўртача 7±2 кундан сўнг бажарилган. Табиий равишда бу вақт давомида беморлар бир неча марта реинтубация қилинган ва доимий равишда седатация ва респираторга синхронизация қилиш мақсадида миорелаксацига муҳтож бўлишган. Шуни айтиб ўтиш зарурки, интубацион трубка орқали ЎСВ ўтказилганда етарли даражада санация бўлмаслиги оқибатида оғиз бўшлиғи, бурун атрофи бўшлиқлари микрофлорасининг жиддий ўзгариши, патоген микрофлоранинг авж олиш сабабли иккиламчи инфекция ўчоқлари ривожланиши эҳтимоли юқори бўлади.

Бевосита операция жараёнига келсак, унинг давомийлиги ўртача 30±5 минутни ташкил этган. Тери ва тери ости тўқималари трахея ўқи бўйлаб камида 3 см ли кесим орқали трахеягача қаватма-қават очиб борилиб, трахеянинг 2 ва 3 ҳалқалари кесилгач, трахея шиллиқ қавати ва ундан юзада жойлашган тўқималар бирга тикилиб трахеостомик тешик ҳосил қилинган (фенестрация). Илмий манбаларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, ушбу усул ҳиқилдоқ ўсмалари ёки узоқ вақт давомида канюла ташувчи бўлган беморларда ўзини оқлайди, чунки ҳосил қилинган трахеостомик тешик фистула ҳосил қилиб узоқ вақт давомида битмайди. Бу эса юқорида кўрсатилган тоифадаги беморларда канюлани алмаштириш учун жуда муҳимдир. Аммо, фенестрация натижасида трахеомаляция ва трахея деворининг деформацияси, унинг стенози ривожланиш эҳтимоли юқори (3,5,6). Бизнинг касалхонада очиқ жарроҳлик усулида бажарилган трахеостомия операцияси давомида кичик ҳажмли (50 мл гача) қон кетишлари 1,7% (n=5), тери ости эмфиземаси 1,3% (n-4) ҳолатда кузатилган бўлса, пневмомедиастинум асорат сифатида кузатилгани йўқ. Трахея стенози ва трахеомаляция натижасида трахея деформацияси кузатилган ҳолатлар ҳақида маълумотлар топилмади (беморлар тузалиб кетгандан кейинги тақдири ҳақида маълумотлар йўқ).

2012 ва 2013 йилларда иккита беморда очиқ усулда бажарилган трахеостомия вақтида беморда трахеостомик трубкани ўрната олмаслик сабабли бемор қайта оротрахеал интубация қилинган ҳолда ЎСВ давом эттирилган. 2014 йилда эса битта ҳолатда очиқ усулда бажарилган трахеостомиядан сўнг беморда нафас контурининг ишончли герметиклиги таъминланмаган.

2011 йилдан бошлаб бизнинг клиникамизда илк бор ПДТ муолажаси амалиётга тадбиқ этилди ва шу йилнинг ўзидаёқ 10 та беморда реаниматологларимиз томонидан перкутан трахеостомия бажарилган. Замонавий нейрореаниматологиянинг узайтирилган ЎСВ ўтказишдаги тенденциясига асосланиб ПДТ муолажаси Griggs усулида беморларни интубация қилинганидан кейинги 2-3 кунларда бажарилган.

Ушбу муолажани тадбиқ этишнинг бошланғич даврида (2011-2012 йилларида) ПДТни бажариш давомийлиги 20-25 минутни ташкил этган бўлса, мутахассисларимиз тажрибаси ошиб борган сари кейинги йилларда (2016-2017 йилларда) муолажани бажариш давомийлиги 10±2 минутгача қисқарган. Бундан ташқари бугунги кунда клиникамизда ишлаётган 70% реаниматологлар ушбу муолажани бажара олиш малакасини эгаллашди.

ПДТ муолажасининг барча асоратлари 5 (1,7%) тани ташкил этган. Очиқ усулда бажарилган трахеостомиядан фарқли равишда минимал (10 мл атрофида) қон кетиш асорати 12 та (4,1%) ҳолатда қайд этилган. Бу қон кетишлар хирургик аралашувларсиз, электрокоагуляция ёки водород перекисига бўктирилган тампон қўйиш орқали бартараф этилган.

Тери ости эмфиземаси 2 та беморда ривожланган ва унинг пайдо бўлиши трахеостомик трубканинг дислокацияси (паратрахеал киритиш) сабабли ривожланган. Беморлар гавда тузилишига боғлиқ ҳолда (семизлик, калта бўйин) трахеостомик тубкани трахеяга киритишда техник қийинчиликлар кузатилган. Бу каби қийинчиликлар сабабли юзага келган асоратлар ҳам беморлар умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатмаган ва ўз вақтида трахеостомик трубкани тўғри ўрнатилгандан сўнг бартараф этилган.

Фиброгастрокопияда тасдиқланган трахея орқа деворини жароҳатланиши битта ҳолатда кузатилган. Ушбу ҳолатда беморни назогастрал зонд орқали овқатлантириш давом эттирилиши ва трахеостомик трубка манжетаси усти бўшлиғи секретини доимий аспирация қилиниб турилиши натижасида ушбу дефектнинг мустақил равишда битиб кетиши кузатилган.

Муолажа жараёнида 11 ҳолатда артериал гипотензия кузатилган ва унинг ривожланиши муолажадан олдинги даврда нисбий гиповолемия фонида анестетикларнинг салбий таъсири сифатида баҳоланган. Ушбу асоратлар волемик суюқликлар ва вазопрессорларнинг кичик дозалари қисқа вақт давомида инфузияси ёрдамида бартараф этилган. Тахикардия ва гипертензия пайдо бўлиши (13 та ҳолат) юзаки анестезия билан боғлиқ бўлиб, анестезиянинг чуқурлаштириш орқали гемодинамик кўрсаткичлар барқарор ҳолатга келган.

Аспирация, гиповентиляция, пневмомедиастинум, пневмоторакс, муолажа билан боғлиқ ўлим ҳолатлари кузатилмаган.

Муолажадан кейинги даврда 2 та беморда спонтан деканюляция ҳолати қайд этилган. Бунга сабаб трахеостомик трубканинг ноадекват фиксацияси сабаб бўлган ва трахеостомик трубкани қайта ўз жойига ўрнатилгандан сўнг вазият барқарорлашган.

3 та канюла ташувчи беморда касалхонадан чиқарилгандан 2 ойдан сўнг трахеостомик тешикдан юқорида трахея стенози ривожланган. Бу ҳолатнинг ривожланишига уй шароитида трахеостомик трубка ёки канюла билан муомала қилишнинг, шунингдек унинг атрофини антисептик воситалар билан ишлов бериб туриш қоидаларини бузилганлиги ва манжета босимининг юқори даражада бўлганлиги сабаб бўлган. Бу ҳолатларга беморлар ва уларнинг қариндошлари билан суҳбатлашилганда ойдинлик киритилган. Учала беморнинг ҳам дастлаб фибробронхоскопик усулда трахеяни бужлаш ва кейинги этапда трахеяни пластик усулда ўтказувчанлигини тиклаш операциясидан кейин ҳолати яхшиланган.

Шуни таъкидлаш керакки, таҳлил қилинган даврнинг дастлабки вақтларида (2011-2012 йиллар) учраган асоратлар 6-8%ни ташкил этган бўлса, сўнги йилларда асоратлар учраши 2% дан пасайганлиги, бу эса дунё статистик кўрсаткичлари даражасида эканлигини кузатиш мумкин.

Хулоса

Хулоса ўрнида айтиш мумкинки, мутахассисларнинг малакаси ошиб боргани сайин трахеостомия амалиётини бажариш даврида ва ундан кейинги эрта дав-

рда учрайдиган асоратлар сезиларли даражада камайди. Юз берган асоратлар ривожланишига асосан беморларнинг анатомик тузилишлари (семизлик ва "калта бўйин"ли беморлар) сабаб бўлган. Олинган натижаларнинг таҳлили бизнинг клиникамизда ҳозирги кунда дилатацион перкутан трахеостомия амалиётидан кейинги асоратлар ишончли даражада камайганлигини ва минимал даражада учрашини кўрсатди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Савин И.А., Горячев А.С., Горшков К.М., Щепетков А.Н., Фокин М.С. транскутанная дилятационная трахеостомия в остром периоде у больных с проникающей черепно-мозговой травмой, осложненной внутричерепной гипертензией. Анестезиология и Реаниматология 2006. №6. стр 65-69.
2. Горячев А.С., Савин И.А., Горшков К.М., Конков М.Н. Ранная трахеостомия у больных с опухолями задней черепной ямки в послеоперационном периоде. Журнал Анестезиологии-Реаниматология. №2, 2004; стр.58-61.
3. Паршин В.Д. Хирургия рубцовых стенозов трахеи. Москва, 2003 г.
4. Friedman Y., Fildes J., Mizock B. et al. Comparision of percutaneous and surgical tracheostomies. Chest 1996; 110:480-485.
5. Graham J.S., Mulloy R.H., Sutherland F.R., Rose S. Percutaneous versus open tracheostomy: a retrospective cohort outcome study. J Trauma 1996; -/2: 2-f 5-248., p 32-33.
6. Silvester W., Goldsmith D. et al. Percutaneous versus surgical tracheostomy: A randomized controlled study with long term follow up. Crit Care Med 2006 Vol. 34 № 8 p 1-8.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 613.6:628.5

ОРГАНИЗОВАННЫЕ И НЕОРГАНИЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ ВЫДЕЛЕНИЯ КОКСОВОЙ ПЫЛИ НА НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВАХ И ЕЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Азизова Ф.Л., Хаширбаева Д.М., Маматова Ш.И.,

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский фармацевтический институт.

✓ ***Резюме***

Актуальность. Коксовая пыль нефтеперерабатывающих производств образуется в процессе цепочной обработки нефтяных фракций при получении нефтяного кокса. Загрязнение воздуха рабочих зон, а также атмосферного воздуха происходит на протяжении всего технологического процесса.

Цель исследования. Определение организованных и неорганизованных источников выделения коксовой пыли.

Материалы и методы. Для достижения цели и проведения научно-исследовательской работы были применены совокупность методов анализа, наблюдения и обобщения.

Результаты. Было установлено, что к неорганизованным источникам коксовой пыли относятся открытые сборники, отстойники, места разгрузки сырья, открытый склад, а также распространенные на всех производствах двери и люки. Организованные вентиляционные источники отличаются значительными объемами и малым содержанием загрязняющих веществ.

Выводы. Наиболее высокий выброс коксовой пыли отмечается в процессе сухой обработки, а при хранении готовой продукции на открытой площади то всей территорий нефтеперерабатывающего производства.

Ключевые слова: коксовая пыль, выбросы, нефтяной кокс, нефтеперерабатывающее производство, воздух.

НЕФТНИ ҚАЙТА ИШЛАШ КОРХОНАЛАРИДА КОКС ЧАНГИНИНГ ФИЗИКА-КИМЁВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ АЖРАТУВЧИ ТАШКИЛЛАШТИРИЛГАН ВА ТАШКИЛЛАШТИРИЛМАГАН МАНБАЛАР

Азизова Ф.Л., Хаширбаева Д.М., Маматова Ш.И.,

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент фармацевтика институти.

✓ ***Резюме***

Долзарблиги. Нефтни қайта ишлаш заводларининг кокс чанглари нефтли коксни ишлаб чиқариш вақтида нефт фракцияларини занжирли қайта ишлаш пайтида ҳосил бўлади. Иш жойлари ва атмосфера ҳавосининг ифлосланиши бутун жараён давомида кузатилади.

Тадқиқот мақсади. Ушбу ишнинг мақсади кокс чангининг ташкиллаштирилган ва ташкиллаштирилмаган манбаларини аниқлашдан иборат.

Материал ва усуллар. Мақсадга эришиш учун ва илмий тадқиқот ишларни ўтказиш учун таҳлилий, кузатув ва умумлаштирувчи усуллар мажмуаси қўлланилган.

Натижалар. Кокс чангининг ташкиллаштирилмаган манбаларига очиқ коллекторлар, лойқа танклар, хом ашё тушириладиган жойлар, очиқ омборлар ва барча ишлаб чиқариш объектларида кенг тарқалган ешик ва люкларнинг кириши аниқланди. Ташкиллаштирилган манбалари катта ҳажми ва ифлослантирувчи моддаларнинг камлиги билан ифодаланади.

Хулоса. Кокс чангининг катта ҳажмда тарқалиши қуруқ қайта ишлаш жараёнида, тайёр маҳсулотларни очиқ майдонида сақлаганда эса бутун нефтни қайта ишлаб чиқариш ҳудудининг ифлосланиши кузатилади.

Калит сўзлар: кокс чанги, чиқиндилар, нефтли кокс, нафтни қайта ишлаш ишлаб чиқариш корхоналари, ҳаво.

ORGANIZED AND INORGANIZED SOURCES OF EMISSION OF COKE DUST AT REFINING PRODUCTIONS AND ITS PHYSICO-CHEMICAL FEATURES

Azizova F.L., Khashirbaeva D.M., Mamatova Sh.I.,

Tashkent Medical Academy, Tashkent Pharmaceutical Institute.

✓ ***Resume***

Background. Coke dust of oil refineries is formed in the process of chain processing of petroleum fractions in the production of petroleum coke. Air pollution of working areas, as well as atmospheric air, occurs throughout the entire technological process.

Purpose of the research. The aim of the work is to identify organized and unorganized sources of coke dust emission. It was found that unorganized sources of coke dust include open collectors, sedimentation tanks, raw material unloading sites, an open warehouse, as well as doors and hatches common in all industries.

Materials and methods. To achieve the goal and conduct research work, a set of methods of analysis, observation and generalization were applied.

Results. It was found that unorganized sources of coke dust include open collectors, sedimentation tanks, raw material unloading sites, an open warehouse, as well as doors and hatches common in all industries. Organized ventilation sources are characterized by significant volumes and low content of pollutants.

Conclusion. The highest emission of coke dust is observed in the process of dry processing, and when storing finished products in the open area of the entire territory of the oil refining production.

Key words: coke dust, emissions, petroleum coke, refinery, air. coke dust, emissions, petroleum coke, refinery, air.

Актуальность

Коксовая пыль нефтеперерабатывающих производств образуется в процессе цепочной обработки нефтяных фракций при получении нефтяного кокса. Так, нефтяной кокс получают из остатков переработки нефти и вторичных нефтепродуктов. Технологическая цепь переработки нефти включает целый ряд химических реакций, что оказывает прямое влияние на химический состав пыли. Загрязнение воздуха рабочих зон, а также атмосферного воздуха происходит на протяжении всего технологического процесса получения нефтяного кокса [1, 3, 4].

Так, объем образования коксовой пыли на производствах в среднем достигает около 18000-20000 т/г [2].

Согласно, проведенного аналитического обзора результатов научно-исследовательских работ по изучению запыленности и загазованности нефтеперерабатывающих производств, имеющегося в доступной литературе были получены некоторые материалы, посвященные ранним исследованиям по инвентаризации выбросов, классификации и химической загрязненности воздуха нефтеперерабатывающих производств, в том числе и по загрязнению коксовой пылью. Выявлено, что помимо ухудшения состояния воздушной среды территорий самого производства, происходит интенсивное загрязнение и территорий примыкающие к населенным пунктам, так наиболее экологически неблагополучными районами явились места, где имеются не только неблагоприятные климатические особенности не позволяющих в достаточном количестве смешиванию и разбавлению атмосферному воздуху, но и там, где имеются производства с большой мощностью, наличием множественных источников неорганизованного выброса пыли [5, 6].

Цель. В связи с этим, для определения основных направлений мероприятий по очистке атмосферного воздуха и сохранения его показателей на уровне нормативных необходимо выделить и обособить организованные и неорганизованные источники выбросов коксовой пыли.

Материал и методы

Для достижения цели и проведения научно-исследовательской работы были применены совокупность методов анализа, наблюдения и обобщения. Производственные наблюдения сопровождались санитарно-гигиеническим описанием технологического процесса, гигиенической оценкой химического фактора, а также запыленности воздушной среды. Были использованы материалы отдела промышленной гигиены Центров Государственного санитарно-эпидемиологического надзора. производственных лабораторий по определению содержания пыли в воздухе рабочей зоны.

Результат и обсуждение

Для установления и инвентаризации основных источников коксовой пыли с учетом количественных и качественных характеристик в первую очередь необходимо детальное изучение особенностей технологии, оборудования и сырьевой базы производства нефтяного кокса на нефтеперерабатывающих предприятиях. При решении данной проблемы нами были использованы апробированные методы, позволяющих определить количество и химический состав выбрасываемой коксовой пыли у основных источников.

В процессе изучения технологического процесса нефтяного кокса, было установлено, что наиболее высокую опасность загрязнения коксовой пылью представляют аспирационные и неорганизованные выбросы сухого тушения коксом на этапах транспортирования, рассева и отгрузки кокса, а также при выгрузке (выдаче) кокса из печей. Особо важное значение на данном этапе имеет оснащение и оборудование производственных цехов с высоким уровнем запыленности эффективными пылеулавливателями. Основная цель установления пылеулавливателей - это обеспечение и поддержка воздуха рабочей зоны в соответствии нормативными показателями с учетом всех составных воздушной среды. Как стало известно, большинство установленных пылеулавливателей работают без использования жидкости т.е. происходит сухая очистка и лишь 38% пылеулавливателей, установленных на производстве, используют жидкость для осаждения пыли, что является не достаточным для подобных производств. Наиболее существенным недостатком установленных пылеуловителей является применение их без учета основных параметров выделяемой коксовой пыли. Коксовая пыль состоит из гидрофобных частиц кокса размером от 0,4 - 1,0 мм, содержащие углерод и обладающие взрывоопасными свойствами. Таким образом, отсутствие полной информации об физико-химических свойствах (дисперсность, смачиваемость, абразивность и т. д.) выделяемой коксовой пыли не позволяет полностью очистить воздух с помощью пылеулавливателей. Кроме того, установленные пылеулавливатели частично пропускают коксовую пыль за счет нарушения целостности оборудований, через отверстия, образованные в результате неправильного установления и крепления.

Санитарно-гигиеническое описание всего цикла технологического процесса позволили выделить основные места и вид деятельности при которых выделяется наибольшее количество коксовой пыли. Так, к неорганизованным источникам коксовой пыли относятся открытые сборники, отстойники, места разгрузки сырья, открытый склад, а также распространенные на всех производствах двери и люки. К числу организованных технологических источников выделения коксовой пыли были отнесены выбросы дымовых труб отопительных систем коксовых батарей и трубчатых

печей, которые имеют большие объемы выбрасываемых газов. Группа организованных технологических источников коксовой пыли относятся и башни тушения кокса и градирни воды цикла конечных газовых холодильников. Было установлено, что организованные вентиляционные источники отличаются значительными объемами и малым содержанием загрязняющих веществ. Проведение инвентаризации выбросов показало, что основную проблему составляют неорганизованные источники выбросов. Для определения качества выбросов неорганизованных источников необходимо дополнительное проведения научных исследований и использование методов измерения с выбором точек для отбора проб. В первую очередь это касается источников коксовых батарей, таких как двери, люки и стояки коксовых печей в период коксования, загрузка шихты, выдача и мокрое тушение кокса. В целях определения выбросов при загрузке печей и выдаче кокса рекомендуется сочетание прямых измерений на одном или нескольких объектах, принимаемых за базовые, с последующей оценкой выбросов других однотипных объектов на основе сравнения технологических характеристик базового и обследуемого объектов.

Наиболее высокий выброс коксовой пыли отмечается в процессе сухой обработки, а при хранении готовой продукции на открытой площади территорий нефтеперерабатывающего производства происходит также загрязнение атмосферного воздуха распространяющееся и на всей территории близрасположенных населенных мест. Таким образом, выявленное при инвентаризации неорганизованные источники выбросов коксовой пыли непосредственно оказывают влияние на качество атмосферного воздуха всей территории, граничащих с производственным объектом.

Выводы

Результаты инвентаризации, позволили выделить наиболее значимые источники выделения коксовой пыли, определили организованные и неорганизованные места выбросов, научно обосновали необходимость разработки и внедрения для неорганизованных источников дополнительных методов по определению качества и количества выделяемой коксовой пыли. Учитывая, что в приземном слое атмосферного воздуха селитебных зон имеются превышения допустимых концентраций коксовой пыли, за счет производственных объектов разработка и выбор адекватных мер по улучшению состояния воздушной среды является приоритетной задачей промышленной гигиены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Валявин Г.Г., Запорин В.П. Процесс замедленного коксования и производство нефтяных коксов, специализированных по применению // 2011 - №8. - С. 44-48.
2. Солодов В.С., Папин А.В. и др. Разработка технологии утилизации коксовой пыли коксохимических производств в виде брикетов повышенной прочности //Ползуновский вестник - 2011. - №4-2. - С. 159-164.
3. Стандарт организации. Коксы нефтяные. Технические условия Ts 057 67 930-264: 2017.
4. Твердохлебов В.П., Храменко С.А. и др. Нефтяной кокс для алюминиевой промышленности. Технология и свойства // Журнал Сибирского Федерального Университета - Красноярск, 2010. Том 3. - №4. - С. 369-386.
5. Хаширбаева Д.М. Проблемы загрязнения воздушной среды промышленных комплексов и гигиенические требования к размещению нефтеперерабатывающих и химических производств на ее территории // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2016. - №4 (91). - С. 113-116.
6. Хаширбаева Д.М., Ибрагимова Г.З. Идентификация пыли промышленных комплексов, физико-химические свойства и влияние их на организм //Метод. рекомендации №012-3/0272. - Ташкент, 2015. - 11 с.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-021.3 616-076.1. 616.71-002.1-053.6

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ВЫДЕЛЕННЫХ КУЛЬТУР У ДЕТЕЙ С ОСТЕОМИЭЛИТОМ

Гафурова Н.С., Мирзаева М.А.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

При изучении культуры выделенных из патологического материала взятых от детей с острым гемотогенным остеомиэлитом и инфекциями мягких тканей установлено, что наряду с считавшимися основным этиологическим фактором S.aureus, также выделялись и условно-патогенные энтеробактерии и псевдомонады (19,1% и 14,1% соответственно). Из числа выделенных стафилококков 66,5% оказались чувствительными к использованным антибиотикам, и наоборот 61,3% энтеробактерии и 93,8% протеи проявляли высокую устойчивость.

Ключевые слова: остеомиэлит, гнойно - воспалительные, условно - патогенные, беталактамние, хирургические, цефалоспорины.

ANTIBIOTIC RESISTANCE OF SELECTED CROPS IN CHILDREN WITH OSTEOMIELITIS

Gafurova N.S., Mirzaeva M.A.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Resume***

When studying the culture isolated from pathological material taken from children with acute hemotogenic osteomyelitis and soft tissue infections, it was found that, along with the main etiological factor of S. aureus, opportunistic enterobacteria and pseudomonas were also isolated (19.1% and 14.1% respectively). Of the isolated staphylococci, 66.5% were susceptible to the antibiotics used, and vice versa, 61.3% of enterobacteria and 93.8% of proteas showed high resistance.

Key words: osteomyelitis, purulent - inflammatory, opportunistic, betalactamium, surgical, cephalosporins.

БОЛАЛАР ОСТЕОМИЕЛИТИДА КАСАЛЛИК САБАЧИСИ СИФАТИДА АЖРАТИЛИБ ОЛИНГАН МИКРООРГАНИЗМЛАР АНТИБИОТИКЛАРГА РЕЗИСЛЕНТЛИГИ

Гафурова Н.С., Мирзаева М.А.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Остеомиелит ва юмшоқ тўқималар инфекцияси билан оғриган болалардан этиологик факторни аниқлаш мақсадида ажратиб олинган культураларни ўрганиш натижасида, асосий этиологик бактерия бўлиб келган S. aureus дан ташқари, шартли патоген энтеробактериялар ва псевдомонадлар ҳам ажратиб олинди (19.7% ва 13,1% мос ҳолда). Ажратилган стафилококкларнинг 66.5% ишлатилган антибиотикларга сезгир эканлиги ва аксинча 61.3% энтеробактериялар ва 93.8% протейларнинг юқори чидамлиликка эга эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар: остеомиэлит, йирингли - яллиғланиш, шартли-патогенлик, беталактамли, хирургик, цефалоспоринлар.

Актуальность

Последные данные опубликованные в современной отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний происходят существенные изменения, в частности возрастание удельного веса условно-патогенных бактерий с вовлечением в число возбудителей всё более широкого круга микроорганизмов [2,4,8]. Поэтому, слежение за видовым составом и установление доминирующих видов микроорганизмов в структуре гнойно-воспалительных заболеваний человека продолжает оставаться актуальной проблемой здравоохранения [3,6,8].

Наиболее важным аспектом этой проблемы является выраженная устойчивость возбудителей к антимикробным препаратам, включая новейшие бета-актамние и другие антибиотики [1, 2, 5, 7, 9, 10, 11].

Цель исследования. Выявить этиологический значимых возбудителей острой хирургической инфекции (ХИ) у детей и определить их антибиотикорезистентность к цефалоспоринам (β-лактамные антибиотики).

Материал и методы

Для определения антибиотикорезистентности использовали: диско-диффузный метод [5].

В качестве питательной среды применяли среду Мюллер-Хинтона (HIMEDIA, Индия), для требовательных к культивированию микро-организмов в среду добавляли 5% крови. В работу брали коммерческие диски с антибиотиками (HIMEDIA, Индия и Россия) следующих групп: цефалоспорины - I поколения - цефазолин, II поколения - цефуроксим, III поколения - цефтазидим, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон и IV поколения - цефепим.

Результат и обсуждение

Изучена чувствительность к цефалоспоринам, бактерий выделенных от патологического материала, взятых от 120 детей с острым гематогенным остеомиелитом и инфекциями мягких тканей, находившихся на стационарном лечении. Всего было выделено 290 штаммов микроорганизмов из гноя, крови, пунктатов костной ткани и интра-операционного материала. Среди этиологических агентов преобладали грамположительные кокки-195 штаммов- коагулазоположительные (КПС) и коагулазоотрицательные (КОС), что составило 67,2%. Условно-патогенные энтеробактерии и Pseudomonas aeruginosa составили 19,7% (57 штамм) и 13,1% (38 штамм) соответственно.

Чувствительность выделенных культур к антибиотикам определяли диско-диффузным методом на питательной среде, согласно критериям института клинических и лабораторных стандартов (CLSI, бывший NCCLS). Интерпретация размеров зон задержки роста проводилась согласно CLSI, в соответствии с Perfornans Standards for Antimikrobical Disk Susceptibility Tests, CLSI (2007).

При анализе распределения штаммов по признаку чувствительности к антибиотикам цефалоспоринового ряда испытанные препараты были разделены на 5 групп: с очень высокой частотой чувствительных или устойчивых к ним штаммов (более 80%), высокой (61-80%), средней (41-60%), умеренной (21-40%) и низкой (до 20%).

Результаты определения чувствительности к цефалоспоринам штаммов S. aureus, выделенных от детей с хирургической инфекцией, свидетельствуют об очень высокой частоте обнаружения антибиотикоустойчивых вариантов (табл.1)

Таблица 1

Чувствительность к цефалоспоринам штаммов S.aureus выделенных от детей с хирургической инфекцией

Антибиотики	Распределение штаммов по уровню устойчивости (%)		
	Чувствительные	Промежуточные	Устойчивые
цефозалин	80,3±3,3	0,7±0,7	19,0±3,2
цефоперазон	66,0±3,9	19,0±3,2	15,0±3,0
цефуроксим	60,5±4,1	17,7±3,1	21,8±3,6
цефотаксим	61,9±4,0	17,0±3,1	21,1±3,4
цефокситин	68,0±4,7	1,0±0,9	31,0±4,6
цефтриаксон	67,0±4,7	0	33,0±4,7
цефтазидим	65,0±4,8	7,0±2,6	28,0±4,5
цефепим	64,0±4,8	3,0±1,7	33,0±4,7

Умеренными величинами характеризовалась частота обнаружения устойчивых вариантов, бактерий к цефуроксиму. Напротив, чувствительные варианты стафилококков выделялись с очень высокой частотой к цефазолину и высокой- к цефоперазону, цефотаксиму, цефокситину, цефтриаксону, цефтазидиму, цефепиму.Эти препараты следует отнести к препаратам выбора при проведении эмпирической антибиотикотерапии гнойной хирургической инфекции у детей стафилококковой этиологии.

Анализ распределения по уровням чувствительности к антибиотикам штаммов условно-патогенных энтеробактерий показал, что устойчивые варианты выделялись с очень высокой или высокой частотой (табл.2)

Таблица 2

Чувствительность к цефалоспоринам штаммов Enterobacteriaceae spp., выделенных от детей с хирургической инфекцией

Антибиотики	Распределение штаммов по уровню устойчивости (%)		
	Чувствительные-S	Промежуточные-I	Устойчивые-R
цефазолин	21.4±6.3	0	78.6±6.3
цефопезарон	35.7±1.4	11.9±5.0	52.4±7.0
цефуроксим	19.0±6.0	0	81.0±6.0
цефотаксим	16.6±5.7	4.8±3.3	78.6±6.3
цефокситин	34.1±7.1	2.3±2.3	63.6±7.3
цефтриаксон	50.0±7.5	6.8±3.8	43.2±7.5
цефтазидим	47.7±7.5	6.8±3.8	45.5±7.5
цефепим	52.3±7.5	0	47.7±7.5

Так, очень высокая частота обнаружения устойчивых вариантов энтеробактерий была установлена к цефуроксиму, высокая- к цефазолину, цефотаксиму, цефокситину. Указанные препараты не должны использоваться при проведении эмпирической антибиотикотерапии острой хирургической инфекцией у детей, вызванной энтеробактериями. Чувствительные варианты энтеробактерий с высокой частотой выделяли лишь к цефепиму и цефтриаксону. Эти препараты являются препаратами выбора для эмпирического

назначения антибиотиков при хирургической инфекции у детей энтеробактериальной этиологии. Выбор других препаратов должен основываться на результатах лабораторного определения чувствительности энтеробактерий к антибиотикам.

Еще более высокими показателями устойчивости к антибиотикам характеризовались штаммы Pseudomonas aeruginosae, выделенные у детей с острой хирургической инфекцией (табл.3).

Таблица 3

Чувствительность к цефалоспоринам штаммов Pseudomonas aeruginosae, выделенных у детей с хирургической инфекцией

Антибиотики	Распределение штаммов по уровню устойчивости (%)		
	Чувствительные-S	Промежуточные-I	Устойчивые-R
цефазолин	0	0	100,0
цефопезарон	6,5±4,4	3,2±3,2	90,3±5,3
цефуроксим	3,2±3,2	0	96,8±3,2
цефотаксим	3,2±3,2	0	96,8±3,2
цефокситин	0	0	100,0
цефтриаксон	0	0	100,0
цефтазидим	16,7±5,0	0	83,3±5,0
цефепим	16,7±5,0	0	83,3±5,0

Ко всем исследованным цефалоспоринам (цефазолин, цефоперазон, цефуроксим, цефотаксим, цефокситин, цефтриаксон, цефтазидим , цефепим) установлена очень высокая частота выделения устойчивых штаммов псевдомонадов.

Таким образом, среди выделенных штаммов от больных детей с остеомиэлитом и инфекциями мягких тканей, в среднем S. aureus в 67% случаев проявляли чувствительность(S), в 8% - умеренную чувствительность (I) и в 25%-устойчивость(R), тогда как среди условно патогенных энтеробактерий 35% были чувствительными(S) и 61%- устойчивыми(R) к примененным антибиотикам. Все штаммы P.aeruginosae оказались наиболее устойчивыми(94%) ко всем примененным антибиотикам (рис.1).

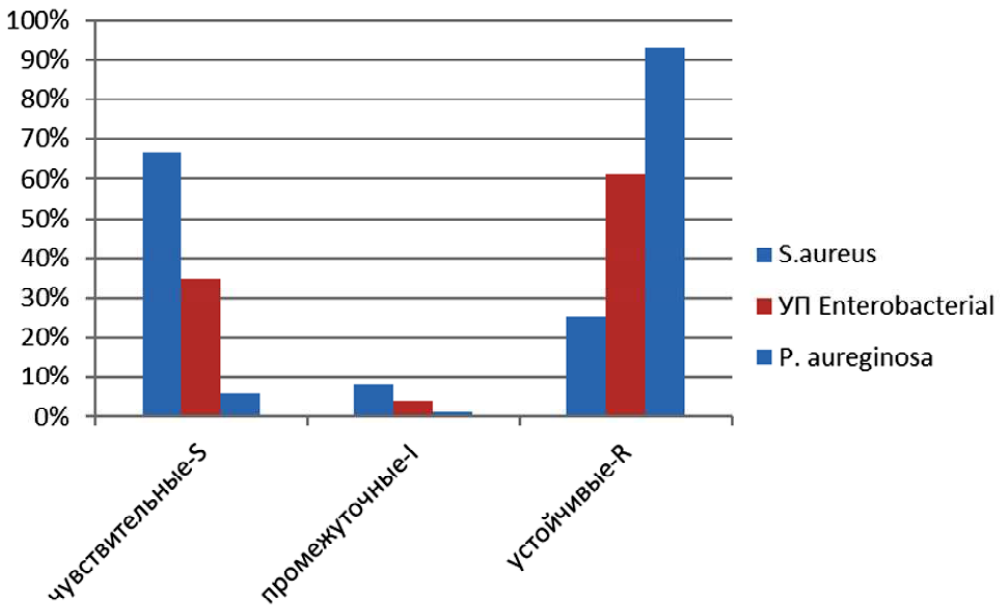


Рис.1. Чувствительных различных видов микроорганизмов к цефалоспоринам.

Для назначения других препаратов необходимо проводить предварительное определение чувствительности к антибиотикам штаммов синегнойной палочки, выделенных у детей с ХИ.

Выводы

1. Выявлено, что показатели чувствительности к антибиотикам цефалоспоринового ряда возбудителей хирургической инфекции у детей зависят от вида бактерий и типа антибиотика.

2. Установлена, что штаммы энтеробактерии и псевдомонади, выделенные у детей с ХИ, характеризовались очень высокой (более 80%) и высокой (63-80%) частотой устойчивости к цефуроксиму, цефазолину, цефотаксиму; а псевдомонад кроме указанных препаратов- к цефоперазону. Эти препараты не должны использоваться при

эмпирическом назначении антибиотиков у детей с ХИ.

3. Доказано, что чувствительные варианты бактерий выделяются с очень высокой или высокой частотой у стафилококков- к цефазолину, цефураксиму, цефотаксим, цефокситину, цефтриаксону, цефтазидиму и цефепиму. Назначение других препаратов должно основываться на результатах лабораторного определения чувствительности возбудителей к антибиотикам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баженов Л.Г. Проблемы преодоления антибиотикорезистентности микроорганизмов // Инфекция, иммунитет и фармакология. -2000.-N 3. -С 11-12.
2. Белобородов Б.Р. Резистентные грамположительные микроорганизмы: современные возможности и перспективы // Consilium medium. 2004.-Т.6. -N1. -С.4-11.
3. Отаханов Б.Р. Показатели встречаемости этиологических агентов при различных хирургических инфекциях // Инфекция, иммунитет и фармакология. -2005. - № 3. -С.42-43.
4. Сидоренко С.В. Исследования распространения антибиотикорезис-тентности: практическое значение для медицины // Инфекция и антимикробная терапия. -2002. -Т4. №21. -С.5-11.
5. Coagulase-negative staphylococci, clinical, microbiologicaland molecular features to predict true bacteraemia /Garcia P., Benitez R., Lam M. et al. // J Med Micrjbiol. - 2004. №53. -P.67-72.
6. Страчунский Л.С., Решедько Г.К., Эйдельштейн М.В., Стецюк О.У., Рябкова Е.Л., Андреева А.С., исследовательская группа РОСНЕТ. Сравнительная активность цефепима и других антибиотиков в отношении нозокомиальных грамотрицательных возбудителей инфекций в России // Клин микробиол антимикроб химиотер. - 2003. - №5(3). - С. 259-74.
7. Garnacho-Montero J., Garcia-Garmendia J., Barrero-Almodovar A. Impact of adequate empirical antibiotic therapy on the outcome of patients admitted to the intensive care unit with sepsis // Crit Care Med. - 2003. - vol. 31. - P. 2742-2751.
8. Lodise T.P., McKinnon P.S., Swiderski L., Rybak M.J. Outcomes analysis of delayed antibiotic treatment for pospital-acquired Staphylococcus aureus bacteremia // Clin Infect Dis. - 2003. - vol. 36. - P. 1418-1423.
9. Nasser S., Mabrouk A., Maher A. Colonization of burn wounds in Ain Shams University Burn Unit. // Burns. - 2003. - vol. 29(3). - P. 229-323.
10. Osmon S., Ward S., Fraser V.J., Kollef M.H. Hospital mortality for patients with bacteremia due to Staphylococcus aureus or Pseudomonas aeruginosa // Chest. - 2004. - vol.125. - P. 607-616.
11. Jacody G., Munoz-Price L., The new beta-lactamases // N Engi J Med 352/ -2005. -P.380-391.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616. 24. -002-036. 11-053.4

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кобилов Э.Э.[1], Раупов Ф.С.[2], Мехриддинов М.К.[2],

Самаркандский государственный университет[1], Бухарский государственный медицинский институт[2].

✓ ***Резюме***

В работы представлены данные обследования и лечения 176 больных с острой деструктивной пневмонией. На основе этого разработан иммунологический экспресс-метод определения вида возбудителей острой деструктивной пневмонии, основанный на регистрации в крови больных антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), избирательно реагирующих с бактериальными антигенами, который имеет существенные преимущества перед традиционным бактериологическим исследованием. Апробирован дифференцированный способ дренажного лечения тяжелых плевральных осложнений острой деструктивной пневмонии у детей, позволяющий получить более выраженный клинический эффект по сравнению с традиционным лечением.

Ключевые слова: острая деструктивная пневмония, иммунологический экспресс-метод, антигенсвязывающие лимфоциты, внутрилегочное введение антибиотиков, дифференцированный способ дренажного лечения.

БОЛАЛАРДА ЎПКА БАКТЕРИАЛ ДЕСТРУКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШИШ

Кобилов Э.Э.[1], РауповФ.С.[2], Мехриддинов М.К.[2],

Самарқанд давлат университети[1], Бухоро давлат тиббиёт институти[2].

✓ ***Резюме***

Ўпка бактериал деструктив пневмонияси билан 176 та даволанган бемор текшириш натижалари келтирилган. Олинган маълумотлар асосида касаллик чақирувчисини янгича, зудлик билан иммунологик усулда аниқлаш ишлаб чиқилган. Яъни беморлар қонида бактериал антигенлар билан боғланувчи лимфоцитлар (АБЛ) аниқланган. Ўпка бактериал деструктив пневмонияси плеврал асоратларини қиёсий даволаш усули қўлланилиб, натижада клиник самарадорлик ўсишига эришилан.

Калит сўзлар: ўткир деструктив пневмония, иммунологик экспресс усул, антиген боғловчи лимфоцитлар, антибиотикларни ўпка ичига юбориш, қиёсий усулда дренаж даволаш.

MODERN APPROACH TO TREATMENT OF ACUTE BACTERIAL LUNG DESTRUCTION IN CHILDREN

Kobilov E.E.[1], Raupov F.S.[2], Mexiddinov M.M.[2],

Samarkand State Universitete[1], Bukhara State Medical Institute[2].

✓ ***Resume***

The given inspections and treatments of 176 patients are presented to works with a sharp destructive pneumonia. On the basis of it is developed immunology an express method of definition of a kind of activators of the sharp destructive pneumonia, based on registration in blood of patients antigens connecting lymphocyte (ACL) selectively reacting with bacterial antigenes which has essential advantages before traditional bacteriological research. The differentiated way of drainage treatment of heavy pleural complications of a sharp destructive pneumonia at children is approved, allowing to gain more expressed clinical effect in comparison with traditional treatment.

Keywords: a sharp destructive pneumonia, immunology an express method, antigene connecting lymphocyte inside pulmonary introduction of the antibiotics, the differentiated way of drainage treatment.

Актуальность

Острая бактериальная деструкция легких (ОБДЛ) остается грозным заболеванием детей раннего возраста [3,9,13]. В Узбекистане она является частой причиной детской смертности [2,12]. В последние десятилетие происходит постепенное вытеснение стафилококка из этиологических агентов за счет широкого спектра грамотрицательной флоры [1,5,14]. Лечение больных с ОБДЛ проводится комплексно с использованием хирургических и медикаментозных методов, направленных на санацию очага, купирование интоксикационного синдрома и активацию антиинфекционной резистентности организма [8,10,13].

До настоящего времени не решен вопрос о раннем определении возбудителей ОБДЛ в первые часы поступления больного в стационар, что не позволяет немедленно и целенаправленно провести эффективное антибактериальное лечение [4,6,7,15,17]. Известно, что патогенез ОБДЛ связан со снижением иммунореактивности организма, поэтому углубленное изучение иммунной системы и выбор наиболее эффективных иммунокорректоров представляется необходимым [14,16,18]. Все возрастает потребность в разработке и внедрении в практику более щадящих и эффективных методов дренажного лечения ОБДЛ в детском возрасте.

Несмотря на достижения в разработке методов хирургического и медикаментозного лечения, они нуждаются в дальнейшем усовершенствовании.

Цель исследования: разработат современного подхода лечениа острой бактериальной деструкции легких у детей

Материалы и методы

В основу настоящей работы положены данные обследования и лечения 176 больных с острой бактериальной деструкцией легких. Обследовано также 40 практически здоровых детей того же возраста, показатели иммунологического статуса которых служили контролем.

При изучении клинико-рентгенологической картины заболевания, в каждом конкретном случае нами было выделено несколько клинических групп. Большую часть больных составили дети с экссудативным плевритом - 31,3% и пиопневмотораксом - 31,8%. Частота плевральных осложнений была значительно выше у детей до 3-летного возраста - 78,4%. Основным контингентом больных были дети первых трех лет жизни, в том числе: 30,7% - в возрасте до одного года, с одного года до трех лет составили большую часть (47,7%) наблюдаемых больных. Среди обследованных нами детей мальчиков было несколько больше (54,3%), чем девочек (45,7%). Необходимо отметить, что у 83,7% больных острая деструктивная пневмония протекала на фоне различных сопутствующих заболеваний и осложнений, которые преимущественно отмечались у детей первых трех лет жизни. В грудном возрасте частыми сопутствующими заболеваниями были анемия (90,3%), рахит (47,3%), гипотрофия (30,2%), экссудативный диатез (8,9%) и др. Важно подчеркнуть, что у 94% детей в анамнезе были отмечены острые вирусные инфекция и пневмония.

Для решения поставленных нами задач были применены клинико-рентгенологические, лабораторные и иммунологические методы исследования.

Иммунологические исследования проводилось следующим образом:

выделение лимфоцитов по методу Воуим (1974). Выявление Т-лимфоцитов методом Е-розеткообразования (Jondal et al.; 135). Определение Т-супрессоров и Т-хелперов. Проводятся нагрузными тестами с теофиллином (К.А.Лебедов и Понякина 1990). Определение антигенсвязывающих лимфоцитов (Ф.Ю.Гариб и соав.1988). Фагоцитарная активность нейтрофилов исследована по методу В.М.Берман и К.М.Славский (1958).

Статистический анализ результатов проведен общепринятыми методами с вычислением средней арифметической (М), ее ошибки (м), среднего квадратического отклонения, критерия достоверности Стьюдента (L).

Для проведения рациональной антибиотикотерапии нами разработан новый подход, включающей экспрессную регистрацию возбудителей болезни на основе определения АСЛ. С целью определения этиологии ОБДЛ проводились бактериологические и иммунологические обследование больных.

Результат и обсуждения

При изучении этиологической структуры ОБДЛ, полученной при бак. посеве, нами использовано два показателя: частота выявления возбудителя из числа всех обследованных и из числа положительных результатов бак посева. Наиболее часто высевался стафилококк - в 49 случаях из 152 исследований, что составило 32,2%. Это цифра возрастает до 62% из числа положительных проб (79). На втором место стоит синегнойная палочка - 9,8% и 18% соответственно. Отмечено ассоциации бактерий, чаще стафилококк с синегнойной и кишечной палочкой.

Таким образом, традиционные методы бактериологического изучения очага деструкции из-за невысокой частоты регистрации возбудителей и длительности исследования не позволяет начать целенаправленную, своевременную антибактериальную терапию. Кроме того, в нередко невозможно получить материал для бак. посева из очага патологического процесса (воспалительный инфильтрат, пневмоторакс, буллы, фибринозный плеврит). Все это побудило нас к поиску альтернативных подходов к определению этиологии возбудителя ОБДЛ, не связанных с получением материала из очага поражения и традиционным культивированием бактерий.

В крови больных ОБДЛ нами впервые обнаружены антигенсвязывающие лимфоциты (АСЛ), реагирующие с бактериальными антигенами соответствующего возбудителя болезни. На основании этого появилась новая возможность - в течение 2-3 часов определить возбудителя болезни.

Для определения АСЛ был использован метод, разработанный Ф.Ю. Гариб и соавт. в 1983 г. Принцип метода заключается в следующем: к лимфоцитам выделенных из крови больных добавляются бактериальные антигены, приготовленные из возбудителей гнойных заболеваний, которые по данным бактериальных исследований являются причиной гнойно-воспалительной деструкции при ОБДЛ (стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, протей, кишечная палочка, бифидум бактерии и другие). Для визуализации реакций взаимодействия АСЛ с антигенами мы нагружали их на эритроциты. В результате такого взаимодействия происходит образование "розеток", которые представляют собой центрально расположенный лимфоцит (АСЛ) к которому присоединились тест-эритроциты. "Розетки" хорошо видны под микроскопом; их подсчет позволяет определить число АСЛ, реагирующих с контрольным антигеном. В результате представлялось важным сопоставить данные определения возбудителя болезни двумя методами: АСЛ и бактериологическим посевом.

Для этого, оба метода представлены параллельными результатами: хорошо заметно, что значимая реакция на возбудителя болезни в целом отмечено в 87% случаях, этиологическая структура осталась не расшифрованной только в 13% случаях. В этих же условиях процент отрицательных значений бак. посева составил 48%, что почти в 4 раза больше по сравнению с АСЛ. Ценность определения АСЛ еще более возрастает при определении этиологической структуры у больных, когда получение материала для бак. исследования не представляется возможным. Это - лобарный инфильтрат, буллы, пневмоторакс и серозно-фибринозный плеврит. Таких больных в среды обследованных был 1/4 часть.

Определение АСЛ обладает рядом преимущества по сравнению с традиционным методом бактериологического посева материала, полученного из очага деструкции:

1) Повышается частота выявления возбудителя болезни до 87% по сравнению с бак. посевом - 52%;

2) Возможность выявления возбудителя болезни при клинических формах ОБДЛ, когда невозможно получить материала для бак. исследования из очага,

(воспалительный инфильтрат, буллы, пневмоторакс и серозно-фибринозный плеврит);

3) Экспрессность проведения анализа: методом АСЛ - в течение 2-3 часов, сравнение с традиционным методом получения результатов бак. посева - через 2 суток;

4) В 2 раза более высокая частота выявления ассоциации, микроорганизмов по сравнению с бактериологическим исследованием. При бак. исследование - 5,2%, по методу АСЛ-10%;

5) Применение метода АСЛ позволяет сократить частоту отрицательных исследований при выявлении возбудителей до 13%, в то время как этот показатель составил при бак. исследовании 48%, что различается 3,7 раза, а при серозно-фибринозном плеврите он достиг - 90%.

Быстрое определение возбудителя болезни ОБДЛ позволяет подобрать антибиотик, которому чувствителен данный вид бактерии и немедленно начать антибактериальное лечение больных ОБДЛ.

Указанный подход лег в основу разработанной нами ранней целенаправленной антибиотикотерапии детей больных ОБДЛ. Он состоит из II этапов:

I этап - определение вида возбудителя на основе регистрации АСЛ с соответствующим антигеном в крови больных;

II этап - правильный выбор антибиотика с учетом следующих требований:

А) высокая чувствительность выявленного вида возбудителя к антибиотикам для обеспечения бактерицидного эффекта;

Б) избирательная диффузия антибиотиков в легочную ткань, плевральную полость и бронхиальный секрет.

Анализируя данные литературы по спектру чувствительности бактерий к антибиотикам, мы составили таблицу, которая является основной для выбора антибактериального средства при лечении ОБДЛ.

Например: стафилококк обычно проявляет высокую чувствительность к оксациллину, метициллину, мономицину, канамицину, гентамицину линкомицину, цефазолину, цефтриаксону и цефепиму. Синегнойная палочка - к карбенициллину, гентамицину, полимиксину, эритромицину, тетрациклину и цефепиму. Среди указанных антибиотиков, следует применять те, которые удовлетворяют условия избирательного накопления в легких. Как показали наши наблюдения, по применению нового подхода к ранней целенаправленной антибиотикотерапии на основе определения вида возбудителя, можно с достаточной уверенностью правильно набирать антибиотик для лечения больных. Особую ценность данный метод представляет при лечении лобарных инфильтратов. При этом заболевании не удается взять материал для бак. исследования. По этому, единственный способ определения возбудителя - это АСЛ.

Выбор антибиотиков позволяет немедленно начать антибиотикотерапию путем инъекции в очаг поражения. Внутрилегочное введение антибиотиков в зоне инфильтрата нами применялось у 31 ребенка. Антибиотик мы выбрали после определения возбудителя болезни методом АСЛ, т.е. проводили раннюю целенаправленную антибиотикотерапию. При лобарном инфильтрате применение внутрилегочного введения антибиотиков в т.е. ранней целенаправленной антибиотикотерапии в комплекс лечебных мероприятий позволило добиться выздоровления 93,5% больных (29 больных). У 2 больных (5%) отмечался пневмоторакс.

Таким образом, внутрилегочное введение антибиотиков позволяет создать высокую концентрацию их в зоне воспаления, предупредить развитие тяжелых плевральных осложнений и в ряде случаев способствует абортивному течению патологического процесса. В целом, метод внутрилегочного введения антибиотиков, примененный по показаниям, является весьма эффективным профилактическим мероприятием, предупреждающий развитие гнойных плевральных осложнений.

Основной целью дренажного лечения является удаление воздуха и жидкости из плевральной полости и расправление легкого с предотвращением его повторного коллабирования. Торакоцентез с дренированием плевральной полости произведен у 72 больных. В настоящем исследовании по способу дренажного лечения больные были разделены на две группы, с целью определения сравнительной эффективности нового и традиционного подходов к дренажному лечению.

Традиционный дренаж, в том числе и троакар-дренаж обычно вводится экстренно, не учитывая локализацию очага поражения; как правило, по VI-VII межреберье, средне-подмышечной линии, а дифференцированный подход предусматривал введение троакар-дренажа на уровне очага поражения с учетом его локализации.

Больные, которым торакоцентез с дренированием плевральной полости осуществлялся с помощью троакар-дренажа по традиционному методу составил I группу (17 детей). Пиопневмоторакс и пневмоторакс наблюдались у 15 больных (88%). Пиоторакс у 2 больных (12%). При лечении троакар-дренажом быстрее улучшалось состояние больных и расправлялось легкое, что наблюдалось у 6 больных (35%). Однако, у 9 детей (53%) благоприятное клиническое течение не сопровождалось расправлением легкого. У них отмечалось постепенное, медленное его расправление. У 7 больных легкое расправлялось медленно, через 2-3 недели. В целом применение троакар-дренажа, позволило добиться выздоровления у 16 больных (94%). Умер 1 больной (5%) из этой группы. Длительность пребывания больных в стационаре составило 34,1±0,8 койко-дней. Торакоцентезное отверстие на грудной стенке заживало через 27,2±1,1 дня после удаления дренажа.

Больным II группы - 55 детей, мы применяли способ дифференцированного дренирования плевральной полости. Пиопневмоторакс отмечен у 48 детей (87%), пиоторакс у 7 детей (13%).

При лечении дифференцированным способом, быстрое улучшение состояния с расправлением легкого в первые часы и сутки наблюдалось у 47 больных (87%), у 6 больных (11%) через несколько дней, только у 1 ребенка (2%) легкое расправилось в поздние сроки лечения, после наложения второго дренажа на 1-2 межреберье выше от места введения в первого дренажа.

Длительность пребывания больных в стационаре составило 25,2±0,5 койко-дней. Торокоцентезная рана на грудной стенке зажила через 18,2±6 дней. Умерло 2 детей (3,6%) из 55 больных этой группы. Причину неблагоприятных случаев здесь нельзя связать с приме-

нением данного способа (у всех умерших легкое оставалось расправленным до наступления смерти). Во всех случаях была прогрессирующая септикопиемия.

Выводы:

1. Разработан новый иммунологический экспресс-метод определения вида возбудителей острой деструктивной пневмонии, основанный на регистрации в крови больных антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), избирательно реагирующих с бактериальными антигенами, который имеет существенные преимущества перед традиционным бактериологическим исследованием.

2. Разработан способ проведения ранней целенаправленной антибиотикотерапии при различных формах острой деструктивной пневмонии, основанный на иммунологическим экспресс - методе определения возбудителя болезни и оптимальном выборе антибиотика.

3. Разработан новый подход к лечению воспалительных инфильтратов легкого, основанный на раннем определении возбудителя болезни иммунологическим способом, оптимальном выборе антибиотика, вводимого черезкожно-внутрилегочно в очаг поражения, что позволило предотвратить переход болезни в гнойно - деструктивную стадию у 93% больных.

4. Апробирован и внедрен в клиническую практику новый дифференцированный способ дренажного лечения тяжелых плевральных осложнений острой деструктивной пневмонии у детей, позволяющий получить более выраженный клинический эффект по сравнению с традиционным лечением.

5. У больных острой деструктивной пневмонией выявлено вторичное иммунодефицитное состояние, характеризующие достоверным снижением содержания в крови Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, Т-хелперов, фагоцитов и возрастанием концентрации иммуноглобулинов М, G и циркулирующих иммунных комплексов, что ставит вопрос о необходимости проведения иммунокоррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамзон, О.М. Микробиологическая характеристика острых абсцессов легкого и эмпием плевры / О.М. Абрамзон, А.В. Валышев, О.В. Бухарин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2003. - № 2. - С. 55-59.
2. Ахмеджанов, М.А. Диагностические и тактические ошибки при лечении больных с деструктивными пневмониями / М.А. Ахмеджанов// Нагноительные заболевания легких и плевры: матер, конф. Самарканд, 1998. - С. 8.
3. Баиров, Г.А. Срочная хирургия детей: руководство для врачей / Г.А. Баиров. -СПб., 1997.-464 с.
4. Белобородова, Н.В. Поиск идеального биомаркера бактериальных инфекций / Н.В. Белобородова, Д.А. Попов // Клин, анестезиология и реаниматология. - 2006.-№3.-С. 30-39.
5. Выбор диагностических методов при деструктивных пневмониях у детей / 5. А.Ю. Разумавский, К.А. Аллаберганов, В.Е. Рачкин, М.Б. Алхасов // Дет. хирургия. 2006. -№ 4. - С. 4-5.
6. Гераськин, В.И. Диагностика и хирургическая тактика при стафилококковых деструкциях легких у детей: метод, рекомендации / В.И. Гераськин. М., 1979. -27 с.
7. Добровольский, С.Р. Диагностика и лечение экссудативного плеврита / С.Р. Добровольский, А.В. Белостоцкий // Хирургия. 2002. - № 3. - С.52-57.
8. Исаков, Ю.Ф. Новые технологии в детской хирургии / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ю. Разумовский // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: матер. IV конгр. М., 2005. - С. 334.
9. Исаков, Ю.Ф. Стафилококковая деструкция легких у детей / Ю.Ф. Исаков, В.И. Герасышн, Э.А. Степанов. Л., 1978.-224 с.
10. Кузьмин, А.И. Диагностика, лечение, исходы и профилактика острой деструктивной пневмонии у детей / А.И. Кузьмин. - Самара: Содружество, 2006. 108 с.
11. Кущ, Н.Л. Острые гнойные заболевания легких и плевры у детей / Н.Л. Кущ, А.М. Шамсиев, Г.А. Сопов. Ташкент: Медицина, 1981. - 127 с.
12. Раупов Ф.С., Ахмедов А.Т. Современное комплексное лечение острой деструктивной пневмонии у детей./ Раупов Ф.С., Ахмедов А.Т.// Тиббиётда янги кун.1(21)2018 й. 113-117 бетлар.
13. Раупов Ф.С., Саидова Н.Ф., Кадиров У.С. и др. Дифференцированное дренирование плевральной полости при легочно-плевральной форме деструктивной пневмонии у детей./ Раупов Ф.С., Саидова Н.Ф., Кадиров У.С. и др. // Педиатрия жене бала хирургиясы. №2 (96) 2019. Алматы, Республика Казахстан. стр. 132-133
14. Шамсиев, А.М. Острые деструктивные пневмонии у детей / А.М. Шамсиев. -Ташкент, 1996.-215 с.
15. An early thoracoscope approach in necrotizing pneumonia in children: a report of three cases / N. Kalfa, H. Allal, M. Lopez et al. // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. -2005.-Vol. 15,№ l.-P. 18-22.
16. Bauer, T.T. Comparison of systemic cytokine levels in patients with acute respiratory distress syndrome, severe pneumonia, and controls / T.T. Bauer, C. Monton, A. Torres//Thorax. 2000. - Vol. 55,№ l.-p. 1138-1145.
17. Clinical experience of managing empyema thoracic in children / F.L. Huang, P.Y. Chen, J.S. Ma et al. // J. Microbiol. Immunol. Infect. 2002. - Vol. 35, № 2. -P. 115-120.
18. Diagnostic efficacy and prognostic value of serum procalcitonin concentration in patients with suspected sepsis / M.J. Ruiz-Alvarez, S. Garc-a-Valdecasas, R. De Pablo et al. // J. Intens. Care Med. 2009. - Vol. 24, № 1. - P. 63-71.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-089.193.4.351.053

ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Раупов Ф.С.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

Описан случай лечения ребенка с тотальной формой болезни Гиршпрунга. Клинические признаки заболевания начались проявляться с запором, в период новорожденности. Больной часто обращался в детские лечебные учреждения, прооперирован несколько раз, только в 6-месячном возрасте интраоперационно взято биопсионный материал из стенки толстого кишечника и заболевания подтверждено гистологическим методом.

Ключевые слова: аганглиоз, болезнь Гиршпрунга, резекция кишечника.

CLINICAL CASE OF TREATMENT TOTAL FORM OF HIRSCHSPRUNG DISEASE

Raupov F.S.,

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali ibn Sina.

✓ ***Resume***

The case report of treatment of a child with a total form of Hirschsprung's disease is described. Clinical signs of the disease began to manifest with constipation during the neonatal period. The patient often went to children's hospitals, was operated on several times, only at 6 months of age biopsy material was taken intraoperatively from the wall of the large intestine and the disease was confirmed by histological method.

Key words: aganglіosis, Hirschsprung's disease, intestinal resection.

ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ ТОТАЛ ШАКЛИНИ ДАВОЛАШДА ЙЎҒОН ИЧАК КЕНГ КЎЛАМЛИ РЕЗЕКЦИЯСИ

Раупов Ф.С.,

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Гиршпрунг касаллиги тотал шаклига чалинган беморнинг самарали даволанганлиги ёритилган. Касалликнинг клиник белгилари чақалоқлик давридан бошлаб тез-тез ич қотиши билан намоён бўла бошлаган. Бемор ота-онаси шифохоналарга кўп маротаба мурожаат қилишган, бир неча бор оператив даволанган. Бемор 6-ойлигида навбатдаги операция вақтида йўғон ичак деворидан биопсия олиниб, касаллик гистологик тасдиқланган.

Калит сўзлар: аганглиоз, Гиршпрунг касаллиги, ичак резекцияси.

Актуальность

Болезнь Гиршпрунга является достаточно распространенной аномалией развития кишечной трубки. Частота возникновения болезни Гиршпрунга, по данным различных авторов на протяжении нескольких десятилетий колеблется от 1:50000 до 1:2000 к общему числу новорожденных [1,5,8,10]. Частота заболевания имеет тенденцию к увеличению в связи с улучшением выживаемости в неонатальном периоде. Существует разница в частоте различных форм заболевания в зависимости от протяженности зоны аганглиоза. Случаи с коротким сегментом встречаются гораздо чаще и составляют до 80% от общего числа. Остальные 20% наблюдений приходятся на пациентов, у которых длина аганглионарного сегмента располагается проксимально прямой кишки [1,2,6]. Тотальная форма болезни Гиршпрунга встречается относительно редко, впервые она была описана в 1926 г., а патогенез и принадлежность ее к ганглионарным заболеваниям были доказаны в 1948 г. американскими врачами Зульцером и Вильсоном [2,6,8,9,11,12].

В настоящее время тактика ведения новорожденных с подозрением на тотальный аганглиоз является унифицированной в крупных медицинских центрах. Вместе с тем большое количество детей поступают в более старшем возрасте, не имея предварительного диагноза. В большинстве случаев первоначальные клинические проявления практически у всех больных проявляются картиной острой кишечной непроходимости в периоде новорожденности [2,5,11,12]. При этом тактику хирургического лечения во многом определяют с учетом клинической ситуации, и зависит от компетенции медицинского персонала. Первичная операции в периоде новорожденности у всех больных бывают почти одинаковым - наложение илеостомы, или формирование илеоеюноректоанастомоза на уровне переходной складки брюшины по Ребейну, или брюшно-промежностная проктопластика по Соаве. Отличительными чертами больных детей являлись наличие хирургического анамнеза и осложнений до и послеоперационном периоде жизни [2,4,8,9].

При каждой повторной операции на ободочные и прямые кишки у детей нарушается иннервации, и

функции удаленной части толстой кишки, нарастает рубцовые процессы в малом тазу. После операции дистальная часть толстая кишка потеряет свою физиологичность и становятся ригидными, что приводить нарушению перистальтики недержанию кала, даже без повреждения сфинктеров заднего прохода [2,7,9,12].

В этом, контексте вспоминается мнения великого хирурга и мыслителя Эммета. "Хирург должен точно знать анатомию и патологию органов... и правильно представлять их физиологию. Он должен обладать значительными техническими навыками и интуицией, так как в пластической хирургии нет двух одинаковых случаев... Ему следует знать, что целью операции является не удаление, а восстановление пораженных органов и тканей и возвращение им по возможности того совершенства, которым первоначально наделил их Творец" [5,8]. При первичной радикальной коррекции пороков развития ободочной кишки у детей, часто допускается технические ошибки, связанной необоснованной показаний к широкому резекцию толстой кишки: при ревизии недооценка аномальных ветвления аркадных мезентеральных сосудов, значительное пересечения магистральных мезентеральных сосудов, слишком натяжения или перерастяжения брыжеечных сосудов, внесфинктерное или через вновь созданной узкий ход диафрагмы таза, низведения дистальной части толстой кишки. Они часто в раннем послеоперационном периоде приводят к нарушению кровообращения стенки низведенной кишку, что приводит к некрозу, расхождению швов анастомоза и последующим её ретракцию. В отдаленном периоде они приводят к протяженному стенозу заднего прохода и прямой кишки [2,5,9,12].

После выполнения обширных резекций кишечника у детей качество жизни и реабилитация последних в последующем затрудняется в связи с возникновением клинического синдрома, описанного как "синдром короткой кишки", а также последствиями, возникающими после проведения такого рода оперативных вмешательств [3,4,7,9,10]. О клиническом наблюдении тотальной формы болезни Гиршпрунга хотелось бы информировать.

Описание случая: Под нашим наблюдением находился больной А.Ф., 10/07-2010 г. рождения, обратился 14 марта 2020 г. в отделение хирургии Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра (БОДМЦ) (республика Узбекистан) являющегося клинической базой кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института (БГМИ) с жалобами: на капризность, замкнутость, на периодические схваткообразные боли в животе. Из анамнеза выяснилось, что ребенок от 1-ой беременности и родов. Родился в г. Казань, Российская Федерация. Беременность протекало без особенностей, роды в срок, 41 недель, с осложнениями, наблюдалось родовая слабость. Закричал сразу, к груди матери прикладывали на 2-сутки. Со слов матери, ребенок выписан из родильного дома на 7 сутки, и на 8-сутки после родов, отмечалось самостоятельное, обильное отхождение каловых масс. После выписки у ребенка было частое рвота, самостоятельного стула не наблюдалось, каждые 2-3 дня после клизмы отходило каловые камни, "овечье". Улучшение общего состояние не было. В 4-х месячном возрасте поступил в ДРКБ г. Казань, ребенку оказано медицинский помощь, проведено клинико-лабораторные исследования, проведено ирригография, на котором обнаружено: сигмовидная кишка изогнутая, удлинена, гаустрация сглажена. Нисходящая кишка - удлинена, гаустрация сглажена. Проведена лечения с диагнозом "Функциональный запор. Долихоколон. Долихосигма. Дисбактериоз кишечника. Паротрофия 1-2 ст." Выписан домой с улучшением. Но со слов родителей после выписки состояние ребенка не улучшилось, самостоятельный стул отсутствовал, наблюдался рвота. Состояние ребенка в динамике ухудшилось, и в 20 декабря 2010 г опять госпитализирован в ДРКБ г. Казань. 27.12.2010 г. с подозрением на "частичную кишечную непроходимость" принято решение о проведение диагностической лапароскопии, во время проведения которого диагностировано "абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат". Проведено операция: "Боковая лапаротомия, дренирование абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата, частичная аппендэктомия". В послеоперативном периоде, из-за сохранения клиники кишечной непроходимости 31.12.2010 г. было решено проведение повторной операции, который закончилось наложением илеостомы и биопсией стенки толстого кишечника. В послеоперационном периоде состояние больного оставалось тяжелой, рана зажило вторичным натяжением. Гистологическим методом подтверждён аганглиоз стенки толстого кишечника и установлен диагноз: "Болезнь Гиршпрунга, тотальная форма". В 26.04.2011 г. Ребенок госпитализирован для радикальной операции и в 03.05.2011 г. проведено операция: "Иссечение илеостомы. Тотальная колэктомия, брюшно-промежностная проктопластика по Дюамелю-Мартину". Послеоперационный период протекал относительно гладко, отмечались явления пострезекционного энтерита, рана зажила первичным натяжением. Ребенок получал антибактериальную, инфузионную, симптоматическую терапию. В анализах крови: Нв-108г/л, Эр-4,7; Лейк-8,2х109; с/я-44; тромб-323000. Выписан домой в относительно удовлетворительном состояние.

В последующем периоде жизни ребенок находился в домашних условиях по месту жительства в Республике Узбекистан. Со слов матери ребенок развивался соответственно возрасту, особых нарушений в психосоматических показателях не отмечено. В последнее время ребенок стал капризным, часто жаловался на боли в животе, стал замкнутым, родители заметили признаки непроизвольного отхождения каловых масс и иногда - учащение стула. По поводу которого обратились в клиническую базу БГМИ. Во время осмотра общее состояние относительно удовлетворительное, подвижный, замкнутый. Кожные покровы чистое, дыхание самостоятельное, хрипов нет. Сердечно сосудистая система - без особенностей.

Status lokalis: Живот мягкий, отмечается болезненность вокруг пупка, симптом раздражения брюшины - отрицательный, отмечается следы послеоперационных ран. Анус сомкнут, анальный-замыкательный рефлекс вызываются. Вокруг анального отверстия отмечается следы кала.

Произведено комплекс лечебно-диагностических мероприятий согласно стандартам медицинской службы. Провели обзорную рентгенографию, на которой отмечается имеется уровень жидкости и наличие чашек Клойбера. Установлено диагноз: "Спаечная болезнь, осложнившееся кишечной непроходимостью". Ребенок подготовлен к операции - "Релапоратомия,

ревизия органов брюшной полости, иссечения спаек, устранения кишечной непроходимости". Под интубационным наркозом сделано нижнесрединная лапаротомия, с техническими трудностями дошли до малого таза, между петлями кишечника имеются спайки, по возможности их разъединили. При осмотре органов малого таза ампула прямой кишки сформировано, над им лежать петли тонкого кишечника, на которых имеются спайки, из-за чего петли кишечника местами вздутые или спазмировано, находятся в хаотичном состояние. С легкими, щадящими движениями кишечник освободили от спаек, мобилизовали. При этом обратили максимум внимание на то, чтобы не образовались дополнительные изгибы, перегибы или карманы. Провели тщательную санацию брюшной полости, оставили страховочную дренажную трубку в малый таз, рану зашили наглухо, послойно. Дренажную трубку удалили на 3-сутки, рана зажило первичным натяжением. В послеоперационном периоде состояние больного постепенно стабилизировался. Назначили физиотерапевтические процедуры с учетом психологической поддержки по отношению частичного недержания стула.

Заключение

Таким образом, своевременно установленный диагноз и правильная тактика лечения тотального аганглиоза в неонатальном периоде позволяют существенно уменшить число напрасных оперативных вмешательств и осложнений, тем самим приводить к улучшению качества жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барская М.?А., Быков Д.?В., Варламов А.?В., Леонтьев А.?В. Наш опыт лечения болезни Гиршпрунга у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. / Материалы съезда детских хирургов России. 2015 г. стр. 33.
2. Гераськин, А.В. Детская колопроктология: руководство для врачей / А.В. Гераськин, А.Ф. Дронов, АН. Смирнов. - Москва: Контэнт, 2012.
3. Киргизов, И. В. Оценка качества жизни детей с нарушением акта дефекации / И.В. Киргизов, А.В. Линник, И. А. Шишкин, К. Н. Баранов, П. В. Иванов // Детская хирургия. - 2011. - № 2. - С. 21-23.
4. Котельникова Л.П., Шатрова Н.А., Белякова Я.В. Отдаленные результаты резекций левой половины ободочной и прямой кишок // Современные проблемы науки и образования. - 2012.- № 2.; стр. 147-152.
5. Лёнюшкин, А.И. Педиатрическая колопроктология: руководство для врачей / А.И. Лёнюшкин, И.А. Лёнюшкин.- СПб.: СПбГПМА, 2008.-122.
6. Лёнюшкин, А.И. Эволюция взгляда на этиологию и патогенез хронических запоров у детей / А.И. Лёнюшкин, Л.А. Ким, А.Е. Рыжов, Е.А. Цапкин // Детская хирургия. - 2009. - № 6. - С. 48.
7. Раупов Ф.С. Резекция толстого кишечника и возможные послеоперационные осложнения у детей. / Раупов Ф.С. // Новый День в Медицине.- 2020. №1 (29). - стр. 329-331.
8. Хамраев А.?Ж., Каримов И.?М., Хамроев У.?А., Оллоназаров Ж.?О. Реабилитация детей с аноректальными мальформациями. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. /Материалы съезда детских хирургов России 2015 г.стр 153.
9. Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С. Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения./ Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С.// Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетени. Илмий-амалий тиббиёт журнали, 3/2020 й.125-130 бб.
10. Barrena S., Andres A.M., Burgos L., Luis A.L., Hernandez F., Martinez L., Lopez-Santamaria M., Lassaletta L., Tovar J.A. Long-term results of the treatment of total colonic aganglionosis with two different techniques. Eur. J. Pediatr. Surg. 2008; 18: 6: 375-379.
11. Das K., Kini U., Babu M.K., Mohanty S., D'Cruz A.J. The distal level of normally innervated bowel in long segment colonic Hirschsprung's disease. Pediatr. Surg. Int. 2010; 26: 6: 593-599.
12. Fouquet V., De Lagausie P., Faure C. et al. Do prognostic factors exist for total colonic aganglionosis with ileal involvement? J Pediatr Surg 2002; 37: 71-75.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.72-002-085.262.1

МИОКАРД ИНФАРКТИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ТАРҚАЛИШИ

Рахматова Д.Б., Турсунов Х.Х.,

Бухоро давлат тиббиёт институти, Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ишнинг асосий мақсади кекса ва қари ёшдаги аҳоли ўртасида миокард инфарктининг ривожланишида хавф омилларини ўрнини баҳолаш бўлиб, беморларда аниқланган мавжуд хавф омиллар ва касалликлар, жумладан гипертония касаллиги, юрак ишемик касаллиги, қандли диабет ва бошқа сурункали ноинфекцион касалликлар - ўткир миокард инфарктини 1,5 баравара ривожланишига олиб келади.

Калит сўзлар: миокард инфаркти, хавф омиллари, оилавий поликлиника.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПОЖИЛЫХ И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НАСЕЛЕНИЯ

Рахматова Д.Б., Турсунов Х.Х.,

Бухарский государственный медицинский институт,
Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Основная цель исследования - оценить роль факторов риска в развитии инфаркта миокарда у пожилых и старческого возраста населения. Существующие факторы риска и заболевания, выявленные у пациентов, включая гипертоническая болезнь, , ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и другие хронические неинфекционные заболевания, приводят к 1,5-кратному развитию острого инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, факторы риска, семейная поликлиника.

DISTRIBUTION OF THE RISK FACTORS OF MYOCARDIAL INFARCTION AMONG THE ELDERLY AND OLD AGE OF THE POPULATION

Rakhmatova D.B., Tursunov Kh.Kh.,

Bukhara State Medical Institute, Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The main goal of the study is to assess the role of risk factors in the development of myocardial infarction in the elderly and senile population. Existing risk factors and diseases identified in patients, including hypertension, ischemic heart disease, diabetes mellitus and other chronic non-infectious diseases, lead to 1.5-fold development of acute myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, risk factors, family polyclinic.

Долзарблиги

Юрак - қон томир касалликлари, айниқса ЎМИни олдини олиш тизими анъанавий равишда аҳолининг кекса ёшдаги гуруҳларида ўзгарувчан хавф омилларини аниқлашга асосланган бўлиши керак, яъни ЮИКгининг бундай ўткир шакллари ва ҳолатлари, уларнинг ҳар бирининг борлиги юрак - қон томир тизими касалликларидан ўлим ҳолатларини ривожланиш эҳтимоллигини оширади [2,5]. Юрак қон-томир касалликлари ривожланишининг хавф омилларини алоҳида аниқлаш бўйича мавжуд доимий ва доимий ишлайдиган (диспансер) операцион тизимлар ижобий натижа бериши мумкин, аммо аксарият ҳолларда улар ўзларини оқламайдилар, чунки улар паст самарадорлик билан катта молиявий, таркибий ва ташкилий харажатларни талаб қилади. Сўнгги ўн йилликларда кардиоваскуляр профилактика кекса ёшдаги беморларнинг кичик гуруҳида фаол ривожланиб бормоқда, ҳамда профилактика алгоритмлари ва реабилитация дастурлари ишлаб чиқилмоқда. ЮИКгидан ўлимнинг деярли 3/4 ҳолати 65 ёшдан ошган беморларда учраб, ЎМИдан ўлимнинг деярли 80%и ушбу ёш гуруҳига тегишли [1,6]. Мамлакатимизда юрак-қон томир касалликлари ўлимнинг асосий сабабидир, бу умумий ўлимнинг 56% дан ортиғини ташкил қилади. Бундан ташқари, ЮҚТ касалликлари нафақат тиббий, балки жуда катта ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга эга, чунки улар эрта ўлим билан, яъни меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар ўлими билан боғлиқ [3,4]. Юрак қон-томир касалликлари ҳақли равишда XXI асрнинг эпидемияси деб аталади. Дунё ҳамжамиятида юрак қон-томир касалликларининг келиб чиқишида ҳаракатсизлик, гиподинамия, руҳий зўриқишлар, овқатланиш рационининг бузилиши, зарарли одатлар: алкоголли ичимликларни истеъмол қилиш, чекиш кабилар ва беморда мавжуд касалликларнинг биргаликда келиши ўткир миокард инфарктини ривожланишида катта аҳамиятга эга. Юрак қон-томир касалликларининг асорати бўлган ўткир миокард инфаркти беморларнинг эрта ногиронлиги ва ўлимига олиб келади [7,8,9,10].

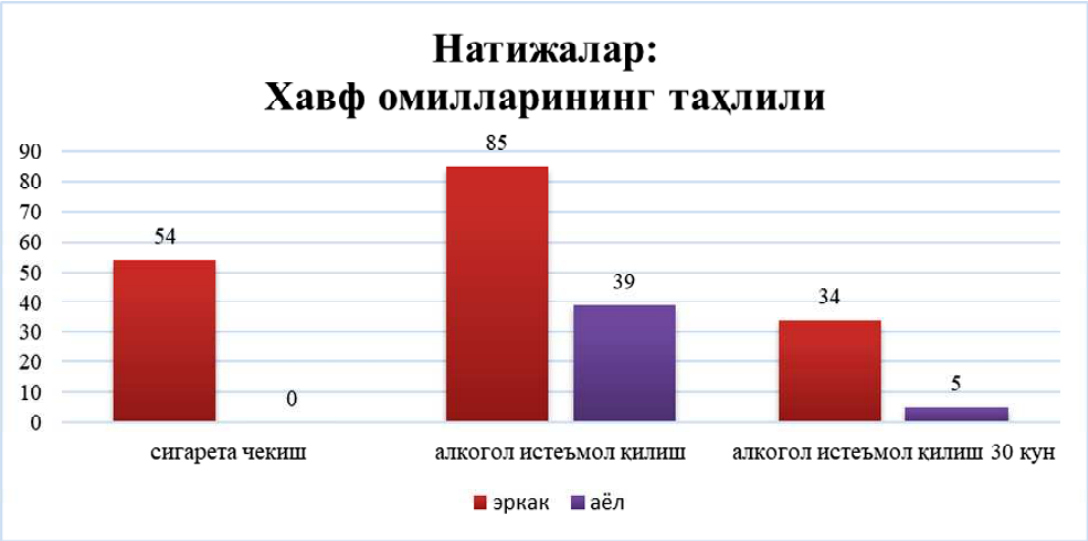
Мақсад: Кекса ва қари ёшдаги аҳоли ўртасида миокард инфарктининг ривожланишида хавф омилларини ўрнини баҳолаш.

Материал ва усуллар

Илмий тадқиқот иши Бухоро шаҳрининг 1-ОП ва 8-ОП да олиб борилди. Жами 314 та бемор, 8-ОП 164 нафар, 1-ОП 150 та, яъни 60-75 ёшгача бўлган беморлар (эркаклар 121 та, аёллар 145 та), 75-89 ёшгача бўлган беморлар (эркаклар 23 та, аёллар 25 та) да текширишлар ўтказилди. Беморлар ЖССТнинг юқумсиз касалликлар хавфли омилларининг эпидемиологик мониторинги бўйича STEPS саволномаси WHO STEPS INSTRUMENT FOR CHRONIC DISEASE RISK FACTOR SURVEILLANCE асосида текширилди. Хавф омилининг касалланиш кўрсаткичига таъсирини баҳолаш мақсадида беморларнинг асосий ташхисини ҳам таҳлил қилдик. Яъни, 314 беморнинг 65 нафарида (20.7%) гипертония касаллиги, 177 нафарида (56.4%) ЮИК, 20 нафарида (6.4%) қандли диабет, қолган 52 нафарида (16.5%) бошқа сурункали ноинфекцион касалликлар қайд этилди.

Натижа ва таҳлиллар

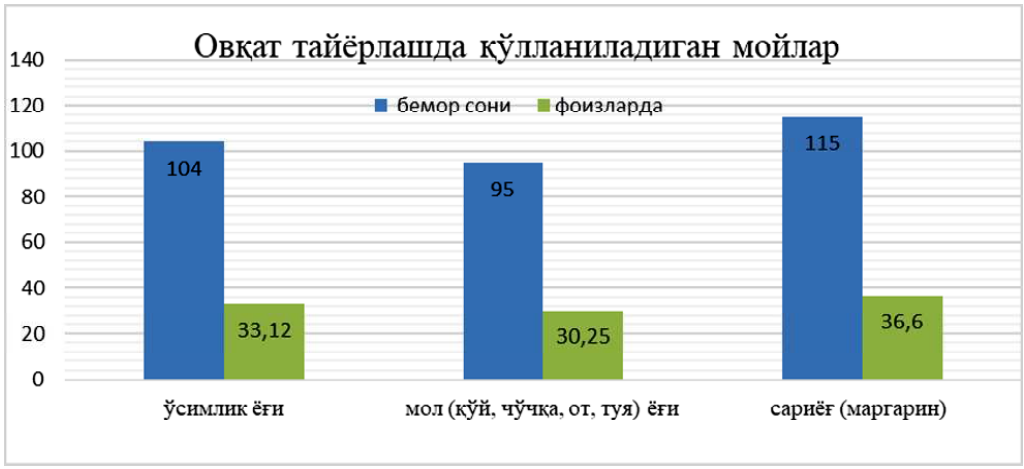
Ўтказилган тадқиқотимизда фабрикада ишлаб чиқарилган сигарета чекувчиларни 54 та (эркак) бемор-17,2% ташкил этди. Алкоголли ичимлик истеъмол қилувчилар (масалан: пиво, вино, ароқ, коньяк) жами 124 та бемор (эркаклар 85 та, аёллар 39 та)дан иборат бўлиб, ушбу 124 та бемордан 106 таси охирги 12 ой давомида алкоголли ичимлик, 106 та бемордан 39 таси (эркаклар 34 та, аёллар 5та) охирги 30 кун давомида алкоголли ичимлик истеъмол қилгани аниқланди. Бу кўрсаткич 314 та беморга нисбаттан 39.5% ни, 124 та алкоголли ичимлик истеъмол қилганларга нисбаттан 31,5% ни ташкил қилди.

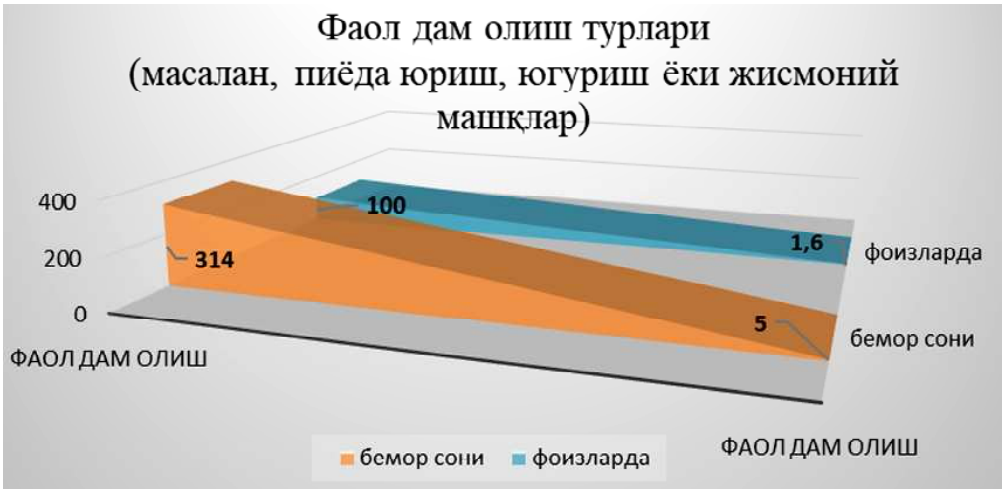


Овқат тайёрлашда 104 нафар бемор ўсимлик ёғидан, 95 нафар бемор мол (қўй, чўчқа, от, туя) ёғи, 115 нафар бемор сариёғ ва бошқа ёғлар (маргарин)дан фойдаланишини таъкидлади. Ўсимлик ёғидан ташқари, мол ёғи ва сариёғ (маргарин) истеъмоли 66,9% ни ташкил этди.

Энг камида 10 дақиқа ва ундан ортиқ вақт давомида нафас олиш ва томир уришини анча тезлашатирувчи юқори интенсивлик характерига эга спорт турлари, жисмоний машқлар ёки фаол дам олиш турлари (масалан, югуриш ёки футбол ўйнаш) билан 314 бемордан 5 нафари - 1,6% бемор, жумладан ушбу беморлар ҳафтада атиги 1 кун давомида шуғулланишини таъкидлади. 4 та хавф омили нуқтаи назаридан олганда, 54 нафар чекувчи беморларнинг 24 таси (44,4%) алкоголли ичимлик истеъмол қилади, 22 таси (40,7%) мол ёғи ва сариёғ (маргарин) истеъмол қилади, ҳамда 53 нафари (98,1%) фаол дам олиш турлари (масалан, югуриш ёки футбол ўйнаш) билан шуғулланмайди.

Жумладан, 54 нафар чекувчи беморнинг 5 тасида (9.3%), 39 та алкоголли ичимлик истеъмол қилувчи беморнинг 7 тасида (18%), 210 та мол ёғи ва сариёғ (маргарин) истеъмол қилувчиларнинг 14 тасида (6.7%) қон босимининг меъёрдалиги аниқланди. Хавф омиллари ва меъёрий қон босими кўрсаткичлари тақ-





қосланганда, 54 нафар беморда мавжуд хавф омилининг 40,7% дан 98,1% га ўзгариши 18% гача беморда қон босимининг меъёрда бўлиш эҳтимоллигини қўрсатмоқда.

Хулоса

Кекса ва қари ёшдаги беморларда аниқланган мавжуд хавф омиллар ва касалликлар, жумладан гипертония касаллиги, ЮИК (зўриқишдаги турғун стенокардия фс 2-3), қандли диабет ва бошқа сурункали ноинфекцион касалликлар ўткир миокард инфарктини 1,5 бараварга ривожланишига олиб келади. Шунинг учун ҳам, инсониятнинг ҳаёт тарзи давомида аҳамиятли, ўзгартириб бўладиган хавф омилларини максимал даражада бартараф этиш миокард инфарктини келиб чиқишини олдини олади, бу эса ўлим ва ногиронлик кўрсаткичларининг ижобий камайишига асос бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Kristian Laake , Ingebj?rg Seljeflot , Erik B Schmidt , Peder Myhre , Arnljot Tveit , Harald Arnesen , Svein Solheim. Serum Fatty Acids, Traditional Risk Factors, and Comorbidity as Related to Myocardial Injury in an Elderly Population with Acute Myocardial Infarction.// J Lipids, 2016; Vol.2016, pp.4945720;
2. Ншановна Б.К., Борель К.Н. Инфаркт миокарда у пациентов молодого возраста: многолетний сравнительный анализ особенностей развития, клинического течения и стратегии ведения. //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2016;(3). https://doi.org /10.17802/2306-1278-2016-3-
3. Алиханова К.А. Омаркулов Б.К. Абугалиева Т.О. Жакипбекова В.А. Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения карагандинской области. // / Фундаментальные исследования. 2013. № 9-5. С. 804-809.
4. Курбанов Р.Д., Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Хасанов М.С., Нурбаев Т.А., Якуббеков Н.Т., Абдуллаева С.Я. Прогностическая ценность результатов лабораторной и инструментальной диагностики у больных острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета. // Евразийский кардиологический журнал. 2013. № 2. С. 27-35.
5. Гарганеева А.А., Тукиш О.В., Кужелева Е.А. Отдаленная выживаемость пациентов пожилого и старческого возраста после инфаркта миокарда в зависимости от тактики ведения в остром периоде заболевания. // Успехи геронтологии. 2017. № 5.С.709-715.
6. Рыжова Т.А. Особенности течения инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста. /Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Кемерово, 2013 г.- 26 с.
7. Rakhmatova D.B. "Main"Symptoms and leading clinical options for the flow of acute coronary syndromes in women//Rakhmatova D.B. //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR)19, Volume: 8, Issue :11. page 69-74. DOI: 10.5958 / 2278-4853.2019.00307.0
8. Рахматова Д.Б. "Главные" симптомы и ведущие клинические варианты течения острого коронарного синдрома у женщин. /Д.Б.Рахматова // Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 6, pp 68-73. http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2019-6-8
9. Rakhmatova D.B. Analysis of the risk factors of Chd in persons over 60 years among the population of the city of Bukhara. // Asian studies. Индия. 2019, №1. 33-38 стр
10. Рахматова Д.Б. Анализ факторов риска ИБС у лиц старше 60 лет среди населения города Бухары. /Рахматова Д.Б., Ражабова Г.Х., Мавлонов Н.Х. // Новый день в Медицине №4(24) 2018. 102-104 стр.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616.125.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ризаева М.Ж.,

Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал РНЦЭМП. Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В данной статье обсуждаются стратегии ведения пациента с фибрилляцией предсердий (ФП): частоты сердечных сокращений (ЧСС) или контроль ритма сердца. Базируясь на собственных данных выполнения кардиоверсии в отделении кардитерапевтической реанимации РНЦЭМП Бухарского филиала, приводится алгоритм выбора стратегии ведения у конкретного больного, описывается подготовка и методика выполнения электрической кардиоверсии. Для обеспечения безопасности восстановления синусового ритма приводится анализ результатов электроимпульсной терапии (ЭИТ) и осложнений при использовании различных антикоагулянтов. В основе анализа делаются выводы о предпочтительности стратегии контроля ритма сердца у пациентов с ФП и о безопасности и эффективности электрической кардиоверсии на фоне адекватной антитромботической терапии.

Ключевые слова: электрическая кардиоверсия, фибрилляция предсердий, антитромботическая терапия, частота сердечных сокращений.

EFFICIENCY AND SAFETY OF ELECTRIC CARDIOVERSION IN PERSISTENT FORM OF ATRIAL FIBRILLATION

Rizaeva M.Zh.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara branch of RCEMC. Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

This article discusses strategies for managing a patient with atrial fibrillation (AF): heart rate (HR) or heart rate control. Based on our own data on the performance of cardioversion in the cardiotherapeutic resuscitation department of the RSCEMP of the Bukhara branch, an algorithm for choosing a management strategy in a particular patient is presented, the preparation and method of performing electrical cardioversion are described. To ensure the safety of the restoration of sinus rhythm, an analysis of the results of electrical impulse therapy (EIT) and complications when using various anticoagulants is given. The analysis draws conclusions about the preference of the heart rate control strategy in patients with AF and about the safety and efficacy of electrical cardioversion against the background of adequate antithrombotic therapy.

Key words: electrical cardioversion, atrial fibrillation, antithrombotic therapy, heart rate.

ATRIAL FIBRILASYONINING FAKTLI FORMASIDAGI ELEKTRIK KARDIOVERSIYANING SAMARALIQ VA XAVFSIZLIGI

Rizaeva M.J.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, RShTYoM Buxoro filiali, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada atriyal fibrilatsiyali (AF) bemorni boshqarish strategiyasi muhokama qilinadi: yurak urishi (YuU) yoki yurak urishini boshqarish. Buxoro filiali Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining kardioterapevtik reanimatsiya bo‘limida kardioversiya ko‘rsatkichlari bo‘yicha o‘zimizning ma'lumotlarimiz asosida ma'lum bir bemorni boshqarish strategiyasini tanlash algoritmi keltirilgan, elektr kardioversiyasini amalga oshirish uchun tayyorgarlik va metodikasi tavsiflangan. Sinus ritmini tiklash xavfsizligini ta'minlash uchun elektr impuls terapiyasi (EIT) natijalari va turli antikoagulyantlarni qo‘llashdagi asoratlar tahlili berilgan. Tahlilda AF bilan og‘rigan bemorlarda yurak urish tezligini nazorat qilish strategiyasining afzalligi va etarli antitrombotik terapiya fonida elektr kardioversionning xavfsizligi va samaradorligi to‘g‘risida xulosalar chiqarildi.

Kalit so‘zlar: elektr kardioversion, atriyal fibrilatsiya, antitrombotik terapiya, yurak urish tezligi.

Актуальность

Фибрилляция предсердий (ФП) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Она является наиболее распространенным нарушением ритма сердца, ее частота в общей популяции составляет 1-2% [1]. В возрасте после 40 лет риск развития фибрилляции предсердий составляет 25% [2]. Распространенность ее увеличивается с возрастом - от <0,5% в возрасте 40-50 лет до 5-15% в возрасте 80 лет [3-5]. Исходя из тенденции к старению населения, ожидается удвоение фибрилляции предсердий в ближайшие 50 лет [1].

Самой значимой угрозой ФП являются тромбоэмболические осложнения, так, например, риск инсульта возрастает в 5 раз [1]. Тромбоэмболические осложнения, протекающие на фоне ФП, склонны рецидивировать, чаще приводят к инвалидизации или летальному исходу. Асимптомная ФП может манифестировать "криптогенным" инсультом [6, 7]. Не выяв-

лено различий риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) между постоянной, персистирующей и пароксизмальной формами ФП [8]. Независимо от наличия других факторов риска, ФП увеличивает смертность вдвое [6, 9]. И только адекватная антитромботическая терапия может снизить смертность, связанную с ФП [10].

У пациентов с ФП ухудшается качество жизни и снижается толерантность к физической нагрузке. Качество жизни существенно хуже, чем у здоровых людей или больных с ишемической болезнью сердца и синусовым ритмом [11]. ФП часто страдают трудоспособные категории граждан, в том числе без структурных отклонений в сердце, а периодически - и без иной сердечной патологии. О тактике ведения пациента с ФП соответственно возникает вопрос: контроль ЧСС или восстановление синусового ритма. Сопоставимую при обеих стратегиях смертность показали исследования AFFIRM [10], RACE [11] и AF-CHF [12], но не все так однозначно в плане прогноза хронической сердечной недостаточности (ХСН) и качества жизни. В рамках исследования RACE выявило ухудшение сократительной способности левого желудочка (ЛЖ) у пациентов на фоне контроля ЧСС по сравнению с пациентами, для которых была выбрана тактика контроля ритма, более того, у пациентов с восстановленным синусовым ритмом были зафиксированы случаи улучшения сократительной способности [13, 14]. Но эти данные не получили эхокардиографического подтверждения в исследовании AFFIRM. В исследованиях AFFIRM, RACE, PIAF и STAF не было выявлено разницы по качеству жизни у этих двух групп пациентов, но используемый для ее оценки вопросник SF-36 подвергается критике, потому как он позволяет измерить общее качество жизни, но не симптомы, связанные с ФП [1]. Результаты же ретроспективного анализа свидетельствуют о том, что удержание синусового ритма может улучшить качество жизни. В практике мы нередко сталкиваемся с клиническими ситуациями, когда при объективно строгом контроле ЧСС (менее 80/мин) пациенты предъявляют жалобы на сердцебиение, кардиалгии, чувство нехватки воздуха в покое. По диагностике и лечению ФП Российские рекомендации выдвигают тезис, что стратегия контроля ЧСС - "это разумная стратегия ведения пожилых людей, у который симптомы ФП представляются приемлемыми" [1]. Дополнительные данные в пользу стратегии контроля ритма получены из международного регистра GARFIELD, где на 5525 пациентах, разделенных на группы контроля ритма и контроля частоты, показано большее снижение смертности именно в группе контроля ритма сердца [15]. Данные частых обращений пациентов с поздними рецидивами ФП для повторной кардиоверсии дополнительно указывает на лучшее качество их жизни при сохранении синусового ритма.

В нашем центре (отделение кардиотерапевтической реанимации) ежегодно выполняется более 70 кардиоверсий пациентам с персистирующей и длительно персистирующей формами фибрилляции и трепетания предсердий. Нам бы хотелось поделиться практическим опытом по выбору той или иной стратегии у конкретного больного. Выбирая тактику ведения пациента, в нашей практической работе, мы рассматриваем соотношение риска/пользы кардиоверсии и дальнейшего удержания синусового ритма антиаритмическими препаратами в сравнении с поддержанием нормосистолической формы ФП. В случае поддержания нормосистолической формы ФП начинаем с "мягкого контроля ритма" (ЧСС в пределах 110 /мин в покое), а при сохранении аритмии переходим к "строгому контролю" (ЧСС в пределах 80 / мин). При выборе тактики лечения учитывали клиническую значимость аритмии, ее давность и субъективная переносимость пациентом, анамнестические данные о попытках профилактической антиаритмической терапии и их эффективности, анамнез ранее выполненных медикаментозных и электрических кардиоверсий, приема препаратов, возраст пациентов, трудовой деятельности и особенности их образа жизни, наличие или отсутствие ишемической болезни сердца (ИБС) и ее выраженность, сопутствующая патология,. Особых противопоказаний к проведению кардиоверсии в национальных рекомендациях не приводится. Однако указываются факторы, предрасполагающие к рецидивированию ФП, которые включают в себя длительность ФП перед кардиоверсией, увеличение размеров левого предсердия (ЛП) или снижение его функции, наличие ИБС, число предыдущих рецидивов, возраст, заболевания легких или митрального порока сердца, а также предсердную экстрасистолию, ранние экстрасистолы "Р" на "Т", синусовую тахикардию, нарушения внутрипредсердной и межпредсердной проводимости. В связи с малой эффективностью и высоким риском рецидивирования исключаются пациенты со значимыми структурными изменениями сердца: дилатация ЛЖ более 7,0 см, дилатация ЛП более 6,0х8,0 см, клапанные пороки, подлежащие хирургической коррекции, обширные рубцовые изменения, снижение фракции выброса (кроме предполагаемого на основании оценки длительности существования аритмии и ультразвуковых исследований (УЗИ) тахикардитического генеза систолической дисфункции), гипертрофия миокарда ЛЖ более 1,5 см (что значимо ограничивает в возможности медикаментозного удержания синусового ритма, за счет ограниченности выбора антиаритмического препарата). Опираясь на результаты оценки функционального статуса подгруппы (под исследование AFFIRM), мы чаще склоняемся к стратегии контроля ритма, где умеренное увеличение дистанции 6-минутной ходьбы выявлялось у пациентов из группы контроля ритма, а наличие ФП было связано с низким ФК по NYHA. Из чего можно заключить, для больных с сохраняющимися симптомами, несмотря на адекватный контроль ЧСС, контроль ритма позволит добиться дополнительного улучшения функционального состояния [16]. Иногда, не имея точных данных о давности существования ФП и не зная, явилась ли ФП причиной ХСН или, наоборот, ХСН привела к "вторичной" ФП, мы считаем возможным при отсутствии противопоказаний предпринять активную попытку восстановления синусового ритма с дальнейшей оценкой динамики клинических, ультразвуковых показателей и профиля ритма пациента.

При выборе стратегии контроля ритма сердца проводится подготовка к кардиоверсии. Вне зависимости от методики кардиоверсии, важнейшим аспектом остается профилактика тромбоэмболических осложнений. При ФП в настоящее время рекомендованы к применению следующие пероральные антикоагулянты: антагонист витамина К (варфарин) и ривароксa-

бан (ксарелто). Эффективность этих препаратов показана на соответствующих подгруппах в исследованиях RELY, ARISTOTEL, RROCKET-AF, а так же в октябре 2014 г были представлены данные проспективного исследования X-VeRT, посвященного антитромботической профилактике кардиоверсии и наглядно показавшего превосходство ривароксабана над варфарином [17].

С целью исключения внутри предсердного тромба, и изучения размеров левого предсердия, всем пациентам перед восстановлением синусового ритма с помощью электрической кардиоверсии, проводили эхокардиографию. При выявлении тромба на фоне непрерывной антитромботической терапии в целевой дозировке планируется повторное УЗИ через 1,5-2 мес. Добившись новых результатов, мы повторно решаем вопрос о возможности кардиоверсии. Антиаритмическая терапия пациенту до выявления тромба ушка ЛП не назначается во избежание восстановления синусового ритма (медикаментозной кардиоверсии), что по известным причинам несет в себе риск эмболии. В ожидании результатов достижения адекватной дозы варфарина проводится подбор терапии по контролю ЧСС, стабилизация артериального давления (АД) и коррекция ХСН, что является благоприятным клиническим фоном для сохранения у пациента синусового ритма. В случае выявления тромба ЛП такая тактика позволяет не затягивать сроки госпитализации.

В то время как исключен тромбоз начинается предварительная антиаритмическая терапия. Ведется индивидуальный подбор антиаритмических препаратов с учетом эхокардиометрических показателей, наличия или отсутствия ИБС, стадии ХСН, наличия или отсутствия в анамнезе трепетания предсердий, сопутствующей патологии. От выбора препарата зависит длительность его приема до кардиоверсии (например, амиодарон принимается до появления ЭКГ-критериев "насыщения" данным препаратом). Ожидается то, что после выписки для предупреждения рецидивов аритмии пациент продолжит принимать подобранный препарат. С целью предупреждения жизни угрожающих нарушений ритма проводится коррекция уровня электролитов, преждевременно отменяются сердечные гликозиды, в случае планируемой электроимпульсной терапии.

Электрическая кардиоверсия является одним из самых действенных и безопасных методов восстановления синусового ритма. Профессор Б.А. Татарский сообщает, что эффективность фармакологической кардиоверсии (без учета давности аритмии и применяемого препарата) составляет 40-70%, тогда как эффективность электрической кардиоверсии достигает 90% [18]. Большую часть кардиоверсий в нашем отделении выполняется с использованием именно этой методики. Это обусловлено спецификой экстренной работы - большинство пациентов на момент госпитализации имеют персистирующую и длительно персистирующую фибрилляцию предсердий, срок которой нередко достигает месяцы, года и более, и ранее (по месту жительства) им выполнялась попытка фармакологической кардиоверсии, не увенчавшаяся успехом. Из клинической практики известно, что длительное течение аритмии снижает эффективность фармакологической кардиоверсии. Вместе с тем, фармакологическая кардиоверсия несет в себе ряд дополнительных рисков: проаритмогенное действие антиаритмических средств, угнетающее влияние препаратов на синусовый узел и атриовентрикулярное проведение. экстракардиальные воздействия. В клинических рекомендациях Российского кардиологического общества по диагностике и лечению ФП акцентируется, что эффективность использования большинства антиаритмических препаратов для лекарственной кардиоверсии доказана у больных с недавно развившейся ФП, продолжительностью менее 48 ч [1]. Для купирования же персистирующей ФП в настоящее время рекомендованы антиаритмические препараты, но эффективность их доз зависима: от 29,7 до 72% (до 100% при трепетании предсердий), параллельно с чем возрастает риск проаритмогенного эффекта, по некоторым данным - до 12% [19], что сочетается с нашим опытом применения этих препаратов. Для купирования ФП в настоящее время в мире используется ряд весьма эффективных препаратов (ибутилид, флекаинид), но назначение их ограничивается достаточно высоким количеством осложнений и, помимо этого, отсутствием регистрации в Узбекистане. В свой черед, осложнения от электрической кардиоверсии более "управляемы": тромбоэмболические осложнения профилактируются адекватной антикоагулянтной терапией, опасные аритмии предупреждаются предварительной коррекцией электролитного обмена, отменой дигоксина и синхронизацией электрического разряда с собственной сердечной активностью, что касается ожогов кожи являются технической погрешностью и компенсируется использованием достаточного количества электропроводящего геля. Что касается осложнений наркоза и скрытого синдрома слабости синусового узла, то мероприятия проводится в условиях специализированной палаты кардиореанинации, что повышает ее безопасность. После ЭК в течение суток проводилось непрерывное мониторирование ЭКГ. Таким образом, соотношение польза/риск - на стороне электрической кардиоверсии.

Учитывая необходимость общего наркоза, процедура выполняется натощак. Анестезия осуществляется внутривенным введением пропофола. Доза подбирается, исходя из веса и клинического статуса пациента. Электроды устанавливаются в переднебоковом положении, активируется синхронизация дефибриллятора с собственной сердечной деятельностью. Величина начального разряда, исходя от веса пациента и длительности ФП 150 - 200 Дж. Как известно, что более успешная кардиоверсии после первого разряда связан с использованием биполярного импульса - по сравнению с монополярным успех ЭИТ повысился с 83 до 94% [20]. Разряд наносится на выдохе, что способствует уменьшению грудного сопротивления [18]. В случае неуспешного первого разряда наносится второй - 270 Дж при других прежних условиях. На случай и его неэффективности возможно нанесение разряда при переднезаднем расположении электродов, что способствует еще большему снижению грудного сопротивления. После проведенной кардиоверсии пациент в течение нескольких часов наблюдается в условиях палаты реанимации, затем переводится в отделение. В течение суток пациент находится в отделении на постельном режиме с непрерывным кардиомониторным наблюдением.

Результат и обсуждения

В отделение кардиотерапевтической реанимации РНЦЭМП Бухарского филиала за период 24 мес. (2018-2019гг) для решения вопроса о возможности кардиоверсии поступили 150 пациента с ФП. Учитывая вышеуказанные клинико-эхокрдиографические критерии, кардиоверсия была выполнена 100 из них (81,5%). В методике кардиоверсии преобладала ЭИТ: 100 против 50 фармакологической (94,5 и 5,5% соответственно). В качестве антитромботической терапии ЭИТ использовались: нефракционный гепарин 128 в случаях (60,9%) (с дальнейшим переходом на пероральный антикоагулянт), ривароксабан в 14 случаях (3,9%) и варфарин в 8 случаях (2,2%). После ЭИТ рецидивы ФП подразделяются на немедленные (в течение нескольких минут), таковых было 1 (1,0%); ранние (в течение 5 суток) - 1 (1,0 %) и поздние (в сроки более 5 суток) - их оценивали ориентировочно по повторным госпитализациям, 3 случая (3,7% в год).

После проведения ЭИТ наблюдалось 3 случая скрытого синдрома слабости синусового узла (СССУ), купированная самостоятельно.

За указанный срок имели место 1 ишемический инсульт и 1 эпизод тромбоэмболии в брахицефальную артерию. Все перечисленные осложнения случились на фоне терапии варфарином, несмотря на то, что показатели антикоагуляции находились в целевом диапазоне по значениям МНО во всех случаях имевших место осложнений. Во всех перечисленных случаях отмены терапии не потребовалось, были лишь уменьшены дозы препаратов - ривароксабан с 20 до 15 мг/сутки, в случае с варфарином принято решение снизить целевое МНО до 1,6-2,5 ед. (учитывая, что данные значения обладают достаточным протективным эффектом, чтобы быть рекомендованными, в частности, для пожилых пациентов) [21].

Вывод

1. Рассматривающий клинический опыт, результаты субанализа AFFIRM [12] и международного регистра GARFIELD [17], можно рекомендовать более широко рассматривать возможность выбора стратегии контроля ритма.

2. Применяемые нами критерии для выбора стратегии ведения пациента (контроль ритма или ЧСС) эффективны, поэтому результаты кардиоверсий на фоне их применения совпадают с литературными данными.

3. Способ кардиоверсии ЭИТ высокоэффективен и безопасен даже у пациентов с длительно персистирующей ФП при условии соблюдения правил выполнения процедуры и адекватной антитромботической защиты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. RSC, RSSA, RACVS guidelines for the electrophysiological studies, catheter ablation and implantable use of antiarrhythmic devices. Available at: http://www.vnoa.ru/literature/Recomend2013.pdf. Accessed by 1 5/08/2014. Russian (Клинические рекомендации РКО, ВНОА И АССХ по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств. Доступно на: http://www.vnoa.ru/literature/Recomend2013.pdf. Проверено 1 5.08.201 4).
2. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study, Circulation 2004; 1 10:1 042-6.
3. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/ Paisley study. Heart 2001; 86: 516-21.
6. Heeringa J, van der Kuip DA, Hofman A, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study, Eur Heart J 2006; 27: 949-53.
5. Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. Am J Cardiol 2009; 104: 1 534-9.
6. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). Eur Heart J 2007; 28: 2803-17.
7. Knecht S, Oelschlager C, Duning T, et al. Atrial fibrillation in stroke-free patients is associated with memory impairment and hippocampal atrophy. Eur Heart J 2008; 29: 21 25-32.
8. Friberg L, Hammar N, Rosenqvist M. Stroke in paroxysmal atrial fibrillation: report from the Stockholm Cohort of Atrial Fibrillation. Eur Heart J 2010; 31: 967-75.
9. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/ Paisley study. Am J Med 2002; 1 13: 35964.
10. Hylek EM, Go AS, Chang Y et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. N Engl J Med 2003; 349: 1 019-26.
11. Thrall G, Lane D, Carroll D, Lip GY Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review. Am J Med 2006; 1 19: 448 e1-e19.
12. Roy D., Talajic M., Nattel S. et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure // N. Engl. J. Med.- 2008. - Vol. 358. - P. 2667-2677.
13. Hsu L.F., Jais P., Sanders P. et al. Catheter ablation for atrial fibrillation in congestive heart failure // N. Engl. J. Med. - 2004. - Vol. 351. - P. 2373-2383.
14. Khan M.N., Jais P., Cummings J. et al. Pulmonary-vein isolation for atrial fibrillation in patients with heart failure // N. Engl. J. Med. - 2008. - Vol. 359. - P. 1778-1785.
15. Berge E. et al. Outcomes after rhythm versus rate control in patients with atrial fibrillation: the international prospective GARFIELD registry // Eur. Heart J. - 2013. - Vol. 34, suppl. 1. - P. 551.
16. Функциональное состояние больных с фибрилляцией предсердий. Данные исследования AFFIRM [Электронный ресурс]. - URL: http://www.medmir.com/content/view/705Z9 (дата обращения 15.02.2015).
17. Ezekowitz M.D., Cappato R. Klein A.L., Camm A.J. et al. Rationale and design of the eXplore the efficacy and safety of once-daily oral rivaroxaban for the prevention of cardiovascular events in patients with nonvalvular atrial fibrillation scheduled for cardioversion trial: A comparison of oral rivaroxaban once daily with dose-adjusted vitamin K antagonists in patients with nonvalvular atrial fibrillation undergoing elective cardioversion // Am. Heart J. - 2014. - Vol. 167(5). - P. 646-652.
18. Татарский Б.А., Нефедова Н.В. Электрическая наружная кардиоверсия при лечении пароксизмальной фибрилляции предсердий //Вестник аритмологии. - 2000. - № 19. -С. 95-99.
19. Попов С.В., Аубакирова Г.А., Антонченко И.В. и др. Эффективность антиаритмического препарата III класса нибентана у больных с фибрилляцией предсердий // Вестник аритмологии. - 2003. - № 31. - С. 10-14.
20. Востриков В.А. Эффективность и безопасность электроимпульсной терапии фибрилляции предсердий // Методы нелинейного анализа в кардиологии и онкологии / под ред. Р.З. Назирова. - М.: Университет, 2010. - С. 73-79.
21. Антитромботическая терапия при мерцательной аритмии: учебно-методическое пособие / под ред. проф. Б.А. Сидоренко. - М., 2010. - С. 46-47.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-091.8/618.36

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕДОВ РОДИЛЬНИЦ БУХАРСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗА ПЕРИОД 2019 ГОДА

Саноев Б.А., Файзиев Ю.К., Бахранова Н.Р.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухарское областное патологоанатомическое бюро, Бухарский областной перинатальный центр, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

При нормальном течении родов через 15-20 мин после рождения плода матка вновь сокращается и из нее изгоняется послед. Послед состоит из плаценты, разорванных остатков плодных оболочек-амниона, гладкого хориона и остатков децидуальной оболочки и пупочного канатика. Целью этого исследования было анализировать данные о морфологических изменениях плаценты при беременности, а также изучить макроскопические характеристики женской плаценты при различных течениях беременности.

Ключевые слова: плацента, морфология, мальперфузия, интервиллузит, пуповина.

BUXORO VILOYAT PERINATAL MARKAZIDA 2019 YIL MOBAYNIDA TUQQAN AYOLLAR YO‘LDOSHINING PATOMORFOLOGIK TEKSHIRUV XULOSALARI

Sanoyev B.A., Fayziyev Yu.K., Baxranova N.R.,

Buxoro davlat tibbiёt instituti, Buxoro viloyat patologik anatomiya byurosi, Buxoro viloyat perinatal markazi, O‘zbekiston.

✓ ***Резюме***

Normal tug‘ruqdan keyin, homila tug‘ilgandan 15-20 minut o‘tgach, bachadon yana qisqaradi va yo‘ldosh tashqariga chiqariladi. Tug‘ilish platsentadan, membranalarning yorilgan qoldiqlaridan-amniondan, silliq xoriondan va detsidual va kindik tizimchasidagi qoldiqlardan iborat. Ushbu tadqiqotning maqsadi homiladorlik paytida platsentaning patomorfologik o‘zgarishi to‘g‘risidagi ma'lumotlarni tahlil qilish va homiladorlikning turli bosqichlarida ayol platsentasining makroskopik xususiyatlarini o‘rganishdan iborat.

Kalit so‘zlar: platsenta, morfologiya, malperfuziya, intervillusit, kindik tizimchasi.

PATHOMORPHOLOGICAL RESEARCH OF THE PLACENTA OF THE BUKHARA REGIONAL PERINATAL CENTER FOR THE PERIOD OF 2019

Sanoyev B.A., Fayziyev Yu.K., Baxranova N.R.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

During the normal course of labor, 15-20 minutes after the birth of the fetus, the uterus contracts again and the afterbirth is expelled from it. The afterbirth consists of the placenta, ruptured remnants of the membranes-amnion, smooth chorion and remnants of the decidua and umbilical cord. The aim of this study was to analyze data on morphological changes in the placenta during pregnancy, as well as to study the macroscopic characteristics of the female placenta in different courses of pregnancy.

Key words: placenta, morphology, malperfusion, interllusitis, umbilical cord.

Актуальность

Плацента является основным органом, осуществляющим обменный процесс между плодом и материнским организмом.

Для патологоанатома функциональная система мать-плацента-плод представляет особый интерес, поскольку многие ее компоненты могут быть морфологически изучены и использованы для выяснения причины гибели эмбриона, плода и новорожденного. Уникален в этом отношении послед, так как его можно изучать у живорожденных и тем самым выходить на популяционный уровень исследования населения. Частым объектом патологоанатомического анализа является блок послед-мертворожденный, причем в случае мацерации плода плацента, пуповина и оболочки становятся единственным источником информации о причине антенатальной гибели.

Цель исследования: Целью настоящего исследования является изучение патоморфологических особенностей патологии последов. Анализ патоморфологических особенностей патологии плаценты проводили на основании официальной учетно- отчетной документации Бухарского областного патологоанатомического бюро за 2019 год. За исследуемый период из Бухарского областного перинатального центра было обследовано 2203 случаев плаценты. Из обследованных случаев плаценты нами выбрано и исследовано 290 случаев плацент от родившихся родильниц живыми новорожденными.

Материал и методы

Патогистологические исследования 290 случаев последов проводили на базе гистолаборатории Бухарского патологоанатомического бюро. Микропрепараты приготовлены обычным образом, с использова-

нием парафиновой заливки. Использованы окраски гематоксилином - эозином. Гистологические исследования проводили на микроскопе Leica (ФРГ)

При анализе патоморфологических исследований последов имели в виду следующие критерии: (Рис.1).

Рис.1. Патоморфология последов.
1- Интервиллузит (59)
2- Короткая пуповина (54)
3- Хориоамнионит (48)
4- Виллит (31)
5- Децидуит (23)
6- Плацентит (22)
7- Виллузит (18)
8- Бактериальный плацентит (15)
9- Тромбоз сосудов плаценты (9)
10-Склероз стромы плаценты (8)
11-Инфаркты плаценты (3)

В общем вале последов выявлено, что 74,5% (216 случаев) воспалительных изменений, 18,6 % (54 случаев) пороки развития плаценты, 6,9% (20 случаев) острые и хронические нарушения кровообращения в ткани плаценты.

Виллузит (виллит)-воспаление ворсинок, ворсин хориона. (от villus-ворсина).

Интервиллузит-воспаление межворсинчатых пространств.

Плацентит-воспаление ворсин хориона и межворсинчатого пространства. Неспецифический плацентит или плацентит неизвестной этиологии протекает бессимптомно у беременной, микроорганизмы не обнаруживаются ни одним известным в настоящее время специальным методом исследованием.

Базальный децидуит- воспаление базальной пластинки. При выявлении выраженного париетального и базального децидуита женщина включается в группу риска развития урогенитальных инфекций, что нацеливает акушера-гинеколога на тщательное и многократное этиологическое обследование женщин с последующим патогенетическим лечением.

Плацентарный хорио-амнионит-воспаление хориальной пластинки.

Это заболевание является воспалительной реакцией матери.

Острый хориоамнионит - острая воспалительная реакция в хорионе и амнионеплодных оболочек. При этом наблюдается скопление лейкоцитов в амнионе и хорионе плодных оболочек. Некротический хориоамнионит развивается через 36-48 час, апоптоз и кариорексис лейкоцитов в хорионе и амнионе, некроз амниотического эпителия. Подострый хориоамнионит- смешанный воспалительный инфильтрат из мононуклеарных клеток и разрушенных нейтрофилов верхних отделах хориона и некрозы в амнионе. Хронический хориоамнионит-воспалительный инфильтрат обнаруживается в тех же структурах, что при остром хориоамнионите, но состоит из клеток хронического воспаления. Преобладают лимфоциты, лимфоидные клетки и иммунобласты, плазматические клетки и гистиоциты, единичные нейтрофилы входят в состав инфильтрата.

Этиологическими факторами воспалительных заболеваний плаценты являются вирусы, туберкулез, сифилис, гонорея, токсоплазмоз, микозы.

Инфаркт - это острое нарушение кровообращения с последующим развитием ишемического некроза. Инфаркт- не просто некроз ворсин, а морфологический признак низкой перфузии в межворсинчатом пространстве и ишемии плаценты (малперфузия). Множественные крупные инфаркты самый яркий признак плацентарной недостаточности.

Имеет вид клиновидного участка уплотнения часто в периферических отделах или реже в центре плаценты. Острые (геморрагические) инфаркты мало отличаются по цвету от других участков плаценты, но при пальпации более плотные и суховатые. Старые инфаркты прогрессивно уплотняются, цвет их изменяется от красного до коричневого, затем они становятся желтыми или белыми. При инфаркте в плаценте наблюдается сужение межворсинчатого пространства вследствие недостаточности материнского кровотока. Ворсины склеиваются (агглютинируются) между собой, что создает пространственное препятствие кровотоку в межворсинчатом пространстве. Синцитиотрофобласт, сосудистый эндотелий и строма ворсин подвергаются некрозу. Ворсины в инфаркте не лизируются макрофагами и не замещаются фиброзной тканью. Воспалительная реакция определяется на периферии инфаркта.

Короткая пуповина- длина пуповины менее 32 см. Пуповина длиной 25 см и менее обозначается "абсолютно короткая". Часто обнаруживается при амниотических перетяжках, маловодии и многоплодной беременности. Абсолютно короткая и короткая пуповина оказывает неблагоприятное влияние на плод вследствие нарушений пуповинного кровотока.

Результат и обсуждения

При изучении патоморфологического анализа плаценты определили следующие результаты, в зависимости от воспаления: самый высокий показатель 1) 20,3 % (59 случаев) преобладает интервиллузит.

2) 18,6 % (54 случаев) наблюдались пороки развития плаценты, а именно патологии пуповины (короткая пуповина).

1) При анализе результатов патологоанатомического исследования последов особое внимание было уделено выяснению пути инфицирования (восходящего или гематогенного). Так, хориоамнионит, который является характерным морфологическим проявлением восходящей инфекции, встречался наиболее часто у женщин, родивших детей с клиническими проявлениями ВУИ. В группе женщин, родивших детей, умерших от ВУИ, преобладали воспалительные изменения с поражением двух и более отделов; чаще всего наблюдались хориоамнионит (48 случаев) и его сочетание с интервиллузитом (59 случаев), при этом последнее сочетание встречалось достоверно чаще по сравнению с женщинами, родившими жизнеспособных новорожденных.

2) Выявление аномалии развития пуповины свидетельствует об имевшем место повреждающем влиянии какого-то фактора (в большинстве случаев неизвестного) в периоде кордогенеза (6- 9 нед гестационного срока). Именно в этом периоде происходит основной процесс формирования будущей плаценты (первая волна инвазии). Действие повреждающего фактора не ограничивается только влиянием на аномальное формирование пуповины. Происходят также нарушения плацентогенеза, что неизбежно приводит к появлению предпосылок развития плацентарной недостаточности, пусть даже в компенсированной форме, которая в обычной ситуации (во время беременности) может не проявляться, но реализуется при дополнительной нагрузке (в родах). С помощью УЗИ при соблюдении соответствующих стандартов визуализации пуповины можно антенатально диагностировать большинство вариантов патологии пуповины.

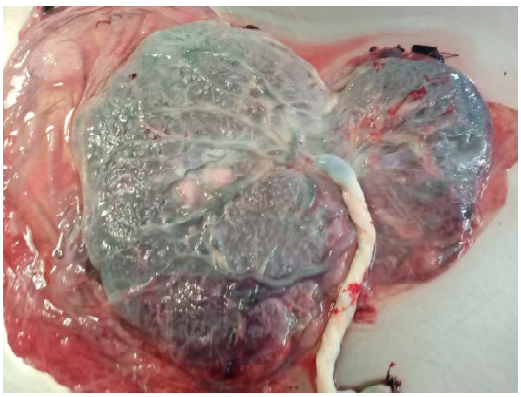
Таким образом, уже при первом обращении беременной в женскую консультацию должна быть оценена степень риска ВУИ, которая может возрастать по мере увеличения срока беременности и присоединения осложнений.

При комплексной оценке перинатальных факторов риска следует учитывать результаты морфологического исследования материнских плацент: основными морфологическими проявлениями восходящей инфекции является хориоамнионит, риск неблагоприятного исхода увеличивается при поражении нескольких отделов последа - виллузит и интервиллузит, хориоамнионит и интервиллузит, хориоамнионит и децидуит.

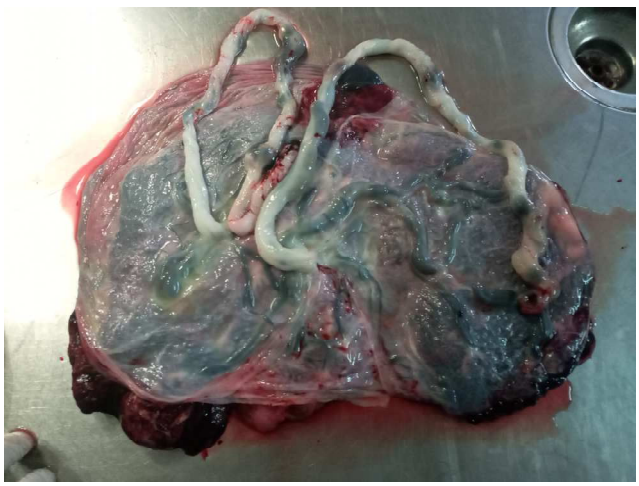
Большинство видов патологии пуповины можно обнаружить при УЗИ, проведённом квалифицированным специалистом.

Профилактика эндо и миометритов у родильниц также возможна по результатам массовых морфологических исследований последов, причем в этих случаях фактор времени не имеет решающего значения.

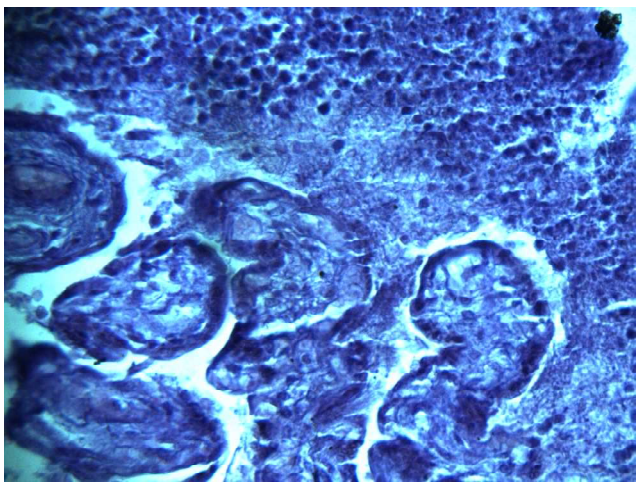
Разные формы патологии пуповины.



Добавочная доля последа. (аномалия развития)



Бихориальная плацента.



Воспаление последа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Кравцова Г.И., Клецкий С.К. Клинико-морфологическое исследование последа: Метод. рекомендации / Минск. гос. мед. ин-т. - Мн., 1995. - 52 с.
2. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1999. - 48 с.
3. Исраилов.Р.И., Саноев.Б.А., Жураева.Г.Б., Иккиламчи плацентар етишмасликда юзага келадиган морфологик ўзгаришлар. //Тиббиётда янги кун. 2(30/1)2020. 134 стр. hpp: Ndmuz.uz
4. Исраилов.Р.И., Саноев.Б.А. Сурункали йолдош етишмаслигининг клиник-морфологик белгилари. // Тиббиётда янги кун. 3(27) 2019. 22стр. hpp: Ndmuz.uz
5. Тютюнник В. Л. Морфология последа при инфекции //Проблемы беременности. - 2001. № 4. С. 10-15.
6. Israilov R.I., Sanoev B.A., Olimova A.Z. Pathologically Undifferentiated Placental Morphology in Primary Placental Insufficiency. // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10(9), pp. 660-663 5923/j.ajmms.20201009.07
7. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Патология последа / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. - СПб.: ГРААЛЬ, 2002. - 448 с.
8. Медведова М.В. Пренатальная эхография / М.В. Медведева. - 1-е изд. - М.: реальное время, 2005. - 560 С.

Поступила 09.11. 2020

UDC 616-053.2+616-036.22.+616.053.2+61:311

ANALYSIS OF THE QUALITY AND EFFICIENCY OF WORK OF VISITING NURSES BASED ON THE MATERIALS OF EXPERT EVALUATION

[1]Urazalieva I.R., [1]Arslanbekova N., [2]Ramanova D.Y.,

[1]Tashkent Medical Academy, [2]Tashkent State Dental Institute.

✓ ***Resume***

The effectiveness of the work of visiting nurses depends to a large extent on the rational organization of the workplace. The main reasons for the shortcomings are dissatisfaction with material and technical support, work overload, lack of financial incentives, and the level of their qualifications. The object of the study was nurses (640), GPs, heads of departments, chief doctors (226), family clinics and the population. A multi-stage method of forming a random sample population (cluster and stratified selection method) was applied, and modern methods of social-hygienic, sociological, and sanitary-statistical expert assessments were used.

Keywords: visiting nurses, general practitioner, family clinics, labor efficiency, and quality.

ПАТРОНАЖ ҲАМШИРАЛАРИ МЕҲНАТИНИНГ СИФАТИ ВА САМАРАДОРЛИГИНИ ЭКСПЕРТ БАҲОЛАШ МАТЕРИАЛЛАР АСОСИДА ТАҲЛИЛЛАРИ

[1]Уразалиева И.Р., [1]Арсланбекова Н., [2]Раманова Д.Ю.,

[1]Тошкент тиббиёт академияси, [2]Тошкент давлат стаматология институти.

✓ ***Резюме***

Патронаж ҳамширалар ишининг самарадорлиги кўп жиҳатдан иш фаолиятиини оқилона ташкил этишга боғлиқ. Мавжуд камчиликларнинг асосий сабаблари моддий-техник таъминотдан қониқмаслик, ишнинг ҳаддан ташқари кўплиги, моддий рағбатлантиришнинг етишмаслиги ва уларнинг малакаси даражасидир. Тадқиқот объектлари патронаж ҳамширалар (640), врачлар, бўлим бошлиқлари, бош шифокорлар (226), оилавий поликлиникалар ва аҳоли. Тадқиқотда тасодифий танланган популяцияни шакллантиришнинг кўп босқичли усули (кластер ва табақалаштирилган танлов усули) қўлланилган, замонавий: ижтимоий-гигиена, социологик, санитария-статистик експерт баҳолаш усуллари.

Калит сўзлар: патронаж ҳамширалари, умумий амалиёт шифокори, оилавий поликлиникалар, меҳнат самарадорлиги, сифат.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДА ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО МАТЕРИАЛАМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

[1]Уразалиева И.Р., [1]Арсланбекова Н., [2]Раманова Д.Ю.,

[1]Тошкентский медицинский академия,
[2]Ташкентский государственный стамотологический интитут.

✓ ***Резюме***

Эффективность работы патронажных медицинских сестёр в значительной степени зависят от рациональной организации рабочего места. Основными причинами недостатков является неудовлетворенность материально-техническим обеспечением, перегруженность работой, отсутствие материального стимулирования, уровнем их квалификации. Объектом исследования явились патронажные медицинские сестры (640), ВОП, заведующие отделениями, главные врачи (226), семейных поликлиник и население. применен многоступенчатый метод формирования случайной выборочной совокупности (кластерный и стратифицированный метод отбора), использованы современные: социально-гигиенические, социологические, санитарно-статистические методы экспертных оценок.

Ключевые слова: патронажные медицинские сестры, врач общей практики, семейные поликлиники, эффективность труда, качество.

Relevance

WHO estimates that the world will lack 18 million health workers to achieve and maintain universal health coverage by 2030. Half of them; 9 million is the projected shortage of nurses and midwives. "We simply will not be able to achieve universal health coverage and meet the health - related goals of the Millennium Development Goals if we do not empower nurses to provide safe, effective and human-centered care, and we will not have an effective health system" [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11].

The aim of the study is to develop evidence-based recommendations for improving the quality and efficiency of visiting nurses (VN) based on an in-depth comprehensive study of their activities in primary health care.

The object of the study was nurses (640), GPs, heads of departments, chief doctors (226), family clinics and the population.

The subject of the study was the volume, structure of activities, quality and efficiency of the visiting nurses.

Research methods: a multi-stage method of forming a random sample population (cluster and stratified selection method) was used, and modern methods of social and hygienic, sociological, sanitary and statistical expert assessments were used.

In our country, under the current conditions, the effectiveness and quality of nursing care is the most important component for carrying out reforms in the domestic healthcare system. In implementing health care reforms, Uzbekistan has completely abandoned paramedic care provided to the population, the so-called paramedic-midwifery centers.

Instead, in order to bring medical qualified medical care to the population in rural areas, rural medical stations and rural family polyclinics are organized in the cities of city family polyclinics. In them, the main figure is the GP and VN. Monitoring is a prerequisite for high quality nursing care. In the primary health care system of our country, the senior nurse of family clinics carries out the quality control of VN work. In order to openly, honestly, reliably and conscientiously assess the quality and effectiveness of the work of VN, a special anonymous questionnaire was developed that evaluates the activities of VN as an expert, the heads of departments and GP of family clinics (with at least 10 years of experience in the last position) were asked to fill it out.

The effectiveness of the VN largely depends on the rational organization of the workplace. The results of the expert assessment of the quality of work of the VN are presented.

It was found that 55.2±1.9% of VN have a rational workplace, and 44.8±1.9%of VN have a non-rational workplace.

The main reason (40.5±1.8% of cases) for the irrational organization of the workplace, according to experts, is an underestimation of the importance of this issue by the VN; 44.5±1.9%of cases is insufficient provision of material and technical equipment for workrooms and only 15.0±1.4%is unsatisfactory sanitary and hygienic working conditions (Fig. 5.1).

The rational organization of the workplace largely depends on the provision of instructional and methodological instructions and special literature. Experts pointed out that only 1/3 (30.7±1.8%) are fully provided, 33.7±1.9% of cases are not enough, 18.7±1.5% partially, 17.0 1.5% of the workplace is not provided with VN at all. The 35.6±1.9% of VN cases are provided with standard and prescription forms inserts, stationery in full. The 57,3±1,9% of cases, the workplace of VN is provided with the necessary medical instruments (tonometer, phonendoscope, thermometer, height meter, scales, etc.), of which 5.9±0,9% are in a faulty state, 11.2±1,1% of VN did not have the necessary medical equipment and tools.

Table 1

The quality of work of the VN family health centers (in %)

№	Elements of labor	p±m
1	The nurse's workplace is organized:	
	Rationally	55,2±1,9
	Irrationally	44,8±1,9
2	Medical records:	
	In a timely manner	48,9±1,8
	Untimely	51,1±1,9
	Qualitatively	52,8±1,9
	Poor quality	47,2±1,8
3	The implementation of prescribing:	
	Timely	75,5±1,7
	Untimely	24,5±1,7
	Qualitatively	90,1±1,1
	Poor quality	9,9±1,1
4	Implementation of nursing care standards (technologies):	
	In full	38,7±1,8
	Incomplete	61,2±2,0
5	The level of service culture:	
	High	36,4±1,8
	Average	43,4±1,9
	Low	20,2±1,6
6	Regularity and quality of medical and social patronage:	
	Regularly	78,4±1,6
	Irregularly	21,6±1,6
	Qualitatively	74,5±1,7
	Shoddily	25,5±1,7
7	Participation in medical examinations:	
	full-fledged, active	60,6±1,9
	not full-fledged, passive	29,8±1,8
	not accept	9,5±1,1

8	Quality of sanitary and educational work:	
	Qualitatively	51,6±1,8
	Poor quality	32,2±1,6
	Not conducts	16,2±1,4
9	Regularity of professional development:	
	Regularly	72,3±1,7
	Irregularly	27,7±1,7

Figure 1. Structure of reasons for poor quality of dispensary work of VN in family polyclinics

Important in the activities of the VN is the medical records (outpatient cards, journal of preventive vaccination, dispensary, statistical card, recording laboratory data, etc.). According to experts and 48.9±1.8% of VN in a timely manner do this work to 51.1±1,6% - not timely; and 52.8±1.9% of VN, efficiently conduct medical record of 47.2±1,7%- poor.

Among the reasons for poor-quality management of medical records should be noted congestion (78.4±1.6%), indiscipline (21.6±1.6%) VN.

According to experts, only 31.1±1.8% of medical bags are fully equipped with the standard kit for home care, and in 49.8±1.9%of cases, they are partially equipped with medicines and dressings.

It is known that one of the main functions of VN is to perform medical manipulations (injections, blood pressure measurement, pulse, thermometry, etc.). according to the study, medical appointments in 75.5±1.9% of cases are performed on time, and in 24.5±1.7% untimely, 90.1±1.1% of cases are performed qualitatively, and in 9.9±1.1% of cases poorly.

At the same time, in more than a third of cases (38.7±1.8percentage), the standards of nursing care are fully met, and 61.3±2.0% of cases are not fully met. According to experts, this is largely due to the low qualification of VN (47.3±1.9percentage), negligent attitude to their duties (23.6±1.6percentage), lack of medicines and dressings (29.1±1.7percentage).

The trust of VN patients and the level of service culture play an important role in the effectiveness of VN activities, both in the clinic and at home. The level of patient service culture was high 36.4±1.8 percentage, average 43.4±1.9percentage, and low in only 20.2±1.6% of cases.

A significant role in the work of ICP is played by the organization and training of family members to care for patients at home and provide medical and social assistance to people with disabilities and patients with socially significant diseases. According to experts, 40.8±1.9% of VN cases participate in patient care in full, 49.8±1.9 %partially, and only 9.4±1.1%of VN cases do not participate in care. According to the results of the examination, in 46.2±1.8% of cases, family members are not fully prepared for home care, and in 15.9±1.3 percentage, they are not prepared at all.

The study found that of 78.4±1.6% of cases, VN are regularly involved in providing medical and social assistance to patients and family members that need it and 74,5±1.7% of cases it is carried out efficiently, 21,6 1,6% participates irregularly and 25.5±1,7□ cases, care is of poor quality.

One of the most important sections of the work of VN is their participation in the medical examination of patients in the territory they serve. The expert assessment showed that 46.6±1.9% of cases control of the appearance of dispensary patients was carried out irregularly. In 48.9±1.8% of cases newly identified patients were untimely taken on dispensary registration, directly takes an active part in carrying out preventive examinations and medical examinations of the population 60.6±1.9% of VN, 29.8±1.8% passively, the remaining 9.5±1.1% do not participate in this work. The structure of reasons for poor-quality dispensary work is shown in figure 1.

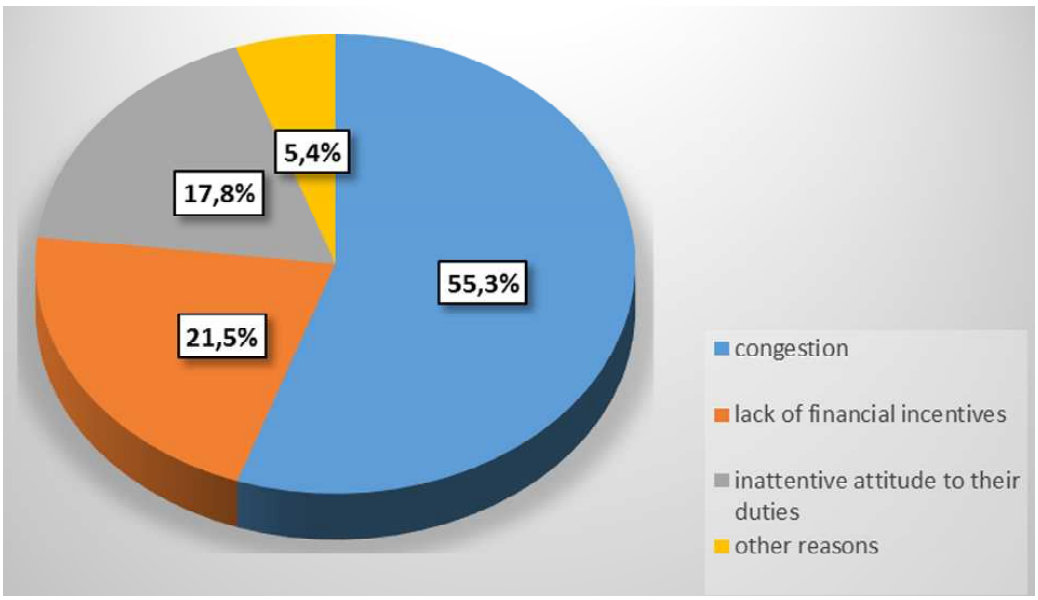


Figure 1. Structure of reasons for poor quality of dispensary work of VN in family polyclinics

The main reasons for this situation, according to experts, are: their overload (55.3±1.9%), lack of financial incentives (21.5±1.8%), inattentive attitude of nurses to perform their duties (17.8±1.5%), and other reasons (5.4±0.7%).

It was found that 33.7±1.8% of VN cases did not have a preventive maintenance plan. According to experts, 40.8±1.9% of cases of VN preventive work is performed poorly, but only 5.9±0.8% of preventive vaccinations are carried out untimely. It is necessary to note cases of poor-quality and not fully carried out preventive work of VN, since preventive vaccinations are given special attention both by VN and by family clinics. In 8.9±1.1% of cases, there is a violation of the sanitary and anti-epidemic regime. According to experts, the above-mentioned shortcomings (with the exception of preventive vaccinations) are largely due to the low qualification of VN in medical prevention (43.4±1.9%), the lack of financial incentives for the volume and quality of preventive work (39.4±1.9%), and the negligent attitude of nurses to their duties (17.2±1.4%).

The work of VN working in PHC institutions has its own specifics, which requires measures for sanitary and hygienic training, promotion and formation of healthy lifestyle among the population. However, according to the results of the examination almost more than half of cases (51,6±1,8%) VN conducts sanitary-educational work among the people efficiently and almost a third (32,2±1,6) poor and 16.2±1.4% of the cases not carried out.

It is known that the level of their qualifications significantly influences the quality and efficiency of VN work. 72.3±1.7% of VN regularly undergo professional development, 27.7±1.7% regularly undergo professional development and need to improve their professional skills. Only 34.4±1.8% of VN has a qualification category.

Therefore, evaluation and study of quality of work of experts of the VN found that, in most cases, VN is irrational to organize a workplace, untimely and poor conduct medical documentation does not fully comply with the standards of nursing care, perform delayed medical appointments, not always regularly and efficiently conduct medical-social patronage among the decreed contingents of the population and involved the examination of the population. The main reasons for these shortcomings are dissatisfaction with material and technical support, work overload, lack of financial incentives, and the level of their qualifications

An in-depth study of the quality and effectiveness of VN work, as well as an assessment of the satisfaction of their colleagues, doctors and patients, allowed us to draw the following conclusions:

1. The effectiveness of VN largely depends on the rational organization of the workplace, maintaining medical records, compliance with nursing standards, performing medical appointments, participating in medical examinations, and conducting medical and social patronage. In 44.8% of VN, the workplace is organized irrationally. 51.1% keep medical records untimely and poorly, 75.5% of cases medical appointments are performed in a timely and high-quality manner, 61.3% of cases nursing standards are not fully implemented, 78.4-74.5% of cases regularly participate in providing medical and social assistance to patients and family members in need of it and conduct it efficiently, 40.8% did not have a plan of preventive work, 27.7% regularly undergo professional development.

2. Assessment and study of the quality of work by VN experts revealed that in most cases, VN irrationally organize the workplace, keep medical records untimely and poorly, perform medical appointments untimely, do not always regularly and efficiently conduct medical and social patronage among the population and participate in medical examinations of the population. The main reasons for these shortcomings are dissatisfaction with material and technical support, work overload, lack of financial incentives, and the level of their qualifications.

3. The work of VN of family polyclinics has its own specifics, requires measures for sanitary and hygienic education of the population, taking into account specific risk factors. The majority of respondents noted that VN give them advice on a healthy lifestyle: daily routine, rest, diet, the dangers of Smoking and alcohol. The amount of information received from VN is considered good by 27.1% of patients, satisfactory by 55.2%, and unsatisfactory by 17.7%.

7. Important factors for improving the quality of work of VN are increasing wages, reducing irrational costs associated with maintaining medical records, improving the material and technical equipment of family clinics, increasing the prestige of the profession, improving professional knowledge and skills.

LIST OF REFERENCES:

1. Asadov D.A., Mirkarimova L.T., Aripov T.U., Yusupaliev B.K. Analysis of self-assessment of rural health units for pilot accreditation in Uzbekistan - as a tool to improve the quality of medical aid / Medical journal of Uzbekistan, 2012. - No. 1. - P. 50-53.
2. Goleva O. P. the Motivating factors in improving the quality of nursing care// Health of the Russian Federation. - 2015. - no. 4. - P. 38-41.
3. Guseva S. L, Reforming the management system of a multi-specialty polyclinic: author's abstract. . Doct. med.science , 2012. -48 p.
4. Dvoynikov S. I. significant changes are coming in nursing// Home nurse: journal for the head of the secondary medical staff. - 2015. - no. 3. - P. 13-21.
5. Egorova A. nurse Practice in the USA / / Medical nurse. 2013. no. 3. Pp. 36-39.
6. Zazhoma L. N. Experience in applying modern technologies and organizational solutions in the work of secondary medical personnel// Chief medical nurse: journal for the head of the secondary medical staff. - 2016. - no. 2. - P. 29-39.
7. Matveychik T. V. education of nurses in the Republic of Belarus: scientific and medical assistance / / Chief medical nurse. -2013. - No. 7. - pp. 52-65.
10. Tulebaev K. A, turdalieva B. S, kuzieva G. D. / Foreign experience of multidisciplinary teams of specialists in primary care//Bulletin of KAZNMU №4-2016/ s 379-383
11. Tarricone R., Trouros A. Home care in Europe. Solid facts// WHO Regional Office for Europe Copenhagen. European Observatory on Health Systems and Policies. -2008.-36 p.

Entered 09.11. 2020

УДК 616.367-003.7-089

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА КИЁСИЙ ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

[1]Ўроқов Ш.Т., [2]Кенжаев Л.Р.,

[1]Бухоро давлат тиббиёт институти,
[2]Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Бухоро филиали.

✓ ***Резюме***

Ушбу илмий мақолада жигар циррози (ЖЦ) ҳамда ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик ташхиси билан даволанган 76 беморнинг текшириш натижалари ёритилган.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб, яъни биринчи гуруҳга механик сариқликнинг ЖЦ билан биргаликда келган 54 бемор, иккинчи гуруҳда эса фаққат механик сариқлик билан касалланган 22 бемор ташкил қилган.

Мазкур жарроҳлик клиникасида даволанган барча механик сариқлик билан келган беморларнинг 64 % сабаби ўт тош касаллиги бўлиб, уларнинг 20,4% да жигар циррозининг турли босқичлари йўлдош касаллик сифатида аниқланган.

Ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг шикоятлари, клиник кечиши, объектив кўриш натижалари, лаборатория мониторинги, қўшимча инструментал текшириш натижалари ва уларнинг ўзига хослиги таққослаб ўрганилган.

Калит сўзлар: ўт-тош касаллиги, механик сариқлик, жигар циррози, холедохолитиаз.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

[1]Ураков Ш.Т., [2]Кенжаев Л.Р.,

[1]Бухарский государственный медицинский институт, [2]Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

✓ ***Резюме***

В данной статье представлены результаты исследования 76 пациентов с механической желтухой, вызванная желчнокаменной болезнью, сопутствующая циррозом печени (ЦП).

Все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 54 пациентов с механической желтухой с ЦП, а во вторую - всего 22 пациентов с механической желтухой.

Причиной механической желтухи у 64% пациентов явилась желчнокаменная болезнь, пролеченных в этой хирургической клинике, из них у 20,4% различные стадии цирроза печени были идентифицированы как сопутствующие заболевания.

Сравнивались жалобы пациентов обеих групп, клиническое течение, результаты объективного осмотра, лабораторного исследования, результаты дополнительного инструментального обследования и их специфичность.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, механическая желтуха, цирроз печени, холедохолитиаз.

FEATURES OF THE DIFFERENNTSIAL DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE, ACCOMPANIED BY CIRRHOSIS OF THE LIVER

[1]Uroqov Sh.T., [2]Kenjayev L.R.,

[1]Bukhara State Medical Institute,
[2]Bukhara branch of the Respublican sceintific center for emergency medicine.

✓ ***Resume***

This article presents the results of a study of 76 patients with obstructive jaundice caused by gallstone disease, concomitant with cirrhosis of the liver (LC).

All patients were divided into 2 groups: the first group included 54 patients with obstructive jaundice with LC, and the second - only 22 patients with obstructive jaundice.

Obstructive jaundice in 64% of patients was caused by cholelithiasis treated in this surgical clinic, of which 20.4% of them were identified as concomitant diseases with various stages of liver cirrhosis.

Compared were the complaints of patients of both groups, the clinical course, the results of objective observation, laboratory research, the results of additional instrumental examination and their specificity.

Key words: cholelithiasis, obstructive jaundice, cirrhosis of the liver.

Долзарблиги

Тиббиётда эришилаётган улкан ютуқларга қарамасдан, охирги 20 йил ичида жигарнинг диффуз ва ўчокли касалликлари билан касалланиш ҳолати тез суратларда ўса бормокда [5].

Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК), айниқсв жигар циррози (ЖЦ) нинг учраш даражаси сезиларли ўсиши ва ўлим кўрсаткичининг юқори бўлганлиги сабабли ҳозирги вақтгача медицинанинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [2]. Ҳозирги вақтда бутун дунёдагидек Ўрта Осие

давлатлари учун ҳам сезиларли даражада тарқалаётган вирусли гепатитлар худудий касаллик ҳисобланади [1,7,10,11,12].

Бугунги кунга келиб, юқорида кўрсатилган касалликларнинг нафақат ўзи, уларнинг қўшма ҳолда яъни биргаликда келиши ҳам эътибордан холи эмас [9,12].

Изланишлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, барча яшаётган аҳоли орасида холелитиаз 6-16% ташкил қилса [3,4,6,9,13], турли хил этиологияли жигар циррози мавжуд кишилар орасида ўт тош касаллиги 23- до 54 % эканлиги аниқланган [10,14].

Ҳар иккала касаллик яъни ўт тош касаллиги ва жагар циррози орасидаги патогенетик, анатомо-физиологик алоқаси ва ўзаро боғлиқликка патогенетик нуқтаи назардан ёндошишимиз мумкин.

Илмий иш 2018-2020 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилинч хирургия бўлимларида жигар циррози ҳамда ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик ташхиси билан даволанган 76 беморда олиб борилган изланиш натижаларига асосланган.

Илмий изланишдан мақсад жигар циррози ва механик сариқлик биргаликда келган беморларда касалликни клиник кечишининг ўзига хос томонларини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Ушбу мақсадда жигар циррози ва механик сариқлик билан 54 бемор ва фақат механик сариқлик билан 22 беморнинг клиник кўриниши, биокимёвий таҳлиллари ва ускунавий текшириш натижалари тахлил қилинди.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб таққослаш асосида ўрганилди. Биринчи (асосий) гуруҳга механик сариқликнинг жигар циррози билан биргаликда келган 54 бемор бўлса, иккинчи (назорат) гуруҳида эса фақат механик сариқлик билан касалланган 22 бемор ташкил қилди.

Ҳар иккала гуруҳда ҳам эркаклар сони кўпроқ бўлиб, текширилган беморларнинг 61% ни ташкил этди. Бизнинг маълумотларимиз, адабиётларда келтирилган ЖЦ аёлларга нисбатан кўпроқ эркакларда учраши тўғрисидаги маълумотларга мос келди.

ЖЦ ва механик сариқлик ташхисини қўйиш мақсадида анамнез маълумотлари, ирсий мойиллик, бошидан ўтказган касалликлари, беморнинг шикоятлари (қабзият, овқатлангандан кейинги дам бўлиш) гемораидал тугунларнинг борлиги, палпацияда спленомегалия, томир юлдузчалари, ксантелазма, холсизлик, тана вазнининг камайиши, хотиранинг сусайганлиги, УТС ва Эластометрия (фибросканирования) хулосаси, ЭГДФС керак бўлганда ЭРПХГ натижаси, клиник ва биокимёвий таҳлиллари айниқса ПЦР натижалари рентгенологик текшириш натижалари таҳлил қилинди.

Ушбу тоифа беморларда қорин дам бўлиш, ичнинг қотиши, гўштлик ва қовурилан овқат маҳсулотига кўнгил айниши каби белгилар кўпрок намоён бўлди. Шунинг билан биргаликда таҳлил биокимёвий текширув натижалари ва қўшимча ускунавий текшириш хулосалари қиёсий таққослаш усулида ўрганилди.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ, яъни механик сариқлик ва ЖЦ биргаликда келган беморларда ўнг қовурға остида ёки эпигастрал соҳадаги оғриқлар кучсиз ҳолда кузатилди, яъни биринчи гуруҳ беморларда иккинчи гуруҳдаги беморлардагидек ҳуружсимон, кучли оғриқлар кам ҳолатларда кузатилди. Лекин умумий ҳолсизлик, кўнгил айниши, қайд қилиш, эндоген интоксикация белгилари (тахикардия, оғиз қуриши, гипертермия ва ҳ.к.), иштаҳанинг йўқлиги, биринчи гуруҳга нисбатан яккол намоён бўлиб бошланғич ва асосий клиник симптом сифатида кечди. Эпигастрал ва ўнг қовурга остидаги кучли ҳуружсимон оғриқ биринчи гуруҳдаги 54 бемордан 22 кишида, кучсиз оғриқлар эса 20 кишида кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларда эса оғриқлар 18 кишида яққол кузатилди (Жадвал -1).

Биринчи гуруҳдан фарқли ўлароқ иккинчи гуруҳ беморларда кўнгил айниши, қайд қилиш, гўштли ва қовурилган овқат маҳсулотларининг ҳиди ёқмаслиги, тана вазнининг камайиши, иштаҳанинг буғилиши каби клиник белгилар устунлик қилганлиги кузатилди.

Биринчи гуруҳдаги беморларда патологик жараённинг кечиши қорин соҳасидаги оғриқларга нисбатан жигар етишмовчилиги ва эндоген интоксциянинг яққол намоён бўлиб касалликнинг шиддат билан кечиши устунлиги аниқланди. Жигар функционал ҳолатининг бузилиши яққол жигар етишмовчилиги белгилари, яъни олигоурия, эс-ҳушнинг аниқмаслиги, асцит, нафас олганда меркаптан ҳиди 18 беморда қайд этилди.

Анамнезда вирусли гепатит билан касалланган беморлар сони 31 (41%)ни ташкил қилди.

Палпацияда жигар ўлчамларининг кенгайиши 31 беморда, спленомегалия 22 кишида аниқланди. Охирги симптом яъни спленомегалия, ЖЦ нинг асосий белгиларидан бўлиб сонография (УТС) ёрдамида яна 12 кишида, жами эса 34 кишида аникланди. Айнан ушбу симптом касалхонага келган беморларга ЖЦ мавжудлигини ва ушбу соҳада текширишлар олиб борилишига туртки бўлди. Биз ўрганган биринчи гуруҳ беморлардаги қўшма касалликларнинг аниқланишига ёрдам берди. Беморларни касалхонага келган вақтдаги барча шикоятлари қуйидаги жадвалда кўрсатилган (Жадвал №1).

1-жадвал

Беморларни касалхонага келган вактдаги асосий шикоятлари

Шикояти	ЖЦ МС	МС	Жами
Умумий ҳолсизлик	48 (63%)	6 (8%)	54 (71%)
Эпигастрал соҳада оғриқ.	22 (29%)	18 (24%)	40 (53%)
Ўнг қовурға остидаги оғриқ	11(14%)	16(21%)	27 (36%)
Кўнгил айниши ва қайд қилиш.	37 (49%)	5(7%)	42(55%)
Қовурилган овқатга кўнгил айниши.	42 (55%)	4(5%)	46(60%)
Тана вазнининг камайиши	43 (57%)	4(5%)	47(62%)
Иштаҳанинг бузилиши	41 (54%)	5(7%)	46 (60%)

Қорин бўшлиги асцити палпация орқали 5 беморда, сонография натижасида яна 4 беморда, ва 2 кишида операция вақтида аниқланди. Шу жумладан яна 3 беморнинг пастки мучаларида ҳам енгил шишлар аниқланган.

Касалхонага ётқизилган барча беморлар шошилинч равишда ётқизилган бўлиб, режали равишда қабул қилинган беморлар йўқ.

2-жадвал

ЖСДК ва МС билан бирга келган беморларнинг клиникага тушиш йўллари

Клиникага келиши	ЖЦ+МС	МС	Жами
Тез тиббий ёрдам машинасида	23 (43%)	13 (59%)	36 (47%)
Ўзи мурожаат қилиб келган	31 (57%)	9 (41%)	40 (53%)
Жами:	54 (100%)	22 (100%)	76 (100%)

Икки хил касаллик бирга келган вақтларда беморни касалхонага келишига сабабчи яъни асосий ҳамда йўлдош касалликни аниқлаш асосий вазифалардан бири бўлиб бу ушбу беморларни даволашга қаратилган даво тактикасини аниқлашда муҳим ўрин тутади.

3-жадвал.

Механик сариқлик билан ЖЦ бирга келган беморларда ташхис босқичлари

Босқич	ЖЦ+МС	МС	Жами
Механик сариқликнинг устунлиги.	45 (83%)	22 (100%)	67 (88%)
ЖЦ устунлиги.	9 (17%)	-	9 (12%)
Жами	54 (100%)	22 (100%)	76 (100%)

Жигар циррози ва механик сариқлик биргаликда келган ҳолатларда, ва механик сариқликнинг ЖЦ сиз алоҳида клиник кечишининг ўзига хослиги, бир бировига таққослаган ҳолда клиник кўрсаткичларга таянган ҳолда ўрганилди.

Клиник кузатув натижасида механик сариқлик ва ЖЦ биргаликда келган (биринчи, асосий) гуруҳдаги беморларда ўнг қовурга остида ёки эпигастрал соҳадаги оғриқлар механик сариқликнинг ЖЦсиз (иккинчи, назорат) гуруҳидаги беморларга нисбатан кўпгина ҳолатларда касалликнинг асосий ёки бошланғич симптоми сифатида кечмади. Яъни биринчи гуруҳдаги беморларда оғриқ кам ҳолларда, ва кучсизроқ кузатилди. Ушбу тоифа беморларда умумий ҳолсизлик кўнгил айниши, қайд қилиш, эндоген интоксикация белгилари (тахикардия, оғиз қуриши, гипертермия ва ҳ.к.), иштаҳанинг йўқлиги, қорин дам қилиш, ичнинг қотиши, гўштлик ва қовурилан овқат маҳсулотига кўнгил айниши каби белгилар кўпроқ намоён бўлди.

ЖЦ узоқ вақт давомида яширин кечишини ҳисобида ушбу касаллик беморда неча йилдан буён давом этаётганлигини аниқлаш қийинчилик туғдирди.

ЖЦ ва МС биргаликда келган ҳолатларда ЖЦнинг кўпгина ҳолатларда бемор касалхонага бошқа бир касаллик сабабли мурожоат қилиб келганда аниқланади. Бу тоифа беморларга ташхис қўйишнинг қийинлиги ёки кечиктириб қуйилишига асосий сабаблардан бири, ҳар иккала касаллик этиологик ва патогенетик томондан бир тизим касалликлари бўлиб, бир-бирови билан чамбарчас боғлиқ бўлсада узоқ вақт ҳеч қандай симптомсиз кечишидир.

ЖЦ умумий ҳолсизлик белгиларининг бошланишидан то ОКВКВдан қон кетишигача бўлган давр ўрганилганда ўртача касалликнинг давомийлиги 4,7 йилни ташкил қилди.

4-жадвал

ЖЦ ва МС биргаликда келган ҳолатларда ЖЦ кечиш муддати

Касаллик муддати	1 йилгача	1 йилдан 3 йилгача	3 йилдан 5 йилгача	5 йилдан кўп	Жами
Бемор сони	18 (33%)	14 (26%)	15 (28%)	**7** (13)	54

Текширилган 76 беморларнинг 33 да, аниқроғи биринчи гуруҳдан 26 кишида ва иккинчи гуруҳдан 7 беморда йирингли холангит белгилари аниқланди. Ушбу ташхис беморларнинг шикояти, объектив кўрув ва қўшимча ускунавий текшириш усуллари орқали қуйилди.

Биринчи гуруҳдаги 54 бемордан 37 кишида, иккинчи гуруҳдан эса 8 беморга Эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС) текшируви ўтказилди. Шундан фақатгина биринчи гуруҳдаги беморлардан 16 кишида қизилўнгач ва ошкозон веналарининг турли хил даражадаги кенгайганликлари аниқланди.

Юқорида таъкидлаганимиздек, УЗС оркали асосий эътибор икки нарсага яъни биринчи навбатда билиар тизим ва жигар паренхимасига эътибор берилди. Жигар ичи, ва жигардан ташки ўт йўллари структурасига, унинг ўлчамларига, кенглиги, ўт пуфаги ҳолати унинг ўлчамлари ичидаги суюқликка алоҳида эътибор берилди .

Шу нарсага алоҳида эътибор беришимиз керакки УТС орқали текширганда назорат гуруҳидаги 22 беморнинг ҳаммасида жигар ичи ва ташки ўт йўлларининг кенгайиши кузатилиб ушбу ҳолат МС ЖЦ билан бирга келган ҳолатларда ҳамма вақт ҳам намоён бўлмаслиги аниқланди. Яъни ЖЦ ва МС билан текширилган беморлардан 21 кишида билиар гипертензия аломатлари бўлсада жигар ичи ўт йўлларининг кенгайиши кузатилмади. Демак 1 гуруҳдаги текширилган

54 бемордан 21 кишида УТС орқали текширишда жигар ичи ва жигардан ташқи ўт йўлларининг кенгаймаганлиги аниқланди. Жигар циррозида айниқса касалликнинг охирги босқичларида билиар гипертензия бўлсада доим ҳам жигар ичи ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларининг кенгаймаслик ҳолатини, жигар тўқимаси архитектоникасининг бузилиши яъни циррозли трансформация ва ўт йўлларидаги дағаллашиш, узоқ вақт давом этган яллиғланиш натижасидаги дегенератив ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб билиар тизим ўз эластиклигини йуқотан деб хулоса қилинди.

5-жадвал

ЖЦ, МС билан биргаликда ва МС алоҳида келган ҳолатларда жигар функционал ҳолати кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	ЖЦ, МС (n=50) M±m	МС(n=54) M±m	P
АЛТ(нмоль/л.с)	646,3±22,6	186,4±9,6	<0.05
Тимол. синама (ед.)	11,4±0,4	1,0±0,37	<0.05
Альбумин (%)	32,8±0,2	41,6±0,2	<0.05
ПТИ (%)	70,4±0,28	83,2±0,3	<0.05
Билирубин умумий (ммоль/л)	46,6±1,2	10,2±1,3	<0.05

Биокимёвий таҳлиллар натижасини киёсий таққослаш шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ беморларда билирубинэмиядан ташқари 34 беморда АЛТ ва АСТ ферментларининг активлиги 3-6 баробарга ошган.

Биокимёвий таҳлилларда ҳар иккала гуруҳда гепатодепрессия даражасини қиёсий таққослаш қуйидаги натижаларни кўрсатди. Альбумин миқдори ва протромбин индекси биринчи гуруҳ яъни ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган 54 бемордан 43 кишида, иккинчи гуруҳ яъни механик сариқликнинг ЖЦ исиз келган 22 бемордан 4 кишида пасайганлиги аниқланди. Яъни никкинчи назорат гуруҳига нисбатан, Альбумин миқдори ва протромбин индекси асосий гуруҳдаги беморларда сезиларли даражада пасайганлиги аниқланди. Бундан шундай фикрга бориш мумкинки, цирротик ўзгарган жигар паренхимасидаги патологик жараён билиар гипертензия натижасида янаям чуқурлашиб ўткир жигар етишмовчилигини келтириб чикаришга (чуқурлаштиришига) туртки бўлади.

Шунингдек, холестаз синдромини ўрганиш, умумий Билирубин, боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорига ҳамда ишқорий фосфотазага қараб таҳлил қилинди. Албатта жигар ичи сариқлиги билан жигар ости сариқлигини ажратишда билирубиннинг миқдори доим ҳам аниқ натижа бермайди.

ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган беморларнинг 47 да бир вақтнинг ўзида ҳам боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорининг деярли бир хилда кўтарилганлиги кузатилди. Яъни дастлаб билиар гипертензия натижасида боғланган билирубиннинг кўтарилиши кузатилса, кейинчалик ушбу кўрсатгичга боғланмаган билирубиннинг ҳам кўтарилиши кузатилди. Демак билиар гипертензия жигарда мавжуд бўлган цирротик ўзгаришли патологик жараённи активлаштириши қайд этилди.

Ўт тош касаллиги этиологияли МС ЖЦ билан бирга келган беморларда жигар функционал ҳолатини текшириш шуни кўрсатдики, ушбу патологик жараёнда деярли барча ҳолатларда биохимиявий текшириш натижаларида ўзгаришлар кузатилди. Биринчи гуруҳдаги жигар циррози билан касалланган 54 бемордан 34 кишида юқорида қайд этилган биокимёвий ўзгаришлар яққол намоён бўлди.

Биокимёвий таҳлиллар натижасини қиёсий таққослаш шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ беморларда билирубинэмиядан ташқари АЛТ ва АСТ ферментларининг активлиги 3-6 баробарга ошган.

Биокимёвий таҳлилларда ҳар иккала гуруҳда гепатодепрессия даражасини қиёсий таққослаш қуйидаги натижаларни кўрсатди. Биринчи гуруҳ беморларда яъни ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган беморларда альбумин миқдори ва протромбин индекси иккинчи гуруҳ яъни механик сариқликнинг ЖЦ сиз келган беморларга нисбатан сезиларли даражада пасайганлиги аниқланди. Бундан шундай фикрга бориш мумкинки, цирротик ўзгарган жигар паренхимасидаги патологик жараён билиар гипертензия натижасида янаям чуқурлашиб ўткир жигар етишмовчилигини келтириб чиқаришга туртки бўлади.

Шунингдек, холестаз синдромини ўрганиш умумий Билирубин, боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорига ҳамда ишқорий фосфотазага қараб таҳлил қилинди. Албатта жигар ичи сариқлиги билан жигар ости сариқлигини ажратишда билирубиннинг миқдори доим ҳам аниқ натижа бермайди.

ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган 54 бемордан 41 кишида бир вақтнинг ўзида ҳам боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорининг деярли бир хилда кўтарилганлиги кузатилди. Яъни дастлаб билиар гипертензия натижасида боғланган билирубиннинг кўтарилиши кузатилса кейинчалик ушбу кўрсатгичга боғланмаган билирубиннинг ҳам кўтарилиши кузатилди. Демак, билиар гипертензия жигарда мавжуд бўлган цирротик ўзгаришли патологик жараённи активлаштириши қайд этилди.

Шундай қилиб, жарроҳлик бўлимида даволанган барча беморларнинг 4,6 % механик сариқлик ташкил қилиб, шундан 64 % сабаби ўт тош касаллигидир. Ўт тош касаллиги сабабли келган механик сариқликларнинг 20,4% да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари йўлдош касаллик сифатида аниқланди.

Механик сариқлик ва жигар циррози биргаликда келган ҳолатларда қорин соҳасидаги оғриклар касалликнинг асосий ёки бошланғич симптоми сифатида кечмайди. Ушбу беморларда умумий ҳолсизлик ва диспептик симптомлар ҳамда эндоген интоксикация белгилари устунлик қилади.

Жигар циррози МС билан бирга кечганда билиар гипертензия бўлсада УТС текширувида доим ҳам жигар ичи ва жигардан ташкаридаги ўт йўллари кенгаймаслиги мумкин.

Жигарнинг циррозининг турли босқичлари ташхиси 37% ҳолатларда касалхонага текширишлар натижасида аниқланди. Бу тоифа беморларга ташхис

қўйишнинг қийинлиги ёки кечиктириб қўйилишига асосий сабаб, унинг узоқ вақт ҳеч кандай симптомсиз кечишидир.

АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ:

1. Акилов Х.А. Хирургическое лечение больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с синдромом асцита. /Авторе. Дисс. ... Доктор. мед. наук. Ташкент - 1998. С. 2-6.
2. Алексеева О.П., Курышева М.А. Ингибиторы ангиотензинпревращающег ферамента и антоганисты рецепторов ангиотензина II в клинике внутренных болезней. /Новгород. 2004.,
3. Арипов У.А., Арипова Н.У. Обтурационный холецистит. // Мат. Респ. Науч-прак. конф. с межд. нар. участ. "Холецистит и его осложнения" Бухара, 1997.- С.4.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей /М.: Издательский дом Видар - М. 2009 560 с.
5. Гальперин Э.И., Дюжевой Т.Г. \\ Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии. Москва. 2011
6. Даценко Б.М.,Борисенко В.Б., 2013., Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики. /Новости хирургии. Том 21.№5. 2013. Стр.31-39.
7. Девятов А.В. Пути оптимизации портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. / Автореф. док. мед. наук. Ташкент-1999.
8. Ерамишанцев А.К., Гордеев П.С., Ахмеджанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. - 1992. - № 1. - С. 15-17.
9. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений чраспечоночных эндоблиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями. // Анналы хирургической гепатологии. 2015. № 3. С 68-74.
10. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Современные состояние реконструктивной хирургии портального кровообращения у больных циррозом печени с угрозей кровотечения из варикозно- расширенных вен пишевода и желудка / /Анналы хирургической гепатологии.- 2000. - № 2.- С. 245.
11. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В., Асабаев А.Ш. Прогноз выживаемости при циррозе печени и формирование групп реципи-ентов для трансплантации печени после портосистемного шунтиро-вания //Анналы хирургической гепатологии. -2000. - № 2.- С. 7-10
12. Ураков Ш.Т. Особенности лечебно диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной хирургической патологией. /Автореф. дисс. ... док. мед. наук. - Ташкент-2005.
13. Schwarts S.J. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination. //Surgery, 1981, v.90, n.4, p.577-582.
14. Steinberg H.V., Becrett W., Chezmar J.L. Incidence of Cholelithiasis Amony Patients with Cirrhosis and Portal Hypertension. /Gastrointest. Radiolog., 1988, v.13, p.347-350.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 616.314-002-08

ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА МЕТОДОМ ИНФИЛЬТРАЦИИ

Хабибова Н.Н., Олимова Д.В., Норова М.Б.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Кариес является самым распространённым заболеванием полости рта. Существует множество методов лечения. В данной статье рассматривается альтернативный метод лечения кариеса методом инфильтрации эмали на примере препарата ICON. Лечение позволяет лечить кариес без препарирования тканей зуба, следовательно, нет необходимости использовать анестезию и минимизировать стресс пациентов от стоматологических манипуляций. Эта технология обеспечивает восстановление тканей зуба за одно посещение.

Ключевые слова: инфильтрация эмали, кариес в стадии пятна, лечение без препарирования, альтернативный метод.

TREATMENT OF INITIAL FORMS OF CARIES BY THE METHOD INFILTRATION

Khabibova N.N., Olimova D.V., Norova M.B.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Caries is the most common oral disease. There are many treatments available. This article discusses an alternative method of caries treatment by enamel infiltration using the example of ICON. The treatment allows for the treatment of caries without the preparation of tooth tissues, therefore, there is no need to use anesthesia and minimize the stress of patients from dental procedures. This technology provides restoration of tooth tissues in one visit.

Key words: enamel infiltration, caries in the stain stage, treatment without preparation, alternative method.

KARIYALARNING USTUBI BOSHQA SHAKLLARINI DAVOLASH INFILTRASYON

Xabibova N.N., Olimova D.V., Norova M.B.,

Buxoro davlat tibbiyot institute.

✓ ***Rezyume***

Karies - bu eng keng tarqalgan og'iz kasalligi. Ko'plab davolash usullari mavjud. Ushbu maqolada ICON misolida kariesni emal infiltratsiyasi bilan davolashning muqobil usuli muhokama qilinadi. Davolash kariesni tish to'qimalarini tayyorlashsiz davolashga imkon beradi, shuning uchun behushlik ishlatishga va stomatologik protseduralardan bemorlarning stressini minimallashtirishga hojat yo'q. Ushbu texnologiya bitta tashrif bilan tish to'qimalarini tiklashni ta'minlaydi.

Kalit so'zlar: emal infiltratsiyasi, dog 'bosqichida karies, tayyorgarliksiz davolash, muqobil usul.

Актуальность

По данным Всемирной Организации Здравоохранения 95% населения в Мире страдают кариесом [1]. При ранней терапии кариеса необходимо решать три основные задачи: остановить разрушение кристаллической решётки эмали, её защита и устранение кариесогенной ситуации в полости рта. Минимальное вмешательство в структуру тканей зуба является приоритетным направлением современной стоматологии. Такое лечение помогает устранить широко распространённые тревоги пациентов, вызываемые традиционными инвазивными стоматологическими процедурами, такими как анестезия и препарирование [2].

Цель: изучить эффективность лечения методом инфильтрации.

Задачи:

1. изучить суть метода лечения кариеса путем инфильтрации;
2. узнать преимущества метода инфильтрации;
3. выявить недостатки лечения.

Материал и методы

Проведен сравнительный анализ научных статей, периодических изданий в журналах, учебных изданий, диссертационных исследований на русском и английском языке по теме лечения кариеса в стадии пятна методом инфильтрации. Уточнено, какие клиники г. Бухара используют методику инфильтрации.

Результат и обсуждение

Клинически кариес впервые обнаруживается в стадии пятна, но деминерализация эмали начинается намного раньше. Как известно, кариозный процесс развивается постепенно. Сначала выявляются обратимые (бесполостные) изменения, которые потом переходят в необратимые (полостные) изменения с потерей тканей зуба. На зубе образуется налет, в котором развиваются микроорганизмы, отходы их жизнедеятельности снижают pH. В эмаль поступает большое количество ионов H+ , вызывая деминерализацию. Основными путями попадания H+ являются межпризменные микропространства. Кислоты, попадая в эмаль, растворяют кристаллы апатита, в результате образуются поры в виде воронок. При прогрессирова-

нии этого процесса, образуются полости [3]. Для лечения обратимых изменений используют метод инфильтрации. Белое пятно является первым клиническим проявлением кариеса и характеризуется изменением цвета эмали [4]. Другие изменения эмали на данной стадии развития патологического процесса не обнаруживаются. На более поздних стадиях при зондировании может отмечаться небольшая шероховатость эмали в очаге поражения [5]. Клинически практически невозможно хорошо обследовать проксимальные поверхности зубов. Для этого проводят рентгенологическое исследование всего зубного ряда при сомкнутых челюстях. На прицельной рентгенограмме деминерализованные участки изображены в виде просветления. По рентгенологической классификации глубины кариозного поражения (I. Mejare, 1999) (кариес эмали E1 и E2 и кариес дентина - D1, D2 и D3) показанием для терапии является кариес глубиной E1, E2, D1, а также начальный кариес после снятия брекет-систем [6].

Инфильтрацию эмали придумали профессор Хедрик Мейер-Лакель и доктор Себастьян Парис (США) в начале 2000-х годов. Для инфильтрации используют смолы, состоящие в основном из триэтиленгликольдиметакрилата [7]. Такие смолы имеют высокий коэффициент проникновения, и способны проникать в межпризменные пространства на всю глубину деминерализованной эмали до 200 микрон [8]. Скорость проникновения смол в межпризменные пространства составляет 274 см/сек. От скорости и глубины проникновения зависит способность инфильтрационных смол останавливать прогрессирование деминерализации [9,10]. Очень важную роль при инфильтрации имеет протравливание эмали. Это проводится для удаления псевдоинтактного слоя на поверхности пораженной эмали. Протравливание проводят 15% раствором соляной кислотой. Кислота удаляет псевдоинтактный слой: практически полностью растворяет менее минерализованные кристаллы апатитов межпризменных пространств и частично - более минерализованные кристаллы эмалевых призм, в эмали появляются "пути", увеличивающие коэффициент проникновения смолы. Экспозиция соляной кислоты на эмали составляет 90-120 секунд [11]. При непосредственной инфильтрации смолу наносят на поврежденный участок дважды, это обеспечивает повышение микротвердости и устойчивость эмали к деминерализирующим процессам [12].

В клинической практике лечение кариеса в стадии пятна производят путем инфильтрации эмали с использованием препарата ICON (от англ. Infiltration Concept). Этот материал выпускается в виде наборов для проксимальных и вестибулярных поверхностей зубов [13]. Начинать лечение кариеса в стадии пятна следует с профессиональной чистки зубов при помощи паст и щеточек. Методика инфильтрации требует абсолютно сухого рабочего поля. Поэтому необходимо наложение коффердама. Если лечение производится на фронтальных группах зубов на вестибулярной поверхности можно воспользоваться жидким коффердамом. При инфильтрации жевательной группы зубов проводят расклинивание зубов при помощи клиньев для обеспечения доступа к очагу поражения. Производится травление эмали 15% раствором соляной кислоты в течение 2 минут при помощи насадки. Гель соляной кислоты смывают в течение 30 сек. водо-воздушной струей. Молекулы воды, которые остались в порах, будут препятствовать проникновению инфильтранта. Её удаляют раствором 99% этилового спирта, который в течение 30 сек. наносят на поверхность. Затем высушивают 30 сек. струей воздуха. Инфильтрация производится в два этапа. Сначала инфильтрант толстым слоем наносится на пораженный участок при помощи вестибулярных и проксимальных насадок, оставляется на 3 минуты. Производится удаление излишков материала флоссом и полимеризация в течение 40 сек. Второй этап включает в себя повторное нанесения материала на 1 минуту, удаление излишков флоссом, полимеризация в течение 40 секунд. После извлечения клиньев, и снятия коффердам десневой сосочек часто бывает травмирован. Его обрабатывают дентальными пастами для восстановления десны [6]. После проведения лечения пациенту дается паспорт, в котором записываются данные, на какой поверхности какого зуба была произведена инфильтрация, поскольку смолы нерентгеноконтрастны. Р.К. Фатталь в 2013 году провел лабораторно-клиническое исследование, которое доказывает эффективность данного метода. Для исследования было взято 52 свежи удаленных зуба с диагнозом пришеечный кариес в стадии пятна с ранее проведенным лечением. На основании этого исследования можно сделать выводы, что исследуемый полимер плотно закрывает "микропоры", что ведет к отсутствию проницаемости эмали, следовательно, останавливает процесс деминерализации эмали. При исследовании глубины очага кариеса эмали выяснилось, что в группе зубов с белыми кариозными пятнами (1 группа) в 33 (100 %) случаях кариозный процесс был локализован в поверхностных слоях эмали. При белых кариозных пятнах методика инфильтрации является эффективной. Смола однородно пропитывает очаг поражения эмали на всем его протяжении и заполняет межпризменные пространства здоровой эмали на глубину до 30 мкм, что позволяет механически стабилизировать хрупкую деминерализованную эмаль. Однако в случае с пигментированными пятнами не происходит инфильтрация очага поражения на всю его глубину, что не дает гарантии стабилизации кариозного процесса, и высока вероятность рецидива. При инфильтрации пигментированного пятна не происходит полного восстановления прежнего оттенка эмали, он становится несколько светлее, но пигментация остается. При изоляции обширных поверхностей зубов не нарушаются минеральные обмены между тканями зуба и слюной. При живой пульпе усиливаются адаптационно-компенсаторные реакции и улучшаются свойства ротовой жидкости, определяющее ее минерализирующие свойства [8]. Достоинствами метода инфильтрации является, что по своим оптическим свойствам смола соответствует эмали и маскирует области кариозного поражения, лечение можно проводить как на контактных, так и на видимых поверхностях. Белые пятна приобретают блестящий вид. При зондировании поверхность пятна становится гладкой. Белые и пигментированные пятна поразному изменяют свой цвет после проведения инфильтрации. Чем "старше" пятно и интенсивнее его пигментация, тем хуже эстетический прогноз. Максимальный визуальный эффект отмечается при лечении белых кариозных. Инфильтрация является эффективной методикой приостановки распространения кариеса эмали, обеспечи-

вая отличные и хорошие результаты в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения. Данная методика позволяет расширить границы микроинвазивного лечения кариеса, что обеспечивает максимальную сохранность собственных тканей. Лечение одного кариозного пятна занимает около 15 минут и не требует повторных процедур. Это позволяет свети к минимуму время пребывания пациента в кресле стоматолога, а, следовательно, и связанный с этим дискомфорт. Метод инфильтрации эффективен только при лечении обратимых повреждений эмали. При лечении кариозного процесса, с образовавшейся полостью, смолы не способны полностью заполнить полостные дефекты [9, 10].

Заключение

Лечение полостного кариеса этим методом неэффективно. Материал неренгеноконтрастен, поэтому необходимо заполнять дополнительные источники, для дальнейшего лечения. Еще одним недостатком является высокая стоимость данного лечения, что затрудняет использование данного метода в муниципальных лечебных учреждениях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2015. С. 594-595.
2. Шакарьянц А.А., Лихотай Е.К., Мусихобнаин А.А. Оценка уровня стоматологической тревожности у пациентов при лечении очаговой деминерализации эмали в стадии дефекта методом инфильтрации в сочетании с реставрационными технологиями // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4, № 12. С. 1326.
3. Фатталь Р.К. Сравнительная эффективность микроинвазивных методов в лечении кариеса зубов: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук. Краснодар, 2015. //Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2017. Volume 7. Issue 9 www.medconfer.com © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017 1460
4. Paris S., Meyer-Luckel H. Masking of labial enamel white spot lesions by resin infiltration a clinical report // Quintessence Int. 2009. Vol. 9. P. 1-6.
5. Ипполитов Ю.А., Моисеева Н.С. Ранняя диагностика и лечебно-профилактическая терапия кариеса эмали зубов // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. № 1. С. 49-51.
6. Андреас Шульт [Andreas Shult] Материал и методика ICON: сверлим? Нет, спасибо! Отчет о применении // Dental Milestones Guaranteed. 2013.
7. Paris S., Meyer-Luckel H. Infiltration of natural caries lesions with experimental resins differing in penetration coefficients and ethanol addition // Journal of dental research. 2010. Vol. 44(4). P. 408-14. doi: 10.1159/000318223.
8. Paris S., Meyer-Luckel H., Kielbassa A. Resin infiltration of natural caries lesions // Journal of dental research. 2007. Vol. 86(7) P. 662-6.
9. Paris S., Meyer-Luckel H, Improved resin infiltration of natural caries lesions // Journal of dental research. 2008. Vol. 87(12). P. 1112-6.
10. Paris S., Meyer-Luckel H., Kielbassa A. Penetration coefficients of commercially available and experimental composites intended to infiltrate enamel carious lesions // Dent mater. 2007. Vol. 23(6) P. 742-8.
11. Daminova Sh.B., Kazakova N.N., Sobirov Sh.S. A literature review of the current state of the problem of dental caries in children of patients with rheumatism. // World Journal of pharmaceutical research. - USA, 2020. - N6. - P.259-260. (Impact factor = 8.082).
12. Хабибова Н.Н. Клинические и параклинические показатели крови и слюны у болных пародонтитом отягощенный ожирением // Врач-аспирант. -Воронежб 2010. -№6.4(43).-С.510-514.
13. Наврузова Л.Х. Сканирующая электронная микроскопия твёрдых тканей зубов на фоне гиперпаратиреоза. //Новый день в медицине. Научно-реферативный журнал.1(29)2020 стр. 56 https://bsmi.uz/index.php/ru/deyatelnost/nauchnaya-deyatelnost/nauchnye-zhurnaly

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.14-005.6-08

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Хамдамов У.Р.,

Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

✓ ***Резюме***

Проведено проспективное клиническое исследование, целью которого было оценить эффективность, безопасность и удобство основной терапии венозного тромбоза пероральным антикоагулянтом с первых суток лечения. В исследование включали больных, поступивших в хирургических отделение Бухарского филиала РНЦЭМП с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. В исследование были включены 47 больных, которым, начиная с первых суток, назначали антикогулянт по 15 мг 2 раза в день на срок до 3 недель от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный таблетированные формы по клинической дозе до 20 мг препаратов. Срок лечения составлял 3 месяца при дистальном тромбозе, 6 месяцев при спровоцированном проксимальном венозном тромбозе с обратимыми факторами риска; длительно (более 12 месяцев) при идиопатическом, рецидивирующем ТГВ, а также венозном тромбозе, развившемся на фоне наличия необратимых факторов риска (онкологическое заболевание). За весь период наблюдения не было зафиксировано геморрагических осложнений, рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии. Исследование показало, что применение антикогулянтов один раз в сутки обеспечивает хорошую приверженность к лечению и низкий риск кровотечений.

Ключевые слова: венозное тромбоэмболические осложнение, тромбоз глубоких вен, пероральные антикоагулянты, тромбоэмболия легочной артерии.

АНТИКОАГУЛЯНТЛАР БИЛАН ВЕНОЗ ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ

Хамдамов У.Р.,

Республика шошилинч ёрдам илмий маркази Бухоро филиали.

✓ ***Резюме***

Веноз тромбоз билан оғриган беморларда эффектив, хавфсиз ва қулай янги орал антикоагулянт даво натижалари бўйича клиник текширишлар ўтказилди. Текширишга РШТЁИМ Бухоро филиали хирургик бўлимларида инструментал йўл билан тасдиқланган оёқ чуқур веналари ўткир веноз тромбози ташхиси билан оғриган 47 нафар бемор олинди. Бу беморларга марказга тушгандан 1 суткадан антикогулянт препаратини 15 мг 1табх2 маҳал, 3 ҳафта давомида ичишга, кейинчалик ҳар куни 20 мг 1таблетка х 1 маҳал тавсия қилинди. Даволаш давомийлиги дистал тромбозларда 3 ойгача, проксимал тромбозларда эса 6 ой, узоқ, яъни 12 ойгача эса идиопатик, онкологик касалликлар фонида келиб чиққан чуқур веноз тромбозларга тавсия қилинди. Даволаш даврида бу беморларда геморрагик асоратлар, веноз тромбознинг қайталаниши ва ўпка артерияси тромбоэмболияси ҳолатлари кузатилмади. Текшириш натижалари шуни кўрсатадики, антикогулянтларнинг 1 маҳал суткасига қўллаш яхши натижа бериши ва қон кетиш хавфининг паст даражада эканлиги исботлади.

Калит сўзлар: веноз тромбоэмболик асоратлар, чуқур веналар тромбози, перорал антикоагулянтлар, ўпка артерияси тромбоэмболияси.

MODERN TREATMENT OF VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPICATIONS WITH ANTICOAGULANTS: POSSIBLE RIVAROXABAN

Hamdamov U.R.,

Bukhara branch of Republic scientific center of emergency medical care.

✓ ***Resume***

A prospective clinical study was carried out to assess the efficacy, safety and convenience of the main therapy for venous thrombosis with an oral anticoagulant from the first day of treatment. The study included patients admitted to the surgical department of the Bukhara branch of the RSCEMP with instrumentally verified acute deep vein thrombosis of the lower extremities. The study included 47 patients who, starting from the first day, were prescribed an anticulant at 15 mg 2 times a day for up to 3 weeks from the start of therapy, then switched to a single daily tablet form at a clinical dose of up to 20 mg of drugs. The duration of treatment was 3 months for distal thrombosis, 6 months for provoked proximal venous thrombosis with reversible risk factors; for a long time (more than 12 months) with idiopathic, recurrent DVT, as well as venous thrombosis, which developed against the background of the presence of irreversible risk factors (cancer).

Over the entire observation period, no hemorrhagic complications, recurrence or progression of venous thrombosis, or the development of pulmonary embolism were recorded. Research has shown that once daily use of anticoagulants provides good adherence to treatment and a low risk of bleeding.

Key words: venous thromboembolic complications, deep vein thrombosis, oral anticoagulants, pulmonary embolism

Актуальность

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей - распространенное заболевание, чреватое неблагоприятными последствиями. Опасность венозного тромбоза в первую очередь заключается в возможности развития тромбоэмболии легочных артерий, летальность при которой может достигать 10-20%. Кроме того, отсутствие адекватного лечения венозного тромбоза в острой стадии нередко служит причиной развития тяжелой хронической венозной недостаточности, вплоть до появления обширных длительно незаживающих трофических язв [3, 6].

Основными методами лечения острого венозного тромбоза и профилактики ТЭЛА являются оперативное вмешательство, тромболитическая и антикоагулянтная терапия. При этом, несмотря на ряд противопоказаний и осложнений, антикоагулянтная терапия при обоснованном подозрении на ТГВ должна быть начата до инструментальной верификации диагноза, являясь, таким образом, базовым способом лечения венозного тромбоза и профилактики ТЭЛА [2,3,4].

Принято делить периоды проведения антикоагуляции на 3 фазы. Вводной фазой называют терапию в первые 5-7 дней, основной (долгосрочной, "long-term") фазой - период от 7 дней до 3 мес., и продленной ("extended") - терапию свыше 3 месяцев. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) с последующим переходом на антагонисты витамина К. Современный подход к терапии ТГВ - монотерапия препаратом ривароксабан, то есть использование одного препарата с первого дня заболевания для лечения и вторичной профилактики.

Длительность лечения антикоагулянтными препаратами зависит от характера тромбоза (спровоцированный или идиопатический) и уровня поражения конечности (дистальный или проксимальный тромбоз). Несмотря на то, что антагонисты витамина К (варфарин) показали высокую эффективность, которая выражается в более чем 5-кратном снижении риска рецидива венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), их применение сопряжено с существенными недостатками, такими как 3-кратное увеличение риска геморрагических осложнений, необходимость постоянного лабораторного мониторинга степени гипокоагуляции и коррекции дозы препарата, взаимодействие с пищей и другими лекарственными средствами (Савельев В.С., 2010; Guyatt G.H.,2012). Баланс между риском и пользой длительной антикоагулянтной терапии остается предметом дискуссий, даже несмотря на сохраняющуюся на протяжении длительного времени высокую вероятность рецидива ТГВ после первично перенесенного эпизода. Таким образом, давно назрела необходимость появления безопасного, эффективного, простого в применении альтернативного перорального антикоагулянта.

В последние годы в распоряжении ангиохирургов, флебологов, ангиологов стали появляться новые антикоагулянтные средства - пероральные ингибиторы Ха фактора и тромбина, эти препараты продемонстрировали высокую эффективность в лечении тромбозов глубоких вен и их осложнений. Особую ценность представляют литературные данные об эффективности новых пероральных антикоагулянтов по результатам их применения в клинической практике в отделениях сосудистой хирургии и хирургических отделений поликлиник [5,8,9]. Одним из таких препаратов является ривароксабан (Ксарелто).

Препарат ривароксабан - прямой пероральный ингибитор Ха фактора свертывания. С 2008 г. после успешно проведенных исследований III фазы RECORD 1-4, в которых ривароксабан показал эффективность, превосходящую стандартный подход, активно применяется для первичной профилактики ВТЭО у пациентов, подвергающихся большим ортопедическим оперативным вмешательствам на нижних конечностях в дозе 10 мг 1 раз в сутки. Результаты клинических исследований были подтверждены в большом наблюдательном исследовании XAMOS, где ривароксабан в условиях реальной практики также продемонстрировал превосходство в эффективности по сравнению со стандартной терапией.

В 2012 году ривароксабан вошел в 9-ю редакцию рекомендаций Американского общества торакальных врачей "American College of Chest Physicians, ACCP) по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболий, как единственный новый пероральный антикоагулянт, обладающий доказанной эффективностью в предотвращении тромбоэмболических событий у пациентов с ТГВ уже с первого дня монотерапии. А в 2013 году ривароксабан одобрен в Российской Федерации для лечения ТГВ и ТЭЛА и профилактики их рецидивов в дозе 15 мг 2 раза в день в течение первых 3 недель с последующим переходом на дозу 20 мг один раз в день для дальнейшего лечения и профилактики рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Таким образом, ривароксабан стал первым препаратом среди всех новых оральных антикоагулянтов, зарегистрированных по показанию ТГВ и ТЭЛА.

Цель настоящего исследования оценить эффективность, безопасность и удобство основной терапии венозного тромбоза пероральным антикоагулянтом прямой пероральный ингибитор Ха фактора свертывания, с первых суток лечения.

Материал и методы

В исследование включали больных, поступивших в хирургических отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП в 2016-2019 годы с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Всем больным, начиная с первых суток, назначали антикогулянт - прямой пероральный ингибитор Ха фактора свертывания по 15 мг 2 раза в день таблетированную форму на срок до 3 недель от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата. Срок лечения составлял 3 месяца при дистальном тромбозе, 6 месяцев при проксимальном венозном тромбозе с обратимыми факторами риска; длительно (более 12 месяцев) при идиопатическом, рецидивирующем ТГВ, а также венозном тромбозе, развившемся на фоне наличия необратимых факторов риска (онкологическое заболевание). Во всех наблюдениях антикоагулянтная терапия на стационарном и амбулаторном этапах лечения сочеталась с компрессией нижних конечностей эластическим бинтами и применением флебопротекторов: сочетание гесперидина с диосмином (диофлан) или монотерапия диосмином (флебодиа).

В исследование были включены 47 больных (31 мужчина и 16 женщин) в возрасте от 29 до 78 лет (средний возраст 54,0+4,5 года). Всем больным выполнено ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) с цветовым допплеровским картированием. Исследования проводили ультразвуковыми аппаратами "Esaote MyLabX6" (Италия) и "SonoScape SSI-5500" (Китай), снабженными мультичастотными датчиками 4,0 МГц, 5,0 МГц, и опцией цветного допплеровского картирования. При первичном УЗАС у 27 (58 %) больных был выявлен проксимальный тромбоз, у 20 (42 %) - дистальный. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 8 суток, в среднем 3,5±1,5 суток.ъ

Результат и обсуждение

Всем больным была проведена оценка на предмет наличия факторов риска развития венозных тромбозов (варикозная болезнь, посттромбофлебитическая болезнь в анамнезе, онкологические заболевания, прием оральных контрацептивов, травма или операция за 4 недели и менее до развития тромбоза, иммобилизация нижних конечностей или длительное нахождение в ограниченном пространстве, парезы и параличи нижних конечностей). После окончания постельного режима всем пациентам проведено полное обследование для выявления онкологической патологии. У 12(25,5 %) человек впервые выявлено онкологическое заболевание. У 17 (36 %) выявлены генетические мутации, приводящие к развитию тромбофилии. У остальных пациентов 18 (38,5 %) провоцирующие факторы отмечены не были, и тромбоз расценивался как идиопатический.

После окончания стационарного этапа лечения, продолжительность которого составила 7-10 суток (в среднем 8+1 суток), больные продолжили антикоагулянтную терапию в амбулаторном режиме под наблюдением ангиохирурга или хирурга поликлиники, в том числе и пациенты с выявленным онкологическим заболеванием. Больные наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания. Дизайн исследования подразумевал визиты пациентов каждые 2 недели в первый месяц, затем через каждые 3 месяца от начала лечения. В первый месяц проводилось физикальное обследование для выявления клинических признаков ретромбоза, легочной эмболии и геморрагических осложнений. При осмотре, через 3 и 6 месяцев от начала терапии, проводилось УЗАС вен нижних конечностей.

Конечными точками эффективности были:

1) развитие клинических признаков легочной эмболии,

2) инструментально подтвержденный рецидив или нарастание венозного тромбоза

Конечными точками безопасности - геморрагические осложнения.

Геморрагические осложнения были разделены на три группы:

Большие: кровотечения, потребовавшие гемотрансфузии или локализующиеся в анатомически значимых областях: полости черепа, спинномозговом канале, суставной полости, перикарде, ретроперитонеальном пространстве, внутримышечное с развитием компартмент синдрома, внутриглазное, или приведшее к летальному исходу.

Значимые: кровотечения, не соответствующие критериям "большого", но потребовавшие медицинского вмешательства для достижения гемостаза или временной приостановки антикоагулянтной терапии.

Малые: любые кровотечения или кровоизлияния в мягкие ткани, не соответствующие критериям "большого" и "значимого", не потребовавшие обращения к врачу и приостановки антикоагулянтной терапии.

Через 3 месяца под наблюдением оставались все 33 пациентов, что указывает на высокую приверженность к терапии, из которых 14 больных с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии. Геморрагических осложнений в этой группе пациентов отмечено не было. В течение 6 месяцев под наблюдением находились 12 (25,5%) человека. За период наблюдения не было зафиксировано рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии.

Развитие геморрагических осложнений в этой группе было выявлено у 4 (8,5 %) больных, все они были малые, значимых и больших кровотечений не было. Приостановки антикоагулянтной терапии, даже временной, не потребовалось. Все наблюдаемые пациенты принимали антикогулянт по предложенной схеме, не было ни одного пациента, досрочно прекратившего прием препарата. Таким образом, применение антикоагулянта перорально один раз в сутки обеспечило не только лучшую приверженность к лечению, но и снижение риска развития кровотечений.

Полученные нами данные в общем согласуются с результатами рандомизированного исследования EINSTEIN DVT, посвященного сравнению эффективности и безопасности терапии венозного тромбоза препаратом антикогулянтом - прямого перорального ингибитора Ха фактора свертывания и эноксапарин-+антагонисты витамина К [EINSTEIN Investigators, 2010].

Заключение

По сравнению со стандартной терапией антагонистами витамина К, важно отметить несколько отличий. Во-первых, пероральный антикоагулянт возможно применять с первого дня терапии венозного тромбоза, нет необходимости назначать нефракционированный гепарин или низкомолекулярный гепарины, в ряде случаев с дистальными тромбозами сроком возникновения более 7 дней, возможно отказаться от госпитализации таких пациентов в стационар и рекомендовать амбулаторный прием антикогулянта под контролем ангиолога или хирурга поликлиники. Во-вторых, применение нового перорального антикоагулянта не требует индивидуального подбора дозы, коррекции дозы в соответствии с диетическими предпочтениями и параллельным приемом других лекарственных средств. Поэтому нет необходимости в регулярном лабораторном мониторинге, постоянном подборе дозы препарата в случаях высоких колебаний МНО в анализах пациента, что особенно удобно для жителей, отдаленных от центральных районных больниц.

Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения препарата перорального ингибитора Ха фактора свертывания, начиная с первого дня терапии

венозного тромбоза, высокую приверженность к терапии, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Родионов С.В. Амбулаторное лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Новые возможности и перспективы. Амбулаторная хирургия. 2017;1-2 (65-66).
2. Бокерия Л.А., Затевахин И.И., Кириенко А.И. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Флебология 2015; 5-6.
3. Кириенко А.И., Андрияшкин В.В. Флебологическая помощь больным с осложненными формами хронической венозной недостаточности на амбулаторном этапе. Флебология № 2 том 8 2014; 117-118.
4. Кривощеков Е.П., Романов В.Е., Дмитриева И.А. Консервативное лечение осложненных форм хронической венозной недостаточности на фоне сахарного диабета. Флебология № 2 том 8 2014; 118.
5. Савельев В.С., Кириенко А.И., Золотухин И.А., Андрияшкин В.В. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений в российских стационарах. Флебология № 3 2010; 3-8.
6. Шилова А.Н., Карпенко А.А., Кармодонова Н.А.,Старосоцкая М.В., Особенности терапии ТЭЛА при гематогенной тромбофилии. Ангиология и сосудистая хирургия том. 19 № 3 2013;71-73.
7. Angelli G. Current issues in anticoagulation. Patophysiol. Haemost. Tromb. 2005; 2-9.
8. EINSTEIN Investigators. Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. Engl Med 2010; 2499-2510.
9. Dmitrieva I, Krivoshchekov E. Flebological help patients with complicated forms of chronic venous insufficitncy. 24 Conference of the European Wound Management Association EWMA 2014 Madrid Spain Espana 2014; 360.
10. GuyattG.H., AklE.A., CrowtherM., Gutterman D.D., Schuunemann H.J. American College of Chest Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 7-47.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.31:616-002.951

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРАНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.,

Ташкентский государственный стоматологический институт.

✓ ***Резюме***

Гельминтозы, как сопутствующая патология ХРАС, оказывают колоссальное воздействие на ротовой полости, усиливая воспалительные процессы в мягких тканях полости рта, усиливают жалобы пациентов с ХРАС и приводят к более частым обострениям. Причем они не, просто учащают обострения, но и увеличивают тяжесть течения обострений.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гельминтозы, слизистая оболочка полости рта.

FEATURES OF THE DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC RECIDIVE APHTHOUS STOMATITIS AGAINST THE BACKGROUND OF HELMINTHIASIS

Khasanova L. E., Pulatova R. S.,

Tashkent State Dental Institute.

✓ ***Resume***

Helminthiasis, as a concomitant pathology of CRAS, has a huge impact on the oral cavity, increasing inflammatory processes in the soft tissues of the oral cavity, increasing the complaints of patients with CRAS and leading to more frequent exacerbations. And they do not just increase the frequency of exacerbations, but also increase the severity of the course of exacerbations.

Key words: chronic recidive aphthous stomatitis, helminth infection, the mucous membrane of the oral cavity.

ГЕЛМИНТИАЗ ФОНИДА СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТОЗЛИ СТОМАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ТИШ ҲОЛАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хасанова Л.Э., Пулатова Р.С.,

Ташкент давлат стоматология институти.

✓ ***Резюме***

Гелминтиёз, СҚАС касаллигининг ёндош патологияси сифатида оғиз бўшлиғига катта таъсир кўрсатади, оғиз бўшлиғининг юмшоқ тўқималарида яллиғланиш жараёнларини кучайтириб, СҚАС билан оғриган беморларнинг шикоятларини оширади ва тез-тез қайталанишга олиб келади. Улар нафақат қайталаниш частотасини оширмай, балки касаллик кўзиши кечишини зўрайтиради.

Калит сўзлар: сурункали қайталанувчи афтозли стоматит, гелминтлар, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати.

Актуальность

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - это инфекционная патология, возникающая при взаимодействии трех факторов: окружающей среды, микро- и макро- организмов [8]. Для ХРАС характерно частое рецидивирование афт на СОПР и с нарушением целостности эпителия, местным воспалением и выраженной болью [6, 14].

В XXI веке ученые называют цифру в 20% населения планеты, страдает афтами в какой-то момент жизни, чаще всего с 20 до 40 лет. До полового созревания одинаково часто болеют лица обоих полов, а во взрослом возрасте преобладают женщины [4].

Гельминтозы оказывают крайне негативное воздействие на микробиоценоз кишечника, что не может, не отразится на микробиоценозе слизистой оболочки полости рта, а также на всасывание витаминов, минералов и других необходимых питательных веществ из кишечника, что влияет на организм в целом [1, 5, 15]. Гельминтозы, конечно, не являются истинно аллергическим заболеваниями, но в их патогенезе аллергический компонент присутствует в основном патологическом процессе. Гельминтозы приводят к частым соматическим патологиям и рецидивам хронических заболеваний, влияя на иммунную систему организма хозяина [2, 9, 11].

Отличительная особенность большей части гельминтных инвазий -хроническое, скрытое течение, обусловленное длительным присутствием паразита в организме и повторными неоднократными заражениями [3, 7, 13]. Продукты жизнедеятельности гельминтов и сами гельминты нарушают нормальный биоценоз кишечника, а вследствие поглощения гельминтами ценных питательных веществ: белков, углеводов, жиров, витаминов и минеральных веществ, что нарушает нейрогуморальную регуляцию процессов всасывания пищи, что, несомненно, сказывается на микробиоценозе полости рта, способствует росту долей условно-патогенной и патогенной микрофлоры [2, 10].

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей стоматологического статуса у больных ХРАС на фоне гельминтной инвазии.

Материал и методы

Для выполнения поставленных задач нами было обследовано 97 больных ХРАС в возрасте 23 - 46 лет (средний возраст 36,4±3,3 лет), из них мужчин было 43, женщин - 54. Средний возраст наблюдаемых мужчин составил 34,7±3,1 года, женщин - 39,2±3,2 года.

Все больные были разделены на I и II группы (49 и 48 человек соответственно). К первой группе мы отнесли больных, у которых во время исследования было выявлено наличие гельминтозов. Распределение по видам было следующим: Энтеробиоз был выявлен у 27 человек, что составило 55,1%, аскаридоз - у 15 (30,6%) пациентов, лямблиоз констатировали у 7 (14,3%) больных. Также у 8 обследуемых выявлено наличие двух паразитов, и у двоих больных выявили сочетание всех представленных паразитов.

Результат и обсуждение

Если детально рассмотреть длительность заболевания ХРАС среди обследуемых пациентов, то можно заметить, что пациенты I группы (доказано наличие гельминтозов) имели более достоверно (P<0,05) более длительное течение болезни, нежели обследуемые II группы. Средняя длительность ХРАС в I группе составила 3,2±1,1года, а в II группе - 2,5 ±0,9год. Таким образом мы можем с полной уверенность сказать, что длительно текущий ХРАС (более 5 лет) предполагает наличие гельминтной инвазии у пациента. Следовательно, пациенту с длительно текущем ХРАС (более 1года) стоматологу необходимо назначить лабораторное исследование для выявления или опровержения наличия гельминтной инвазии.

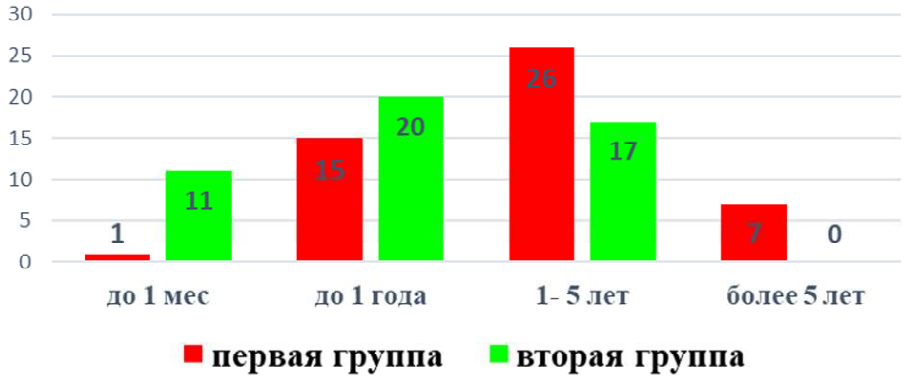


Рис.3. Длительность ХРАС по группам.

При наличии гельминтозов тяжесть течения ХРАС увеличивается, так у пациентов с гельминтозами 85% имеют среднее и тяжелое течение, причем тяжелое течение отмечается у 34,7% больных, в то время как у пациентов без гельминтозов 62,5% имеют легкое течение, а тяжелое течение констатировано только у 10,4%.

Встречаемость жалоб больных и индексы во ХРАС II группе в зависимости от длительности заболевания

Параметры	Длительность ХРАС							
	До 1 мес(n=11)		1-12 мес(n=20)		1-5 лет(n=17)		Всего(n=48)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
дискомфорт, боль при приеме пищи	11	100	20	100	17	100	48	100
наличие «язв» в полости рта	10	90,91	17	85,0	16	94,12	43	89,58
сухость в полости рта	1	9,09	1	5,0	1	5,88	3	6,25
отечность СО полости рта	1	9,09	4	20,0	6	35,29	11	22,92
повышенное слюноотделение	1	9,09	1	5,0	1	5,88	3	6,25
Жалобы впервые	5	45,45	10	50,0	11	64,71	26	54,17
Те же жалобы в анамнезе	6	54,55	10	50,0	6	35,29	22	45,83
WTC INDEX (M±σ)	6,6 ±0,6		7,8±0,8		8,6±0,7		8,2±0,7	
OHI-S INDEX (M±σ)	0,8±0,07		1,2±0,05		1,6±0,08		1,5±0,06	
Индексная оценка тяжести (ИОТ) ХРАС (M±σ)	0,8±0,04		1,2±0,08		1,8±0,07		1,4±0,07	

Из таблиц 2 и 3 наглядно прослеживается динамика жалоб и их преобладание в зависимости от наличия гельминтов в организме и длительности ХРАС.

Что касается оценочных индексов, то их динамика, конечно, связана с увеличением длительности ХРАС, однако стоит обратить внимание на более высокие показатели всех индексов в I группе пациентов ХРАС с гельминтозами. Это тоже подтверждает влияние гельминтозов на состояние СО полости рта, течение и тяжесть обострений ХРАС у пациентов.

Все вышесказанное невольно наталкивает нас на вывод об отягощении течения ХРАС при наличии гельминтозной инвазии.

Из таблиц 2 и 3 наглядно прослеживается динамика жалоб и их преобладание в зависимости от наличия гельминтов в организме и длительности ХРАС.

Что касается оценочных индексов, то их динамика, конечно, связана с увеличением длительности ХРАС, однако стоит обратить внимание на более высокие показатели всех индексов в I группе пациентов ХРАС с гельминтозами. Это тоже подтверждает влияние гельминтозов на состояние СО полости рта, течение и тяжесть обострений ХРАС у пациентов.

Все вышесказанное невольно наталкивает нас на вывод об отягощении течения ХРАС при наличии гельминтозной инвазии.

В I группе пациентов среднее число обострений составило 6,2±0,9 раз в год, медианой признано 6 раза в год, в то время как во II группе средняя частота обострений зафиксирована как 3,8±0,7 в год, а медиана равна 3 раза в год (таблица 4). Соответственно мы можем сделать вывод о более тяжелом течении ХРАС в I группе и сопоставить эти данные с высчитываемым индексом тяжести ХРАС, представленным ниже.

Таблица 4

Частота обострений ХРАС в год по группам пациентов

Параметры	Частота обострений ХРАС							
	1-2		3-5		6-8		9-12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
I (n=49)	7	14,29	14	28,6	17	34,69	11	22,4
II (n=48)	16	33,33	17	35,4	11	22,92	4	8,33
Всего (n=97)	23	23,71	31	32	28	28,87	15	15,5

Причем, следует отметить, что в обеих исследуемых группах частота обострений зависела от длительности ХРАС, но в I группе частота обострений среди больных с сопоставимой длительностью заболевания была достоверно выше по сравнению со II группой. Причиной этого факта мы также склонны считать наличие гельминтной инвазии у больных I группы (табл. 5).

Таблица 5

Частота обострений ХРАС в год по группам пациентов в зависимости от длительности ХРАС

Подгруппы	Частота обострений ХРАС в год	Длительность ХРАС				
		До 1 мес (n=12)	1-12 мес (n=35)	1-5 лет (n=43)	Более 5 лет (n=7)	Всего (n=97)
I (n=49)	1-2	1	0	0	0	1
	3-5	0	7	8	0	15
	6-8	0	6	11	2	19
	9-12	0	2	7	5	14
II (n=48)	1-2	11	2	1	0	14
	3-5	0	11	5	0	16
	6-8	0	7	7	0	14
	9-12	0	0	4	0	4
Всего (n=97)	1-2	12	2	1	0	15
	3-5	0	18	13	0	31
	6-8	0	13	18	2	33
	9-12	0	2	11	5	18

Исходя из полученных результатов, мы пришли к выводу, что частота обострений ХРАС выше у пациентов с наличием гельминтозов, а ниже - у больных без гельминтов и растет с увеличением длительности заболевания.

Следует отметить, что WTC INDEX и ИОТ был достоверно выше у пациентов с длительным течением заболевания и большей частотой обострений.

Установлено, больные ХРАС, имели ту или иную степень дисбактериоза ротовой полости; дисбактериоз кишечника установлен у 36 (75%) пациентов во II группе и 48 (97,96%) больных в I группе.

Установлено, что степень дисбиотических изменений кишечника также была выше у обследуемых I группы. Так, нормальное соотношение микроорганизмов в кишечнике зарегистрировано у 11 больных (22,91%) II группы, в I группе таких пациентов зарегистрировано не было; дисбиотический сдвиг имели 19 пациентов (39,58%) II группы и 4 больных (8,16%) I группы; частота встречаемости дисбактериоза I и II степени была 13 больных (27,08%) во II группе и 14 пациентов (28,57%) в I группе, а частота дисбактериоза III степени в I группе - 19 человек (38,77%) и 5 (10,41%) больных во II группе, при этом в I группе у 12 (24,48%) пациентов обнаруживался дисбактериоз IV степени (рис.3.7.).

Частота встречаемости дисбиотических изменений ротовой полости выше у I группы: в ротовой полости дисбиотический сдвиг отмечен у 16 (33,33%) больных II группы и у 5 (10,2%) пациентов I группы, а частота встречаемости дисбактериоза I-II степеней составила соответственно 25 (52,08%) и 13 (26,53%) человек; а

III степени - у 7 (14,58%) и у 28 (57,14%) больных соответственно; при этом в I группе у 3 (6,12%) пациентов выявлен дисбактериоз IV степени - не зарегистрированный пациентов II группы (рис.7).

Выводы

1. Гельминтозы, как сопутствующая патология ХРАС, оказывают колоссальное воздействие на СО ротовой полости, усиливая воспалительные процессы в мягких тканях полости рта, усиливают жалобы пациентов с ХРАС и приводят к более частым обострениям. Причем они не просто учащают обострения, но и увеличивают тяжесть течения обострений как субъективно, так и объективно по индексу ИОТ.

2. Наличие гельминтной инвазии у пациентов с ХРАС достоверно ухудшает микробиоценоз слизистой оболочки полости рта еще более, в сравнении с пациентами ХРАС без гельминтозов, при этом у 90% пациентов ХРАС с гельминтозами и у 67% без гельминтозов констатирован дисбактериоз той или иной степени, то же касается и дисбактериоза кишечника.

3. У больных ХРАС на фоне гельминтозов, в сравнении с пациентами ХРАС без гельминтозов, достоверно значительно более снижены такие показатели местной неспецифической резистентности как IgA и IgG, sIgA, Ксб и лизоцима, а уровни сиаловых кислот, щелочной и кислой фосфатаз достоверно более высоки. Также все эти показатели имеют идентичную тенденцию изменений относительно здоровых людей контрольной группы у всех пациентов ХРАС, более выраженную у пациентов с гельминтозами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдиев Ф.Т. Коррекция состояния иммунитета при гельминтозах // Вестник врача. Самарканд, 2007. № 1. С. 76-78.
2. Авдюхина Т.И. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения. // Лечащий врач, 2004. № 1. С. 14-18.
3. Ешиев А.М., Азимбаев Н.М., Курманбеков Н.О. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с применением синего света. // Вестник ОшГУ, 2015. № 3. С. 120-123.
4. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит - классификации, клинические формы и лечение (часть II) // Стоматология, 2010. № 3. С. 76-80
5. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей. 3-е изд. Санкт-Петербург: Фолиант; 2016. 592с.
6. Трегубов В.Н., Арутюнов С.Д. Стоматология - М., 2003. -576с.
7. Улмасов М.М. Эпидемиологические особенности некоторых гельминтозов и организация борьбы с ними в Ташкентской области. Дис. канд. мед. наук. Т., 2007. С. 116.
8. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции: Автореф. дис....док. мед.наук. - Нижний Новгород.: 2015. - 36 с.
9. Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С., Тытюк С.Ю. Состояние тканей полости рта у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Институт стоматологии. - 2012. - № 1.-С. 88-89.
10. Beiraghi S., Myers S.L., Regelmann W.E., Baker S. Oral manifestations ofa possible new periodic fever syndrome // Pediatr. Dent. - 2007. - № 4. - P.323-326.
11. Lipsker D., Chosidow O. White lesions of the oral mucosa // Rev. Prat. -2002. -№2, - P:389-393.
12. Mora J. R., U. H. von Andrian Role of retinoic acid in the imprinting of gut-homing IgA secreting cells // Seminars in Immunology. - 2019. - Vol. 21, №1.-P. 28-35.
13. Mora J.R., U.H. von Andrian Differentiation and homing of IgA-secreting cells // Mucosal Immunol. - 2018. - Vol. 1, № 2. - P. 96-109.
14. Patil C.S., Kirkwood K.L. MAPK signaling in oral-related diseases // J Dent. Res.- 2007, - № 9, - P.812-825.
15. W. van 't Hof, Veerman E.C., Nieuw Amerongen A.V., Ligtenberg A.J. Antimicrobial defense systems in saliva // Monogr Oral Sci. - 2014. - Vol. 24. - P. 40-51

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.31-08

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Шукруллаева Г.Ж., Раҳимов З.Қ.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхней челюсти, путем остеосинтеза с применением мини пластинок. С целью предупреждения смещения вправленных костных отломков и деформации средней трети лицевой зоны на стороне повреждения нами использован катетер Фолея.

Ключевые слова: ретроспективный анализ, средней трети лицевой зоны.

IMPROVEMENT OF METHODS OF TREATMENT OF COMPOUND FRACTURES OF THE ZYGOMATIC-EYE COMPLEX AND THE WALLS OF THE MAXILLARY SINUS

Shukrullayeva G.J., Rahimov Z.Q.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

A retrospective analysis of the results of treatment of patients with fractures of the zygomatic bone, the wall of the eye socket and the upper jaw, by osteosynthesis using mini plates. In order to prevent dislocation of the set bone fragments and deformation of the middle third of the facial zone on the side of the injury, we used a Foley catheter.

Key words: retrospective analysis, middle third of the facial zone.

YONOQ SUYAGI, KO‘Z ORBITASI VA YUQORI JAG‘ DEVORI QO‘SHMA SINISHLARIDA DAVOLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Shukrullayeva G.J., Rahimov Z.Q.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Mini plastinkalar yordamida osteosintez orqali yonoq suyagi, ko‘z orbitasi va yuqori jag‘ devori singan bemorlarni davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilish. Jarohatlangan qismdagi yuz zonasing uchga bo‘lingandagi o‘rta qismining deformasiyasini va suyak bo‘laklarining joyidan ko‘chishini oldini olish maqsadida biz Foley kateteridan foydalandik.

Kalit so‘zlar: retrospektiv tahlil, uchga bo‘lingandagi o‘rta qismi.

Актуальность

Частота травматизма челюстно-лицевой области, и в частности, повреждений скулоглазничного комплекса, как в России, так и за рубежом, не уменьшается; а, наоборот, отмечается увеличение количества больных с данной патологией.

В структуре травмы челюстно-лицевой области переломы скулоглазничного комплекса занимают второе место по распространенности.

Несмотря на большую распространенность данного вида переломов, в их диагностике и лечении попрежнему существует ряд погрешностей, ведущих к развитию осложнении травмы. Среди больных с посттравматическими деформациями средней зоны лица до 25 % приходится на повреждение костей скулоглазничного области [1,2.].

В структуре повреждений челюстно-лицевой области травмы скуловерхнечелюстного комплекса занимают первое место среди повреждений средней зоны лица и составляют от 14,5% до 24% от всех повреждений лицевого скелета. Сложные анатомо-топографические взаимоотношения скуловерхнечелюстного комплекса с соседними областями обусловливают многогранность проблем в лечении и реабилитации неогнестрельных поражений данной области, а также профилактики осложнений.

Современная челюстно-лицевая травматология, становясь более высокотехнологичной, все же сохраняет высокий процент воспалительных посттравматических осложнений в придаточных пазухах - от 30 до 85%. Среди основных причин данного осложнения современные авторы в первую очередь указывают на высокую травматичность традиционных методов репозиции и фиксации отломков.

Последние десятилетия отмечены значительным ростом травматизма населения, при этом произошло изменение его структуры в сторону увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений. Сочетанные травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. По данным различных авторов их частота, колеблется. Травма данной области приводит к расстройству функции внешнего дыхания, поддерживая гипоксию; выступая в качестве очага ферментативной агрессии, является источником развития гнойно-инфекционных осложнений; нарушение питания замедляет процессы восстановления функций организма. Основными этиоло-

гическими факторами являются дорожно-транспортные и криминально-бытовые травмы, ката травма [3,4,].

За период с 2019 по 2020 гг в клинике Бухарской областной многопрофильной больницы находились 18 больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхнечелюстной пазухи. Всем больным с целью смещения и деформаций костных отломков, провели остеосинтез с применением мини пластинок. Больные с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхнечелюстной пазухи нуждались в оперативном вмешательстве в экстренном порядке, нами предложен установить катетер Фолея с надуванием внутри гайморовой пазухи.

Результаты лечения 18 больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхней челюсти в возрасте 18 - 40 лет. Из них было мужчин -13, а женщин - 5. Весь контингент больных поступал в БОММЦ в отделение ЧЛХ по поводу переломов стенок глазницы и верхней челюсти.

В зависимости от повреждений переломов скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти больные были разделены на 2 группы:

I-ая группа (11 больных) повреждений с переломами скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти со смещением отломков. В этой группе больных диагностировано необильное кровотечение из соответствующей половины носа, иногда - подкожная эмфизема, кровоизлияние в клетчатку глаза нижнего века, хемоз, на стороне поражения определяется тугой звук, косметическое нарушение, функциональные нарушения, снижение чувствительности в зоне иннервации подглазничного нерва, диплопия, ограниченное открывание рта.

По данным ряда авторов из оперативных методов лечения переломов скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти со смешением отломков большое распространение получил метод вправления костных отломков однозубым крючком Лимберга. Однако данная операция выполняется вне ротового способа. Поэтому длительное время больные находились на стационарном лечении.

При данных патологиях после остеосинтеза мини пластинками, нами используется внутри ротовая операция по методу Колдуэлл -Люка. При переломах скуловой кости и нижней стенки глазницы остеосинтез произведен с помощью мини пластинок из никелида титана. Трубка катетера Фолея выводилась из полости гайморовой пазухи через назоантральное соустье в нижнем носовом ходу наружу с последующим надуваем его балончиком. Швы на слизистой оболочке преддверия полости рта сняты на 7-е сутки. Катетер удален на 12-е сутки. Преимущество операции состоит в том, что во время открывания рта, пережевывания пищи и контакта зубов при смыкании челюстей смещения костных отломков не отмечается.

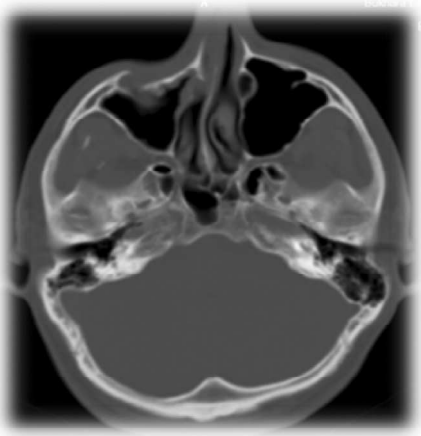
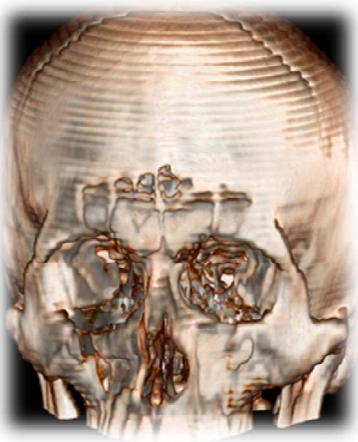


Рис. №1. Компьютерно-томография.



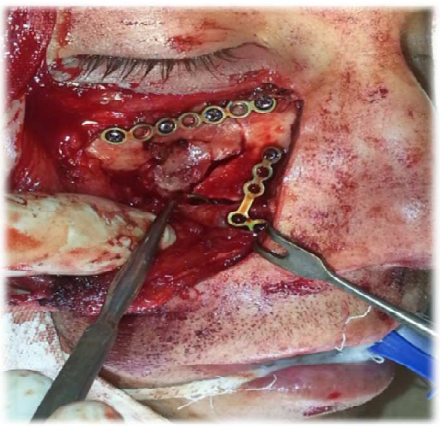


Рис. №2. После установления титановых мини пластинок.

Результат и обсуждение

Обобщение результатов хирургического лечения проводили на основании жалоб больных, внешнего и внутри ротового осмотра, данных лучевой диагностики (рентгенография в полуаксиальной и прямой проекциях, КТ) Рис. №1., назначали повторные консультации невропатолога, нейрохирурга и офтальмолога. В ряде случаев выполняли эндоскопическое исследование придаточных пазух носа.

Если перелом (Рис. №2.) сопровождается дефектом кости или смещением отломков, после остеосинтеза мини пластинками мы считаем рациональным устанавливать катетер Фолея в полость верхнечелюстной пазухи на непродолжительный срок - 8-12 суток и выводить его конец в полость рта. Если перелом сочетается с повреждением костей носа, а также выраженной деформацией носовой перегородки, возникают определенные трудности при проведении катетера Фолея через назоантральное соустье, поэтому его конец также следует выводить через полость рта. Выведенную часть катетера Фолея фиксировали лейкопластырем в области боковой поверхности шеи и надключичной ямке. При переломах нижней стенки глазницы, стенок верхнечелюстной пазухи применяют эндопротезирование с помощью мини пластинок из никелида титана, а также реплантацию костных фрагментов. После репозиции костных отломков мы использовали двуходовые латексные катетеры Фолея размерами 16, 18, 22 по шкале Шарьера (Ch/Fr), так как эти катетеры оптимальны по своим характеристикам, удобны в использовании, просто и безболезненно извлекаются из пазухи Рис. №3..

Рис. №3. Катетера Фолея..

Выводы

Таким образом, объём хирургического вмешательства с установлением в полость ВЧП катетера Фолея при вышеуказанной травме лицевых костей напрямую зависит от степени смещения отломков костей, характера перелома, сохранения или нарушения функций глазного яблока, а также от степени тяжести патологических сдвигов в придаточных пазухах носа. На сроки проведения оперативных лечебных мероприятий оказывают непосредственное влияние степень тяжести повреждений структур головного мозга, выраженные нарушения жизненно важных функций органов и систем, а также наличие заболеваний общесоматического характера. Реконструктивно-восстановительные операции на средней зоне лицевого черепа имеют большую успешность при использовании фиксирующих устройств из материалов с памятью формы, а также их комбинации с титановыми пластинами. С целью повышения эффективности и улучшения результатов оперативного лечения необходимо соблюдать следующее условие - воссоздание поврежденных структур лицевого скелета в наиболее полном объеме. Также необходимы предупреждение возникновения травматического гайморита и восстановление функции дыхания через нос. Мультидисциплинарный подход к диагностике у таких пациентов и их лечению, по нашему мнению, является залогом максимально ранней и полной реабилитации, что соответствует современным тенденциям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. С.Р. Хосе Мигель. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скуло-орбитального комплекса. ГОУВПО "Московская медицинская академия". - Москва, 2011.- 95 с.
2. Ян Синь. Хирургическое лечение переломов скулоглазничного комплекса с повреждением стенок верхнечелюстного синуса. Москва 2014 г. Автореферат.
3. Г.И. Юрьева. Лечение и профилактика верхнечелюстного синусита при скуловерхнечелюстных переломах в условиях сочетанной травмы. 2010 г.
4. Г.К. Петрович. Современный подход к комплексному лечению сочетанных повреждений челюстно-лицевой области. Санкт-Петербург 2016.

Поступила 09. 11. 2020

УДК: 618.14-006.882-07-036

GESTATSION TROFOBLASTIK KASALLIGINING TURLI SHAKLLARINING KLINIK-PATOLOGIK XUSUSIYATLARI VA TARQALISHI

Zaxirova N.N., Mamatova M.R., Nadjmitdinova D.A.,

Andijon davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume***

Gestatsion trofoblastik kasalligi (GTK) - bu urug‘lanishdan keyin trofoblastning hujayradan anomal ko‘payishi natijasida rivojlanadigan homiladorlik bilan bog‘liq patologik holatlar guruhini o‘z ichiga olgan atama. Tadqiqotning maqsadi O‘zbekistonda GTK ning turli xil klinik va patologik xususiyatlarini va tarqalishini o‘rganish bulgan. O‘rganish natijasida quyidagi xulosalar chiqarildi: GTK holatlarini ko‘payish tendentsiyasi mavjud. Xavfli trofoblastik o‘smalari bo‘lgan bemorlarni o‘z vaqtida aniqlash uchun kasallikning aniq hisobi va keng ko‘lamli tekshiruv zarur. Respublikada trofoblastik kasalliklarni kuzatish, diagnostikasi va davolash bo‘yicha yagona markazni yaratish ushbu toifadagi bemorlarni tashxislash, davolash va reabilitatsiya qilish sifatini yaxshilaydi.

Kalit so‘zlar: homiladorlik trofoblastik kasalligi, yelbo‘g‘oz, xoriokarsinoma.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Захирова Н.Н., Маматова М.Р., Наджмитдинова Д.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ) является термином, объединяющим группу патологических состояний, ассоциированных с беременностью, развивающиеся в результате аномальной клеточной пролиферации трофобласта после оплодотворения. Целью исследования явилось изучение клинико-патологических особенностей и распространенность различных форм ГТБ в Узбекистане. В результате исследования были сделаны следующие выводы: наблюдается тенденция увеличения случаев ГТБ. Необходим четкий учет заболеваемости и комплексное обследование для своевременное выявлении больных со злокачественными трофобластическими опухолями. Создание единого центра по мониторингу, диагностике и лечению трофобластической болезни в республике улучшит качество диагностики, лечения и реабилитации данной категории больных.

Ключевые слова: гестационная трофобластическая болезнь, пузырный занос, хориокарцинома.

CLINICAL AND PATHOLOGICAL FEATURES AND PREVALENCE OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE

Zaxirova N.N., Mamatova M.R., Nadjmitdinova D.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Gestational trophoblastic disease (GTD) is a term that unites a group of pathological conditions associated with pregnancy that develop as a result of abnormal cell proliferation of the trophoblast after fertilization. The aim of the research was to study the clinical and pathological features and the prevalence of various forms of GTD in Uzbekistan. As a result of the research, the following conclusions were made: there is a tendency to increase the incidence of GTD. A strict research of the incidence and comprehensive examination is necessary for the timely identification of patients with malignant trophoblastic tumors.

Key words: gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, choriocarcinoma.

Dolzarbligi

Gestatsion trofoblastik kasalligi (GTK) - bu urug‘lanishdan keyin trofoblastning anomal hujayralar ko‘payishi natijasida rivojlanadigan homiladorlik bilan bog‘liq patologik holatlar guruhini o‘z ichiga olgan atama. [1,4,6,20,25]. Xavfsiz shakllarni o‘z ichiga oladi: yelbo‘g‘oz (to‘liq yoki qisman) va xavfli shakllar: invaziv yelbo‘g‘oz, platsenta joyining trofoblastik o‘smasi, epiteliyoid trofoblastik o‘simta va xoriokarsinoma. [2,3,9,29]. Klinik amaliyotda eng ko‘p uchraydigan trofoblastik o‘smalar to‘liq va qisman yelbo‘g‘oz (YB) hisoblanadi. Zamonaviy tasniflarda ushbu patologik jarayonlar xavfsiz deb tasniflanadi. [2,3,14,16,23]. Shu bilan birga, Yevropaning Trofoblastik Kasalliklarni Davolash Jamiyati va Trofoblastik Kasallikni o‘rganish Xalqaro Jamiyati to‘liq va qisman YB ni prekanserologik holat deb tasniflashni va 0 bosqichda xavfli trofoblastik o‘smalarni ro‘yxatdan o‘tkazishni taklif qildilar. Trofoblastik kasallikka chalingan bemorlarni tashxislash, davolash va kuzatish bo‘yicha so‘nggi European Society for Medical Oncology 2013 ko‘rsatmalarida to‘liq va qisman YB prekanserologik deb tasniflangan [8,11,14,27]. Onkologlarning YBga bo‘lgan e'tiborining ortishi, hozirgi kunda ma'lum bo‘lgan barcha xavfli trofoblastik o‘smalarni sababchisi bo‘lishi mumkin bilan bog‘liq: homiladorlik bilan bog‘liq xoriokarsinoma, platsenta joyining o‘smasi va epiteliyoid trofoblastik o‘simta [2,3,8,14,25].

GTK taqsimotida geografik geterogenlik mavjud. Onkoginekologik patologiya tarkibida platsentaning xavfli neoplazmalarining chastotasi 0,1 dan 3,6% gacha. Kasallik

darajasi juda xilma-xil - Afrika, Amerika, Evropa, Angliya, Kanada va boshqalarda 0,01% dan Vyetnamda 2,2% gacha. Sharqiy Osiyo mamlakatlarida trofoblastik o‘smalar Evropaga qaraganda 30-40 marta tez-tez uchraydi. JSST ma'lumotlariga ko‘ra, har yili ro‘yxatga olingan kasallik soni kamida 2 baravar kam baholanadi [1,6,14,30].

Hozirgi vaqtda inson horionik gonadotropini (b-IHG) GTK uchun biomarker sifatida ishlatiladi. b-IHG monitoringi kasallikning xavfli shakllariga o‘tish jarayonini baholashning asosiy usuli hisoblanadi [16,19,26]. Biroq, ushbu transformatsiyani prognoz qilish uchun diagnostika usuli mavjud emas.

2018 yilda Polshada o‘tkazilgan tadqiqotda klinik proteomika ishlatilgan [13]. Klinik proteomika - bu biologik namunadagi (zardob, orqa miya suyuqligi, siydik, to‘qima) tarkibidagi barcha individual oqsillarni aniqlash va miqdorini aniqlash va ularning kontsentratsiyasidagi o‘zgarishlarni kuzatish. Ushbu tadqiqot 17 ta o‘zgartirilgan ekspression oqsillarni aniqlashni o‘z ichiga olgan, ulardan 11 tasi (shu jumladan, septin 1, choriomammotropin, sitokeratin 8 va peroksiredoksin-2) xavfli transformatsiyaning potentsial biomarkerlari bo‘lgan. 2011 yilda YB ning xavfli transformatsiyasini ko‘rsatadigan prognostik biomarkerlarni aniqlashga qaratilgan yana bir tadqiqot o‘tkazildi. Mualliflar YBning oqsil profillarini zararli transformatsiyalangan YB profillari bilan taqqosladilar. Xatarli transformatsiyalangan guruhda 18 ta o‘zgartirilgan oqsil topildi. Ular orasida xlorid hujayra ichidagi kanal oqsili 1 (CLIC1) keyingi tadqiqotlar uchun 2011 yil mualliflari tomonidan tanlangan, xoriokarsinoma to‘qimalarida CLIC1 ekspressiyasi darajasi to‘liq YB to‘qimalariga qaraganda yuqori bo‘lgan. Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, CLIC1 potentsial yangi prognostik biomarker bo‘lib, u YBning xavfli transformatsiyasining yuqori xavfini ko‘rsatishi mumkin [15]. Shunga asoslanib xulosa qilish mumkinki, proteomika oqsil profilini aniqlash va hozirda qo‘llanilayotgan biomarkerlarning sezgirligi va o‘ziga xosligini oshirish uchun istiqbolli usuldir [4,12,15].

Bugungi kunga qadar O‘zbekistonda GTK epidemiologiyasi yetarlicha o‘rganilmagan, statistika uning xavfli shakllarini hisobga oladi, ushbu kasallikni kuzatuvchi yagona markazlar mavjud emas. YB evakuatsiyasi qilinganidan keyin ayollarni kuzatish bo‘yicha uslubiy printsiplarning yetishmasligi ko‘pincha kasallikning kech aniqlanishiga olib keladi, davolashda tajribasi bo‘lmagan klinikalarda yetarli darajada kimyoviy terapiya olib borilmaydi, keyinchalik rezistent o‘smalar paydo bo‘ladi va prognoz yomonlashadi. 2011 yilda ushbu toifadagi bemorlarga tibbiy xizmat ko‘rsatish sifatini oshirish uchun Evropaning Trofoblastik kasalliklarni davolash jamiyati tashabbusi bilan Evropaning birlashgan "Gestatsion trofoblastik kasalligi (yelbo‘g‘oz va xavfli trofoblastik o‘smalar) diagnostikasi va davolash protokoli" yaratildi [14].

Ushbu maqolada muammoning hozirgi holati tahlil qilingan.

GTK muammosining dolzarbligi juda katta, chunki asosan yosh tug‘ish yoshidagi ayollar, ba'zan 20 yoshgacha bo‘lganlar ushbu kasallikka moyil. 2018 yilda o‘tkazilgan tadqiqotlarda GTK o‘tkazgan ayollarda tashvish, depressiya, jinsiy funktsiya buzilishi va stress darajasida klinik jihatdan sezilarli darajada o‘sish aniqlandi [24]. Oldini olish va muvaffaqiyatli davolanish masalalari onalikni muhofaza qilish, oilaviy munosabatlar va tibbiy reabilitatsiya qilishning tibbiy va ijtimoiy muammolari bilan chambarchas bog‘liqdir.

Tadqiqot maqsadi. O‘zbekistonda GTKning turli shakllarining klinik-patologik xususiyatlarini va tarqalishini o‘rganish.

Materiallar va uslublar

Ushbu maqsadga erishish uchun Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining (RIOVRIATM) statistika bo‘limidan ushbu markazda 2011-2019 yillar davomida ro‘yxatdan o‘tgan GTK holatlari soni to‘g‘risida ma'lumot to‘plandi. GTK bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixini retrospektiv tahlil qilish amalga oshirildi. GTKning 150 ta holati o‘rganildi. Bemorlarning yoshi 17 dan 77 yoshgacha bo‘lgan; o‘rtacha yoshi 30 ± 3,5 yosh.

Natija va tahlillar

RIOVRIATM statistika bo‘limining 2011-2019 yillardagi ma'lumotlariga ko‘ra, GTK bilan kasallanganlarning 150 ta holati qayd etilgan. Ulardan 102 tasi (68%) YB, 9tasi (6%) - platsenta joyi trofoblastik o‘smasi, 12ta (8%) invaziv YB va 27ta (18%) - xoriokarsinoma bo‘lgan. YB holatlari orasida 70tasi (68,6%) to‘liq YB, 32tasi (31,3%) - qisman YB (1-jadval).

Jadval 1.

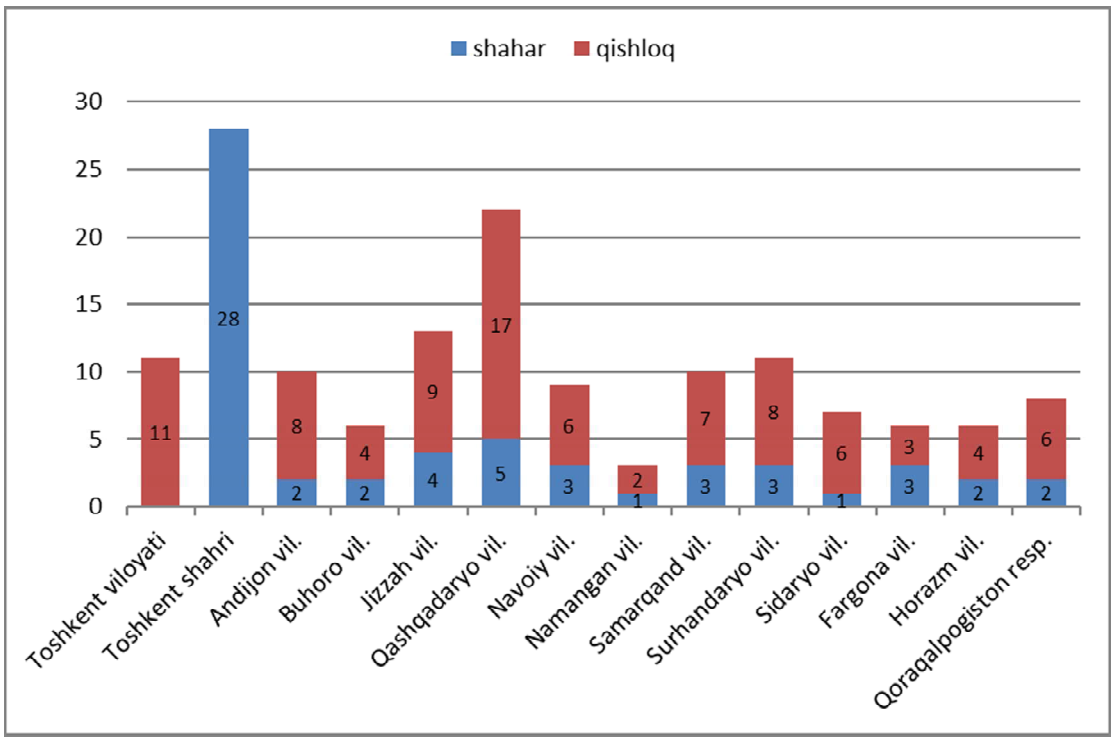
O‘rganilgan guruhning xususiyatlari

GTK turi	Частота, n=150
Yelbo‘g‘oz: to‘liq qisman	102 (68%) 70 (68,6%) 32 (31,3%)
Invaziv YB	12 (8%)
Platsenta joyi trofoblastik o‘smasi	9 (6%)
Xoriokarsinoma	27 (18%)

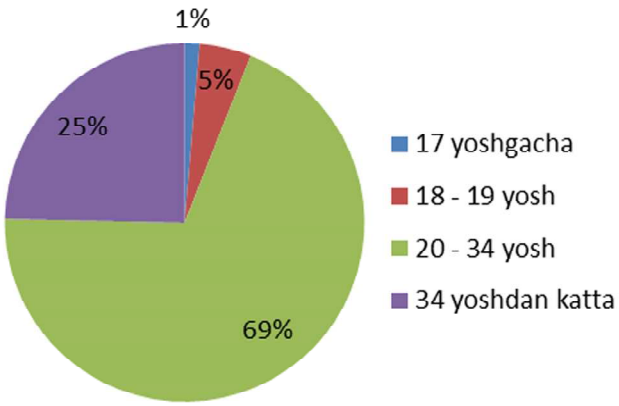
1-diagrammadan ko‘rinib turibdiki, eng ko‘p kasallar Toshkent shahridan bo‘lganlar (n = 28, 18,6%), eng kam bemorlar Namangan shahridan bo‘lganlar, ehtimol bu tashxis qo‘yish muammosi va abort materialining yetarli darajada gistologik tekshiruvi bilan bog‘liqdir.

Qishloq joylarda 91 nafar ayol yashagan (60,6%), bu mualliflarning trofoblastik kasallik va qizlarning homila paytida onalarning ozuqaviy tanqisligi bilan bog‘liqligi va kelajakda ushbu qizlarning homiladorligi paytida YB rivojlanishi haqida fikrlarini tasdiqlaydi. Bu asosan ayol homilasining rivojlanishining birinchi haftasida A vitamini va / yoki B9 (folat) yetishmovchiligi bo‘lib, bu ularning ootsitlarining normal farqlanishini buzishi mumkin [5].

Ayollarning yoshiga qarab taqsimlanishi 2-diagrammada keltirilgan, asosan GTK 20-34 yoshdagi ayollarda tashxis qo‘yilgan.



1-Diagramma. O‘zbekiston mintaqalari bo‘yicha GTK bilan kasallanish (2011-2019)



2- Diagramma. Bemorlarning yoshiga qarab taqsimlanishi

GTK xavfli shakllari bo‘lgan ayollarning o‘rtacha yoshi: invaziv YB - 26,6 yosh, horiokarsinoma - 30,8 yosh. Ushbu natijalar shuni ko‘rsatadiki, xavfli shakllar yosh reproduktiv yoshda yuzaga keladi va aksariyat hollarda gisterektomiya tufayli fertillikni yo‘qotishiga olib keladi.

45% ayollar o‘z-o‘zidan abort, o‘smay qolgan homiladorlik shaklida og‘ir akusherlik anamneziga ega.

Xamroh kasalliklar: temir tanqisligi anemiyasi 90% hollarda, siydik yo‘llari infektsiyasi - 65% ayollarda, kolpit va boshqa jinsiy a'zolarning yallig‘lanish kasalliklari - 75%.

To‘liq YB aniqlangan ayollarda umumiy klinik simptom - qindan qon ketish, erta toksikoz belgilari kuzatilgan. Bachadon homiladorlik davriga nisbatan haddan tashqari o‘sish kuzatilgan. Ayollarning 50% ultratovush tekshiruvida ikki tomonlama lokalizatsiyalik 6 sm dan kattaroq teka lutein kistalari aniqlangan. Ko‘p hollarda, betta-IHG darajasi 50,000 - 100,000 IU / ml orasida edi.

Qisman YB bo‘lgan ayollarning 23tasida (71,8%) bachadondan qon ketgan. Xomila yurak urishi 12ta (37,5%) bemorda yo‘q bo‘lgan. Bachadonning kattalashishi va teka lutein kistlar aniqlanmagan. Molyar to‘qimalarni olib tashlashdan oldin betta-IHG darajasi barcha bemorlarda o‘lchangan va atigi 2 bemorda 100000 IU / ml dan oshgan (6,25%).

Barcha bemorlarda bachadon bo‘shlig‘ining kuretaji va vakuum aspiratsiyasi o‘tkazilgan. 15ta ayolda takroriy kuretaj o‘tkazildi: 3ta bemorga 2 marta, 5 ta bemorga - 3 marta, 2 ta bemorga - 4 marta, 2 ta bemorga - 5 marta, 2 ta bemorga - 6 marta, 1 holatda esa 11 marta bachadon bo‘shlig‘ini qirish . Keyinchalik, ushbu ayollar yashash joyida nazoratda turgan, betta-IHG darajasida o‘sish kuzatilmagan.

GTKning yomon sifatli shakllarining xususiyatlari.

FIGO tasnifiga ko‘ra (2000), xoriokarsinomani bosqichlar bo‘yicha quyidagicha taqsimlangan: I bosqich - 9ta (33,3%) bemorlar, II bosqich - 6ta (22,2%), III bosqich - 7ta (26%), IV bosqich - 5ta (18,5%). Oldingi homiladorlikning natijalari: 16ta (59,2%) bemorda YB, 9tasida (33,3%) - abort, 2tasida (7,4%) tug‘ruq bo‘lgan. Oxirgi homiladorlikdan kasallikning boshlanishigacha bo‘lgan vaqt oralig‘i 1 oydan 5 yilgacha bo‘lgan.

Barcha holatlarda o‘smaning morfologik tekshiruvi olingan. O‘sma namunalari faqat klassik mikroskopik tahlil bilan tekshirilgan, yordamchi metodlardan (immunohistokimyo) foydalanilmagan.

Trofoblastik neoplaziya bilan kasallangan 48ta ayolning 30tasida (62,5%) davolash jarrohlik yo‘li bilan boshlangan, bemorlarga oldindan kimyoviy terapiya qilinmasdan operatsiya qilingan. Umumiy jarrohlik faoliyat 36tani (75%) tashkil etdi. Asosiy ko‘rsatma qon ketish va bachadon o‘sma bilan perforatsiyasi hisoblangan. GTKda ko‘p miqdorda qon ketish tendentsiyasi, ayniqsa, xoriokarsinoma bilan kasallangan bemorlarda, hayot uchun xavfli bo‘lgan asorat hisoblanadi. Ushbu asoratning sababi amerikalik tadqiqotchilar tomonidan o‘rganilgan. Ular xoriokarsinomada ko‘p qon ketish va nekrozni vaskulogenik mimikriya bilan izohladilar, bu esa haqiqiy angiogenezga qaraganda samarasiz [17].

7ta (19,4%) bemorda jarrohlik bachadonni ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi, 10ta (27,7%) bemorda - bachadonni ortiqlari bilan supravaginal amputatsiyasi, 12ta (33.3%) bemorda - bachadonni ortiqlarsiz supravaginal amputatsiyasi bilan yakunlangan.

Hech qaysi holatda organ saqlovchi operatsiya o‘tkazilmagan.

Barcha bemorlarda standart 1-qatorli kimyoviy terapiya o‘tkazilgan. Rezistentlikning rivojlanishi 8 ta ayolda kuzatilgan, bu keyingi 3 oy davomida 3ta o‘lchovda kimyoviy terapiyadan so‘ng betta-IHG titrining ko‘payishi bilan ifodalangan. Ushbu bemorlarga 2-qatorli kimyoviy terapiya buyurilgan. 27ta (75%) holatlarda kasallikning remissiyasi kuzatildi, 5 ta (18,5%) holat o‘limga olib keldi (2-jadval).

Jadval 2

Xoriokarsinoma bilan bemorlarning xususiyatlari (n = 27)

Xususiyati	Soni
I bosqich	9 (33,3%)
II bosqich	6 (22,2%)
III bosqich	7 (26%)
IV bosqich	5 (18,5%)
Rezistentlikni rivojlanish chastotasi	8 (29,6%)
Gisteroektomiya chastotasi	15 (55,5%)
Vafot etdi	5 (18,5%)
Noaniq	4 (14,8%)

Kasallikning haqiqiy holatini baholash qiyin, chunki abort qilishning barcha holatlari ro‘yxatga olinmaydi va kuretaj materiallari gistologik tekshiruvdan o‘tkazilmaydi [6,7]. Bu, o‘z navbatida, bemorlarni o‘ziga xos davolash va kuzatishning yetishmasligi tufayli murakkab patologiyaga olib keladi. Natijada, yomonsifat jarayonning tez-tez rivojlanishi, keyin tug‘ish yoshidagi ayollarda gisterektomiya kuzatiladi [11,12]. Rivojlanmayotgan homiladorlik va abort paytida bachadon bo‘shlig‘ini qirib tashlash natijasida olingan materialni majburiy gistologik tekshiruvdan o‘tkazish zarurligini ta'kidlash muhimdir. Bunday tadqiqotlarga ehtiyoj, klinik belgilar bo‘lmagan taqdirda (erta ultratovush tufayli) to‘liq YBni o‘z-o‘zidan abort kabi noto‘g‘ri tashxis qo‘yish hollari ko‘payib borayotganligi bilan bog‘liq [9]. YBning barcha holatlarini hisobga olishning ahamiyati shundaki, so‘nggi yillarda GTKning 0 bosqichi sifatida YBni hisoblash zarurligi masalasi faol muhokama qilinmoqda [4].

Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, GTK oldingi tadqiqotlardan farqli kamdan-kam uchraydigan kasallik emas [18], ayniqsa uning xavfli shakllari.

Xulosa

Anomal qindan qon ketishining klinik ko‘rinishi bo‘lgan homilador ayollar GTK uchun baholanishi kerak. GTKda ko‘p miqdorda qon ketish, ayniqsa, xoriokarsinomada, bemorning hayoti uchun xavfli bo‘lgan asorat hisoblanadi. Ushbu bemorlarni to‘liq tekshirish va kuzatish GTKning xavfli shakllarini erta tashxislash uchun muhimdir. Respublikada trofoblastik kasalliklarni kuzatish, diagnostikasi va davolash bo‘yicha yagona markazni yaratish ushbu toifadagi bemorlarni tashxislash, davolash va reabilitatsiya qilish sifatini yaxshilaydi.

Dastlabki bosqichlarda YBni tashxislash juda qiyin, qachonki horion vorsinalari kattalashishi va trofoblastik proliferatsiyasi sezilarli darajada bulgunga qadar. Bunday vaziyatlarda YB to‘qimalarining morfologik tekshiruvi immunogistokimyoviy tadqiqotlar bilan to‘ldirilishi kerak [7, 9, 10].

Yuqorida aytilganlarning barchasi GTK muammosini, ayniqsa, xavfli shakllarni erta tashxislash va prognozlash usulini yanada o‘rganishni talab qiladi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Акушерство. Национальное руководство. М. 2011; С.930-941
2. Быстрицкая Д.А., Тихоновская М.Н., Мещерякова Л.А., Кузнецов В.В., Давыдова И.Ю. Трофобластические опухоли: к вопросу о классификации (часть I). // Российский онкологический журнал, № 1, 2014. С.54-56
3. Быстрицкая Д.А., Тихоновская М.Н., Мещерякова Л.А., Кузнецов В.В., Давыдова И.Ю. Трофобластические опухоли: к вопросу о классификации и факторах прогноза (часть II). // Российский онкологический журнал, № 2, 2014. С. 32-36
4. Мамарасулова Д.З., Маматова М.Р. Пузырный занос: современный взгляд на факторы риска и новые пути профилактики. //Новый день в медицине, 2 (26) 2019. С. 30-33.
5. Banach P., Suchy W., Derezi?nski P., Matysiak J., Kokot Z.J., Nowak-Markwitz E. Mass spectrometry as a tool for biomarkers searching in gynecological oncology. //Biomed. Pharmacother. 2017, 92, P. 836-842.
6. Boufettal H, Coullin P, Mahdaoui S, Noun M, Hermas S, Samouh N. [Complete hydatiforme mole in Morocco: epidemiological and clinical study]. //J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2011; 40: P.419-29; PMID:21458172;
7. Jean-Jacques Candelier. The hydatidiform mole. // Cell adhesion & migration. 2016, vol. 10, nos. 1-2, P. 226-235.
8. Hasanzadeh M., Sharifi N., Esmaieli H. et al. Immunohistochemical expression of the proliferative marker Ki67 in hydatidiformmoles and its diagnostic value in the progression to gestational trophoblastic neoplasia. //J Obstet Gynaecol Res 2013;39(2):P. 572-7

9. Kohorn E.I. (2007) Dynamic staging and risk factor scoring for gestational trophoblastic disease. Int. J. Gynecol. Cancer., 17 (5): 1124-1130.
10. Kubelka-Sabit KB, ProdanovaI, Jasar D, Bozinovski G, Filipovski V, Drakulevski S, Plaseska-Karanfilska D. Molecular and Immunohistochemical Characteristics of Complete Hydatidiform Moles.// Balkan J. Med. Genet. -2017- Jun 30; 20(1). P. 27-34.
11. Landolsi H, Missaoui N, Brahem S, Hmissa S, Gribaa M, Yacoubi MT. The usefulness of p57(KIP2) immunohistochemical staining and genotyping test in the diagnosis of the hydatidiform mole. // /Pathol Res Pract. 2011;207(8):P. 498-504.
12. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. // /Am J Obstet Gynecol 2010; 203:531-9;
13. Mittal P., Klingler-Hoffmann M., Arentz G., Zhang, C., Kaur, G., Oehler M.K., Hoffmann P. Proteomics of endometrial cancer diagnosis, treatment, and prognosis. //Proteom. Clin. Appl. 2015, P. 217-229.
14. Paulina Banach, Pawe? Derezi?nski, Eliza Matuszewska, Jan Matysiak, Hubert Bochy?nski, Zenon J. Kokot and Ewa Nowak-Markwitz. MALDI-TOF-MS Analysis in the Identification of Proteomic Patterns of Gestational Trophoblastic Disease. // Metabolites 2019, 9, 30. P. 345-350.
15. Seckl M.J., SebireN.J., Fisher R.A. et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // Ann. Oncol. - 2013. - Vol. 24 (Suppl. 6). - P. 39-50.
16. Shi, Z.H.; Zhao, C.; Wu, H.; Wang, W.; Liu, X.M. CLIC1 protein: A candidate prognostic biomarker for malignant-transformed hydatidiformmoles. // Int. J. Gynecol. Cancer 2011, 21, P. 153-160.
17. Stevens F.T., Katzorke N., Tempfer C., Kreimer U., Bizjak G.I., Fleisch M.C., Fehm T.N. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. //Geburtshilfe Frauenheilkd 2015, 75, P.1043-1050.
18. Shih, I. Trophoblastic vasculogenic mimicry in gestational choriocarcinoma. Mod Pathol 24, 646-652 (2011). https://doi.org/10.1038/modpathol.2010.231
19. Ch.Lok,N.Trommel,L.Massuger,F.Golfier,M.Seckl. Practical clinical guidelines of the EOTTD for treatment and referral of gestational trophoblastic disease \\ European Journal of Cancer Volume 130, May 2020, Pages 228-240
20. K.E.Earp, B.W.Hancock, D.Short, R.A.Harvey, R.A.Fisher, D.Drew, N.Sarwar, J.A.Tidy, M.C.Winter, P.Chien, M.J.Seckl. Do we need post-pregnancy screening with human chorionic gonadotrophin after previous hydatidiform mole to identify patients with recurrent gestational trophoblastic disease? \\ European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Volume 234, March 2019, Pages 117-119
21. Victoria L., ParkerJohn, A.Tidy. Current management of gestational trophoblastic disease\\ Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, Volume 27, Issue 11, November 2017, Pages 338-345
22. J.Brown, R. W.Naumann, M. J.Seckl, J.Schink. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage. \\ Gynecologic Oncology, Volume 144, Issue 1, January 2017, Pages 200-207
23. L.H.Lin, R. Polizio, K. Fushida, R. Pulcineli, V. Francisco. Imaging in Gestational Trophoblastic Disease \\ Seminars in Ultrasound, CT and MRI. Volume 40, Issue 4, August 2019, Pages 332-349
24. John R.Lurain. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole \\ American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 203, Issue 6, December 2010, Pages 531-539
25. J. Ireson, G. Jones, M. C. Winter, S. C. Radley, □J. A. Tidy. Systematic review of health-related quality of life and patient-reported outcome measures in gestational trophoblastic disease: a parallel synthesis approach \\ The Lancet Oncology. Volume 19, Issue 1, January 2018, Pages e56-e64,
26. N. Buza, P. Hui, Gestational trophoblastic disease: histopathological diagnosis in the molecular era \\ Diagnostic Histopathology. Volume 16, Issue 11, November 2010, Pages 526-537
27. S.Y. Sun, A. Melamed, D. P. Goldstein, M. R. Bernstein, R. S. Berkowitz Changing presentation of complete hydatidiform mole at the New England Trophoblastic Disease Center over the past three decades: Does early diagnosis alter risk for gestational trophoblastic neoplasia? \\ Gynecologic Oncology, Volume 138, Issue 1, July 2015, Pages 46-49
28. Y.Wang, J.Shen, W.Long. Gestational Trophoblastic Disease Diagnosis and Treatment: An Analysis of 56 Cases. \\ Journal of Reproduction and Contraception, Volume 25, Issue 3, September 2014, Pages 177-185
29. D. P. Goldstein, R. S. Berkowitz, N. S.Horowitz. 87 - Gestational Trophoblastic Disease \\ Abeloff's Clinical Oncology (Sixth Edition), 2020, Pages 1544-1559.e3
30. K. Y. Tse, Hextan Y. S. Ngan. Gestational trophoblastic disease \\ Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 26, Issue 3, June 2012, Pages 357-370
31. Ngan H., Seckl M., Berkowitz R. et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease \\ International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2018, 143 79-85

Kelib tushgan vaqti 09.11. 2020

УДК 616.327.3-002

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА БЕЗАНГИННОЙ ФОРМЫ У ДЕТЕЙ

Муродова М.М.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Рассмотрены актуальные вопросы эпидемиологических и лабораторных исследований безангинных форм хронической тонзиллярной патологии детского возраста, а также возможности своевременного выявления лиц, относящихся к группе риска, диагностике и лечения.

Ключевые слова: дети, хронический тонзеллит, антисрептолин-О, стрептококк.

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC TONSILLITIS WITHOUT ANGINAIN CHILDREN

Murodova M.M.,

Buxara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Topical issues of epidemiological and laboratory studies of angina-free forms of chronic tonsillar pathology of childhood, as well as the possibility of timely detection of persons at risk, diagnosis and treatment are considered.

Key words: children, chronic tonsillitis, antisteatotic-O, streptococci.

YOSH BOLALARDA SURUNKALI TONZILITNING ANGINASIZ SHAKLIDA ERTA DIAGNOSTIKANING AXAMIYATI

Murodova M.M.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume***

Boladagi surunkali tonziller patologiyasining anginasiz shakllarini epidemiologic va laboratoriya tadqiqotlarining dolzarb masalalari, shuningdek xavf guruhiga mansub shaxslarni o‘z vaqtida aniqlash, tashxis qo‘yish va davolash imkoniyatlari ko‘rib chiqilgan.

Kalit so‘zlar: bolalar, surunkalitonzillit, β-gemolitik streptokokklar, antistreptolisin-O.

Dolzarbligi

Surunkali tonzillit - bu bodomsimon bezlarning yallig‘lanish reaktsiyasi, morfologik ifodalangan alteratsiya, ekssudatsiya va ko‘payish shaklida mahalliy namoyon bo‘ladigan yuqumli-allergik kasallikdir.

Surunkali tonzillit muammosiga qiziqish yuqori darajada belgilanadi.

Kasallikning tarqalishi bolalik, o‘smirlik va yoshlik davrida ko‘p uchraydigan holatlar, shuningdek, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko‘ra, yetakchi yuqumli toksik-allergik mexanizmga ega bo‘lgan immunopatologik profilning 100 dan ortiq somatic kasalliklari surunkali tonzillit bilan bog‘liq.

Surunkali tonzillitning etiologiyasida yuqumli omillar birinchi darajali ahamiyatga ega.Limfa ringeal halqaning patologiyasida muhim muammodir.

Ularning shartli pathogen mikroflorasi bilan ifloslanishi. Bu flora turlar tarkibi jihatidan juda xilma-xil bo‘lib, gramm-musbat va gram-manfiy mikro organizmlarni, anaerob mikroorganizmlar bilan birlashishini va zamburug‘larni o‘z ichiga oladi.

Surunkali tonzillit patogenezida asosiy bo‘g‘in bu organizmning immunitet tanqisligi holati, surunkali tonzillitning o‘zi esa immunitet tanqisligining belgisidir. Keyingi patogenetik bog‘lovchi anatomic va topografik usul bilan ta'minlangan palatin bodomsimon bezlar drenajining buzilishi.

Bodomsimon bezlarning tuzilish xususiyatlari. Bu, o‘z navbatida, lakunalarda doimiy ravishda mavjud bo‘lgan mikroflorani faollashuviga va ularda ko‘p marta yiringlashiga olib keladi, natijada infektsion-toksik va allergic tarkibiy qismlar (streptokokklar va to‘qima) surunkali tonzillit patogeneziga qo‘shiladi.

Surunkali angina surunkali jarayonining faringoskopik belgilari fonida anginasiz shakllar bo‘lsa, bemor bunga yo‘l qo‘ymaydi. Bunday hollarda, bodomsimon bezlardagi surunkali jarayon tananing o‘zgargan reaktivligi fonida davom etadi deb taxmin qilish mumkin.Boshqacha qilib aytganda, anamnezda tomoq og‘rig‘I yo‘qligi surunkali tonzillitning yo‘qligini anglatmaydi. Surunkali tonzillitning "anginasiz shakli" bemorlarning 4 foizida uchraydi, deb ishoniladi

Ishning maqsadi — bemorlarda mutaxassislarga murojaat qilish, laboratoriya parametrlari va xavf guruhlarini aniqlash to‘g‘risidagi ma'lumotlarni matematik tahlil qilish asosida bolalarda surunkali tonzillitning anginasiz shaklini o‘z vaqtida tashxislash.

Material va uslublar

Buxoro shahri Bolalar ko‘p tarmoqli davolash markazida 2019 yilda 2 yoshdan 18 yoshgacha bo‘lgan 56 nafar bola ko‘rikdan o‘tkazildi, ulardan 33(59%) o‘g‘il bolalar, 23(41%) esa tegishli mutaxassislik shifokorlarida

notorinolaringologga tibbiy maslahat bilan murojaat qilgan qizlar. Bemorlarni tekshirish: otorinolaringolog va tor mutaxassislar (kardiolog-revmatolog, nevrolog, allergologt, nefrolog, pediatr) mutaxassisliklar tomonidan tekshirishlar olib borildi.

Tegishli mutaxassisliklarning shifokorlariga yuborilgan murojaatnomalar tarkibi. Mutaxassis shifokorning asosiy shikoyatlari KBB shifokoriga murojaat qilishda alomatlar, sindromlar, tashxis Odamlar soni, %

Kardiolog, revmatolog turli bo‘g‘imlarda og‘riq, yurakdagi og‘riq, zaiflik, noqulaylik va boshqalar - kardinal sindrom; - artikulyar sindrom; - qo‘shma giperlablilik; - ajratilmagan biriktiruvchi to‘qima displazi; - EKG: PQ qisqarishi, sinus tugunining buzilishi; - Yurak va qon tomirlarining ultratovush tekshiruvi: mitral qopqoqning prolapsasi va boshqalar 33 (58%).

Infektsionist tomoqdagi og‘riqlar, past darajadagi isitma va boshqalar - surunkali bakterial-virusli infektsiyalar; - subfebril holatning uzayishi alomatlari; - limfadenopatiya 8 (15%).

Allergist Tomoq og‘rig‘i, teri toshmalari va boshqalar - atopikdermatit, allergikrinit, bronxialastma 6 (12%) nisamarasizdavolash

Nevrolog bosh og‘rig‘i, zaiflik, tomoqdagi og‘riq, terlash, bachadonumurtqasidaog‘riqvaboshqalar - VSD sindromi; - sefalalji; 3 ningbeqarorligi (5%)

Nefrolog zaiflik, isitma, bel belidagi og‘riq siydik yo‘llarining o‘tkir va surunkali patologiyalari 2 (3%)

Mahalliy shifokor va boshqalar. BCH guruhidagi bolalar, yiliga 4-6 martadan ko‘proq epizodlar bilan (4) (7%)

Natijalar va muhokama. Barcha bemorlarda o‘tkir boshlang‘ich tonzillitning tarixi yo‘q, surunkali tonzillitning mahalliy belgilari bor - ikki yoki undan ko‘p, shuningdek, turli organlar va tizimlarning o‘zgarishi, ularga mos kelmaydi.

Ta'sirlangan organlarning simptomlar majmuasi (CVS, markaziy asab tizimi, siydik yo‘llari va boshqalar).

Bakteriologik tadqiqotlar natijalari

Tekshirilgan guruhda bakteriologik usul shuni ko‘rsatdiki, 30 kishida (54%) tic-gemolitiklar ustunlik qiladigan pathogen mikrofloraning vakillari.

A guruhidagi streptokokklar (Str. Pyogenes) (GABHS), 18 bolada uchraydi (32%). BHSA urug‘lanishining eng kata miqdori 4-7 yoshdagi bolalar guruhida kuzatiladi - 16%.

Turli yosh guruhlari kasallik qo‘zg‘atuvchisi. 104-106 CFU yoshi, soni,% 3 yoshgacha 4-7 yosh 8-12 yosh 13-18 yosh.

Sent-Pyogenes - 9 (16) 5 (9) 4 (7)

St. aureus - 2 (3) 2 (3) 1 (1.5)

Moraxella katarasi - 2 (3) 1 (1.5) 1 (1.5)

Gemof.Infi - 2 (3) 1 (1.5) -

Oddiy mikroflora 2 (3) 13 (22.5) 10 (17.5) (5)

Bakteriologik ko‘ra

Tadqiqotlar pathogen mikrofloraning vakillari 30 kishiga (54%) ajratilganligini aniqladi, bu yerda GABHS (Str. Pyogenes) 18 boladan (32%), boshqa patogenlar esa 21% ni tashkil etdi. Eng kata raqam ekish Str. Pyogenes 4-7 yoshdagi bolalar guruhida kuzatiladi - 16%. 26 kishida (46%), tekshiruv paytida normal farenit mikroflorasi.

Anti streptolisin-O - bu antigenga antikor bo‘lgan tanadagi streptokokk infektsiyasining belgisi.

A guruhidagi GABHS - streptolizin. Ushbu indikatorning oshishi o‘tgan streptokokk infektsiyasi va tananing streptokok antijenlariga sezgirligini ko‘rsatadi. ASL-O darajasi infektsiyadan bir hafta keyin ko‘tariladi, 3-5 haftadan so‘ng cho‘qqiga ko‘tariladiva 6-12 oydan keyin pasayadi. Doimiy darajaga ko‘tarilish

ASL-Otest natijalari

Inson qonidagi ASL-O organizmdagi streptokokk infektsiyasining saqlanib turishini ko‘rsatadi, bu surunkali tonzillogen infektsiyaning xavfli omilidir. ASL-O ni aniqlash usuli - immuneturbi dimetriya, mos yozuvlar qiymatlari: 7 yoshgacha - 100 U / ml dan kam, 7 yildan ortiq - 200 U / ml dan kam.

ASL-O U / ml Salbiy 100 dankam 100 danortiq 200 200 danortiq

7 yoshgacha 5 (9%) 8 (14%) 8 (14%) 6 (10%)

7 yilichida 4 (7%) 6 (10%) 7 (13%) 12 (22%)

Jami 9 (16%) 14 (24%) 15 (27%) 18 (32%)

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarni o‘z ichiga olgan guruhda 26 kishida (46%), 14 kishiga (24%) 100 U / ml dan oshiq antikortitrasi, 7 yoshdan kata bo‘lgan guruhda - 12 kishi (22%). 200 U / ml dan ko‘proq antikortitriga ega, ya'ni ushbu guruhning bolalari GABHS tomonidan ko‘rsatiladigan surunkali infektsiyadan aziyat chekmoqda va tonzilogen patologiyaga ega.

ASL-O tekshirilgan guruhdan 21 kishi (37%) streptokokkli bodomsimon bezlarning surunkali yallig‘-lanishiga ega emas, ammo ular streptokokk infektsiyasining bacterial tashuvchisi yoki o‘tkir infektsiyaning tarqalishidir.

Surunkali tonzillitning ushbu mahalliy belgilari, bakteriologik, laboratoriya tadqiqotlarida, 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarda GABHS sekretsiyasining 9 kishidan (16%) birikishiva 14 kishida (25%) ASL-O ning 100 U / ml dan oshishi aniqlandi. Ushbu guruhdagi 14 kishi surunkali tonzillit bilan og‘riydilar. 8 yoshdan 18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 9 kishidan GABHS sekretsiyasining birikmasi (16%) va 12 kishida (22%) ASL-O darajasi 200 U / ml dan oshishi (22%) surunkali tonzillitning rivojlanish ko‘rsatkichidir.

Xulosa

1. Surunkali tonzillitni, ayniqsa bolalarda o‘z vaqtida va erta tashxis qo‘yish

Bezangin shakl, turli organlar va tizimlarda asoratlarning oldini olishga olib keladi.

2. Ushbu tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, tonzillitning anginasiz shakli ko‘pincha otorinolaringologga murojaat qilgan bolalarning deyarli yarmida turli organlarning kasalliklari, ayniqsa yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan og‘rigan.

3. Anjinasiz surunkali tonzillitning eng keng tarqalgan shakli 4 yoshdan 7 yoshgacha, bolaning jadal o‘sishi va rivojlanishi kuzatiladi.

4.Surunkali tonzillitning anginasiz shakllari uchun xavf guruhiga kiruvchi bemorlarni erta aniqlash va aniqlash zarur.

5. Ixtisoslashgan shifokorlar, tuman shifokorlari uzoq vaqt davomida subfebril holat, limfa denopatiya, artralgiya, kardialji kabi noma'lum kelib chiqadigan belgilarda bolalarda tonziller infektsiyasi haqida ogoh bo‘ling va darhol maslahat uchun otorinolaringologga murojaat qiling.

6.Surunkali tonzillit xavfli guruhida barcha bolalarga GABHSni aniqlash uchun bakteriologik tekshirish va antistreptolizin-O ni o‘rganish tavsiya etiladi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Арзамасов С.Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита/С.Г. Арзамасов, И.В. Иванец //Вестник оториноларингологии. - 2011. - №1. - С. 55-57.

2. Белов В.А. Клинико-лабораторные аспекты хронического тонзиллита у детей /В.А. Белов //Вятский медицинский вестник. - 2018. - №2. - С. 49
3. Гаджимирзаев Г.А. О некоторых положениях проблемы хронического тонзиллита /Г.А. Гаджимирзаев //Вестник оториноларингологии. - 2010. - №6. - С. 34-35.
4. Зырянова К.С. Эффективность воздействия аппаратом Кавитар (УЗОЛ-01-"Ч") на ткани небных миндалин при хроническом тонзиллите /К.С. Зырянова, Е.Л. Куренков//Российская оториноларингология - 2006. - №1. - С. 95-97.
5. Зырянова К.С. Клинико-морфологическая характеристика хронического тонзиллита в фазе ремиссии при консервативном лечении с применением аппарата аэрозольной терапии и ультразвуковой кавитации: автореф. дис. ... канд. филос. наук/ К.С. Зырянова. - Челябинск, 2007. - 23 с.
6. Каспранская Г.Р. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему /Г.Р. Капранская, А.С. Лопатин // Медицинский совет. - 2013. - №5-6 - С. 69-71.
7. Пальчун В. Т. Развитие проблемы хронического тонзиллита /В. Т. Пальчун //Вестник оториноларингологии. - 2016. - №6 - С. 7-8.
8. Щетинин С.А. Патология глоточной миндалины - современное состояние вопроса, проблемы и возможные пути решения /СА. Щетинин, К.С. Зырянова//Вестник Челябинской областной клинической больницы. - 2012. -№4. - С. 26-28.

Келиб тушган вақти 09. 11. 2020

УДК 613.2

САМАРҚАНД ШАҲРИ ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ ОВҚАТЛАНИШИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

Хаширбаева Д.М., Махманазаров Ғ.А.,

Тошкент фармацевтика институти, Самарқанд давлаттиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Долзарблиги. Моддаларнинг етарли даражада организмга тушмаслиги ташқи муҳит омилларининг зарарли ва ҳавфли таъсирларига қарши курашиш кучининг камайишига олиб келиб, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши ва сурункали касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлмоқда.

Тадқиқот мақсади. Самарқанд шаҳри 16 - Оилавий поликлиника тиббиёт ҳодимларининг суткалик рационида овқат маҳсулотларини миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо бериш.

Материал ва усуллар. Тадқиқодни амалга оширишда аналитик, хронометраж, анкета-сўров, антропометрик ва статистик усулларидан фойдаланилди.

Натижалар. Самарқанд шаҳрининг 16 - Оилавий поликлиникаси тиббиёт ҳодимларининг суткалик рационида айрим овқат маҳсулотларини фактик миқдори гигиеник қоидаларга мос эмаслиги аниқланди.

Хулоса. Самарқанд шаҳри 16 - Оилавий поликлиника тиббиёт ҳодимлари ўртасида овқатланиш рационини оптималлаштириш мақсадида гигиеник меъёрлар бўйича қайта кўриб чиқиб ташкиллаштириш.

Калит сўзлар: овқатланиш, тиббиёт ходимлари, рацион, моддалар алмашинуви, гигиеник баҳо бериш.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОРОДА САМАРКАНД

Хаширбаева Д.М., Махманазаров Ғ.А.,

Ташкентский фармацевтический институт,
Самаркандский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Актуальность. Недостаточное поступление веществ в организм приводит к снижению способности бороться с вредным и опасным воздействием факторов окружающей среды, что приводит к быстрой утомляемости, снижению трудоспособности и развитию хронических заболеваний.

Цель исследования. Гигиеническая оценка количественных показателей пищевых продуктов в суточном рационе медицинских работников 16-й Семейной поликлиники города Самарканда.

Материалы и методы. В исследовании использовались аналитические, хронометражные, анкетные, антропометрические и статистические методы.

Результаты. Установлено, что фактическое количество пищевых продуктов в суточном рационе медицинских работников 16-й Семейной поликлиники города Самарканда не соответствуют гигиеническим нормативам.

Выводы. С целью оптимизации организации питания среди медицинских работников 16-й Семейной поликлиники города Самарканда необходимо пересмотреть суточный рацион питания согласно гигиеническим нормативам.

Ключевые слова: питание, медицинские работники, рацион, обмен веществ, гигиеническая оценка.

HYGIENIC ESTIMATION OF NUTRITION OF MEDICAL WORKERS OF SAMARKAND CITY

Khashirbaeva D.M., Makhmanazarov A.A.,

Tashkent Pharmaceutical Institute, Samarkand State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Relevance.

Insufficient intake of substances in the body leads to a decrease in the ability to deal with the harmful and dangerous effects of environmental factors, which leads to rapid fatigue, decreased ability to work and the development of chronic diseases.

Purpose of the study.

Hygienic assessment of quantitative indicators of food products in the daily diet of medical workers of the 16th Family Polyclinic in Samarkand.

Materials and methods.

The study used analytical, timing, questionnaire, anthropometric and statistical methods.

Results.

It was found that the actual amount of food products in the daily diet of medical workers of the 16th Family Polyclinic in Samarkand does not correspond to hygienic standards.

Conclusions.

In order to optimize the organization of meals among the medical workers of the 16th Family Polyclinic in Samarkand, it is necessary to revise the daily diet in accordance with hygienic standards.

Key words: nutrition, healthcare professionals, diet, metabolism, hygienic assessment.

Долзарблиги

Бирлашган Миллатлар Ташкилотига қарашли озиқ-овқат ва қишлоқ хўжалиги ташкилоти ҳамда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотларининг маълумотларига кўра дунё аҳолисининг 1/3 қисми деярли тўлиқ тўйиб овқатланмаслигини маълум бўлди [4, 5].

Овқатланиш - аҳоли саломатлик ҳолатини белгиловчи муҳим омиллардан биридир. Тўғри ва тўлиқ овқатланиш болаларнинг ёшига мос равишда ўсиши ва ривожланишини таъминлаб, турли хил касалликларни олдини олишга, одамларнинг умрини узайишига, иш қобилиятини юқори кўрсаткичларда ушлаб туришга ёрдам беради. Сўнги йилларда аҳолига давлат томонидан назоратидан ўтган маҳсулотларни узатилиши натижасида организмга етарли миқдорда, биологик алмашинуви жараёнида иштирок этувчи витаминлар, минерал моддалар, фосфолипидларнинг тушиб турилиши гормонлар фаолияти, иммунитет ва бошқа алмашинувларга ижобий таъсир этмоқда. Ушбу моддаларнинг етарли даражада организмга тушмаслиги ташқи муҳит омилларининг зарарли ва ҳавфли таъсирларига қарши курашиш кучининг камайишига олиб келиб, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши ва сурункали касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлади [1, 2, 3].

Самарқанд шаҳри 16 - Оилавий поликлиника тиббиёт ходимларининг суткалик рационида озиқ-овқат маҳсулотларини миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо бериш тадқиқот мақсадидир.

Материал ва усуллар

Тадқиқодни амалга оширишда аналитик, хронометраж, анкета-сўров, антропометрик ва статистик усулларидан фойдаланилди Тиббиёт ходимларининг суткалик рационида овқат маҳсулотларини миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо бериш мақсадида жами 70 та тиббиёт ходимларидан олинган анкета натижалари таҳлил қилинди. Олиб борилган илмий тадқиқодлар Самарқанд шаҳрининг 16 - Оилавий поликлиникасида амалга оширилди. Критик назорат нуқталарини танлаш "конверт" усулида амалга оширилди. Тиббиёт ходимлари ўртасида суткалик рационни асосий модда алмашинувини қувват сарфи ҳисоблаш йўли билан Харрис - Бенедикт тенгламаси ёрдамида ҳам аниқланди.

Олинган маълумотларни статистик таҳлил қилишда ўртача натижалар, ўртача квадратик оғиш, ўртача арифметик қийматнинг ўртача хатолиги ва статистик тадқиқодлар натижаларинг чинлилигини баҳолашнинг параметрик усулларидан фойдаланилди. Тафовут коэффициенти (t) ва ишончлилик чегараси (P) аниқланди. Ишончлилик чегарасини аниқлашда t - Стьюдента мезонларидан фойдаланилди .

Натижа ва таҳлиллар

Илмий тадқиқод поликлиниканинг 24-30 ёшдаги тиббиёт ходимлари ўртасида олиб борилди. Дастлаб тиббиёт ходимларининг энергия қиймати баҳоланиб, кузатув нуқталарида асосий модда алмашинувга сарф бўлган энергия қиймати хронометраж усулида аниқланди. қувват қийматини аниқлаш учун аҳолининг турли гуруҳларида, ҳар бир ёшга ажратилган гуруҳларда 6 та шахсларда антропометрик текширишлар олиб борилди. Самарқанд шаҳри кузатув нуқтасидан қўйидаги натижалар олинди. Асосий модда алмашинуви эркакларда 1750 ккал, аёлларда эса 1600 ккални ташкил қилди. Умумий қувват қийматини аниқлаш учун асосий модда алмашинуви қийматини, меҳнат интенсивлигини, касб коэффициентига кўпайтирилди. Олинган маълумотлар умумий қувват қиймати 2300-2350 ккал атрофида эканлиги аниқланди. Ушбу олинган маълумотларни Мустақил давлатлар ҳамдўстлиги Республикаларида қабул қилинган қувват эҳтиёжи билан солиштирсак, қувват қиймати мос келмаслиги аниқланди. Шундай қилиб, асосий модда алмашинуви кузатув нуқталарида ҳисоблаш, уларни гигиеник жиҳатдан фарқ қилишини ва ўрганилган ҳудудни ўзига хослиги, эркакларга асосий модда алмашинуви пастроқ эканлигини кўрсатди. Асосий модда алмашинувини аниқлаш умумий фаолият қувват сарфини аниқлашга имкон берди. қувватини аниқлаш натижалари 24-30 ёшлиларда МДХ давлатларида тавсия қилинган миқдордан (2380 ккал) 1,7 баробар кам эканлиги ва гигиеник меъёрларга мос келмаслиги аниқланди. Аҳоли ўртасида овқатланишни рационал ташкил қилишни самарали тизимига ўтказиш мақсадида илмий асосланган гигиеник тавсияларни ишлаб чиқиш, озиқ-овқат маҳсулотларини миқдорий кўрсаткичларини, улар таркибидаги оқсиллар (алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар), ёғлар (тўйинган ва тўйинмаган ёғ кислоталари), углеводлар (моно-, ди- ва полисахаридлар шу жумладан), витаминлар (B1, B2, B6, B12, A, Д ва бошқалар), минерал моддалар (K, Na, Ca, F ва бошқалар) миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо беришни тақозо этади.

Озиқ-овқат маҳсулотларини қуйидаги турлари ажратиб ўрганилди: сут ва сут маҳсулотлари бўйича 5 та маҳсулот, гўшт ва гўшт маҳсулотларидан 5 та маҳсулот, дон маҳсулотларидан 10 та маҳсулот, сабзавот ва мевалардан 28 та маҳсулот ўрганилди. Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, аҳолини ўртача 100-300 мл, ўртача 200±21 мл сут маҳсулотларини истеъмол қилар экан. Бу кўрсатгич республика ҳудудида фаолият кўрсатувчи меъёрий ҳужжат ЎзР СанқваМ №0135-03 бўйича таҳлил қилинганда сут ва қатиқ маҳсулотлари гигиеник меъёрдан паст эканлиги, қаймоқ (сметана)ни, творог ва бошқа сут маҳсулотлари гигиеник меъёрлардан 1,1-1,41 марта камлиги аниқланди. Гўшт маҳсулотлари миқдори кўрсаткичларини суткалик рационда ўрганганимизда унинг миқдори 20-110 грамм ўртача 75±8 граммгача мавжуд эканлиги аниқланди. Бу миқдор физиологик эҳтиёж учун етарли бўлиб, аҳоли қўй гўшти ва парранда гўштини кенг исътемол қилиши аниқланди. Колбаса маҳсулотлари миқдори кўрсаткичларини суткалик рационда 20-50 грамм, ўртача 30±3,09 граммгача ва балиқ маҳсулотлари ҳам жуда кам истеъмол қилиниши аниқланди. Балиқ консервалари эса меъёрлардан 3-4 марта кам истеъмол қилиниши хам аниқланди. Дон маҳсулотларини суткалик рационда таҳлил қилганимизда ун 30-65 грамм, ўртача 47,5±5 грамм атрофида бўлди, бу ҳолат оилаларда қотирма, турли пиширикlар, сомса тайёрлаш ҳисобига кузатилмоқда. Хамир маҳсулотларидан ёрмалар меъёрдан 10-30 грамм, ўртача 20±3 граммгача мавжуд эканлиги аниқланди. Гуруч маҳсулотлари, айниқса ёз фаслида эркак ва аёллар томонидан 20-100 грамм, ўртача 60±6,1 грамм миқдорда исътемол қилиниши тўй ва маросимлар билан боғлиқдир. Гуручни аҳоли томонидан кўп исътемол қили-

ниши рамазон ойи ва ёз кунлари қишлоқларда асосан тўй маракаларида ош тайёрланиш билан боғлиқдир. Нон маҳсулотлари алоҳида эътиборга лойиқ маҳсулот бўлиб қолмоқда, унинг миқдори 120-240 граммни, ўртача 180±18,5 граммни ташкил қилиши ва макарон ҳафтада 70-110 граммни, ўртача 100±10.3 граммни ташкил қилиши аниқланди. Ёғларни миқдорий кўрсатгичларини гигиеник таҳлилида сариёғ бир ҳафта 500 грамм, ўртача 4 кишилик оилаларда бир кунлик миқдор 60-100 граммни, ўртача 80±8.24 граммни ташкил қилмоқда, ўсимлик ёғи миқдори гигиеник меъёрдан 1,1 марта кам истеъмол қилиниши аниқланди.

Мева ва сабзавотларни суткалик истеъмоли таҳлил қилинганда шуни қайд этиш лозимки, уларнинг умумий ўртача миқдори 21-50 граммни ташкил қилди. Ҳайвон маҳсулотларининг умумий миқдори рационда 37% ни, сабзавот ва мевалар эса 60% ни ташкил қилди. Сабзавот меваларни умумий миқдори - 950-1182,5 гр, ўртача 1066,25±110 граммни ташкил қилди. Энг муҳим маҳсулот бўлмиш картошка суткада - 250-420 грамм, ўртача 335±34,5 грамм истеъмол қилиниши аниқланди. Ушбу миқдор гигиеник меъёрдан 1,9 марта кам бўлсада, катталар ва ўсмирлар учун қабул қилинган меъёрга деярли мос келади (1,28) сабзи ўртача 67 грамм рационда аниқланди. Лавлаги 5,7 грамм бўлиб, бу миқдор гигиеник меъёрга мос келади. Озиқ-овқат маҳсулотларини аҳоли суткалик рационида ҳақиқий (мутлақ) миқдорини гигиеник баҳолаш, уни оптималлаштириш мақсадга мувофиқдир.

Аҳоли суткалик рационида озиқ-овқат маҳсулотларининг миқдорий кўрсаткичлари, M±м

Маҳсулотлар (г, мл)	Қишги-баҳорги	Ёзги-кузги
Сут маҳсулотлари	200±21	180±18
Гўшт маҳсулотлари	75±8	70±5
Колбаса маҳсулотлари	30±3,09	25±2,0
Дон маҳсулотлари	47,5±5	45±5
Ҳамир маҳсулотлари	20±3	18±2
Гуруч маҳсулотлари	60±6,1	60±6,1
Нон маҳсулотлари	180±18,5	190±19,5
Ёғ ва сариёғ маҳсулотлари	80±8,24	85±8,54
Сабзавот ва меваларнинг умумий миқлори	1066,25±110	1102,34±120
Картошка суткада	335±34,5	353±35,2
Умумий миқдор	2093,7±217,43	2128,34±221,3

Тиббиёт ҳодимлари ўртасида овқатланишни рационал ташкил қилишни самарали тизимига асосланган илмий гигиеник тавсиялар ишлаб чиқиш, озиқ-овқат маҳсулотларини миқдорий кўрсаткичларини, улар таркибидаги оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар (B1, B2, B6, B12, A, Д ва бошқалар шулар жумласидан), минерал моддалар (K, Na, Ca, F ва бошқалар) миқдорий кўрсаткичларига гигиеник баҳо беришни тақозо этади .

Тиббиёт ҳодимлари овқатланиш ҳолатини баҳолашни дастлабки кўрсаткичлари, унинг номутаносиблигини ва адекват эмаслиги аниқланди.

Овқат маҳсулотларини норационал исътемол қилиш идеал овқатланиш формуласини бузилишига бу эса аҳоли ўртасида ноинфекцион касалликларни ошишига олиб келиши мумкин. Аҳоли суткалик рационида асосий маҳсулотлар гўшт, сут, дон, сабзавот ва мевалар каби маҳсулотларни миқдорий кўрсаткичларини ўрганганимизда улар гигиеник меъёрларга 1,1-2,5 ҳолатларда мос эмаслигини кўрсатди. Аҳоли турли гуруҳларида озиқ-овқат маҳсулотларини ва нутриентларни суткалик рационда оптималлаштириш-ни ҳамда аҳоли ўртасида рационал овқатланиш қоидаларини илмий асосларини тарғибот қилиш мақсадга мувофиқдир.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Волгарев М.Н., Тутельян В.А., Ктжев В.А., Рогов И.А. Концепция здорового питания //Вестн. РАМН. - 1999. - №9. - Б. 17-19.
2. Шайхова Г.И. Овқатланиш гигиенаси. - Тошкент: Янги аср авлоди, 2011. - 154 б.
3. Тутельян В.А. Гигиена питания: современные проблемы // Здравоохр. РФ. - 2008. - №1. - Б. 8-9.
4. Alpes D.H., Stenson W.F., Bier D.M. Manual of nutritional therapeutics //J. Clin. Nutr. - 2001. - Vol. 131. - P. 644-650.
5. Buttriss J.L., Benelam B. Nutrition and health claims: the role of food composition data //J. Clin. Nutr. - 2010. - Vol. 64. - P. 8-13.

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 616.8 – 053.2. ББК. 56.12. О – 584

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Мавжуда Эргашевна,

Кафедра пропедевтика детских болезней и поликлинической педиатрии,
Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В подростковом возрасте часто встречаются пароксизмальные состояния (ПС) проявляющиеся судорогами, синкопами, алгиями, вегето-сосудистыми кризами (паническими атаками) и др.

По данным ВОЗ и ряда исследователей клинически значимые нарушения нейровегетативной и эмоциональной сфер у лиц молодого возраста наблюдаются в 20 -40% случаев.

Ключевые слова: пароксизмальная состояния, подростковый возраст, судорожный синдром.

ЎСМИРЛАРДА ПАРОКСИЗМАЛ ҲОЛАТЛАР КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК-ПАТОГЕНЕТИК ВАРИАНТЛАРИ

Абдуллаева Мавжуда Эргашевна,

Болаларкасалликларипропедевтикасива поликлиник педиатрия кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ўсмирлик даврида кўпроқ пароксизмал ҳолатлар кузатилиб, улар талваса билан, синкопал ҳолатлар, алгиялар, вегето – қон томир кризлар (паник ҳужум) ва бошқаларда намоён бўлади.

БЖССТ маълумотига кўра, олиб борилган бир қатор изланишлар натижалари шуни кўрсатдики, пароксизмал ҳолатда ўсмирларда нейровегетатив ва ҳиссий доирада ўзгаришлар 20 – 40% ҳолатларда учрайди.

Калит сўзлар: пароксизмал ҳолатлар, ўсмирлик даври, талваса синдроми.

CLINICAL-PATHOGENETIC OPTIONS OF THE COURSE OF PAROXISMAL STATES IN ADOLESCENTS

Abdullaeva Mavzhuda Ergashevna,

Department of Propedeutics of Childhood Diseases and polyclinic pediatrics,
Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

In adolescence, paroxysmal conditions (PS) are often found that are manifested by convulsions, syncope, algia, vegetative-vascular crises (panic attacks), etc.

According to the WHO and a number of researchers, clinically significant disorders of the neurovegetative and emotional spheres in young people are observed in 20-40% of cases.

Key words: paroxysmal conditions, adolescence, convulsive syndrome.

Актуальность исследования

В подростковом возрасте часто встречаются пароксизмальные состояния (ПС) проявляющиеся судорогами, синкопами, алгиями, вегето-сосудистыми кризами (паническими атаками) и др. По данным ВОЗ и ряда исследователей клинически значимые нарушения нейровегетатив-ной и эмоциональной сфер у лиц молодого возраста наблюдаются в 20 - 40% случаев. Наиболее легко уязвимым, в плане воздействия различных патологических факторов, является подростковый возраст, который включает в себя детей в возрасте от 10 до 20 лет[2,6]. После периодов новорожденное и грудного возраста, подростковый является третьим периодом детства, когда организм совершает физиологический скачок и перестройку большинства органов и систем[3,7]. В этот критический период особое место среди различных нозологических форм занимают заболевания, в клинической картине которых ведущим синдромом являются пароксизмальные состояния[1].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении паро-ксизмальных состояний, до настоящего времени отсутствует единое понимание причин их развития, а значит, существуют и различные подходы в реабилитации больных[4]. В основе пароксизмальных состояний лежит дизрегуляциянейроиммунных и эндокринных взаимоотношений. Приводимые, в литературе сведения о нарушениях иммунной, нейроме-диаторной систем разрозненны и носят неоднозначный характер. Недостаточно изучены проблемы патогенеза, диагностики пароксизмальных состояний в подростковом возрасте и не разработаны методы реабилитации данной категории больных.

Цель научного исследования: На основании выявления особенностей клинического течения, нейро-психофизиологических и иммунологических харак-

теристик пароксизмальных состояний у детей подросткового возраста выделить их клинико-патогенетические варианты и разработать комплексные программы реабилитации данной категории больных.

Материал и методы исследования

Обследование и лечение больных с ПС проводилось в условиях клиники нервных болезней на базе клинике АГМИ. Под наблюдением находилось 645 больных с ПС в возрасте 10-20 лет. Из них 278 больных раннего подросткового возраста от 10 до 14 лет и 367 чел. позднего подросткового возраста от 15 до 20 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение анамнестических данных у больных подросткового возраста позволило выявить ряд факторов риска, явившихся общими для всех нозологических форм заболеваний с пароксизмальными состояниями (ПС). Среди таких факторов отмечены: патология перинатального периода развития (63,3%), инфекции (43%), наследственная предрасположенность (34,6%), травмы головного мозга (24,7%).

Из провоцирующих факторов, способствующих развитию паро-ксизмапьных состояний, отмечены такие как: острая стрессовая или хроническая психотравмирующая ситуация (56,2%), тяжелые физические нагрузки (37,5%), нарушения режима сна и питания (29,7%), резкая смена климатических условий в связи с переездами (18,3%), неблагоприятные гелео - и метеофакторы (46,8%), сильный шум (41,3%), яркий свет (36,4%), переохлаждения (27,3%), обострение хронических заболеваний (31,5%).

Проведенное комплексное исследование позволило выявить ряд общих признаков характерных для всех больных ПС эпилептического и неэпилептического генеза. При клинико-неврологическом обследовании отмечено наличие микросимптоматики у больных ЭП в 85,7% случаев, среди больных НЭП в 69% и у лиц с субклиническими пароксизмаль-ными состояниями в 68,4% наблюдений. Наиболее часто наблюдались: асимметрия глазных щелей (49,3%), ослабление конвергенции (47,4%), сглаженность носогубной складки (38,2%), девиация языка (37,4%), оживление сухожильных и периостальных рефлексов (84,6%), ослабление брюшных рефлексов (32,7%), патологические рефлексы: Россолимо верхний (36,2%), Маринеско-Радовичи (31,6%), рефлексы орального автоматизма (24,3%), Бабинского (18,5%), Бехтерева (26,7%), Труссо (14,8%). Изучение структурной патологии головного мозга методом компьютерной томографии (КТ) в группе больных ЭП из 140 обследованных зарегистрировано наличие изменений различного характера у 111 больного (79,3%), в группе больных НЭП из 242 чел. - в 138 случаях (66,6%) и среди лиц с субклиническими пароксизмами из 35 чел. - в 12 случаях (34,3%).

Полученные данные указывают на то, что у большинства больных подросткового возраста, страдающих ПС, имеются структурно-морфологические изменения в головном мозге, которые влияют на характер нервных процессов в ЦНС.

Исследование состояния вегетативной нервной системы выявили преобладание симпатикотонической направленности в исходном вегетативном тонусе у больных ЭП. Среди больных неэпилептическими и субклиническими ПС отмечено преобладание вагоинсулярных вегетативных реакций. Наиболее выраженная ваготоническая реакция была отмечена среди больных синкопальными пароксизмами (71,4%), у больных мигренозными пароксизмами (67,3%), среди больных атипичными прозопалгиями (73,8%), а также у больных абдоминалгиями (83,6%). Исследование вегетативной реактивности зарегистрировало значительные изменения ЧСС при проведении глазосердечной, синокаротидной, солярной проб и при гипервентиляции в сторону повышения.

Повышение ЧСС или парадоксальные реакции обычно наблюдались у больных с преобладанием симпатикотонических реакций в исходном вегетативном тонусе. В эту группу вошли больные с генерализованными и парциальными судорожными ЭП, с системными симпатоадреналовыми кризами, типичными прозопалгиями, частично с цефалгическими, кардиальными, мигренозными и атипическими пароксизмами.

Группу больных с преобладанием ваготонических вегетативных реакций составили больные с генерализованными и парциальными бессудорожными пароксизмами, с системными вегетативным, синкопальными, абдоминальными пароксизмами, большая часть с мигренозными приступами и атипичными прозопалгиями.Наибольшееурежение ЧСС при исследовании показателей вегетативной реактивности регистрировалось в группах больных неэпилептическими и субклиническими пароксизмами. Это связано с тем, что в этих группах отмечается преобладание ваготонических реакций в исходном вегетативном тонусе. Наибольшееурежение ЧСС зарегистрировано в группе больных НЭП. Наименьшее урежение ЧСС отмечено в группе больных ЭП, где отмечается преобладание симпатико-тонических вегетативных реакций. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что у больных ПС подросткового возраста имеются выраженные изменения состояния вегетативной реактивности в сторону ее повышения.

Таким образом, на основании проведенных исследований больных ПС подросткового возраста и их лечения можно сделать вывод о наличии общих этиопатогенетических механизмов развития ПС при различных нозологических формах заболеваний, в основе которых лежит нарушений интегрирующей и регулирующей роли ЦНС. Ключевым звеном патогенеза ПС, по нашему мнению, служит измененная иммунная и вегетативная реактивность. Нормализация нейроиммунно-эндокринных взаимоотношений является общим терапевтическим подходом к лечению ПС в различных клинических проявлениях.

Выводы

Биоэлектрическая активность головного мозга у подростков с па-роксизмальными состояниями в 92% случаев характеризуется наличием патологических изменений, в основном: в форме депрессии а-ритма и превалировании IV и V типов ЭЭГ, при эпилептических пароксизмах наиболее часто регистрируются судорожные потенциалы: острые волны, пики, спайки, волновые комплексы, при неэпилептических пароксизмах — диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга с различной степенью дезорганизации основного ритма, при субкли-

нических пароксизмах выявляется преобладание медленноволно-вой активности в диапазонах Д, 9, ствол н.

Применение методов рефлексотерапии в силу их механизма действия способствует восстановлению регулирующей роли центральной нервной системы и ведет к оптимизации функционирования вегетативной, иммунной и эндокринной систем. Наиболее эффективным является сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Балакирева Е.А. Аффективно-респираторные пароксизмы у детей / Е.А. Балакирева, А.Ф. Неретина // Вестник новых медицинских технологий. -Тула, 2009.-С. 309-310.
2. Карлов В.А. Эпилепсия у подростков / В.А. Карлов, А.С. Петрухин // Журн. невропат, и психиатр. 2012. - Т. 9. - С. 9-13.
3. Трепилец С.В. Диагностика эпилепсии в детской амбулаторной практике / С.В. Трепилец: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. Москва, 2009. - 28 с.
4. Bidabadi E., Mashouf M. Association between iron deficiency anemia and first febrile convulsion: a case-control study / E. Bidabadi, M. Mashouf // Seizure. -2009.-V.18.-P.347-351.
5. Wallace S J. Epilepsy in children / S.J. Wallace, K. Farrell et al. London. Arnold Press, 2014. - 497 p.
6. Wallace SJ. The child with febrile seizures / S.J. Wallace. London. John Wright, 2018-358 p.
7. Zaidi A. Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause / A. Zaidi, P. Clough, P.Cooper et al. // J. Am. Coll. Cardiol-2010.-V. 36,N l.-P. 181-184.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.155.392-036.11-08

АНАЛИЗ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Абдурахманова М.А., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р., Мирзаахмедова И.З.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Острый миелобластный лейкоз - это онкологическое заболевание крови, при котором белые кровяные тельца (лейкоциты) изменяют свою структуру, бесконтрольно размножаясь, они подавляют рост и развитие нормальных клеток крови: эритроцитов, тромбоцитов и других лейкоцитов.

Заболевание называют ещё острый нелимфобластный лейкоз, острый миелогенный лейкоз или аббревиатурой ОМЛ.

Чтобы понять природу заболевания, нужно увидеть весь кроветворный процесс: начиная с образования мультипотентной гемопоэтической стволовой клетки (гемоцитобласта), до перерождения (дифференциации) из неё тромбоцитов, эритроцитов, лимфоцитов и других клеток крови.

Ключевые слова: миелоидный лейкоз, пролиферация.

ЎТКИР МИЕЛОИД ЛЕЙКОЗЛАР ВА УЛАРНИ БОШЛАНҒИЧ БЕЛГИЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Абдурахманова М.А., Юлдашева Н.Э., Абдувахопова Н.Р., Мирзаахмедова И.З.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ўткир миелоид лейкоз қоннинг саратон касаллиги бўлиб, унда оқ қон ҳужайралари (лейкоцитлар) ўзларининг тузилишини ўзгартиради, назоратсиз равишда кўпаяди, улар қизил қон ҳужайралари, тромбоцитлар ва бошқа лейкоцитларнинг ўсиши ва ривожланишига тўсқинлик қилади:.

Касаллик шунингдек, ўткир лимфобластик бўлмаган лейкемия, ўткир мийеложли лейкемия ёки АМЛ қисқартмаси деб аталади.

Касалликнинг моҳиятини тушуниш учун биз мултипотент гемопоэтик илдиз ҳужайраси (гемоцитобласт) шаклланишидан тортиб тромбоцитлар, эритроцитлар, лимфоцитлар ва бошқа қон ҳужайраларининг дегенерацияси (дифференциацияси) жараённи кўришимиз керак..

Калит сўзлар: миелоид лейкемия, пролиферация.

ANALYSIS OF INITIAL MANIFESTATIONS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA AND ITS COMPLICATIONS

Abdurakhmanova M.A., Yuldasheva N.E., Abduvahopova N.R., Mirzaakhmedova I.Z.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Acute myelogenous leukemia is a cancer of the blood in which white blood cells (leukocytes) change their structure, multiplying uncontrollably, they suppress the growth and development of normal blood cells: red blood cells, platelets and other leukocytes.

The disease is also called acute non-lymphoblastic leukemia, acute myelogenous leukemia, or the abbreviation AML.

To understand the nature of the disease, you need to see the entire hematopoietic process: from the formation of a multipotent hematopoietic stem cell (hemocytoblast), to the degeneration (differentiation) from it of platelets, erythrocytes, lymphocytes and other blood cells.

Key words: myeloid leukemia, proliferation.

Актуальность

Считается, что ОМЛ заболевает в среднем 3--5 человек на 100 тыс. населения в год. При этом заболеваемость резко возрастает в возрасте старше 60 лет, и составляет 12--13 человек на 100 тыс. у людей в возрасте старше 80 лет. Медиана возраста этого заболевания составляет 65 лет [5]. При численности населения 140 млн жителей мире расчетный показатель заболеваемости (исходя из Европейских и Американских данных) должен составлять около 5 тыс. заболевших.

По результатам регистрационного исследования, выполненного Российской исследовательской группой по изучению ОЛ в ряде регионов РФ, медиана возраста диагностики ОМЛ составляет 53 года, что более чем на 10 лет меньше, чем в западных странах[1,6]. Эти показатели свидетельствуют как о не достаточной диагностике ОМЛ у больных старшей возрастной группы, так и меньшей продолжительности жизни населения в нашей стране[2,5]. И хотя ОМЛ относят к орфанным заболеваниям, социальная значимость лечения этого самого грозного заболевания системы крови определяет необходимость организации адекватной специализированной помощи, предусматривающей взаимодействие многих медицинских дисциплин, совокупность клинических, лабораторных, инструментальных и научных исследований,

преемственность стационарной и амбулаторной помощи [4,7].

Цель исследования. Изучить клинических и лабораторных проявлений острого лейкоза и его осложнений и трудность их диагностики.

Материал и методы

В работе исследовалось состояние ОС-АОС у больных ОМЛ в процессе лечения в следующих 4 точках: до лечения, после лечения, в стадии глубокой цитопении и по выходе из нее. Всего обследовано 39 больных ОМЛ (17 мужчин и 22 женщины, средний возраст 50 лет). Контрольную группу составили 50 здоровых лиц.

Результат и обсуждения

По данным гематологического отделения МБУЗ "КМКБ № 7" у взрослых пациентов чаще встречаются миелобластные острые лейкозы (87 %), ОЛЛ всего в 13 %. По FAB классификации с наибольшей частотой среди ОМЛ встречается М2 вариант (33 %), на втором месте М4 (27 %), на третьем М5 (25 %). На М1, М3, М6 пришлось по 5 %.

Среди больных ОМЛ 52 % составили женщины и 48 % мужчины, а среди ОЛЛ в большинстве были мужчины - 62 %, женщин - 38 %. Ввиду того, что наше исследование проводилось на базе взрослого гематологического отделения, мы разделили всех пациентов на две категории: I - от 18 до 40 лет, II - старше 40 лет. В возрасте более 40 лет преобладала миелобластная форма острого лейкоза (90 %). Что касается ОЛЛ, то количество больных в обеих группах оказалось поровну.

Также нами проводилось статистическое исследование дебюта заболевания. Ведущими синдромами среди больных ОМЛ являются анемический 40 %, инфекционный 25 %, геморрагический 16 %, гиперпластический 8 %, язвенно-некротический 4 %. 7 % ОМЛ было выявлено случайно в ходе различных обследований. В ОЛЛ на первом месте стоят инфекционный и анемический синдромы по 27 %, на втором геморрагический и гиперпластический поровну 18 %. 10 % пришлось на случайно выявленные. Что касается гемограммы, то среди больных миелобластным лейкозом в 92 % в периферической крови были выявлены бласты, которые являются субстратом опухоли, в 8 % гемограмма была атипичной (алейкемическая форма - безбластная).

Среди ОЛЛ таких форм нами не было выявлено. Процент панцитопении при первичном обращении пациентов с ОМЛ составил 26 %, ОЛЛ - 13 %. В некоторых случаях в гемограмме наблюдается лейкоцитоз. Среди больных ОМЛ лейкоцитоз зарегистрирован в 9 %, ОЛЛ - в 25 %, причем чаще наблюдался гиперлейкоцитоз с цифрами до 206 тыс.

Анализируя осложнения ОЛ, чаще наблюдался миелотоксический агранулоцитоз - это остро развивающееся снижение уровня гранулоцитов в периферической крови ниже 0,5х109 /л [3]. Среди наших пациентов миелотоксический агранулоцитоз составил 63 % для ОМЛ и 75 % для ОЛЛ. У исследуемых больных с ОМЛ анемия встречалась в 56 %, у больных ОЛЛ 50 %.

Опухолевая интоксикация для ОМЛ составила 54 %, для ОЛЛ - 63 %. Геморрагические осложнения встречались у больных ОМЛ - в 43 % и у больных ОЛЛ - в 13 % случаев.

Наиболее частыми осложнениями у больных ОЛ является миелотоксический агранулоцитоз, инфекционные осложнения, опухолевая интоксикация. Среди возбудителей инфекций преобладают Candida albicans, Streptococcus viridians.

Выводы

Таким образом, в работе показано, что клинические проявления дебюта острого лейкоза достаточно разнообразны, а в некоторых случаях начало этого грозного заболевания вовсе бессимптомно. Часто встречаются атипичные проявления гемограммы (безбластные) при этом гемобластозе. Все это, несомненно, вызывает трудности у терапевтов общего профиля при выявлении таких больных в различных медицинских учреждениях. С помощью проделанной нами работы мы хотели еще раз заострить внимание на проблеме диагностики острого лейкоза, его осложнений и дальнейшего ведения таких пациентов в межкурсовом периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вецлер М., Блумфильд К. Миелоидные лейкозы. From Harrison's Principles of Internal Medicine. 14-th edition, 2002.
2. Грицаев С.В., Мартынкевич И.С., Мартыненко Л.С. и др. Возраст и кариотип - факторы риска у больных первичным острым миелоидным лейкозом // Клинич. онкогематология. - 2010. - № 4. - С. 359-364.
3. Feng X., Ruan Y., He Y. Prophylactic first-line antibiotics reduce infectious fever and shorten hospital stay during chemotherapy-inducedagranulocytosis in childhood acute myeloid leukemia // Acta Haematol. - 2014. - 132(1):112-7.
4. Gedik H., Y?ld?rmak T., Sim?ek F. Vancomycin-resistant enterococci colonization and bacteremia in patients with hematological malignancies // J. Infect Dev Ctries. 2014. Sep. 12; 8(9):1113-8.
5. Jahangard-Rafsanjani Z., Gholami K., Hadjibabaie M. The efficacy of selenium in prevention of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic SCT: a randomized clinical trial // Bone Marrow Transplant. 2013. Jun; 48(6):832-6.
6. Shimizu T., Mori T., Karigane D. Hydroxyurea (hydroxycarbamide)-induced hepatic dysfunction confirmed by drug-induced lymphocyte stimulation test // Rinsho Ketsueki. 2014. Jan; 55(1):125-9.
7. Takeda W., Sumi M., Kirihara T. Fatal bone marrow necrosis and fat embolism following sepsis in a patient with acute lymphoblastic leukemia after consolidation chemotherapy // Rinsho Ketsueki. 2014. Feb; 55(2):254-7.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.379-008.64:577.169.

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Делкашева Шахлохон Джамолитдиновна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Анемия является распространенным и зачастую несвоевременно диагностируемым осложнением сахарного диабета 1 и 2 типа, которое не только ухудшает качество жизни пациентов и снижает их толерантность к физическим нагрузкам, но также оказывает влияние на развитие хронических осложнений сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии. При сахарном диабете, как и при других заболеваниях, в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения анемия определяется как уровень гемоглобина менее 120 г/л у женщин и менее 130 г/л у мужчин.

Ключевые слова: анемия, сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА АНЕМИЯ СИНДРОМИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Делкашева Ш.Дж.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Анемия 1 ва 2-турдаги диабетнинг тез-тез учрайдиган ва кўпинча ўз вақтида аниқланмаган асоратидир, бу нафақат беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштиради ва уларнинг жисмоний машқлар учун бағрикенглигини пасайтиради, балки қандли диабет ва юрак-қон томир патологиясининг сурункали асоратларини ривожланишига таъсир қилади. Қандли диабетда, бошқа касалликларда бўлгани каби, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти мезонларига мувофиқ, анемия гемоглобин даражаси аёлларда 120 г / л дан кам, еркакларда еса 130 г / л дан кам бўлганлиги билан белгиланади.

Калит сўзлар: анемия, қандли диабет, юрак-қон томир патологияси.

FEATURES OF ANEMIC SYNDROME IN DIABETES MELLITUS

Delkasheva Sh.J.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Anemia is a common and often untimely diagnosed complication of type 1 and type 2 diabetes, which not only worsens the quality of life of patients and reduces their exercise tolerance, but also affects the development of chronic complications of diabetes mellitus and cardiovascular pathology. In diabetes mellitus, as in other diseases, in accordance with the criteria of the World Health Organization, anemia is defined as a hemoglobin level of less than 120 g / l in women and less than 130 g / l in men.

Key words: anemia, diabetes mellitus, cardiovascular pathology.

Актуальность

Исследования показывают, что у больных сахарным диабетом развития возникновения анемии выше, чем в общей популяции, не страдающей сахарным диабетом. При значительном поражении почек любого генеза развивается анемический синдром. Анемический синдром у больных с ДН развивается раньше и чаще и протекает тяжелее, чем у больных с заболеваниями почек другой природы[2,5].

Известными факторами прогрессирования сосудистых осложнений при сахарном диабете (СД) являются гипергликемия, окислительный стресс, дислипидемия, гипергомоцистеинемия, артериальная гипертензия.

С учетом этого в результате сотрудничества ученых многих стран и инициатив Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) были разработаны новые, более жесткие критерии диагностики диабета и, что не менее важно, критерии оценки результатов терапии данного заболевания через призму сосудистого риска [1].

Новые методики и подходы для предупреждения или, по крайней мере, замедления прогрессирования фатальных диабетических осложнений, разработанные в том числе и по результатам клинических исследований, стали достоянием медицинской общественности и широко внедряются в практику. Однако проблемы лечения развившихся осложнений по-прежнему не теряют своей актуальности.

Чаще всего анемия встречается у лиц старше 60 лет, беременных и страдающих различными хроническими заболеваниями. Среди больных с хронической болезнью почек (ХБП) 4-5 ст. в общей популяции распространенность анемии составляет 30-40%, а среди больных сахарным диабетом 1 типа (СД1) и СД2 с ХБП 3-5 ст. от 45% до 85% [3]. Распространенность также зависит от критериев, которые используются для диагностики анемии. Если оценивать по критериям ВОЗ, распространенность анемии среди больных СД составляет 14% [5], а у больных СД1 и сахарным диабетом 2 типа (СД2) она составит от 16% до 23% по данным различных исследований [2]. У больных со сниженной функцией почек, используя критерии диагностики

анемии при ХБП, частота анемии достигает 85% в зависимости от стадии [4].

Таким образом, считается, что причиной анемии при СД является снижение функции почек. Однако в литературе отсутствуют данные о причинах, приводящих к возникновению анемического синдрома у больных СД1, если функция почек не нарушена. При этом известно, что анемия у этих больных является дополнительным фактором риска прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, сосудистых осложнений диабета иХБП [2].

Цель исследования. Изучить особенности анемического синдрома у больных сахарным диабетом 1 типа для оптимизации лечения.

Материал и методы

Проведен скрининг на наличие сниженного уровня гемоглобина у 567 больных СД 1 типа в клинике АГМИ г. Андижана. В г. Андижане было проведено одномоментное исследование гемоглобина выборки больных СД 1 типа, пришедших на амбулаторный прием и направленных на исследование сахара крови в лабораторию. За 1 месяц обследовано 252 больных СД 1 типа.

Результат и обсуждения

Из 252 больных СД 1 типа г. Казани обратившихся за месяц за амбулаторной помощью, сниженный уровень гемоглобина был выявлен у 69 пациентов, т. е. у 27% от числа обследованных, что превышает среднюю частоту среди больных СД в Андижанской области, полученную при другом исследовании - 20% Ос2 = 9,0; p=0,003). Среди женщин в нашей исследуемой выборке анемия встречалась статистически значимо чаще, чем среди мужчин: у женщин уровень гемоглобина снижен в 35% случаев, у мужчин - в 14% (x2= 12,8; p=0,0003).

Таким образом, в РТ методом сплошного скрининга всего было обследовано 567 больных СД 1 типа и у 19% (109/567) из них выявлен сниженный уровень гемоглобина, что не отличается от ожидаемой частоты среди больных СД - 20% (x2 = 0,39; p>0,05). Однако сравнивая с частотой анемии в общей популяции той же возрастной категории по данным различных исследований от 5% до 10%, получена статистически значимая разница (x2 = 52,74; p<0,0001).

При изучении характера анемии, оказалось, что анемия у больных СД 1 типа у 86% анемия была легкой степени тяжести (p<0,0001), у 11% средней степени тяжести, у 3% тяжелой степени. У 63% анемия была нормохромная (p<0,0001), у 33% гипохромная, у 1% гиперхромная. У 56% анемия носит нормоцитарный характер (p<0,001), у 13% микроцитарный, у 2% макроцитарный характер. У 86% носит норморегенераторный характер (p<0,001), 35% гипорегенераторный характер, у 1% гиперрегенераторный характер.

Структура анемического синдрома при СД 1 типа по результатам нашего исследования представлена в Таблице 2. У 36,6% больных встречалось сочетание причин анемического синдрома. Чаще всего у больных СД 1 типа встречается ЖДА: у 54,8% (51/93) обследованных, что несколько меньше, чем частота ЖДА среди других видов анемии в общей популяции (70 - 80%) (^2=0,71; p=0,39). Сравнивая с частотой ЖДА в популяции больных ревматоидным артритом (35%), у больных СД 1 типа частота ЖДА несколько выше (%2=8,7; p=0,003). Нужно отметить, что у 12% (6/51) больных ЖДА отсутствовало снижение уровня сывороточного железа, но при этом в депо его количество было снижено.

Второе место по распространенности в общей популяции взрослого населения занимает АХЗ. По данным нашего исследования АХЗ встречается в 23,6% (22/93) случаев. Данная частота не отличается от частоты анемии у больных пожилого возраста (30%) (x=1,84; p=0,17). Однако при сравнении с популяцией больных с различными хроническими заболеваниями, например ревматоидным артритом частота АХЗ составляет 47% (/2=20,8; p<0,0001), а онкологическими заболеваниями достигает 90%, частота АХЗ у больных СД 1 типа несколько ниже (x2=20,7; p<0,0001). У 4,3% (4/93) больных имелось сочетание ЖДА и АХЗ. Итого по результатам нашего исследования АХЗ и ЖДА составляют 81,6% всех случаев анемии.

При дальнейшем изучении структуры анемического синдрома у больных СД 1 типа можно отметить, что у 37,7% (35/93) имелся дефицит фолиевой кислоты: у трети (11/35) больных дефицит фолиевой кислоты был единственной причиной анемического синдрома, а у остальных (24/35) дефицит фолиевой кислоты сочетался с АХЗ или с ЖДА. Частота ДФК у больных СД 1 типа выше, чем частота ДФК в общей популяции (по данным различных авторов от 1% до 25%) (x2=8,31; p=0,004). У 4,3% (4/93) выявлен дефицит витамина Вп (ДВитВ12), в одном случае сочетающийся с АХЗ и в одном с ЖДА.

При анализе причин анемического синдрома в группах, различающихся по степени поражения почек, оказалось, что в группе больных СД без клинических проявлений ДН преобладает ЖДА: в 62% случаев встречалась ЖДА, в 21% - АХЗ (p=0,01). В группе больных с ХБП 1,2 ст. также преобладает ЖДА - встречается у 53% пациентов, АХЗ - у 21% (p<0,001). В группе с ХБП 3,4 ст. АХЗ была причиной сниженного гемоглобина у 30%, ЖДА - у 50%, но данное различие статистически не значимо (p>0,05). Частота дефицита фолиевой кислоты и витамина В12 в группах с различными стадиями ХБП одинакова во всех фгруппах (p>0,05).

В группе больных СД с анемией можно отметить статистически значимое снижение СКФ с увеличением длительности СД (p=0,005) и статистически значимо низкий уровень СКФ по сравнению с группой контроля при любой длительности СД (контроль 121 [102,0; 149,0]; длительность СД менее 5 лет 88,0[81,0; 101,0] p=0,002; от 5 до 15 лет 82,0[60,0;95,0] p<0,0001; более 15 лет 66,0[44,5;81,8] p<0,0001). Также, можно отметить, что при длительности СД от 5 до 15 лет уровень СКФ у больных СД с анемией ниже, чем у больных без анемии (p=0,04). Таким образом, можно отметить, что у больных СД 1 типа с анемией по мере снижения уровня гемоглобина происходит более значительное и быстрое снижение СКФ по сравнению с больными СД без анемии при увеличении продолжительности СД.

Анализ уровня суточной экскреции аминного азота с мочой, отражающего реабсорбционную функцию проксимального отдела канальцевого аппарата почки показал, что у больных СД без анемического

синдрома имеется увеличение уровня суточной экскреции аминного азота с мочой по сравнению с группой контроля при любой длительности СД (до 5 лет 627,9 [419,3; 1082,2] p=0,02; от 5 до 15 лет 1406,9[1217,5;2250,6] p=0,0006; более 15 лет 336,4 [178,3;575,7] p=0,03). При этом у них имеется прямая умеренная корреляционная связь уровня суточной экскреции аминного азота с СКФ (r=0,71; p=0,004), т.е. повышенный уровень экскреции аминного азота с мочой показывающий повышение скорости реабсорбции, вероятно, связан с повышением скорости фильтрации у этих больных.

Вывод

Распространенность анемии увеличена среди пациентов как с 1, так и 2 типом сахарного диабета. Этиология анемии мультифакторна, но наиболее распространенной причиной, вероятно, является недостаточность или неэффективность эритропоэтина.

Анемия часто присутствует у пациентов с диабетом, альбуминурией и нормальной функцией почек вследствие повреждения "чувствительного механизма" перитубулярных эритропоэтинпродуцирующих фибробластов.

При дальнейшем прогрессировании почечной патологии повреждается и "секреторный механизм", приводящий к более выраженному снижению уровня эритропоэтина и более тяжелой анемии.

Пациенты с диабетом и анемией подвергаются повышенному риску прогрессии как микроваскулярных (ретинопатия, нейропатия и нефропатия), так и макроваскулярных осложнений. Коррекция же анемии замедляет развитие осложнений, улучшает кардиоваскулярный статус, повышает качество жизни пациентов и улучшает прогноз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Милованов Ю.С., Козловская Л.В., Николаев А.Ю. и др. Анемия у больных с хронической почечной недостаточностью: принципы терапии. //Леч.врач,2005,10,18-24.
2. Moon, C., Krawczyk, M., Ahn, D., Ahmet, I., Park, D., Lakatta, E. G., & Talan, M. I. (2003). Erythropoietin reduces myocardial infarction and left ventricular functional decline after coronary artery ligation in rats. Proceedings of the //National Academy of Sciences of the United States of America, 100 (20), 11612-11617.
3. Calvillo, L., Latini, R., Kajstura, J., Leri, A., Anversa, P., Ghezzi, P., Salio, M., Cerami, A., & Brines, M. (2003). Recombinant human erythropoietin protects the myocardium from ischemia reperfusion injury and promotes eneficial remodeling. / /Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100 (8), 4802- 4806.
4. Parsa, C. J., Kim, J., Riel, R. U., Pascal, C. S., Thompson, R. B., Petrofski, J. A., Matsumoto, A., Stamler, J. S., & Koch, W. J. (2004). Cardioprotective effects of erythropoietin in the reperfused ischemic heart: //A potential role for cardiac fibroblasts. Journal of Biological Chemistry, 279 (20), 20655- 20662.
5. Locatelli F., Aljama P., Barany P. Et al. Revised European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure. //Nephrol.Dial. Transplant.,2004,19 (Suppl.2), ii1-ii47.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.12-008.331

АЛГОРИТМ ВЫБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Зияева Д.Ф., Қосимов З.О., Парпиева С.Б.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В последние два десятилетия изменилось представление о роли и функциях жировой ткани, которую теперь рассматривают не только как орган эндокринной регуляции энергетического баланса, но и как интегральное связующее звено между формированием метаболических нарушений и сердечно-сосудистой патологии.

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина II принадлежат к основным классам антигипертензивных препаратов, применяемых при лечении артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом. У каждого из представителей этой группы существуют клинико-фармакологические особенности и нюансы клинического применения. На основании их анализа предлагается алгоритм дифференцированного выбора конкретного препарата.

Ключевые слова: антигипертензивные препараты, воспаления, метаболический синдром.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВ ТЕРАПИЯСИНИНГ ТАНЛАШ АЛГОРИТМИ

Зияева Д.Ф., Қосимов З.О., Парпиева С.Б.,

Андижан давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Сўнгги йигирма йил ичида ёг тўқималарининг роли ва функциялари концепцияси ўзгарди, бу нафақат энергия балансини эндокрин тартибга солиш органи, балки метаболизм касалликлари ва юрак-қон томир патологияларининг шаклланиши ўртасидаги ажралмас боғлиқлик сифатида қаралмоқда.

Ангиотензинни ўзгартирадиган фермент ингибиторлари ва ангиотензин II рецепторлари блокаторлари метаболик синдромли беморларда гипертензия даволашда ишлатиладиган антигипертензив дориларнинг асосий синфларига киради. Ушбу гуруҳ вакилларининг ҳар бири клиник фойдаланишнинг клиник ва фармакологик хусусиятларига ва нуансларига эга. Уларнинг таҳлили асосида маълум бир дори воситасини табақалаштирилган танлаш алгоритми таклиф этилади.

Калит сўзлар: гипертензив дорилар, яллиғланиш, метаболик синдром.

ALGORITHM FOR CHOICE OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN METABOLIC SYNDROME AND ARTERIAL HYPERTENSION

Ziyaeva Dilyaram Fayzirakhmanovna, Kosimov Zafarbek Odiljon Ugli, Parpieva Salimakhon Bakizhanovna,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

In the past two decades, the concept of the role and functions of adipose tissue has changed, which is now considered not only as an organ of endocrine regulation of energy balance, but also as an integral link between the formation of metabolic disorders and cardiovascular pathology.

Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers belong to the main classes of antihypertensive drugs used in the treatment of hypertension in patients with metabolic syndrome. Each of the representatives of this group has clinical and pharmacological features and nuances of clinical use. Based on their analysis, an algorithm for the differentiated choice of a specific drug is proposed.

Key words: antihypertensive drugs, inflammation, metabolic syndrome.

Актуальность

Известно, что при артериальной гипертензии на фоне метаболического синдрома выявляются выраженная дисфункция эндотелия сосудов (избыток вазоконстрикторов и дефицит вазодилататоров, прежде всего оксида азота), повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпато-адреналовой систем (высокий уровень лептина), спазм сосудов на фоне увеличения сердечного выброса, усиление реабсорбции натрия в канальцах нефрона (за счет гиперинсулинемии и сдавления почек жировой тканью), задержка жидкости и гиперволемия, повышенное содержание натрия и кальция в стенке сосудов, ночное обструктивное апное.

У подавляющего числа пациентов имеется инсулинорезистентность. У них наблюдаются раннее поражение органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, быстро приводящая к диастолической дисфункции миокарда, повышение жесткости крупных артерий, гипофильтрация в почках и микроальбуминурия). Типичными метаболическими нарушениями при артериальной гипертензии являются нарушение толерантности к глюкозе, повышение уровня триглицеридов, холестерина и мочевой кислоты. Все эти особенности существенно влияют на выбор гипотен-

зивного препарата для коррекции артериального давления (АД) у больных с метаболическим синдромом.

Для пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом представляется принципиально важным обеспечить положительное влияние гипотензивных препаратов на адипокины, продуцируемые жировой тканью, которая сегодня рассматривается уже не как энергетическое депо, а как эндокринный и паракринный орган, оказывающий гуморальное, протромбогенное и провоспалительное действие на другие органы и системы организма. Среди более чем 50 адипокинов при ожирении наибольшая роль в патогенезе как самого ожирения, так и ассоциированных с ним заболеваний и состояний отводится резистину, грелину, висфатину, апелину, адипонектину, ФНО-альфа и интерлейкину 6.

Однако безусловно наиболее изученным и важным адипокином при ожирении является лептин - гормон, продуцируемый жировыми клетками и циркулирующий в крови в свободной и связанной формах. Через влияние на специфические рецепторы гипоталамуса лептин изменяет экспрессию нейропептидов, регулирующих потребление и расход энергии в организме. При ожирении развивается компенсаторная резистентность гипоталамуса к центральному действию лептина с развитием через механизм обратной связи лептинорезистености (гиперлептинемии). Лептин обладает целым рядом эффектов, которые могут усугублять имеющиеся нарушения при артериальной гипертензии и ожирении (стимуляция симпатоадреналовой системы, повышение скорости фиброза сердечной мышцы, усиление агрегации тромбоцитов, задержка натрия, усиление инсулинорезистентности).

Вопросы рациональной фармакотерапии, оптимального выбора ЛС при различных заболеваниях имеют особую актуальность. Это определяется, с одной стороны, расширением фармацевтического рынка и появлением большого количества новых ЛС, с другой - увеличением распространенности различных коморбидных состояний, которые во многом затрудняют проведение лекарственной терапии и требуют особого внимания к контролю эффективности и профилю безопасности ЛС[4,6,7].

Метаболический синдром (МС) представляет собой чрезвычайно важную и актуальную проблему, которая носит не только медицинский, но и социальный характер. Обусловлено это теми серьезными осложнениями, с которыми ассоциировано данное состояние[2,7]. Наличие МС в несколько раз увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений как у мужчин, так и у женщин. В последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост распространенности МС, который объединяет в себе комплекс сердечно-сосудистых факторов риска: абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию (АГ), дислипидемию,

инсулинорезистентность. По данным различных авторов, среди лиц старше 30 лет распространенность МС составляет 10-30%, причем у женщин МС встречается в 2,4 раза чаще, чем у мужчин [1,3,5].

Цель исследования. Обосновать эффективность применения антигипертензивных препаратов у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом на основе оценки их влияния на маркеры воспаления и инсулинорезистентность.

Материал и методы

В исследование было включено 111 больных (мужчины - 53, женщины -58), имеющих АГ 1-2 степени и МС. Все пациенты давали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результат и обсуждения

Исходные показатели маркеров воспаления и инсулинорезнстентности у больных АГ с метаболическим синдромом.

У больных АГ с МС исходный уровень ЬвСРБ составил 3,37 (2,3;6,4) мг/л, что на 36,5% выше аналогичного показателя в группе контроля (р=0,001). Уровень 1САМ-1 исходно составил 331,6 (297,3;396,4) нг/мл, что достоверно выше на 29,2% аналогичного показателя в группе контроля (р=0,003). Исходный показатель индекса НОМА составил 3,82 (2,93;4,40), что превышает аналогичный показатель на 45,3% (р=0,006)

Выявлены достоверные половые различия: уровень ЬбСРБ у женщин был достоверно выше и составил 3,43 (2,74;6,31) мг/л, у мужчин - 3,17 (2,12;5,64) мг/л (р=0,02). Активность ЬбСРБ у женщин в постменопаузе составила 3,49 (2,59;7,0) мг/л и достоверно превышала аналогичный показатель в группе женщин до менопаузы 3,29 (2,63;6,38) мг/л (р=0,04). Активность ЬвСРБ у женщин в постменопаузе была достоверно выше, чем у мужчин (р=0,03). Курящие больные имели достоверно более высокую активность ИбСРБ 4,08 (2,96;7,04) мг/л по сравнению с некурящими лицами 2,92 (1,78;4,70) мг/л (р=0,001). Не были достоверными различия активности ЬэСРБ в зависимости от степени повышения АД (р=0,74). При наличии нарушений углеводного обмена уровень ЬэСРБ был достоверно выше (р=0,021).

Уровень 1САМ-1 достоверно не различался у мужчин и женщин: 327,83 (276,47;365,9) нг/мл и 332, 2 (298,09;396,37) нг/мл соответственно (р=0,78). Женщины в постменопаузальном периоде имели тенденцию к более высокому уровню 1САМ-1 по сравнению с группой женщин в доменопаузальном периоде (р=0,07). Выявлено достоверное повышение активности 1САМ-1 у курящих больных 344,23 (301,22;400,3) нг/мл по сравнению с некурящими 316,68 (268,92;376,2) нг/мл (р=0,005). Степень АГ не оказывала достоверного влияния на активность 1САМ-1 (р=0,09). Наличие нарушений углеводного обмена также не влияло достоверно на уровень 1САМ-1 (р=0,62).

Индекс НОМА достоверно не различался у мужчин и женщин: 3,78 (2,85;4,37) и 3,91 (3,10;4,52) соответственно (р=0,76). Индекс НОМА у женщин в менопаузальном периоде был достоверно выше: до менопаузы 3,44 (2,63;4,15) и в постменопаузе 4,02 (3,24;4,72) (р=0,044). При этом индекс НОМА у женщин до менопаузы был достоверно ниже по сравнению с мужчинами (р=0,035). Отмечена тенденция к повышению инсулинорезистентности у курящих больных по сравнению с некурящими лицами (р=0,062). При наличии нарушений углеводного обмена показатель инсулинорезистентности был достоверно выше (р=0,038).

Корреляционный анализ взаимосвязей биохимических маркеров с факторами сердечно-сосудистого риска и другими параметрами выявил достоверные прямые связи ЬэСРБ с курением (г=0,28, р=0,001),

женским полом (r=0,30, p=0,023), менопаузой (r=0,32, p=0,016), 1CAM-1(r=0,35, p=0,009), возрастом (r=0,38, p=0,002), ИМТ (r=0,43, p=0,004)/

Влияние антигипертензивных препаратов на показатели инсулинорезистентности, углеводного и липидного обменов у больных АГ с метаболическим синдромом.

Показатели глюкозы натощак и инсулина, которые являются основой для расчета индекса HOMA, снизились на фоне ингибиторов АПФ зофеноприла и периндоприла, имели тенденцию к снижению на фоне эналаприла и небиволола. Отмечена тенденция к снижению уровня глюкозы сыворотки крови через 2 часа после приема 75 г глюкозы под влиянием приема всех трех ИАПФ. При межгрупповом сравнении 3-х групп (ANOVA) зофеноприла, периндоприла и эналаприла через 12 недель лечения достоверных отличий друг от друга по динамике снижения показателя глюкозы натощак, постпрандиальной глюкозы и инсулина не выявлено (p=0,06, p=0,06, p=0,07, соответственно).

Под влиянием зофеноприла, периндоприла и эналаприла выявлено достоверное снижение индекса HOMA на 34,2% (с 3,71 (2,8;4,2) до 2,44 (1,56;3,3) (p=0,0064)), на 15,6% (с 3,34 (2,6;4,0) по 2,82 (1,9;3,84) (p=0,01)) и на 16,9% (с 3,9 (2,9; 4,5) до 3,24 (2,72;3,96) (p=0,03)), соответственно (критерий Уилкоксона). Изменения индекса HOMA под влиянием небиволола не выявлены: 3,75 (2,7;4,3) до лечения и 3,4 (2,5;4,1) через 12 недель терапии (p=0,62) (критерий Уилкоксона).

При межгрупповом сравнении 4-х групп (ANOVA) через 12 недель лечения выявлено достоверное отличие друг от друга по динамике снижения индекса HOMA (p=0,035). При межгрупповом сравнении (критерий Манна-Уитни) группы зофеноприла с группами периндоприла и эналаприла было выявлено статистически значимое преимущество зофеноприла по влиянию на индекс HOMA (p=0,01 и p=0,02, соответственно).

При межгрупповом сравнении (критерий Маннa-Уитни) статистически значимых различий между группами эналаприла и небиволола по динамике снижения показателя индекса HOMA через 12 недель лечения выявлено не было (p=0,08). При межгрупповом сравнении (критерий Манна-Уитни) различий группы периндоприла с группами эналаприла и небиволола по снижению показателя индекса HOMA через 12 недель лечения было выявлено преимущество периндоприла (p=0,045 и p<0,05, соответственно). При межгрупповом сравнении (критерий Манна-Уитни) группы зофеноприла с группой небиволола выявлено высоко достоверное преимущество зофеноприла по влиянию на снижение активности индекса HOMA (p<0,001).

Анализ влияния изученных антигипертензивных препаратов на показатели липидного профиля показал отсутствие достоверной динамики большинства оцениваемых параметров во всех группах наблюдения, за исключением достоверного снижения уровня ТГ на 15,6% на фоне зофеноприла (p=0,04) и на 19,9% на фоне периндоприла (p=0,047).

Небиволол не оказывал негативного влияния на показатели углеводного и липидного обменов и на его фоне была отмечена тенденция к повышению уровня ХС ЛВП с 1,1 (0,98; 1,43) ммоль/л до 1,35 (1,12;1,82) ммоль/л (p=0,055) (критерий Уилкоксона).

Антигипертензивная эффективность и влияние на качество жизни антигипертензивных препаратов

Целевой уровень АД (<140/90 мм рт.ст.) по данным "офисных" измерений через 12 недель лечения был достигнут у 75,8% (22) больных на терапии зофеноприлом; у 78,3% (18) больных на терапии периндоприлом; у 69,2% (18) больных на терапии эналаприлом и у 74% (20) больных на терапии небивололом.

По данным офисного измерения АД максимальная степень снижения САД была в группе периндоприла и составила -20,0 (7,5;26,5) мм рт.ст., минимальная в группе эналаприла -10,0 (0;20,0) мм рт.ст. Степень снижения ДАД была сопоставимо одинакова во всех группах. ЧСС достоверно не изменилась на фоне ИАПФ и статистически значимо снизилась у больных, получавших небиволол с 74,9±10,6 до и 62,4±6,2 в 1 минуту через 12 недель лечения (p<0,005).

Результаты СМАД подтверждают антигипертензивную эффективность всех изученных препаратов и достоверное снижение средних САД и ДАД во все временные промежутки, наиболее значимые на фоне ингибиторов АПФ периндоприла и зофеноприла. Достоверное снижение среднесуточных значений ЧСС отмечено в группе пациентов, принимавших небиволол - с 77,1±9,4 уд. /мин до 71,3±8,3 уд. /мин (p=0,002). Также по результатам СМАД отмечено улучшение суточного профиля АД: через 12 недель лечения количество больных с нормальным суточным профилем увеличилось в группе зофеноприла на 20,7%, в группе периндоприла на 21,8%, в группе эналаприла на 15,4% и в группе небиволола на 18,6%. Одновременно с этим доля больных с нарушениями суточного профиля на фоне терапии зофеноприлом, периндоприлом, эналаприлом и небивололом уменьшилась: "non-dipper" на 17,3%, 13%, 11,6% и 7,5% соответственно, "night-peaker" - на 3,4%, 8,8%, 7,6% и 7,4% соответственно.

Таким образом, оценка динамики воспалительных показателей и инсулинорезистентности под влиянием лечения зофеноприлом, периндоприлом, эналаприлом и небивололом в зависимости от тендерных различий выявила однонаправленное изменение указанных параметров без статистически значимых отличий.

Вывод

Результаты работы показали, что у больных АГ с МС более значимо повышены уровни маркеров воспаления и инсулинорезистентности по сравнению с больными АГ без МС.

Доказано, что, наряду с высокой антигипертензивной эффективностью ингибиторы АПФ зофеноприл, периндоприл, эналаприл и высокоселективный бета-адреноблокатор небиволол обладают дополнительными плейотропными свойствами и могут быть использованы для фармакологической коррекции нарушений активности маркеров воспаления и инсулинорезистентности.

Обоснована эффективность применения антигипертензивных препаратов у больных АГ с МС на основе изучения их влияния на маркеры воспаления и инсулинорезистентность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Толкачева В.В., Мальто А.С. Мочевая кислота - ключевой компонент кардиоренометаболического континуума // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008. №4.95-106.
2. Кузьмина Е.Р., Морозова Т.Е. Влияние антигипертензивной терапии на маркеры воспаления и инсулинорезистентности у больных артериальной гипертонией с метаболическим синдромом // Врач-аспирант. - 2014. - № 4.3 (65). - С. 388- 394.
3. Латыйпова Е.Р., Морозова Т.Е. Активность С-реактивного белка у мужчин и женщин, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом, под влиянием небиволола // Сборник материалов XX Российского национального конгресса "Человек и лекарство", 15-19 апреля 2013.-С.91.
4. Boden-Albala B, Suzuki T, Hirata K et al. Metabolic syndrome, endothelial dysfunction, and risk of cardiovascular events: The Northern Manhattan Study (NOMAS). Am Heart J., 2008, Aug., 156 (2): 405-10.
5. Gress TW, Nieto FJ, Shahar E et al. Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis Risk in Communities Study. N Engl J Med, 2000, 342: 905-912.
6. Sharma AM, Pischon T, Hardt S et al. Hypothesis: beta-adrenergic receptor blockers and weight gain:systematic analysis. Hypertension, 2001, 37: 250-254.
7. Fonseca VA. Effects of beta-blockers on glucose and lipid metabolism. Curr. Med. Res. Opin., 2010, Mar., 26 (3): 615-29.

Поступила 09.11. 2020

UDC ГБ1Б.3Б-002+Б18.2/.31-03Б

FEATURES OF THE COURSE OF PERINATAL VIRAL HEPATITIS

Islamova Zarifakhon Karimovna, Mamadieva Mahliyo Sabirkhodzhaevna,

Andijan State Medical Institute

✓ ***Resume***

Parenteral viral hepatitis (VH) is one of the most important problems of modern hepatology and human infectious pathology, since in terms of growth rates and prevalence on the globe, they significantly exceed the incidence of other infections. Thus, according to WHO, 3-4 million people are infected with the hepatitis C virus every year, more than 240 million people have chronic liver damage caused by the hepatitis B virus.

Key words: pregnancy, hepatitis B, perinatal outcomes, hepatology, infection.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Исламова З.К., Мамадиева М. С.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Парентеральные вирусные гепатиты (ВГ) являются одной из наиболее важных проблем современной гепатологии и инфекционной патологии человека, так как по темпам прироста и масштабу распространенности на земном шаре они значительно превосходят заболеваемости другими инфекциями. Так, по данным ВОЗ ежегодно 3-4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С,более 240 миллионов человек имеют хронические поражения печени, обусловленные вирусом гепатита В.

Ключевые слова: беременность, гепатит В, перинатальные исходы, гепатология, инфекция.

ПЕРИНАТАЛЬ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Исламова З. К., Мамадиева М. С.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Парентерал вирусли гепатит В замонавий гепатология ва инфекциянинг асосий муаммоларидан бири саналиб, ушбу касаллик ер юзи аҳолисининг жуда катта қисмига хавф солмоқда. БЖССТ маълумотига кўра, ҳар йили 3-4 миллион инсонлар вирусли гепатит С билан хасталанадилар, 240 миллиондан ортиқ инсонлар эса вирусли гепатит В билан хасталанадилар.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, гепатит В, перинатал оқибатлар, гепатология, инфекция.

Introduction

Perinatal transmission of tasty hepatitis A, B, C from mother to child can be realized prenatally (transplacetal), intrapartum (during childbirth) or postnatally - during the care of the newborn.

According to a number of researchers, viral hepatitis is much more severe during pregnancy. GA has no significant effect on fetal development. GV is much more severe and is dangerous to the fetus [2].

Infection of children can occur from mothers with both acute and chronic hepatitis B, as well as virus carriers (Shekhtman M.M.). Currently, it is considered a recognized provision on the possible prenatal infection of the fetus with hepatitis B.

Transplacental infection occurs in children born to HBsHg carrier mothers. However, there is a hypothesis about a more frequent intrauterine infection of the fetus. In this case, the HB virus infects the fetus, however, active rectification of the hepatitis B virus in hepatocytes does not occur (Andriutsa K.A., Vyazov S.D., Blokhina N.P.). During childbirth, infection occurs through the birth canal, when the baby's skin is significantly macerated by waters (Shekhtman M.M., Martynov K.A.). It has been suggested that newborn infants may be infected as a result of ingestion or aspiration of amniotic fluid containing VH.

Parenteral viral hepatitis (VH) is one of the most important problems of modern hepatology and human infectious pathology, because they significantly exceed the incidence rates of other infections by the rate of growth and scale of prevalence on the globe [1, 2]. Thus, according to the WHO, 3-4 million people are infected each year with the hepatitis C virus, more than 240 million people have chronic liver damage caused by the hepatitis B virus [3, 4, 5].

The frequency of detection of antibodies to hepatitis B and C in pregnant women ranges from 1-2.5% in countries of Western Europe, USA, Japan and Australia to 10% and higher in some countries in Africa and the Middle East. In regions of the Russian Federation with a moderate intensity of the epidemic process, the frequency of detection of a ^ -H ^ among pregnant women is 0.9% in 1997 and 2.8% in 2002. A higher frequency is registered among pregnant women at risk, among infected with human immunodeficiency virus it is 17-54% [1].

Studies of hepatologists found that viral hepatitis B and C and pregnancy have a mutually exerting influence. Manifestations of this influence are a high percentage of malnutrition - the threat of abortion occurs 2.5 times more

often than in healthy pregnant women; placental insufficiency - signs of intrauterine fetal hypoxia and intrauterine growth retardation syndrome occur in 22-25%, a threat of infection is created [9, 10, 11, 12]. In most patients, pregnancy does not adversely affect the course of the disease and does not pose a risk to the mother. The course of chronic viral hepatitis in pregnant women is characterized, as a rule, by low activity and a rarity of exacerbations [1, 9, 10].

All of the above leads to an increase in the number of pregnant and parturient women among women suffering from HH, which poses a real threat not only to the life and health of the future mother, but also to a child who can become an asymptomatic carrier of infection, develop acute or chronic hepatitis with cirrhosis and hepatocellular carcinoma.

The purpose of the study: study of clinical manifestations and outcomes of perinatal infection, viral hepatitis, its transmission to infants and the duration of circulation of specific antibodies in them.

Material and methods

We conducted a retrospective analysis of 75 histories of labor with chronic viral hepatitis B and C and 76 (one twins) of newborn histories.

Result and discussion

The average age of pregnant women was 25.1 ± 3.72 years. Chronic viral hepatitis B was diagnosed in 25 patients (33.3%), 49 women with chronic viral hepatitis C (65.3%) and 1 woman with viral hepatitis B and C (1.3%).

The data of the social status assessment revealed disadvantages in the study group: unemployed, excluding housewives, 10 (13.3%); not married, excluding civil marriage, - 8 (10.7%); most patients had bad habits: smoking in 29 cases (38.7%), alcohol dependence was observed in 4 patients (5.3%), and addiction was detected in 10 (13.3%) patients.

When analyzing the available extragenital pathology, it was found that more than half of the women in the group (66.7%) were often ill during childhood and suffered several childhood infections. The most frequent cases of cardiovascular diseases (vegetovascular dystonia, hypertension) taken by us were diagnosed in the pregnant women (15.9%), diseases of the digestive organs (chronic cholecystitis, gastritis) -13.3%. 18 women (24%) had hepatitis A. When analyzing women's awareness of the diagnosis of viral hepatitis B or C before pregnancy, only 19 patients (25.3%) from the entire study group were aware of the existence of the diagnosis. According to WHO in developed countries, only 1 / 4-1 / 3 of young women are diagnosed with chronic HF prior to pregnancy [4, 5].

These estimates of the reproductive function indicated practically the same ratio of the first and the re-rooted - 45 (60%) and 30 (40%), respectively. He draws attention to the fact that among the primiparous first-pregnant women there were only 24 patients (53.3%), abortion predominated through spontaneous abortion - 13.7% or medical abortion - 26.7%. Gynecological history is burdened in every second patient, most often: inflammatory diseases of the pelvic organs - 18.6% of cases; Sexually transmitted infections - 17.2%.

The features of the current pregnancy testified that every other pregnant woman was not registered for pregnancy in a women's consultation (33, or 44%). In the patients of the study group, in most cases the pregnancy proceeded against a background of various complications. The most frequent in early terms were: the threat of termination of pregnancy - 17.2% of cases, early toxicosis - 21 pregnant (28%), anemia of pregnant women -6 (8%) cases. Uncomplicated during the first half of pregnancy was observed in 32 women (42.7%). The phases of exacerbation of viral hepatitis in the first half of pregnancy were not observed in any patient.

The second half of pregnancy proceeded against the threat of termination of pregnancy in 10 (13.3%) patients,

anemia was observed in 38.7% (29 women) of cases, moderate preeclampsia was detected in 25 pregnant women (33.3%). Disorders from the mother-placenta-fetus (hemodynamic disturbances, intrauterine growth retardation) were diagnosed in 19 pregnant women (25.3%), polyhydramnios in 6 (8%) patients, low water level-5 (6.7%). The diagnosis of "cholestasis" was exposed to 2 women - 2.7%, an exacerbation of HCV with worsening of the general condition was observed in 1 pregnant woman - 1.3%. In 16 (21.3%) women, the course of the second half of pregnancy proceeded without complications.

Serological and biochemical blood test data of the women studied showed that 25 (33.3%) pregnant women had HbsAg, 49 (65.3%) had antibodies to viral hepatitis C, one woman had HbsAg and antibodies to viral hepatitis C (1.3%).

Biochemical blood test allowed to reveal the following deviations: the average value of the total protein was 64.87 ± 6.71 g / l; an increase in bilirubin was detected in 5 (6.7%) pregnant women (the maximum value was 65.7 μmol / l); an increase in ALT occurred in 2 (2.7%) women, reaching a maximum of 2 μmol / h / l (№ to 0,68 mkmol / h / l), AsAT - in 3 (4%) women, up to a maximum of 0.85 μmol / h / l (№ up to 0,45 μmol / h / l); an increase in thymol test was observed in 2 (2.7%) pregnant women, up to 7 ED (No.4 ED), alkaline phosphatase was increased in 12 (16%) people. Changes in coagulogram indices were not detected in any patient.

In order to compare the parameters of biochemical screening, a group of practically healthy women with uncomplicated course of the gestational process (n = 21) was recruited in the patients of the study group with the indices during a physiologically occurring pregnancy. When analyzing the data obtained in the study group, significant differences were found between the mean indices of bilirubin - 18.83 ± 3.64 μmol / l and AlAT -0.64 ± 0.12 μmol / h / l in the direction of increase in comparison with the physiologically of pregnancy ($p < 0,05$). The average values remained within the normative values.

Conclusions

1. Testing for markers of viral hepatitis B and C three times (in every trimester of pregnancy) is a routine examination method that allows to reveal asymptomatic carriage of the hepatitis virus, but does not exclude the possibility of further infection.

2. Viral hepatitis B and C have a negative effect on the course of pregnancy of both the first and second half, causing a threat of termination of pregnancy (13.3%), placental insufficiency (25.3%), moderate and severe preeclampsia (33.3%). Each third pregnant woman (32%) exhibits changes in the biochemical parameters of blood

(total bilirubin, aminotransfeps, alkaline phosphatase, thymol test) in the direction of increase.

3. The presence of changes in the utero-placental complex (chronic fetal hypoxia, fetal I and II of the fetus) leads to a complicated course of the early neonatal period of newborns (development of cerebral ischemia of I and II degrees (60%), newborns' hypotrophy (28%), VAI (24%)).

4. Based on our data and literature data, it can be reliably asserted that transplacental transmission of HBV and HCV C antibodies exists, as according to the data obtained, 6.7% of newborns are diagnosed with HBsAg, 58.7% have antibodies to SH C. In 36% of cases, HBsAg and antibodies to HCV were not detected. However, to solve the problem of possible infection of the child, a repeated laboratory examination of the blood for the presence of viral antibodies and RNA / DNA at 1-, 3-, 6-, 12-, 18- months of pregnancy is necessary.

LIST END LITERATURE:

1. Vlasova ON The difficult question of hepatology is viral hepatitis and pregnancy. Gastroenterolia. 2013. № 4. P. 89-94. Vlasova O.N. Slozhnyi vopros gepatologii - virysnyi gepatit i beremennost '. Gastroenterologiya. 2013. No. 4. S. 89-94.
2. Zhdanov KB, Lobzin Yu.V., Gusev DA, Kozlov K.V. Viral hepatitis. St. Petersburg.: Folio, 2011. 308 pp. Zhdanov K.B., Lobzin U.V., Gysev D.A., Kozlov K.V. Virysnye gepatiti. SPb.: Foliant, 2011. 308 s.
3. Baramzina S.V. Chronic HCV infection: epidemic and epidemiological characteristics of the disease in different age groups over a 14-year observation period. Medical almanac. 2014. No. 1 (31). Pp. 34-37. Baramzina S.V. Hronicheskaya HCV-infekziya: epidemicheskaya i epidemiologicheskaya harakteristika zabolevaniya v raznih vozrastnih gryppah za 14-letnii period nabludeniya. Medicinskii al'manah. 2014. No. 1 (31). S. 34-37.
4. WHO. Hepatitis C. WHO newsletter. Geneva: WHO, 2013. No. 164. VOZ. Gepatit C. Informacionnyi byulleten 'VOZ. Zheneva: VOZ, 2013. No. 164.
5. WHO. Hepatitis B. WHO newsletter. Geneva: WHO, 2013. No. 204. VOZ. Gepatit B. Informacionnyi byulleten 'VOZ. Zheneva: VOZ, 2013. No. 204.
6. Resolution of the Government of the Krasnoyarsk Territory No. 223-p of 30.04.13 "On the approval of the program" Development of Health Care of the Krasnoyarsk Territory for 2013-2020. " Our Krasnoyarsk Territory. 2013. No. 89/583. Pp. 12-13. Postanovlenie pravitel'stva Krasnoyarskogo kraya No. 223-p ot 30.04.13 "Ob ytvershdenii programmi" Razvitie zdravoohranenia Health Development Krasnoyarskogo kraya na 2013-2020 godi ". Nash Krasnoyarskii krai. 2013. No. 89/583. S. 12-13.
7. The order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 1.11.2012. № 572н "On approval of the order of rendering medical aid on the profile of obstetrics and gynecology (except for the use of assisted reproductive technologies)." Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 1.11.2012. № 572n "Ob ytverzhdenii Poriydka okazaniya medizinskoi pomochi po profily akysherstvo i ginecologiya (za isklycheniem ispol'zovaniya vspomogatel'nih reprodyktivnih tehnologii)".
8. Tally ND, Isakov VA, Sigal A., Weltman M.D. Gastroenterology and hepatology. Clinical handbook. Practical medicine. 2012. 565 p. Talli N.D., Isakov V.A., Sigal A... Ueltman M.D. Gastroenterologiya i gepatologiya. Klinicheskii spravochnik. Prakticheskay medizina. 2012. 565 s.
9. Apuzzio J., Block J.M., Cullison S. et al. Chronic Hepatitis B in Pregnancy. A Workshop Consensus Statement on Screening, Evaluation, and Management, Part 1. The Female Patient. 2012. Vol. 37. P. 22-29.
10. Apuzzio J., Block J.M., Cullison S. et al. Chronic Hepatitis B in Pregnancy. A Workshop Consensus Statement on Screening, Evaluation, and Management, Part 2. The Female Patient. 2012. Vol. 37. P. 32-35.
11. Reddick K.L.B., Jhaveri R., Gandhi M. et al. Pregnancy is associated with viral hepatitis. J. Viral. Hepat. 2011. Vol. 18. Issue 7. P. 394-398.

Entered 09.11. 2020

УДК 616.127-005.8-07-08.

ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА И ПРОГНОЗОМ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Касимова Н.Д., Исмаилов И.И., Юлдашев Р.Н.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Острый коронарный синдром, включающий ОИМ и НС, в связи с высокой летальностью, развитием рецидивов и сердечно-сосудистых осложнений остается одной из актуальных проблем современной кардиологии.

При этом, по данным различных авторов, треть больных умирают в течение первого года после острого инфаркта миокарда, 50% смертельных случаев наблюдаются в первые 3 недели и 75% - в первые 3 месяца после ОИМ. В течение 6 лет после подтвержденного инфаркта миокарда у 27% мужчин развивается стенокардия, у 22% - сердечная недостаточность, у 18% - повторный инфаркт миокарда, а у 5% - инсульт. Перенесенный ОИМ -одна из наиболее частых причин развития ремоделирования миокарда и сердечной недостаточности, развития фибрилляции желудочков и внезапной коронарной смерти. У 5% пациентов, госпитализированных по поводу НС, развивается инфаркт миокарда или смерть на госпитальном этапе.

Ключевые слова: коронарный синдром, электрическая ремоделирования, миокард.

ЭРКАКЛАРДА ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМДА МИОКАРД ЭЛЕКТРИК ҚАЙТА ҚУРИЛИШИ ВА УНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОГНОЗИГА БОЁЛИҚЛИГИ

Касимова Н.Д., Исмаилов И.И., Юлдашев Р.Н.,

Андижон давлат тиббиёт институти

✓ ***Резюме***

Ўткир коронар синдром, шу жумладан ЎМИ ва НА, юқори ўлим даражаси, релапслар ва юрак-қон томир асоратлари туфайли замонавий кардиологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Бундан ташқари, турли муаллифларнинг фикрига кўра, беморларнинг учдан бир қисми ўткир миокард инфарктидан кейинги биринчи йил ичида вафот этади, ўлимнинг 50% дастлабки 3 хафтада ва 75% - ЎМИдан кейинги дастлабки 3 ойда кузатилади. Миокард инфаркти тасдиқланганидан кейин 6 йил ичида эркакларнинг 27 фоизида стенокардия, 22 фоизида юрак етишмовчилиги, 18 фоизида такрорий миокард инфаркти ва 5 фоизида қон томир ривожланади. Кечиктирилган АМИ - бу миокардни қайта қуриш ва юрак етишмовчилигининг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири, қоринча фибрилациясининг ривожланиши ва тўсатдан коронар ўлим. НА учун касалхонага ётқизилган беморларнинг 5% касалхонада миёкард инфаркти ёки ўлимни ривожлантиради.

Калит сўзлар: коронар синдром, электрни қайта қуриш, миокард.

ELECTRIC MYOCARDIAL REMODELING AND ITS RELATIONSHIP WITH RISK FACTORS AND FORECAST IN MEN WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Kasimova N.D., Ismailov I.I., Yuldashev R.N.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Acute coronary syndrome, including AMI and NA, due to high mortality, the development of relapses and cardiovascular complications, remains one of the urgent problems of modern cardiology.

Moreover, according to various authors, one third of patients die within the first year after acute myocardial infarction, 50% of deaths are observed in the first 3 weeks and 75% - in the first 3 months after AMI. Within 6 years after confirmed myocardial infarction, 27% of men develop angina pectoris, 22% - heart failure, 18% - recurrent myocardial infarction, and 5% - stroke. Postponed AMI is one of the most common causes of myocardial remodeling and heart failure, development of ventricular fibrillation and sudden coronary death. 5% of patients admitted to hospital for NA develop myocardial infarction or death at the hospital stage.

Key words: coronary syndrome, electrical remodeling, myocardium.

Актуальность

По данным Американской Ассоциации Сердца (2001) у более, чем 1 млн. американцев ежегодно наблюдаются эпизоды нарушения коронарного кровообращения, такие как сердечный приступ (термин "heart attack" чаще используется в англоязычной литературе) и остановка сердца [3,6].

Более чем у половины из них указанные состояния возникают впервые в жизни, тогда как у остальных наблюдается повторение (рецидивированные) сердечной симптоматики. В 2-3 раза чаще сердечные приступы возникают у мужчин, нежели у женщин. G возрастом частота развития сердечных приступов также увеличивается[2,5]. Около 12 миллионов человек имеют характеризующиеся 6 болью за грудиной эпизоды,

нарушения кровоснабжения (ишемии) сердечной-мышцы [1,4].

У 5% пациентов, госпитализированных по поводу НС, развивается инфаркт миокарда или смерть на госпитальном этапе.

Цель исследования. Изучение электрического ремоделирования миокарда и его взаимосвязи с факторами риска и прогнозом у мужчин с острым коронарным синдромом.

Материал и методы

Обследовано 444 мужчины, из которых 148 больных острым первичным инфарктом миокарда и 296 человек, не имевших клинических, анамнестических, ЭК1 -признаков ишемической болезни сердца, составили группу контроля.

Результат и обсуждения

Все исследуемые лица были разделены на две группы - до 50-ти и старше 51 года. Средний возраст в первой подгруппе составил для ОИМ 44,6+4,5 года и 43,7+4,9 лет для контрольной группы (p=0,269); во второй подгруппе средний возраст для ОИМ составил 60,3+6,6 лет и 59,9+6,1 лет для группы контроля (p=0,662).

Относительный и атрибутивный риск развития первичного ОИМ зависит от возраста больного и типа ФР. При этом, относительный и атрибутивный (добавочный) риск могут иметь разнонаправленный характер, в зависимости от вида фактора риска. Величина атрибутивного риска для артериальной гипертензии и фактора наследственности сердечно-сосудистых заболеваний с возрастом увеличивается.

У мужчин с острым коронарным синдромом (как с ОИМ, так и с НС) установлено достоверное существенное снижение величины скорости активации левого желудочка и увеличение показателя неоднородности САЖ, по сравнению с лицами без клинических проявлений ИБС, что свидетельствует о высокой степени электрической гетерогенности миокарда у данной категории больных.

Показатель неоднородности скорости активации левого желудочка, характеризующий гетерогенность миокарда, у больных с С)-ИМ достоверно выше, чем у лиц с ОИМ без зубца р.

Наличие факторов риска ассоциируется со снижением величины скорости активации левого желудочка и повышением показателя неоднородности САЖ. Наиболее тесная взаимосвязь установлена для артериальной гипертензии, курения, гиперхолестеринемии и избыточной массы тела.

Снижение величины САЖ в первые сутки, а также в динамике (на 7 и 17 сутки) развития ОКС и повышение уровня показателя неоднородности скорости активации левого желудочка вне зоны инфаркта являются маркером развития нарушений сердечного ритма и неблагоприятного прогноза у больных ОКС.

Комплексный подход, включающий изучение факторов риска, увеличивающих относительный и атрибутивный риск развития ОИМ, в сочетании с исследованием скоростных детерминант ЭАС в динамике развития ОКС, позволяет интегрировать когортный и индивидуальный подходы в изучении причинно-следственной связи развития заболевания и его исходов.

Вывод

Таким образом, чрезвычайно важным представляется поиск новых подходов к ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний с учетом функциональных и адаптационных способностей миокарда для стратификации больных по степени риска развития осложнений, внезапной смерти, а также оптимизации прогноза и определения тактики ведения пациента, в частности, с острым коронарным синдромом.

Особый интерес, с этой точки зрения, представляет комплексное исследование факторов риска и скоростных характеристик электрической активности сердца, как показателей наиболее ранних, в том числе доклинических, изменений миокарда, дающих возможность уже на начальных стадиях заболевания определить прогноз у каждого конкретного больного.

Однако, комплексный подход, сочетающий исследования по профилактике первичного эпизода сердечной атаки, с изучением прогноза заболевания недостаточно освещен в литературе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аронов Д.М. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний интерполяция на Россию / Д.М. Аронов // Сердце журнал для практикующих врачей, 2012. - Т. 1, №3(3). - С. 109-112.
2. Беленков Ю.Н. Современные принципы коронарной ангиографии / Ю.Н. Беленков, А.П. Савченко, Ю.Г. Матчин // Сердце журнал для практикующих врачей, 2012. Т. 1, №6(6). - С. 265-268.
3. Мареев В.Ю. Блокада процессов ремоделирования сердца: реальность или недостижимый идеал? / В.Ю. Мареев // Сердечная недостаточность, 2013. Т.4, №1. - С. 46-47.
4. Староверов И.И. β-блокаторы при остром коронарном синдроме / И.И. Староверов // Сердце журнал для практикующих врачей, 201. -Т. 1, №1(1).-С. 42-43.
5. Richards D.A. Ventricular electrical instability: a predictor of death after myocardial infarction / D.A. Richards et al. // Am. J. Cardiol. 2013. -Vol. 51.-P. 75- 80.
6. Zannad F. Evidence-based drug therapy for chronic heart failure / F. Zannad // Eur. Heart J. 2017. - Vol. 4. - P. 66-72.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-091

ТЎСАТДАН КОРОНАР ЎЛИМЛАРДА ТОЖ ТОМИРЛАРИДАГИ ВА ИЧКИ АЪЗОЛАРДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ПАРАЛЕЛЛИГИ

Мамажонов С.С., Исроилов Р.И., Маматалиева М.А., Саиджанова Н.Л.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Андижон вилоятида аҳолисида тўсатдан коронар ўлимлардан ўлган инсонларни тож томирларида, миокардида ва ички аъзоларида компенсатор - мосланиш жараёнларини бориши паралеллиги кузатилиб, у склеротик ўзгаришлар, атрофия ва ёғ тўқимасини ўсиши билан намоён бўлган. Ушбу фонда қон айланишини ўткир бузилиши аъзоларда ўткир веноз тўлақонлиликни ва некробиотик ўзгаришларни ривожлантириши қайд этилди.

Калит сўзлари: тўсатдан коронар ўлим, тож томирлар атеросклеротик ўзгаришлари, миокард инфаркти, кардиосклероз, веноз тўлақонлилик, патоморфологик ўзгаришлар.

ПАРАЛЛЕЛИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИИ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ВНЕЗАПНОМ КОРОНАРНОМ СМЕРТИ

Мамажонов С.С., Исроилов Р.И., Маматалиева М.А., Саиджанова Н.Л.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Наблюдалось паралельние компенсаторно - приспособительные изменение коронарных сосудов и внутренних органов при внезапном коронарном смерти у населения Андижанской области, которые проявлялись склеротическими изменениями, атрофией и разрастанием жировой клетчатки. На этом фоне развитие нарушение кровообращение привело к острую венозную полнокровие и дистрофическими изменениям.

Ключевые слова: внезапная коронарная смерть, атеросклеротические изменение коронарних сосудов, инфаркт миокарда, кардиосклероз, венозное полнокровие, патоморфологические изменение.

PARALLELS OF PATHOMORPHOLOGICAL CHANGE IN CORONARY ARTERIES AND INTERNAL BODIES IN EXTERNAL CORONARY DEATH

Mamajonov S.S., Isroilov R.I., Mamatalieva M.A., Saidzhanova N.L.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

There was a parallel compensatory - adaptive change in the coronary vessels and internal organs during sudden coronary death in the population of Andijan region, which was manifested by sclerotic changes, atrophy and overgrowth of fatty tissue. Against this background, the development of circulatory disorders led to acute venous congestion and degenerative changes.

Key words: sudden coronary death, atherosclerotic change in the coronary vessels, myocardial infarction, cardiosclerosis, venous congestion, pathomorphological change.

Долзарблиги

Юрак ишемик касалликларини тарқалишини пандемияси тўсатдан коронар ўлимлар миқдорини ортишига олиб келмоқда. Иқтисодиёти ривожланган мамлакатларда у юрак - қон томир касалликларидан ўлим ҳолатларини 50%гача миқдорини ташкил этмоқда. АҚШ, Европа ва Россия федерацияси давлатларида олиб борилган эпидемиологик текширишларда у йилига ҳар бирида реал ҳолатда 200-250 мингни ташкил этмоқда [1, 2, 3].

Тадқиқот мақсади: Тож томирларини стенозловчи атеросклерози натижасидаги тўсатдан коронар ўлимларда ички аъзолардаги патоморфологик ўзгаришлар паралеллигини аниқлаш.

Тадқиқот объектлари: Андижон вилояти суд тиббиёти экспертизасида текширилган 2012-2016 йиллардаги тўсатдан ўлган 493 нафар мурдаларни архив материаллари.

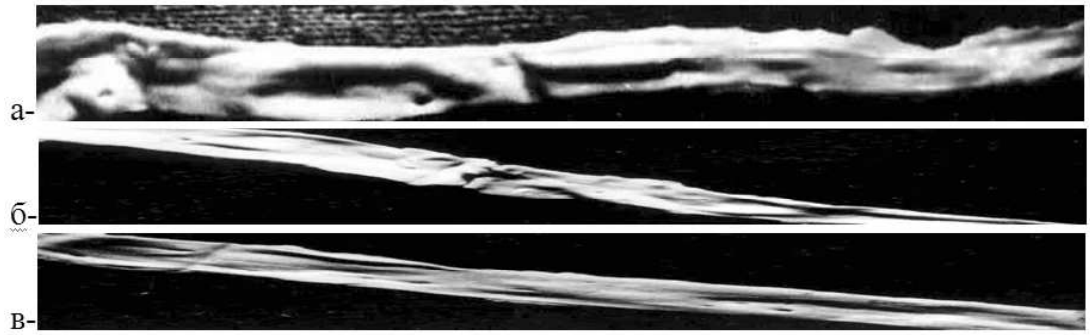
Натижа ва таҳлиллар

Тож томирларини стенозловчи атеросклерози натижаси оқибатида юзага келган тўсатдан коронар ўлимлардан ўлган мурдаларни 70% га яқини 40-60 ёшдаги эркаклар (ўртача 50 ёшда), 30%ни 40-60 ёшдаги аёллар (ўртача 48 ёшда) ташкил этган. Стенозловчи коронаростенозлар 3/4 ҳолатларида кузатилиб, томирлар бўшлиғи 50% ва ундан ортиқ торайиши кузатилган. Параллел равишда кузатувларни 35%-да тож томирлари тромбози, 20%-да ангионевротик ўзгаришлар, 25%-да миокардда ишемия белгилари, 20%-да миокард инфаркти, 5%-да инфарктдан кейинги кардиосклероз белгилари намоён бўлган.

Тўсатдан коронар ўлимларда тож томирларини атеросклерози бўшлиғини стенозига қараб баҳоланди: 1/2 - 2/3 кўпроқ стенозлар 75%, 1/2 дан камроқ стенозлар 15%, 10% ҳолатларда стенозлар кузатилмади. Кўпроқ (3/4) тож томирларини бир неча шох-

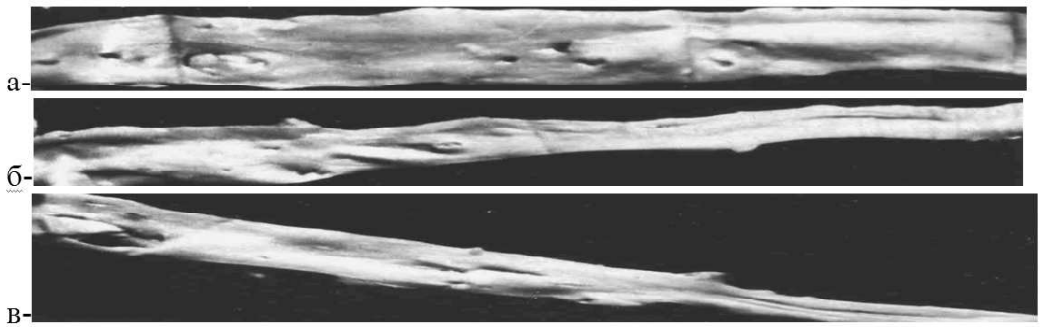
чаларида, камроқ (1/4) бир шохчасини чегараланган стенозлари кузатилди.

40 ёшгача бўлган инсонларда чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артериясида (расм-1) 50%да ўзгаришлар липид доғлар билан, 40%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 10%да асоратланган ўзгаришлар билан намоён бўлди. Чап томондан ўраб турувчи артерияда 60%да липид доғлар, 30%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 10%да асоратланган ва оҳакланган ўзгаришлар кузатилди. Ўнг тож артериясида 1/3 ҳолатларда атеросклеротик ўзгаришлар кузатилиб, шундан 30%да липид доғлар, 10%да фиброз пилакчалар ва асоратланган ўзгаришлар қайд этилди.



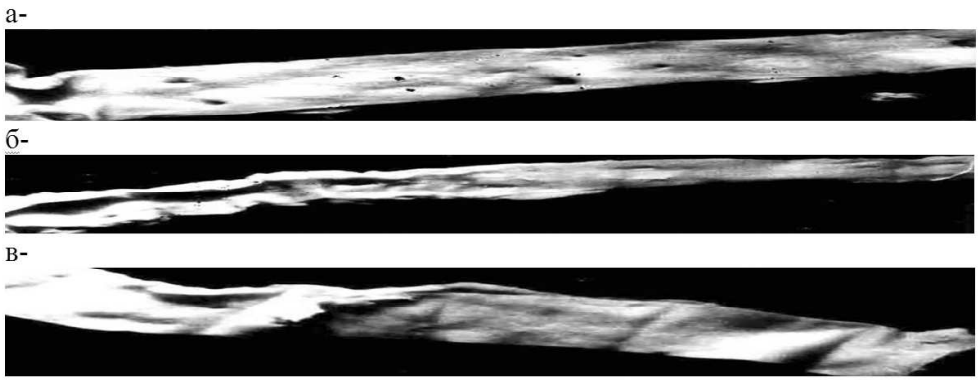
Расм - 1. Чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артерия (а), чап томондан ўраб турувчи артерия(б), ўнг тож артерияси(в). Фиброз пилакчалар, атероматоз ўзгаришлар. Натив препарат.

50 ёшгача бўлган инсонларни чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артериясида 50%да ўзгаришлар липид доғлар билан, 30%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 20%да асоратланган ўзгаришлар аниқланди. Чап томондан ўраб турувчи артерияда 50%да липид доғлар, 40%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 10%да асоратланган ва оҳакланган ўзгаришлар кузатилди. Ўнг тож артериясида 20%да атеросклеротик ўзгаришлар кузатилиб, шундан 40%да липид доғлар, 20%да фиброз пилакчалар, 10%да асоратланган ва оҳакланган ўзгаришлар кузатилди.



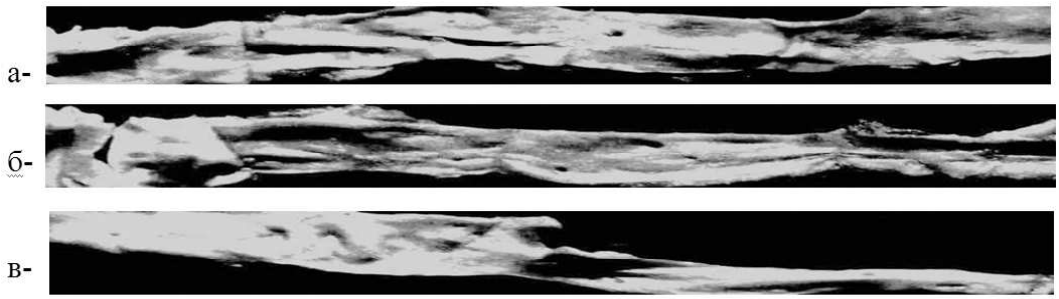
Расм - 2. Чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артерия (а), чап томондан ўраб турувчи артерия(б), ўнг тож артерияси(в). Фиброз пилакчалар, атероматоз ва оҳакланиш ўзгаришлари. Натив препарат.

60 ёшгача бўлган инсонларни чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артериясида (расм-3) 70%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 30%да асоратланган ўзгаришлар аниқланди. Чап томондан ўраб турувчи артерияда 55%да липид доғлар, 40%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 15%да асоратланган ва оҳакланган ўзгаришлар кузатилди. Ўнг тож артериясида 25% ҳолатда атеросклеротик ўзгаришлар кузатилиб, шундан 40%да липид доғлар, 20%да фиброз пилакчалар, 10%да асоратланган ва оҳакланган ўзгаришлар кузатилди.

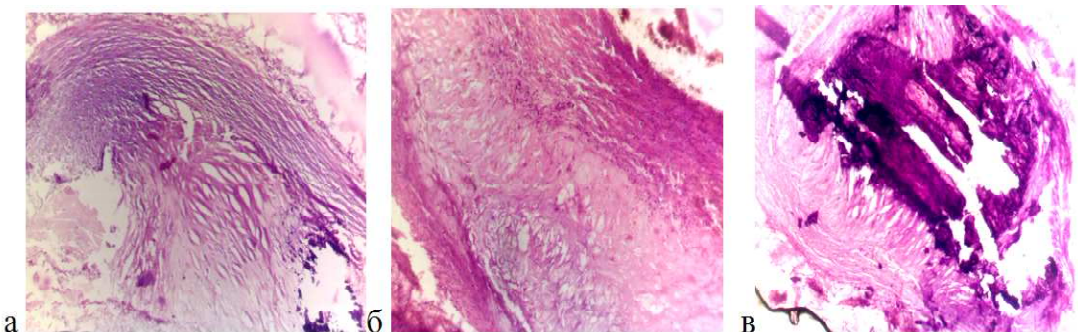


Расм - 3. Чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артерия (а), чап томондан ўраб турувчи артерия (б), ўнг тож артерияси (в). Фиброз пилакчалар, атероматоз ва оҳакланиш ўзгаришлари. Натив препарат.

60 ва ундан катта ёшдаги инсонларни чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артериясида (расм-4) 80%да ўзгаришлар липид доғлар билан, 40%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 20%да асоратланган ўзгаришлар аниқланди. Чап томондан ўраб турувчи артериясида 75%да липид доғлар, 50%да липид доғлар ва фиброз пилакчалар, 25%да асоратланган ва оҳакланган ўзгаришлар кузатилди. Ўнг тож артериясида 20 да атеросклеротик ўзгаришлар кузатилиб, шундан, 40%да липид доғлар, 20%да фиброз пилакчалар ва асоратланган, оҳакланган ўзгаришлар кузатилди.

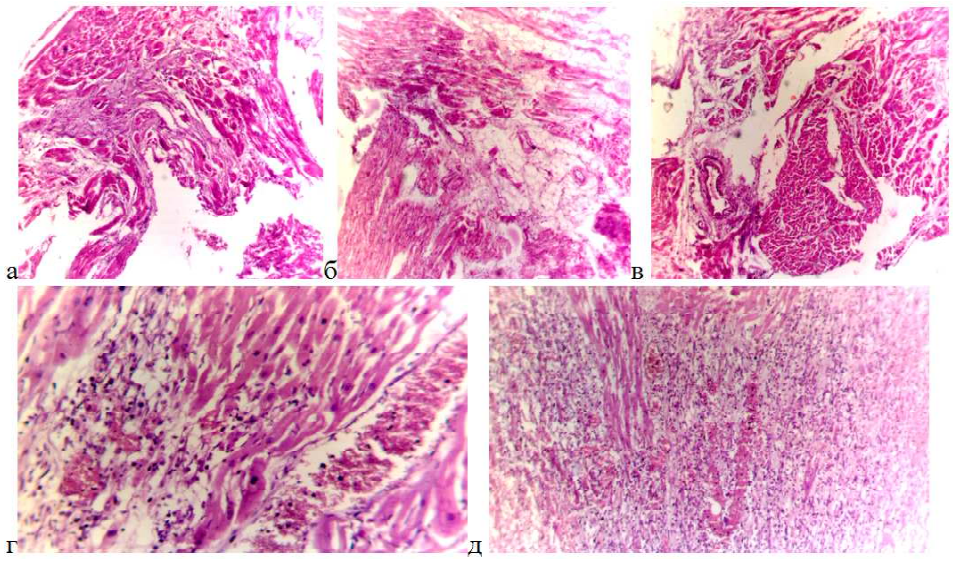


Расм - 4. Чап томондан пастга тушиб борувчи олдинги артерия (а), чап томондан ўраб турувчи артерия (б), ўнг тож артерияси (в). Фиброз пилакчалар, атероматоз ва оҳакланиш ўчоқлари ўзгаришлари. Натив препарат.



Расм-5. Тож томирларидаги ўзгаришлар - а-б) атероматоз ўзгаришлар, в) атерокальциноз, деструкция. Гемм. - эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10

Тож томирлари гистологик ўрганилганда эндотелий ва мушак қатлами тузилмаларида мукоид бўкиш, липоидоз, липосклероз, деворини қалинлашуви, оз миқдорда лимфоид инфильтрация, деструкция, атероматоз, атерокальциноз ҳисобига бўшлиғини торайиши, атроф тўқималарига қон қуйилиши, Ёш ортиб боришига параллел равишда тож томирлари деворида асоратланган атеросклеротик ўзгаришлари, уни стенозланиши ортиб бориши қайд этилди.



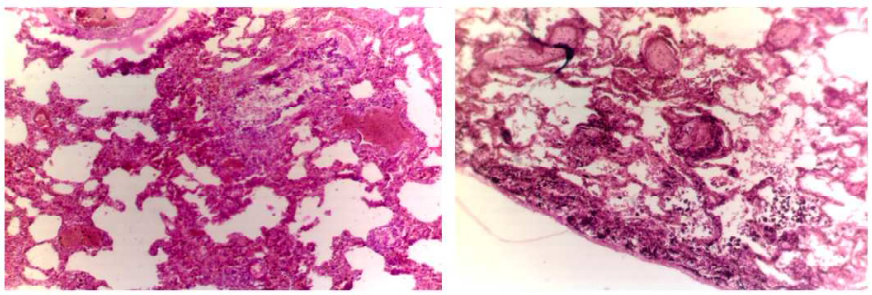
Расм -6. Миокарддаги ўзгаришлар - а-кардиосклероз ўчоғлари, б-кардио миоцитлар атрофияси, ёғ тўқимасини ўсиши, в-периваскуляр склероз, г-д-демаркацион яллиғланиш соҳаси. Гемм. - эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10

Ушбу ўзгаришлар ёшга нисбатан ўрганилганда юракда 40 ёшгача бўлган инсонларни эпикард ва миокарда ўчоғли ёғ тўқимасини ўсиши, миокардда майда склероз ўчоғлари, айрим гурух кардиомиоцитларни гипертрофияси, тўлқинсимон кечиши, фрагментацияси, 45 ёшгача бўлган инсонларда веноз тўлақонлилик, микроциркулятор ўзан томирларида гемодинамик бузилишлар, эпикардда диапедез қон қуйилишлар, айрим гуруҳ кардиомиоцитларни тўлқинсимон кечиши, фрагментацияси, ўчоғли лимфоид инфильтрация, 50 ёшгача бўлган инсонларда веноз тўлақонлилик, микроциркулятор ўзан томирларида гемодинамик бузилишлар, периваскуляр ва оралиқ тўқима шиши, миокардда майда склероз ўчоғлари, айрим гурух кардиомиоцитларни тўлқинсимон кечиши, фрагментацияси, эпикардда ўчоғли ёғ тўқимасини ўсиши, 60 ёшгача бўлган инсонларда ишемия микроциркулятор ўзан томирларида гемодинамик бузилишлар, периваскуляр склероз, шиш, ёғ тўқимасини ўсиши, миокардда кенг склероз ўчоғлари, ўчоғли қон қуйилишлар, лимфо-лейкоцитар инфильтрация, коагуляцион некроз ўчоғи, айрим гуруҳ кардиомиоцитларни гипертрофияси, тўлқинсимон кечиши, фрагментацияси кузатилди. Ёш ортиб боришига паралел равишда юрак қатламлари деворида майда ва йирик ўчоғли склерозлар, миокард инфарктини кузатилиши ортиб бориши қайд этилди.

Тож томирларини проксимал қисмидаги атеросклеротик ўзгаришлар кўпроқ тромбоз (25% гача) билан, юракни қоринчалари орқа соҳасидаги кардиосклерозлар ва ўткир миокард инфарктлари (15%гача) билан асоратланганлиги кузатилди.

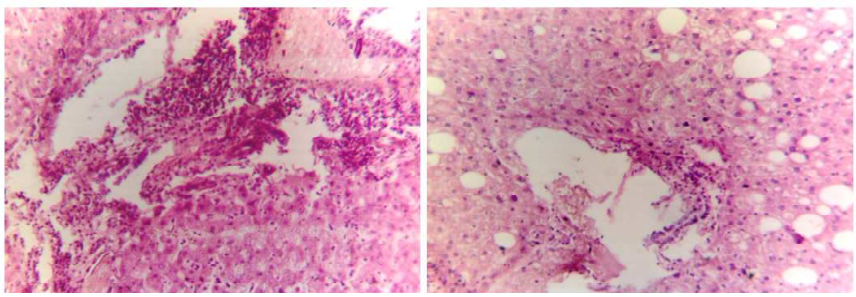
Тўсатдан коронар ўлимлар асосан атеросклеротик ўзгарган тож томирларини тромб билан тўсилиб қолиши, рухий - эмоционал зўриқиш ҳолатларида коронар томирларини узоқ давом этган қисилиши натижасида кузатилиб, бунда у кўпроқ 40 ёшгача бўлган эркакларида юз берган. Миокардни ишемияси тўсатдан ўлимни ривожланишини хатарли омилларидан бўлиб, бунда 90% га яқин инсонларда тож томирлар бўшлиғини 50% ва ундан кўпроқ торайиши билан кузатилган.

Бош мия юмшоқ пардасида веноз тўлақонлилик, шиш, диапедез қон қуйилишлар, тўқимасида нотекис веноз тўлақонлилик, микроциркулятор ўзан томирларида гемодинамик бузилишлар, перицеллюляр ва периваскуляр шиш, ганглиоз ҳужайраларида дистрофик ўзгаришлар кузатилиб, ёшга паралел равишда "оғир" дистрофик ўзгаришлар, айрим ганглиоз ҳужайраларни сояланишини ортиб бориши қайд этилган.

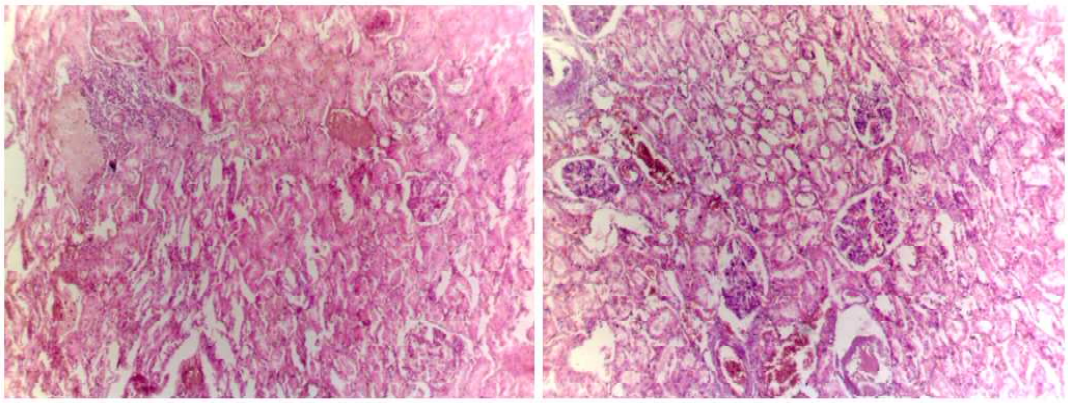


Расм -7. Ўпкадаги ўзгаришлар - веноз тўлақонлилик, ўчоғли эмфизема, диапедез қон қуйилишлар, гемосидероз. Гемм. - эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10

40-ёшгача бўлган инсонларни ўпкалари гистологик ўрганилганда уларда веноз тўлақонлилик, ўчоғли эмфизема, бронхиолалар эпителийсини десквамацияси, альвеолаларда диапедез қон қуйилишлар, сероз шиш, 50 - ёшгача булган инсонларда веноз тўлақонлилик, ўчоғли эмфизема, бронхиолалар эпителийсини десквамацияси, ўчоғли айрим альвеолалар бўшлиғида, деворида сидерофаглар, гемосидерин пигментлари, склероз ўчоғлари, ўчоғли лимфоид инфильтрация, плевра остида тўлақонлилик, сидерофаглар, гемосидерин пигментларини тўпланиши, 60- ёшгача бўлган инсонларда веноз тллақонлилик, томирлари деворини склерози, эмфизема, ателектаз ва склероз ўчоғлари, альвеолаларда сероз шиш, гемосидероз кузатилди. Ёш ортиб боришига парарлел равишда ўпкадаги қон томирлари деворини ва атроф ёғ тўқимасини склеротик ўзгаришлари, махаллий гемосидероз, ателектаз ва склеротик ўзгаришларни ортиб бориши қайд этилди.

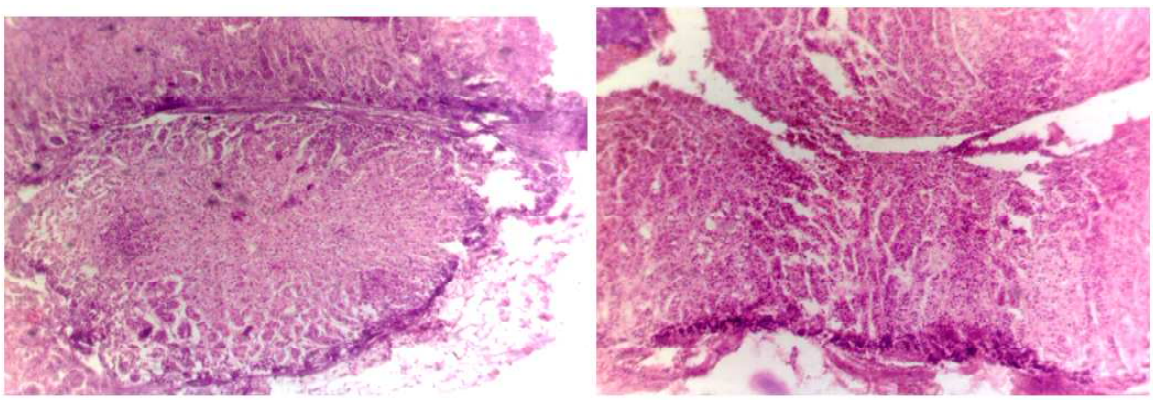


Расм -8. Жигардаги ўзгаришлар - синусоидлар ва веноз томирларида тўлақонлилик, перисинусоидал шиш, портал соҳада ўчоғли лимфоид инфильтрация, гепатоцитлари цитоплазмасида гомогенлиликни ортиши, бириктирувчи тўқима ўсиши, перипортал соҳани айрим гуруҳ гепатоцитлари цитоплазмасида майда ва йирик ёғ вакуолалари, айримларини цитоплазмасида перинуклеар липофусцин пигментлари тўпланиши, некробиотик ўзгаришлар, ўчоғли диапедез қон қуйилишлар. Гемм. - эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10

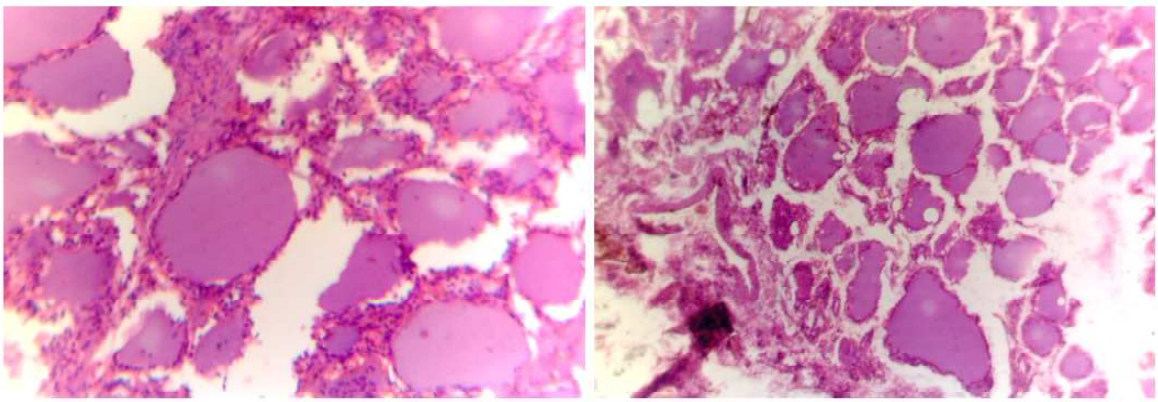


Расм - 9. Буйракдаги ўзгаришлар - қобигида шиш, диапедез қон қуйи-лишлар, коптокчаларни капиллярлари ва веноз томирларида тўлаконлилик, артериал томирлари деворини гиалинози, стромасида ўчоғли диапедез қон қуйилишлар, бурмали каналчалар эпителийсини некробиози, каналчалар бўш-лиғида қирмизи суюқлик кузатилди. Гемм.эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10

Меъда ости безидаги ўзгаришлар - веноз тўлақонлилик, паренхимасида некробиотик ўзгаришлар, оралиқ тўқимасида шиш, ўчоғли ёғ тўқимасини ўсиши, қон қуйилишлар, склероз ўчоғлари, чиқарув найлари эпителийсини десквамацияси, атроф тўқимасини склерози, шиши.



Расм -10. Буйрак усти безидаги ўзгаришлар - атроф ёг тўқимасида шиш, веноз тўлақонлилик, диапедез қон қуйилишлар, ўчоғли лимфоид инфильтрация, мағиз қатламида аутолиз, пўстлоқ қатламида веноз тўлақонлилик, диапедез қон қуйилишлар, спонгиоцитларини айримларида вакуол дистрофия, некробиотик ўзгаришлар, ўчоғли спонгиоцитларни аденоматоз пролиферацияси, некробиотик ўзгариши кузатилди. Гемм. - эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10



Расм -10. Калконсимон безидаги ўзгаришлари -микро-макрофолликуляр коллоид бўқоқ манзараси - коллоиди тўйинган, айримлари вакуоллашган, эпителийси яссиланган, турли ўлчамдаги фолликулалар, веноз тўлақонлилик, стромасида ўчоғли қон қуйилишлар, шиш,. Гемм. - эозин усулида бўялган. Об.12 ок. 10

Хулоса

Тўсатдан коронар ўлим ҳозирги вақтда кўпроқ 40-50 ёшли эркакларда кузатилиб, асосан тож томирларини стенозловчи атеросклерози ва миокард инфарктлари билан намоён бўлмоқда. Миокардни ишемияси тўсатдан ўлимни ривожланишини хатарли омилларидан бўлиб, бунда 90%га яқин инсонларда тож томирлар бўшлиғини 50% ва ундан кўпроқ торайиши кузатилди. Тўсатдан коронар ўлимларда тож томирларда, миокардда ва ички аъзоларида компенсатор - мосланиш жараёнларини бориши паралеллиги кузатилиб, у склеротик ўзгаришлар, атрофия ва ёғ тўқимасини ўсиши билан намоён бўлди. Ушбу фонда қон айланишини ўткир бузилиши аъзоларда ўткир веноз тўлақонлиликни ва дистрофик ўзгаришларни ривожлантириши қайд этилди.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Дементьева Н.М. Скоропостижная смерть от атеросклероза венечных артерий. - /М. 1974. - 216 с.
2. Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш., Неминущий Н.М. Внезапная сердечная смерть. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 272.
3. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия - 2011. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. /М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2012. 196.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020

УДК 618.145-077.21-02.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ФЕРМЕНТОВ МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Назирова Зилола Махамадовна, Асранкулова Дилорамхон Бахтияровна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Многочисленные исследования показали, что эстрогены в большинстве случаев играют важную роль в развития миомы матки, гиперпластических процессов и рака эндометрия [2, 7]. В то же время патогенетические аспекты сочетанной патологии эндометрия и миометрия, в частности гиперплазии эндометрия и рака эндометрия на фоне миомы матки, остаются практически не изученными. В эндометрии и миометрий эстрогены синтезируются из андрогенов под действием фермента ароматазы.

Поступившие из крови и син тезированные в эндометрии эстрогены связываются с имеющимися в тканях эстрогенными рецепторами и стимулируют пролиферацию эндометрия, запуская промоторный тип гормонального канцерогенеза.

При генотоксическом типе гормонального канцерогенеза эстрогены с участием 2- и 4-эстрогенгидроксилаз превращаются в катехолэстрогены.

Ключевые слова: жэстероген, гиперплазия, эндометрий, фермент, ген.

АЁЛЛАРДА ПЕРИМЕНОПАУЗА ҲОЛАТИНИНГ ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАСТИК ЖАРАЁНЛАРИ БИЛАН КУЗАТИЛГАНИДА ЭСТЕРОГЕН ФЕРМЕНТЛАРИ МЕТАБОЛИЗМИНИНГ ГЕНЕТИК ПОЛИМОРФИЗМИ

Назирова З. М., Асранкулова Д. Б.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатдики, эстрогенлар кўп ҳолларда бачадон миомаси, гиперпластик жараёнлар ва эндометриал саратон ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Шу билан бирга, эндометриум ва миометриумнинг эстродиол патологиясининг патогенетик жиҳатлари, хусусан, бачадон миомаси фонида эндометриял гиперплазия ва эндометриум саратони деярли ўрганилмаган бўлиб қолмоқда. Эндометрий ва миометрийда эстрогенлар ароматаза ферменти таъсирида андрогенлардан синтезланади.

Қондан чиқарилган ва эндометриумда синтез қилинган эстрогенлар тўқималарда мавжуд бўлган эстроген рецепторлари билан боғланиб, эндометриумнинг кўпайишини рағбатлантиради ва гормонал канцерогенезнинг промотор турини келтириб чиқаради.

Гормонал канцерогенезнинг генотоксик турида 2 ва 4-эстроген гидроксилазалар иштирокидаги эстрогенлар катехол эстрогенларига айланади.

Калит сўзлар: гестероген, гиперплазия, эндометриум, фермент, ген.

GENETIC POLYMORPHISM OF ESTROGEN METABOLISM ENZYMES IN WOMEN WITH HYPERPLASTIC PROCESSES ENDOMETRY IN PERIMENOPAUSE

Nazirova Z.M., Asrankulova D.B.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Numerous studies have shown that estrogens in most cases play an important role in the development of uterine fibroids, hyperplastic processes and endometrial cancer [2,7]. At the same time, the pathogenetic aspects of the combined pathology of the endometrium and myometrium, in particular endometrial hyperplasia and endometrial cancer against the background of uterine fibroids, remain practically unexplored [4]. In the endometrium and myometrium, estrogens are synthesized from androgens by the action of the aromatase enzyme.

Estrogens released from the blood and synthesized in the endometrium bind to the estrogen receptors present in the tissues and stimulate the proliferation of the endometrium, triggering the promoter type of hormonal carcinogenesis. In the genotoxic type of hormonal carcinogenesis, estrogens with the participation of 2- and 4-estrogen hydroxylases are converted into catechol estrogens.

Key words: gesterogen, hyperplasia, endometrium, enzyme, gene.

Актуальность

Возникновение инвазивного рака матки у больных с рецидивирующей формой ГПЭ отмечается в среднем в каждом 4-м случае [1,2]. В большинстве случаев ферменты синтеза и метаболизма эстрогена лежат в основе развития ГПЭ, а также рака эндометрия. Эстрогены, синтезированные в тканях эндометрия in situ из андрогенов под действием фермента CYP19, могут активировать эстрогенные рецепторы и содействовать запуску промоторного типа гормонального канцерогенеза [4,3]. Возможен и метаболизм эстрогенов непосредственно в эндометрии, под воздействием ферментов CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, и превра-

щение их в катехолэстрогены [11]. Инициация гормонозависимых опухолей может быть результатом реакции катехолэстроген-орто-хинонов с ДНК с формированием беспуриновых нерепарируемых участков ДНК и специфических аддуктов, вызывающих мутации в генах-мишенях (генотоксический вид гормонального канцерогенеза) [5,7,13]. Любое нарушение в одной из этих систем может быть причиной возникновения пролиферативных процессов[6,9]. Поэтому можно предполагать, что полиморфные варианты генов, кодирующих ферменты метаболизма эстрогенов, могут быть ассоциированы с риском гормонозависимых опухолей женских половых органов. Определение таких вариантов ДНК позволит дифференцировано формировать группы риска и проводить своевременные профилактические мероприятия[2,9].

Цель исследования - определение аллельных и генотипических частот генов, кодирующих ферменты метаболизма эстрогенов (CYP1A1, CYP1A2, CYP19 и SULT1A1) у женщин перименопаузального периода с ГПЭ и здоровых пациенток и определение связи вариантных частот аллелей и генотипов с риском развития ГПЭ.

Материал и методы

I (основную) группу исследования составили 105 женщин с гистологически подтвержденными ГПЭ, II группу (сравнения) - 152 женщины без патологии эндометрия. Группы не различались по возрасту (соответственно 49,4 ± 5,6 лет и 48,9 ± 6,1 лет, p = 0,504) и по индексу массы тела (соответственно 30,1 ± 5,6 кг/м2 и 31,5 ± 5,4 кг/м2, p = 0,405).

Результат и обсуждения

Среди соматических заболеваний в I группе преобладали артериальная гипертензия - у 70,5% исследуемых, заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей - у 28,5%, мочекаменная болезнь - у 19,1%; во II группе эти заболевания встречались соответственно у 45,3%, 22,5%, 11,1% женщин (p = 0,046, p = 0,465, p = 0,180 соответственно).

При исследовании генетического полиморфизма ферментов метаболизма эстрогенов выявлено, что аллельные и генотипические частоты гена CYP1A1 достоверно не отличаются у больных с ГПЭ и контрольных индивидов (табл.).

В группе женщин с ГПЭ наблюдения дается незначительное увеличение частоты мутантного аллеля С (14,8%) по сравнению с контролем (12,2%), но различия недостоверны (ОШ = 1,25, p = 0,471). Также для этой группы наблюдается снижение частоты гетерозиготного генотипа CYP1A1*1A/2A по сравнению с контролем (p = 0,905). Гомозиготный вариант мутантного типа С/С обнаруживался у женщин с ГПЭ (2,9%), но отсутствовал в группе сравнения (p = 0,999). При анализе полиморфных вариантов гена CYP1A2 у больных с ГПЭ были выявлены достоверные различия по частоте встречаемости мутантного аллеля А (76%) по сравнению с группой контроля (65,4%) (ОШ = 1,68, p = 0,018), с другой стороны, в основной группе наблюдалось недостоверное снижение частоты гетерозиготного генотипа С/А относительно контроля (p = 0,641), и увеличение частоты мутантного генотипа А/А (p = 0,970). Данный факт может свидетельствовать о возможном участии CYP1A2 в патогенезе ГПЭ. Для CYP19 достоверных различий по частоте встречаемости мутантного аллеля Т и генотипов С/Т и Т/Т не наблюдалось.

Для гена SULT1A1 в группах также не было выявлено достоверных различий по частоте встречаемости мутантного аллеля А (p = 0,296). Однако наблюдалось достоверное увеличение частоты встречаемости гетерозиготного генотипа G/A у женщин с ГПЭ (51,4%) по сравнению с контролем - 24,8% (ОШ = 3,56, p < 0,0001), что предполагает возможное вовлечение SULT1A1 в процессы пролиферации.

Вывод

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что женщины в перименопаузальном периоде при наличии дикого аллеля С гена CYPM2 и/или гетерозиготного генотипа G/A гена SULT1A1 имеют повышенный риск развития гиперпластических процессов эндометрия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бассалык Л.С., Герштепн Е.С., Куштнскип Н.Е. и др. Определение рецепторов стероидных гормонов в гормонозависимых опухолях для назначения эндокринной терапии: Методические рекомендации. М, 2017. 16 с.
2. Берштейн Л.М. Гормональный канцерогенез. СПб., 2010. 199 с.
3. Берштейн Л.М., Чернобровкина А.Е., Гамаюнова В.Б. и др. II Вопросы онкологии. 2013. Т. 49, № 1. С. 55 - 59.
4. Гаерилов А.С., Мерекина Л.И., Семенов СВ. II Сибир ский мед. журнал. 2012. № 4. С. 34 - 36.
5. Ларионов А.А. Конверсия андростендиона в опухолевой и экстрагонадных тканях и ее связь с гормонально-мета болическими факторами у больных раком молочной железы: /Автореф.... дис. канд. мед. наук. СПб., 2007.
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: МИА, 2010. 550 с.
7. Adamski J., Hohls E., Jungblut P. II Exp. Clin. Endocrinol. 2014. Vol. 102, № 5. p. 388 - 393.
8. Bulun S.E., Economos K., Miller ?>., Simpson E.R. II J. Clin. Endocrinol. Metab.2014. Vol. 79, № 6. P.18311 - 18314.
9. Cavalieri E.L., Rogan EC, Chakravarti D. II Cell. Mol. Life Sci. 2012. Vol. 59. P. 665 - 81.
10. Hukkanen J., Mantyla M., Kangas L. II Pharmacol. Toxicol. 2008. Vol. 82, № 2. P.93 - 97.
11. Kennedy J.A. II Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharmacol. 2014. Vol. 333, № 4. P. 368 - 376.
12. Theron CM, Russel V.A., TaljardJ.J. II J. Steroid Biochem. 2006. Vol. 25, № 4. P. 585 - 591.
13. Watanabe K., Sasano Я, Harada N. et al. II Am. Pathol. 2015. Vol. 146. P.491 - 500. 23. Zurcher G., Da Prada M. II J. of Neurochemistry. 2012. Vol. 38, № 1. P. 191 - 195.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.127-005.8-052.1.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.,

Андижанский государственный медицинский институти.

✓ ***Резюме,***

В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний первое место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее острые проявления - первичный и повторный инфаркт миокарда (ИМ). Несмотря на активное внедрение в лечение больных современных методов терапевтической и хирургической реваскуляризации миокарда, совершенствование методов немедикаментозной профилактики ИБС, общая летальность остается очень высокой, особенно среди мужчин молодого и среднего возраста.

Следует отметить, что у людей пожилого и старческого возраста она также высока и составляет 2/3 всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и 70% от всех заболеваний. Это обусловлено высоким уровнем догоспитальной летальности, достигающей, по некоторым данным, 47,8%, и частым развитием постинфарктной хронической сердечной недостаточности, являющийся главной причиной смерти в ближайший после ИМ период.

Ключевые слова: миокард инфаркт, сердечно-сосудистая система, коронарная болезни сердца.

ТУРЛИ ЁШДАГИ ЭРКАКЛАРДА ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ниязова Я.М., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Юрак-қон томир касалликларидан ўлим кўрсаткичи бўйича биринчи ўринни юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва унинг ўткир кўринишлари эгаллайди - бирламчи ва такрорий миокард инфаркти (МИ). Беморларни даволашда терапевтик ва жарроҳлик миокард реваскуляризациясининг замонавий усулларини фаол жорий етишига, коронар артерия касаллигининг гиёҳванд бўлмаган профилактика усулларини такомиллаштиришга қарамай, умумий ўлим даражаси, айниқса ёш ва ўрта ёшдаги эркаклар орасида жуда юқори бўлиб қолмоқда.

Шуни таъкидлаш керакки, кекса ва кекса ёшдаги одамларда у ҳам юқори бўлиб, юрак-қон томир касалликларидан ўлимнинг 2/3 қисми ва барча касалликларнинг 70 фоизини ташкил қилади. Бу касалхонага ётқизилгандан кейинги ўлимнинг юқори даражаси, баъзи маълумотларга кўра 47,8% ни ташкил этиши ва инфарктдан кейинги сурункали юрак етишмовчилигининг тез-тез ривожланиб бориши билан боғлиқ бўлиб, бу миокард инфарктидан кейинги даврда ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади.

Калит сўзлар: миокард инфаркти, юрак-қон томир тизими, юрак томирлари касаллиги.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN MEN OF DIFFERENT AGES

Niyazova Y.M., Abduvalieva G.T., Sakhatalieva R.R.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

In the structure of mortality from cardiovascular diseases, the first place is occupied by ischemic heart disease (IHD) and its acute manifestations - primary and repeated myocardial infarction (MI). Despite the active introduction of modern methods of therapeutic and surgical revascularization of the myocardium in the treatment of patients, the improvement of methods of non-drug prevention of coronary artery disease, overall mortality remains very high, especially among young and middle-aged men.

It should be noted that in elderly and senile people it is also high and accounts for 2/3 of all causes of death from cardiovascular diseases and 70% of all diseases. This is due to the high level of prehospital mortality, reaching, according to some data, 47.8%, and the frequent development of postinfarction chronic heart failure, which is the main cause of death in the period immediately following myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, cardiovascular system, coronary heart disease.

Актуальность

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди всего разнообразия патологии современного человека и остаются главной проблемой практического здравоохранения [2]. В нашей стране именно эти заболевания обуславливают 57% смертность населения, главным образом, связанную с ишемической болезнью сердца (46,9%) и мозговыми инсультами. При этом наиболее частым и грозным проявлением ИБС, нередко приводящим к летальным исходам, является инфаркт миокарда (ИМ). Общеизвестно, что удельный вес коронарной болезни сердца увеличивается с возрастом, а более половины всех случаев ОИМ приходится на долю лиц пожилого возраста [1,4].

Несмотря на активное внедрение в лечение больных современных методов терапевтической и хирургической реваскуляризации миокарда, совершенствование методов немедикаментозной профилактики ИБС, общая летальность остается очень высокой, особенно среди мужчин молодого и среднего возраста.

Вместе с тем, повышенное внимание к проблеме ИМ именно у мужчин старшей возрастной группы связано не только с неуклонным ростом этой серьезнейшей патологии, но и высоким уровнем смертности. Данное обстоятельство обуславливает необходимость как дальнейшего изучения особенностей развития и течения ИМ у мужчин гериатрического возраста, так и поиска новых подходов в организации и оптимизации лечения этого тяжелого контингента больных [2,3].

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение условий возникновения и особенностей течения ИМ у мужчин различного возраста.

Материал и методы

Всего обследовано 97 больных мужского пола с первичным инфарктом миокарда (ИМ). Средний возраст больных составил 52,4±13,2 лет, продолжительность заболевания ИБС колебалась от впервые выявленного до 10 лет.

Результат и обсуждения

У мужчин до 60 лет, как правило, ИМ дебютирует ангинозными проявлениями. У мужчин пожилого и старческого возраста в клинической картине заболевания в первые 48 часов превалируют симптомы сердечной недостаточности, и значительно реже наблюдаются другие клинические проявления ИМ.

Ранние признаки СН у больных, перенесших повторный ИМ, в отличие от больных с первичным ИМ, определяются более частой встречаемостью и выраженностью нарушений систолической и диастолической функций сердца. В первые 48 часов ИМ, особенно при осложненном О-ИМ, СН определяется преимущественным нарушением систолической функции, компенсируемой большей дилатацией левых камер сердца, тахикардией и сопровождается легочной гипертензией и повышением общего легочного сопротивления. К концу третьей недели от начала ИМ происходят улучшение систолической функции сердца и ухудшение диастолической функции по типу замедления релаксации, сохраняется дилатация левых камер сердца, особенно у больных с повторным ИМ и у больных пожилого и старческого возраста, обусловленные развитием компенсаторной гипертрофии миокарда и процессом постинфарктного ремоделирования, способствующих развитию хронической сердечной недостаточности. С возрастом пациентов эти изменения прогрессируют.

Ранние проявления сердечной недостаточности и связанное с ней ухудшение качества жизни больных выявляются уже в начальные периоды инфаркта миокарда. У значительной части больных с повторным осложненным Q-ША в первые 48 часов субъективные проявления СН достигали уровня тяжелой СН. К концу третьей недели у большинства больных наблюдалось отчетливое снижение СН до умеренных степеней. Существенное влияние на качество жизни больных с повторным ИМ оказывают интенсивность и длительность курения и употребление алкоголя, наличие сопутствующей артериальной гипертензии, степень дилатации ЛИ и ЛЖ, снижение систолической функции сердца и изменения легочной гемодинамики.

На прогноз течения повторного ИМ у мужчин различного возраста наибольшее влияние оказывают наличие осложнений, глубина ИМ, возраст и количество перенесенных ИМ. Наибольшая летальность (78%) может наблюдаться у мужчин пожилого и старческого возраста с повторным осложненным О-ИМ, а наименьшая - у больных с первичным ИМ молодого и среднего возраста (при осложненном О-ИМ - 22%, неосложненном - 8%). Ведущими факторами, способствующими развитию жизнеопасных осложнений и летальности у больных с повторным ИМ, являются степень сердечной недостаточности (24%), возраст (14%) и аритмии (12%), суммарная дисперсия которых составила 50%. Значимость работы заключается в том, что изучены особенности патогенеза и клинического течения острого инфаркта миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла. Исследование особенностей патогенеза инфаркта миокарда у мужчин в зависимости от возраста и степени поражения коронарного русла имеет большое практическое значение.

Диагностика вегетативной дисфункции, способствующей коронароспазму, концентрического ремоделирования левого желудочка у мужчин, особенно молодого возраста, с гемодинамически незначимым и однососудистым поражением коронарного русла будет способствовать повышению эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Вывод

Таким образом, у мужчин пожилого и старческого возраста с первичным и повторным ИМ нередко заболевание протекает атипично, что затрудняет своевременную раннюю диагностику, госпитализацию и раннюю неотложную кардиологическую помощь. Если у мужчин молодого и среднего возраста, как правило, заболевание дебютирует ангинозными проявлениями, то у мужчин пожилого и старческого возраста в клинической картине заболевания в первые 48 часов обычно превалируют симптомы сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения и значительно реже наблюдаются другие клинические проявления ИМ. У мужчин с повторными ИМ, особенно старше 60 лет, ангинозный вариант ИМ встречается еще реже и симптомы сердечной недостаточности были более выражены, особенно у прогностически неблагоприятных больных. Среди осложнений у больных с первичным и повторным ИМ в обоих возрастных группах преобладают нарушения сердечного ритма. У мужчин старше 60 лет в большей степени при повторном ИМ с летальным исходом превалировали отёк легких, сердечная астма, аневризма сердца, тромбоэндокардит, пневмония и тромбоэмболия легочной артерии. При

этом у больных насчитывалось 3 и более осложнений, и наблюдались их различные комбинации, обусловленные электрической нестабильностью, сократительной недостаточностью и механической несостоятельностью миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Березин М.В. Особенности клинического течения острого коронарного синдрома у больных пожилого и старческого возраста / М.В. Березин, Т.В. Михайловская, О.Е. Мазанко и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - № 8(6), прил. 1 - С. 41.
2. Овсянников В.В. Инфаркт миокарда, развившийся в многопрофильном стационаре: особенности возникновения, клиники, диагностики и профилактики. - Автореф. дис.... д-ра мед. наук / В.В. Овсянников. - М., 2007. - 49 с.
3. Сметнева Н.С. Трудности диагностики инфаркта миокарда в многопрофильном стационаре / Н.С. Сметнева. - Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - № 8(6), прил. 1 - С. 841.
4. Alter D.A. Socioeconomic status and mortality after acute myocardial infarction / D.A. Alter, A. Chong, P.C. Austin et al. / / Ann. Intern. Med. - 2016. - Vol. 144, №2. - P. 82-93.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.516 092.

НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО БАРЬЕРА В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Яхудаев Эсан Муздаевич, Рахманова Умидахон Хамиджановна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Формированию бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом способствуют персистирующее течение атопического дерматита, а также расширение спектра сенсибилизации в возрасте от 4 до 6 лет, совпадающее со временем манифестации аллергического ринита. У детей с атопическим дерматитом и бронхиальной астмой имеется прямая корреляция между степенью тяжести атопического дерматита и степенью тяжести бронхиальной астмы.

Тяжелая бронхиальная астма у детей с атопическим дерматитом в возрасте старше 6 лет чаще встречается у девочек, а также у пациентов, перенесших перинатальную энцефалопатию в грудном возрасте, страдающих хроническим аденоидитом, хроническим гастродуоденитом, расстройством вегетативной нервной системы, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани.

Для детей с сочетанной аллергопатологией и отягощенным семейным аллергоанамнезом по атопическому дерматиту со стороны матери характерно персистирующее течение атопического дерматита и формирование тяжелых его форм.

Ключевые слова: эпидермальной барьер, бронхиальная астма, атопической дерматит.

БРОНХИАЛ АСТМА ВА АТОПИК ДЕРМАТИТ ШАКЛЛАНИШИДА ЭПИДЕРМАЛЬ БАРЬЕР РЕГУЛЯЦИЯСИНИНГ БУЗИЛИШИ

Яхудаев Э.М., Рахманова У.Х.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Атопик дерматит билан касалланган болаларда бронхиал астманинг шаклланишига атопик дерматитнинг доимий давом этиши, шунингдек, 4 ёшдан 6 ёшгача бўлган даврда сезувчанлик спектрининг кенгайиши, аллергик ринитнинг намоён бўлиш даврига тўғри келади. Атопик дерматит ва бронхиал астма бўлган болаларда атопик дерматитнинг оғирлиги билан бронхиал астманинг оғирлиги ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик мавжуд.

6 ёшдан ошган атопик дерматитли болаларда оғир бронхиал астма кўпинча қизларда, шунингдек перинатал энцефалопатияга учраган, сурункали аденоидит, сурункали гастродуоденит, бириктирувчи тўқима дисплазия белгилари билан автоном нерв тизимининг бузилиши билан оғриган беморларда учрайди.

Биргаликда аллергик патологияга эга бўлган ва оилавий анамнезига кўра она томонидан атопик дерматит бўлган болаларга атопик дерматитнинг доимий давом этиши ва унинг оғир шакллари шаклланиши хосдир.

Калит сўзлар: эпидермал тўсиқ, бронхиал астма, атопик дерматит.

IMPAIRMENT OF EPIDERMAL BARRIER REGULATION IN THE FORMATION OF ATOPIC DERMATITIS AND BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Yakhudaev E.M., Rakhmanova U.Kh.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The formation of bronchial asthma in children with atopic dermatitis is facilitated by the persistent course of atopic dermatitis, as well as the expansion of the spectrum of sensitization at the age of 4 to 6 years, which coincides with the time of manifestation of allergic rhinitis. In children with atopic dermatitis and bronchial asthma, there is a direct correlation between the severity of atopic dermatitis and the severity of bronchial asthma.

Severe bronchial asthma in children with atopic dermatitis over the age of 6 is more common in girls, as well as in patients who have undergone perinatal encephalopathy in infancy, suffering from chronic adenoiditis, chronic gastroduodenitis, disorder of the autonomic nervous system, with signs of connective tissue dysplasia.

Children with combined allergic pathology and a family history of atopic dermatitis on the mother's side are characterized by a persistent course of atopic dermatitis and the formation of its severe forms.

Key words: epidermal barrier, bronchial asthma, atopic dermatitis.

Актуальность

В последние годы аллергические заболевания все чаще стали называть "глобальной проблемой человечества" из-за высокой распространенности у детей и взрослых. Среди них особое место занимает бронхиальная астма (БА) - одно из наиболее частых хронических заболеваний дыхательной системы[2,4].

Благодаря усилиям многих специалистов в настоящее время удалось достичь определенных успехов в

лечении и снижении частоты обострений БА, однако вопросы первичной профилактики болезни продолжают волновать многие умы. В связи с этим актуальными становятся исследования, направленные на выяснение факторов риска развития и причт возникновения аллергических заболеваний, в том числе БА[1,3].

Одним из факторов высокого риска развития БА у детей считается атопический дерматит (АД), который является первой клинической манифестацией "атопического марша". В течение последних трех десятилетий прослеживается неуклонный рост частоты АД[5].

Цель исследования. Определить роль нарушений регуляции эпидермального барьера в возникновении атопического дерматита, бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом и установить прогностические маркеры, отражающие формирование атопического дерматита, а также аллергического поражения нижних дыхательных путей у детей с кожными проявлениями атопии.

Материал и методы

Диссертационное исследование выполнено на кафедре детских болезней АГМИ г Андижана. Материалом исследования послужили данные, полученные с 2015 по 2020 гг. в результате наблюдения за 457 детьми в возрасте от 6 до 17 лет. Основную группу (общая выборка больных) составили 257 пациентов с диагнозом АД (средний возраст 11,5±3,3 лет).

Результат и обсуждения

В детском возрасте атопический дерматит в основном представлен следующими клиническими вариантами: атопический дерматит без бронхиальной астмы (32,7%) и атопический дерматит с бронхиальной астмой (67,3%). Данные варианты имеют клинико-анамнестические, иммуно-аллергологические и фенотипические особенности.

Формированию бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом способствуют персистирующее течение атопического дерматита, а также расширение спектра сенсибилизации в возрасте от 4 до 6 лет, совпадающее со временем манифестации аллергического ринита. У детей с атопическим дерматитом и бронхиальной астмой имеется прямая корреляция между степенью тяжести атопического дерматита и степенью тяжести бронхиальной астмы.

Тяжелая бронхиальная астма у детей с атопическим дерматитом в возрасте старше 6 лет чаще встречается у девочек, а также у пациентов, перенесших перинатальную энцефалопатию в грудном возрасте, страдающих хроническим аденоидитом, хроническим гастродуоденитом, расстройством вегетативной нервной системы, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани. Для детей с сочетанной аллергопатологией и отягощенным семейным аллергоанамнезом по атопическому дерматиту со стороны матери характерно персистирующее течение атопического дерматита и формирование тяжелых его форм.

Разработанные прогностические модели позволяют сформировать группы риска по развитию атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом. Не установлены анамнестические, иммуно- аллергологические и фенотипнческие признаки атопического дерматита, определяющие вероятность предрасположенности к развитию бронхиальной астмы детей с атопическим дерматитом, что подтверждает гетерогенность формирования аллергического поражения нижних дыхательных путей у детей с кожными проявлениями атопии.

Вывод

В результате проведенного исследования представлены факторы риска и протекции развития АД. Показаны клинико-анамнестические характеристики, способствующие формированию АД, а также БА у детей с АД. Представленные результаты позволят педиатрам и аллергологам-иммунологам среди детей с АД выделить пациентов, входящих в группы риска по развитию БА. Обозначены факторы, способствующие формированию тяжелого течения и АД, и БА у детей с сочетанным аллергическим поражением кожного покрова и нижних отделов респираторного тракта. Результаты работы вносят вклад в понимание генетических основ нарушений регуляции эпидермального барьера у детей с АД, а также БА у респондентов с АД, проживающих на территории РБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бикташева, Л.А. Мухтарова, Э.Р. Гуменная, Р.Р. Мурзнна, Р.Ф. Гатиятуллин, Ш.З. Загидуллин, Э.И. Эткина, Э.К. Хуснутднова // Медико-биологические аспекты мультифакториальной патолоши: матер. II Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием. - Курск: КГМУ, 17-19 мая 2011. - С. 59-60.
2. Левашева, С.В. Нарушение эпидермального барьера в патогенезе атопического дерматита у детей / С.В. Левашева, Г.Ф. Гималова, Ю.Ю. Федорова // Фундаментальная наука и клиническая медицина-человек и его здоровье: матер. XIV Всерос. мед.-биол. конф. молодых исследователей с междунар. участием. - СПб., 16 апреля 2011. - С. 152- 153.
3. Barnes KC. An update on the genetics of atopic dermatitis: scratching the surface in 2009. J Allergy Clin Immunol. 2010; 125(1):16-29.
4. Hachem JP Man MQ, Crumrine D, et al. Sustained serine proteases activity by prolonged increase in pH leads to degradation of lipid processing enzymes and profound alterations of barrier function and stratum corneum integrity. J Invest Dermatol. 2005; 125(3):510-520.
5. Walley AJ, Chavanas S, Moffatt MF, et al. Gene polymorphism in Netherton and common atopic disease. Nat Genet. 2001;29(2):175-178.

Поступила 09.11. 2020

UDC 616-056.3:613.2

GENERAL PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FOOD ALLERGY IN CHILDREN AT DIFFERENT AGE PERIODS

Solieva Mavlyuda Odilzhonovna, Arzibekova Umida Abdikadirovna,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The prevalence of food allergy (PA) in the population is 1-2.5%, the highest frequency of this pathology is observed among children of the first 2 years - 6-8%, in older age groups its prevalence decreases and in adults it is about 2%. According to the WHO, about 30% of the world's population has one or another allergic reaction or disease.

External factors leading to an increase in the incidence of PA include changes in the diet in economically developed countries over the past decade, as well as changes in the environment. It is assumed that the influence of the environment, including the microbial environment, especially - at critical periods of life - can directly change the type of host immune response.

Key words: diet therapy, childhood, food allergy, immune disorders.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Солиева М.О., Арзибекова У.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Распространенность пищевой аллергии (ПА) в популяции составляет 1-2,5%, наибольшая частота данной патологии отмечается среди детей первых 2-х лет - 6-8%, в старших возрастных группах ее распространенность уменьшается и у взрослых составляет около 2%. По данным ВОЗ около 30% населения земного шара имеет те или иные аллергические реакции или заболевания.

Внешние факторы, ведущие к увеличению частоты ПА, включают изменение рациона питания в экономически развитых странах за последнее десятилетие, а также изменения окружающей среды. Предполагается, что влияние среды, в том числе и микробного окружения, особенно - в критические периоды жизни - могут прямо изменять тип иммунного ответа хозяина.

Ключевые слова: диетотерапия, детской возраст, пищевая аллергия, иммунная нарушения.

БОЛАЛАРНИНГ ТУРЛИ ЁШ ДАВРЛАРИДА ОЗИҚ - ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯЛАРИНИНГ ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШНИНГУМУМИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Солиева М.О., Арзибекова У.А.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Аҳолида озиқ-овқат аллергиясининг тарқалиши 1-2,5% ни ташкил қилади, ушбу патологиянинг енг юқори частотаси биринчи 2 ёшдаги болалар орасида - 6-8%, катта ёш гуруҳларида унинг тарқалиши пасаяди ва катталарда бу тахминан 2% ни ташкил қилади. ЖССТ маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг тахминан 30% у ёки бу аллергик реакцияга ёки касалликка чалинган.

Озиқ-овқат аллергиялари касалланишининг ўсишига олиб келадиган ташқи омилларга сўнгги ўн йил ичида иқтисодий ривожланган мамлакатларда рациондаги ўзгаришлар, шунингдек атроф-муҳитдаги ўзгаришлар киради. Атроф муҳитнинг, шу жумладан микроб муҳитининг таъсири, айниқса ҳаётнинг муҳим даврларида - уй егасининг иммун жавоб турини бевосита ўзгартириши мумкин деб тахмин қилинади.

Калит сўзлар: диетотерапия, болалик, озиқ-овқат аллергияси, иммунитет бузилиши.

Relevance

Diet therapy is an important component of the complex treatment of PA, being, in fact, an etiotropic method of treatment. The main attention in the preparation of a therapeutic diet is given to the elimination of causally significant products [5]. At the same time, regardless of the period of illness, the diet should meet the physiological needs of children in basic nutrients, vitamins, and minerals. an optimal solution to this problem requires the development of a modern differentiated scientifically grounded approach. A separate problem is the correction of the nutritional composition of the diet in older children and adolescents who have been suffering from PA for a long time and have a limited composition of diets with the exclusion of nutritionally important foods [1,6,7]. It should be noted that the timing of compliance with the elimination diet is currently not clearly defined [3]. In this regard, it is necessary to clarify the clinical and immunological criteria that determine the duration of the elimination of various products and the timing of their inclusion in the child's diet when expanding nutrition, as well as the development of approaches to

the correction of diets in patients receiving a long-term elimination diet, using modern nutraceuticals [2,4].

Thus, it is currently relevant to optimize nutritional approaches to the treatment of PA in children at different age periods depending on the clinical and pathogenetic characteristics of the disease, age, nutritional status, morpho-functional state of the digestive system, indicators of intestinal biocenosis, as well as the development of new specialized baby food products and assessment of their effectiveness [4].

Purpose of the study. Optimization of diet therapy for food allergies in children at different age periods based on the study of clinical and immunological features of the course of the disease and the state of the intestinal barrier.

Materials and methods

The paper presents the results of clinical observation, examination and treatment of 462 children aged 1 month to 17 years with various forms of PA. A separate group consisted of 51 children, examined in the neonatal period in order to assess the intestinal permeability for macromolecules.

Research results

The first manifestations of food allergy in children in 83.5% of cases occur in infancy, in almost half of cases (48.1%) - in the first half of life, and mainly have an isolated character in the form of allergic skin rashes (56.1%) In 37.2% of cases, the symptoms of food allergy for the first time are of a combined (mainly skin-gastrointestinal) nature

The main clinical form of food allergy in young children is skin-gastrointestinal (74.2% in children under one year old and 88.5% in children 1-3 years old); in older age groups, the proportion of combined manifestations of allergy involving the respiratory system increases. The overall frequency of gastrointestinal manifestations of food allergy is 84.4% according to clinical data and 92.9% according to a comprehensive examination and does not have significant differences depending on the age of patients.

The structure of sensitization in children with food allergies changes depending on age In children of the first year of life, the main causal allergen is BCM Explicit clinical reactions to foods containing this protein are observed in 33.9% of cases, and increased levels of IgE, IgG, IgG4 antibodies to BCM and its fractions - in 85% of the examined children of the first year of life (specific IgE - in 53.4%, IgG4 - in 58.6%, IgG - in 70.7%) Increased level of IgE to BSA and R-LH in children with food allergy in the first year of life is a marker of the severity of atopic dermatitis, and a high level of specific IgG (class 4 reaction) to CMP and its fractions is a marker of damage to the gastrointestinal system.

With age, the frequency of clinical reactions to dairy products decreases, however, the frequency of detecting specific antibodies to CMP remains quite high, amounting to 64.8% according to MAST and 36% according to ELISA (IgG4) in children aged 10-17 years, which indicates the important role of CMP as a causal allergen in older children with food allergies Statistically significant age-related differences in the frequency of detecting elevated levels of specific I04 for 14 out of 24 used food allergens are found statistically significantly more often in all age groups of children older than one year 01) than in the first year of life, polyvalent sensitization is noted.

A paradoxical increase in intestinal permeability for food macromolecules (marker protein - a-lactalbumin of human milk) during the neonatal period is observed in 60% of children with allergic manifestations at this age, which indicates a violation of the formation of the intestinal barrier There is a correlation between the absorption of a-lactalbumin and proteolytic activity of feces indicates that the predominance of proteolytic strains in the intestinal microflora may be a factor contributing to an increase in the permeability of the intestinal barrier.In the first year of life, children with a gastrointestinal skin food allergy against the background of the development of an allergic inflammatory process show a further increase in intestinal permeability, which correlates with the level of general and specific Ig04 antibodies to food proteins

Immuno-morphological changes in the small intestine in gastrointestinal food allergies are characterized by an increase in the content of interepithelial T-lymphocytes with the formation of clusters - in 66.7% of patients More significant lymphoid infiltration of the mucous membrane is observed in combined forms of food allergy with the participation of the respiratory system Subhypotrophic and hypotrophic changes in the mucous membrane the small intestine is found in 45.8% of children 1-3 years old and in 33.3% of children 3-17 years old. the process of maturation of the mucous membrane of the small intestine

In 97.8% of children with food allergies, disorders in the composition of the intestinal biocenosis are revealed, which are most pronounced in the first year of life. More significant dysbiotic deviations are observed in children with gastrointestinal symptoms of food allergy, with pronounced manifestations of atopic dermatitis and with polyvalent food sensitization.In the presence of gastrointestinal manifestations, the following are more often revealed: the predominance of the aerobic component of microflora over anaerobic, UPM associations, S aureus p more than 105 CFU / g <0.01); with severe cutaneous manifestations of atopy (SCORAD> 20) - dominance of coccal flora (p <0.01), UPM with signs of aggression (hemolyzing Escherichia coli, hemolyzing enterococcus), S aureus, Candida fungi, UPM associations (p <0.05) Deficiency of bifidobacteria is observed in all age groups, most often in children of the first year of life (66.7%) and children 10-17 years old (57.1%), and does not depend on the clinical form of food allergy

In 34.8% of children with atopic dermatitis and food allergy, bacterial sensitization is detected (IgG_i to hemolyzing E coli 055 and / or 5 "aureus Wood 46), in most cases combined with the detection of the corresponding microorganism during bacteriological examination of feces Increased index of basophil degranulation under the influence the same bacteria is observed in 65.2% of cases and is more common in children with gastrointestinal manifestations, which confirms the role of UPM in their development

An assessment of the selenium status of children with food allergies showed that an insufficient supply of selenium was noted in 61.2% of cases. Against the background of strict adherence to a hypoallergenic diet, a tendency towards a decrease in the supply of selenium was revealed, which emphasizes the need to correct the selenium status of children on long-term elimination diets.

At the same time, 17.9% of children with food allergies were found to have an increased level of this microelement in the blood, which requires a differentiated approach to the use of selenium-containing drugs - only in the case of a proven selenium deficiency.

Carrying out complex treatment in children with food allergy, including step-by-step diet therapy according to the developed algorithm and pharmacotherapy taking into account the peculiarities of the allergic process, in 73.5% of cases allows achieving complete, in 26.5% - partial regression of its skin and gastrointestinal manifestations. A statistically significant positive dynamics of immunological parameters in the form of a decrease in the level of IgG4 to CMP and the frequency of detecting their increased level is observed 4 months after the start of treatment in both children with complete and partial clinical remission 11 As a result of the treatment, 96% of children with food Allergy shows a statistically significant positive dynamics of the composition of the intestinal microflora, which is more pronounced in children with complete clinical remission, who, in comparison with children with partial remission, more often have eubiosis ($p < 0.01$), there is no grade IV dysbacteriosis, and bacteria of the genus Klebsiella are not detected above 103 CFU / g, less often S aureus and Candida fungi are found above 104 CFU / g ($p < 0.01$) Against the background of the normalization of the aerobic component of microbiocenosis, bifidoflora deficiency persists in 69.2% of children with partial and in 50% of children with complete clinical remission, which indicates the need for measures aimed at supporting the protective microflora

On the basis of the data obtained on the features of the manifestations of food allergy in different age periods, algorithms have been developed for staged diet therapy for food allergies in children, with a clinical and laboratory assessment of the effectiveness of treatment at each stage.

Conclusion

For children of the first year of life, an algorithm has been created for the selection of a specialized substitute mixture, taking into account the clinical and immunological characteristics of the disease and the results of a new method for determining the level of antibodies to protein-peptide fractions of breast milk substitute mixtures - "IFA-Lacttest". Based on the data obtained on the state of intestinal permeability barrier for macromolecules in children with food allergies, it was concluded that the use of breast milk substitute mixtures based on whole protein (soy mixtures, fermented milk products, goat milk mixtures) at the first and second stages of diet therapy, even in children with mild food allergies

LIST OF REFERENCES:

1. Revyakina V.A. Epidemiology of allergic diseases in children and the organization of pediatric allergological service in Russia // Pediatrics. 2013. No. 4. P. 47-51.
2. Balabolkin I.I., Yukhtina N.V., Denisova S.N. Food allergy in children. M., 2016, p. 44.
3. Medical nutrition for children with food allergies. A guide for doctors / Ed. V. A. Revyakina, T. E. Borovik. Moscow: Dynasty, 2015.38 p.
4. Revyakina V.A., Gamaleeva A.V. Prevention of food allergies in children at risk of developing atopy // Attending Physician. 2016. No. 1. P. 8-11.
5. Bauer C.P., von Berg A., Niggeman B. Primare aliment?re Atopiepravention // Allergologie. - 2014. - Vol. 27. - No 7. - P. 289-295.
5. Pichler W.J. IgE - vermittelte Nahrungsmiltelallergien // Allergologie. - 1998. - Vol. 21.- No 9.- P. 441-450.
6. Lepp U., Ehlers I., Erdmann S, et al. Therapiemoglichkeiten bei der IgE - vermittelten Nahrungsmittelallergie // Allergologie.- 2012.- Vol. 25.- No 11.- P. 585-590.
7. Werfel T. Diatetik in der Allergologie // Allergologie. - 2010. - Vol. 23.- No 11.- P. 511.
8. Henzgen M., Vieths S., Rees I. et al. Nahrungsmittelallergien durch immunologische Kreuzreaktionen // Allergologie. - 2015.- Vol. 28.- No. 5.- P. 177-190.

Entered 09.11. 2020

УДК 618.175 -053.7-058

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Махмудова К.Ш.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

По данным некоторых авторов среди общей патологии половой сферы в подростковом возрасте нарушения менструального цикла занимают первое место. Несмотря на большую распространенность (40-64%) нарушений менструального цикла среди девочек, многие вопрос, касающийся, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения данного заболевания, остаются нерешенными. Об этом свидетельствуют частые рецидивы заболевания и недостаточная эффективность лечения, нарушения репродуктивной функции в фертильном I возрасте.

В подростковый период у девушек происходит сложный процесс становления репродуктивной системы, завершается созревание гипоталамических структур, устанавливается стабильный ритм секреции гонадотропных гормонов. Физиологическое течение периода полового созревания в значительной мере определяет в дальнейшем способность девушек к зачатию, вынашиванию беременности, родам и грудному вскармливанию. Заболевания репродуктивной системы подростков, их хронизация ухудшают прогноз в отношении полноценного становления генеративной функции.

Ключевые слова: нарушения менструальной функции, девочки - подростки, воспалительные заболевания органов малого таза, лечение.

ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ҲАЙЗ ЦИКЛИ БУЗИЛИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Махмудова К.Ш.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, ўспиринлик даврида генитал органлар соҳасининг умумий патологияси орасида ҳайз кўриш бузилиши биринчи ўринни эгаллайди. Қизлар орасида ҳайз кўриш бузилишларининг юқори тарқалишига (40-64%) қарамай, ушбу касалликнинг этиологияси, патогенези, клиник кўриниши, диагностикаси ва даволашга оид кўплаб саволлар ҳал қилинмаган. Бу касалликнинг тез-тез қайталаниши ва даволашнинг етарли даражада самарасизлиги, фертил I ёшдаги репродуктив функцияларнинг бузилиши билан тасдиқланади.

Ўсмирлик даврида қизлар репродуктив тизимни шакллантиришнинг мураккаб жараёнини бошдан кечирадилар, гипоталамус структураларининг етилиш жараёни якунланади, гонадотропик гормонлар секрециясининг барқарор ритми ўрнатилади. Балоғат ёшининг физиологик курси асосан қизларнинг ҳомиладорлик, ҳомиладорлик, туғиш ва эмизиш фаолиятини таъминлайди. Ўсмирларнинг репродуктив тизимининг касалликлари, уларнинг сурункали ҳолати генератив функцияни тўлиқ шакллантириш учун прогнозни ёмонлаштиради.

Калит сўзлар: ҳайз кўриш бузилиши, ўспирин қизлар, тос аъзоларининг яллиғланиш касаллиги, даволаш.

PECULIARITIES OF DISORDERS OF MENSTRUAL FUNCTION AND THEIR CORRECTION IN ADOLESCENT GIRLS

Suleimanova N.A., Yakubova O.A., Makhmudova K.Sh.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

According to some authors, among the general pathology of the genital area in adolescence, menstrual irregularities occupy the first place. Despite the high prevalence (40-64%) of menstrual irregularities among girls, many questions concerning the etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of this disease remain unresolved. This is evidenced by frequent relapses of the disease and insufficient effectiveness of treatment, impaired reproductive function in fertile I age.

In adolescence, girls undergo a complex process of formation of the reproductive system, the maturation of hypothalamic structures is completed, a stable rhythm of secretion of gonadotropic hormones is established. The physiological course of puberty largely determines the further the ability of girls to conceive, carry a pregnancy, give birth and breastfeeding. Diseases of the reproductive system of adolescents, their chronicity worsen the prognosis in relation to the full formation of the generative function.

Key words: menstrual disorders, adolescent girls, pelvic inflammatory disease, treatment.

Актуальность

Репродуктивная функция является важнейшим интегральным показателем здоровья, определяет качество жизни будущих поколений, а соответственно, здоровье и качество жизни нации [4,7]. Сегодняшние дети будут поддерживать основной уровень рождаемости в 2020-2030 гг. Основным принципом сохранения медико-биологического потенциала рождаемости должен быть принцип сохранения репродуктивного здоровья (РЗ) каждой девочки и каждого мальчика, начиная с момента рождения и включая все этапы становления и реализации репродуктивной системы

Нарушения менструальной функции составляют от 21 до 63% в структуре гинекологических заболеваний у девочек-подростков [1,2,9], что обусловлено незрелостью функциональной системы нейроэндокринной регуляции менструальной функции и высокой чувствительностью к воздействию различных неблагоприятных факторов. В последние годы особого внимания заслуживают аномальные маточные кровотечения (АМК). В отличие от взрослых, подростки тяжелее переносят кровопотерю, хуже адаптируются даже к незначительной анемии [3,5,7].

Современные схемы гемостаза с использованием низкодозированных оральных контрацептивов часто сопровождаются рецидивами АМК, что диктует необходимость поиска новых средств реабилитации юных пациенток [4,6].

Цель исследования: изучить современная лечения нарушение менструальной функции у девочек - подростков.

Материал и методы

Для решения поставленных задач, мы обследовали 256 пациентов с диагнозом нарушения менструальной функции у девочек - подростков.

Результат и обсуждения

Впервые на основании многофакторного анализа установлено, что наиболее сильное влияние на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков оказывает совокупность медико-биологических факторов. При этом коэффициент множественной детерминации, отражающий, какую долю причин, способствующих развитию исследуемых заболеваний, имеет изучаемая совокупность признаков, составляет 26,3% (R2=0,224; p<0,001). Второе место по силе влияния на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков принадлежит совокупности экологических факторов - 15,6% (R2=0,21; p<0,001), третье - социально-гигиеническим -14,2% (R2=0,189; p<0,001). Условия учебной и внеучебной деятельности занимают четвертое место - 12,3% (R2=0,163; p<0,001), пятое и шестое место принадлежит социально-психологическим - 11,5% (R2=0,152; p<0,001) и санитарно-гигиеническим - 9,6% (R2=0,124; p<0,001) факторам. Медико-демографические (6,3%, R2=0,113; p<0,001) и медицинские (4,2%; R2=0,103; p<0,001) факторы занимают, соответственно, седьмое и восьмое место.

Впервые установлено, что у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, наличие изменений клеточного состава крови и показателей иммунитета, характеризующихся количественным дефицитом Т- и В-лимфоцитов, напряжением гуморального звена иммунитета, усилением факторов неспецифической реактивности организма - повышением фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса, увеличением метаболической активности фагоцитов по НСТ-тесту представляют собой проявление полисистемного дезадаптацион-ного синдрома.

У девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов отмечается дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, что характеризуется активацией липопероксидации с накоплением первичных и вторичных продуктов интенсификации перекисного окисления липидов (диеновых конъюгат и малонового диальдегида), на фоне снижения активности различных механизмов антиоксидантной защиты (снижением уровня супреоксиддисмутазы, восстановленного глутатиона и повышением окисленного глутатиона).

Впервые показано, что вероятность развития нарушений менструального цикла у девочек-подростков групп риска, сформированных с использованием разработанной компьютерной программы, повышается при выявлении таких лабораторных признаков, как сочетание анемии с гиперэритроци-тозом, снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, значительное увеличение количества недифференцированных лимфоцитов, уменьшение концентрации иммуноглобулинов крови[1,4,7].

Впервые установлено, что положительные клинические эффекты комплексного лечения нарушений менструального цикла у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, сопровождаются повышением неспецифической резистентности организма[4,5.8,9]. Это подтверждается достоверным ростом частоты выявления антистрессовых реакций (спокойной и повышенной активации, тренировки высокого уровня реактивности - 32,2%; 26,3%; 14,7% против 1,7%; 4,2%; 3,3% до лечения, p<0,001), значительным снижением уровня стрессовых реакций переактивации (с 27,1% до 10,1% (p<0,05).

Разработанная компьютерная программа дает возможность после расчета вероятности развития гинекологической патологии у девочек-подростков прогнозировать развитие состояний полисистемной дезадаптации, определяет необходимость проведения интегральной оценки ряда основных показателей систем универсального регулирования (иммунной, антиоксидантной) и типов адаптационных реакций.

Выводы

1. На основании многофакторного анализа установлено, что наиболее сильное влияние на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков оказывает совокупность медико-биологических факторов, для которых коэффициент множественной детерминации составляет 26,3% (R =0,224; p<0,001). Второе место по силе влияния на возникновение гинекологической патологии у подростков принадлежит

совокупности экологических факторов - 15,6% (R2=0,21; p<0,001), третье - социально-гигиеническим - 14,2% (R2=0,189; p<0,001). Условия учебной и внеучебной деятельности занимают четвертое место - 12,3% (R˜=0,163; p<0,001), пятое и шестое место принадлежит социально-психологическим - 11,5% (R˜=0,152; p<0,001) и санитарно-гигиеническим - 9,6% (R =0,124; p<0,001) факторам. Медико-демографические (6,3%, R2=0,113; p<0,001) и медицинские (4,2%; R2=0,103; p<0,001) факторы занимают, соответственно, седьмое и восьмое место.

2. У девочек-подростков с нарушениями менструального цикла, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, отмечается дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, что характеризуется активацией липопероксидации с накоплением первичных и вторичных продуктов интенсификации перекисного окисления липидов (диеновых конъюгат и малонового диальдегида), на фоне снижения активности различных механизмов антиоксидантной защиты (снижением уровня супероксиддисмутазы и восстановленного глутатиона, повышением окисленного глутатиона).

3. У девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, наличие изменений клеточного состава крови и показателей иммунитета, характеризующиеся количественным дефицитом Т- и В-лимфоцитов, напряжением гуморального звена иммунитета, усилением факторов неспецифической реактивности организма - повышением фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса, увеличением метаболической активности фагоцитов по НСТ-тесту представляют собой проявление полисистемного дезадаптационного синдрома.

4. Изменения основных параметров систем универсального регулирования (иммунной, антиоксидантной), а также типов адаптационных реакций обосновывают необходимость расширения спектра базовой патогенетической терапии и разработки комплексной программы реабилитации девочек-подростков с нарушениями менструального цикла и подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов.

5. Включение комплекса адаптогенов, антиоксидантов и биостимуляторов в базовую терапию нарушений менструального цикла у девочек-подростков, подвергающихся влиянию неблагоприятных факторов, оказывает положительное влияние на качество и характер адаптационных приспособительных реакций, что характеризуется выраженной положительной динамикой в частоте благоприятных реакций высоких уровней реактивности (с 28% до 72%), достоверным сокращением доли неблагоприятных адаптационных реакций (низкий уровень реактивности, реакция переактивации, стресс) с 90,7% до 27,1% (p<0,001).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдулнагимов И.Г. Анкетирование семей, имеющих детей школьного возраста,проживающих в селитебной зоне Башкирского биохимкомбината / И.Г.Абдулнагимов, Р.А.Сулейманов // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. - №3. - с. 47 - 49.
2. Андреева В.О.Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков при нервной анорексии: автореф. дис..д-ра мед. наук. - Ростов-на-Дону. 2008. - 46 с.
3. Бартош Т.П. Перестройка нервной системы и психического состояния в различные фазы менструального цикла у девочек, проживающих в Магадане / Т.П.Бартош, О.П.Бартош, А.Л.Максимов // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. - № 1. - с. 28 - 36.
4. Болова А.А. Прогнозирование особенностей полового развития девочек на основании оценки вегетативной регуляции: автореф. дис..канд. мед. наук. -М.- 2008. -22 с.
5. Дзарахова М.А. Репродуктивный потенциал девушек-подростков Ингушетии с иодцефицитными состояниями: автореф. дис..канд. мед. наук. Махачкала, 2008. - 30 с.
6. Довганенко Р.С. Региональные особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков Приполярья // Акуш. и гинек. - 2008. №1. - с. 53 - 56.
7. Strickland J.L., Wall J.W. Abnormal uterine bleeding in adolescents // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. 2003. -Vol. 30. - P. 321-335.
8. AnkartW-Ungm C. et a/. Nocturnal Application of Trans-dermal Estradiol Patches Produces Levels of Estrad.ol That Mimic Those Seen at the Onset of Spontaneous Puberty m Girls // J. Clin. Endocrinol. Metabolism.- 2001.- Vol. 86, M 7 P 3040-3044.
9. Hoffman B., Bradshaw K.D. Deleyed Puberty and Ame-norrea // Seminars in Reproductive Medicine. 2003. -Vol. 21, N 4.-P. 353-362.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 618. 39.021.3/618.396

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Султонова Н.А.,

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Республики Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Не вынашивание беременности, как правило, является следствием не одной, а нескольких причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Принимая во внимание, что невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание нескольких причин, то и обследование пациенток должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Ключевые слова: превичноеневынашивание беременности, инфекция, лизосомальные ферменты.

EARLY DIAGNOSIS OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Sultonova N.A.,

Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Miscarriage, as a rule, is the result of not one, but several reasons, acting simultaneously or sequentially. Taking into account that miscarriage is a multifactorial disease, in which most patients have a combination of several reasons, the examination of patients should be comprehensive and include all the necessary modern clinical, instrumental and laboratory methods.

Key words: premature miscarriage, infection, lysosomal enzymes.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ШАРОИТИДА РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАРГА УЧРАГАН АЁЛЛАРДА ЙЎЛДОШ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Султонова Н.А.,

Абу Али ибн Сино номли Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ҳомила тушиши, қоида тариқасида, бир вақтнинг ўзида бир неча сабаблар натижасидир. Ҳомиланинг тушиши кўп омилли касаллик эканлигини ҳисобга олган ҳолда, бир беморнинг ўзида бир неча сабаблар борлигини эътироф этиш лозим. Беморларни текшириш кенг қамровли бўлиши ва барча керакли замонавий, клиник, инструментал ва лаборатория усулларини ўз ичига олиши керак.

Калит сўзлар: одатий бола ташлаш, инфекция, лизосомал ферментлар.

Актуальность

На сегодняшний день настоящее время, в Республике Узбекистан производится до 200 тысяч абортов [4,5,7], причем наиболее печальным является факт искусственного прерывания почти 70% повторных беременностей в возрасте 25-29 лет. Зачастую следствием аборта, наряду с эндокринными нарушениями, бесплодием, воспалительными заболеваниями гениталий наступает привычное не вынашивание беременности [3,6].

Цель исследования: разработать диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния внезародышевых образований у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

Материал и методы

Была обследована 51 женщина в сроки гестации 4-42 нед., в том числе 31 пациенток с первой настоящей беременностью, составившие контрольную группу; 20 пациенток с искусственным прерыванием первой беременности в I триместре в анамнезе. Клиническую оценку состояния здоровья обследованных женщин проводили с помощью разработанной нами статистической карты. Изучаемые параметры отражали паспортные данные, сведения о наличии профессиональных вредностей, перенесенные гинекологические заболевания, экстрагенитальные заболевания. Изучали характер менструальной и репродуктивной функции [2,8].

Программа исследования включала клинико-статистическую характеристику женщин и их новорожденных. Беременные подвергались сонографическому контролю с параллельным определением показателей липидного обмена и ПОЛ в плазме крови, мембранах эритроцитов, активности лизосомальных ферментов ACE и GLU в сыворотке крови.Плацента и ГШ матки подвергались морфологическому и морфометрическому исследованию с использованием метода световой и электронной микроскопии.Ультразвуковое исследование проводилось на ранних сроках гестации (от 4 до 17 недель). Исследование проводили

на аппарате "MedisonSonoAec 8800" (Южная Корея), снабженного допплерометрическим блоком пульсовой волны, с помощью которого проводилось определение кровотока в маточных, спиральных и радиальных артериях.На первом этапе в ходе УЗИ устанавливали маточную беременность на основании визуализации плодного яйца с эмбрионом или без него в полости матки.Оценивали жизнедеятельность эмбриона по двум параметрам: наличию сердечной деятельности и двигательной активности. На следующем этапе проводили изучение экстраэмбриональных структур: наличие или отсутствие желточного мешка (в виде округлого тонкостенного анэхогенного образования, в непосредственной близости от эмбриона), амниотической оболочки (тонкой нежной мантии вокруг эмбриона), хориальной оболочки.

При математической обработке полученных результатов использовался персональный компьютер PENTIUM-5. В качестве основного программного обеспечения выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTIC A forWindows, Release 4.3 компании Stat.SoftInc., США (1993).

Результат и обсуждение

Клинико-статистическая оценка анамнеза пациенток с репродуктивными потерями показала, что:

наиболее частым сроком искусственного прерывания первой беременности являются 8-10 нед.

искусственный аборт в 2,6 раза увеличивает частоту воспалительных заболевший женской половой сферы, в то же время у пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью их частота возрастает в 5,5 раза.

у пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью в анамнезе отмечается удлинение интергенетического интервала, что, по всей видимости, связано со страхом повторной потери плода.

КОК не нашли должного применения у пациенток с искусственным прерыванием первой беременности. В большинстве случаев женщины (каждая вторая) для предупреждения нежелательной беременности пользуются барьерным методом (презерватив);

искусственный аборт в 4,5 раза, а самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность в 7,1 раза увеличивают частоту доброкачественных заболеваний молочных желез;

Анализ клинического течения настоящей гестации у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе свидетельствует, что: репродуктивные потери в анамнезе являются фактором, увеличивающим риск осложненного течения последующей беременности. Частота угрозы прерывания беременности возрастает в среднем в 3 раза, если между искусственным абортом и настоящей гестацией прошло менее 1 года. Риск потери второй беременности у пациенток с самопроизвольным прерыванием первой беременности составляет 11,9%, а вероятность формирования повторной замершей беременности составляет 5,8%, у женщин с искусственным абортом и неразвивающейся беременностью в анамнезе течение настоящей гестации достоверно чаще (в 2 и более раз) осложняется угрозой прерывания на протяжении всей беременности, а в группе с самопроизвольными выкидышами частота угрозы прерывания в I триместревозрастает в 7,2 раза, а во II - в 3,6, а в III триместре имеет местоу каждой седьмой. Длительная угроза прерывания беременности отмечалась в 2,6 раза чаще у повторнобеременных ($p<0,05$) после искусственного первого аборта и неразвивающейся беременности и в 5,4 раза - после самопроизвольного выкидыша.Нефропатия различной степени тяжести развивается в 1,4 раза чаще у повторнобеременных первородящих.У первобеременных пациенток с неосложненным течением беременности наиболее значимые и достоверные ($p<0,05$) различия активности выявились по ферменту АСЕ, уровень которого в плазме крови в первом триместре составил 0,020±0,0004 нмоль/мг, а пик его активности выявлен в третьем триместре беременности. - 0,056±0,006 нмоль/мг. Динамика изменения активности GLU была противоположной, то есть с увеличением срока беременности активность его в плазме крови уменьшалась. Максимальная активность этого фермента наблюдалась в первом триместре беременности (0,004+0,0008 нмоль/мг), во втором триместре она уменьшилась вдвое и составила 0,00210,0005 нмоль/мг, а к третьему триместру (0,001+0,0002 нмоль/мг) - вчетверо ($p<0,05$). То есть, с увеличением срока беременности в плазме крови, наряду с увеличением активности одного фермента (АСЕ), активность другого (GLU) снижалась [2,8]. Определение активности лизосомальныхэнзимов в I триместре у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе продемонстрировало неоднородность выявленных изменений, зависимую от характера осложнений настоящей беременности. Так, у 53 пациенток, чья беременность протекала с угрозой прерывания в первом триместре, активность обоих ферментов в плазме крови имела тенденцию к снижению по сравнению с физиологической беременностью. Активность GLU при угрожающем аборте практически в четыре раза уменьшалась ($p<0,05$) по сравнению с неосложненной беременностью и составила 0,001010,0001 нмоль/мг, активность АСЕ несколько снизилась (0,019±0,0002 нмоль/мг), хотя и не имела достоверных различий с неосложненнойбеременностью.В двух случаях диагностированной повторной неразвивающейся беременности активность GLU составила 0,0033+0,0002 нмоль/мг, но наиболее сильным было снижение АСЕ до 0,011+0,0005 нмоль/мг, причем, статистически значимое снижение сывороточного уровня ферментов отмечалось не только по сравнению с неосложненной беременностью, но и с угрозой прерывания беременности.

В сыворотке крови пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе, чья настоящая беременность протекала без угрозы прерывания в I триместре, отмечалось снижение активности фермента АСЕ, что, по всей видимости, является своего рода следовой реакцией после перенесенного самопроизвольного выкидыша и неразвивающейся беременности. Корреляционный анализ выявил сильные зависимости' активности лизосомальных ферментов от ПОЛ: между ПОЛ и АСЕ (r=+0,64) и ПОЛ и GLU (r=-0,64), что свидетельствует о повреждении и деструкции клеточных мембран продуктами свободнорадикального окисления.

Допплерометрическое исследование продемонстрировало постепенное снижение сопротивления кровотоку в МА, РА и СА на протяжении первого, начала второго триместра беременности. У пациенток с

самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью в анамнезе, чья настоящаябеременность протекала без угрозы прерывания, было выявлено отсутствие латерализации кровотока, что свидетельствовало о снижении интенсивности кровотока и может являться неблагоприятным прогностическим признаком. В то же время, у 29 пациенток, чья беременность протекала с угрозой прерывания, УЗИ с применением допплерометрии показало, что более чем у каждой второй женщины (57,1%) при оценке структуры хориона была выявлена его неоднородность, характеризующаяся наличием гипоэхогенных зон различной величины. Как правило, эти зоны локализовались либо в непосредственной близости к хориону (между миометрием и субхориальнойпластиной), либо были в самой структуре хориона. При использовании функции энергетического картирования по периферии гипоэхогенных структур определялся повышенный периферический кровоток.

Выводы

Для исхода беременности особую значимость имеет плацентарно-маточная область, поскольку структурное взаимодействие фетоплацентарных тканей и клеток с маткой определяет успешность и полноту важнейших процессов имплантации и дальнейшего состояния плода. Именно из-за этого мы считаем особенно важным включение пациенток с эхографическими признаками внутриутробного инфицирования в группу риска позволит избежать повторных репродуктивных потерь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве. // СПб.: ДЕАН. -2011.-400с.
2. Базовая М.Ю. Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис.канд. мед. наук. Москва. - 2013. - 12с.
3. Горин В.С., Серов В.Н., Жабин С.Г. и др. Пренатальная диагностика хромосомных заболеваний: новые направления и методы // Акуш. игинек. - 2011. -№1.-С.5-8.
4. Духина Т.А. Ультразвуковаядопплерометрия в динамике первого триместра беременности: Автореф. дисс.канд. мед. наук. - М. 2011. - 24с.
5. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
6. Калашникова Е.П., Федорова М.В. Недостаточность плаценты // Акуш. игинек. 2012.- №8. - С.57-59.
7. Керчелаева С.Б. Значение антител к фосфолипидам и фосфолипидсвязывающим белкам при неразвивающейся беременности// Рос.вестник акушера-гинеколога. 2003. - том 3, № 4. - С.11 - 16.
8. Куценко И.И., Гудков Г.В., Томина О.В. Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при различной активности аденомиоза // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2013. - Том 3, №5. - С.13-16.
9. Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. Алгоритм ведения пациенток с инфекционным генезом невынашивания // Материалы III -го Российского форума "Мать и дитя", Москва. 2011. - С. 109-110.
10. Махмудова А.Р., Хашаева Т.Х., Рамазанова И.В. и др. Внутриутробное инфицирование как фактор невынашивания беременности // Материалы III - го Российского форума "Мать и дитя", Москва. 2011. - С. 116-117.
11. Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. European journal of biomedical and pharmaceutical sciences. 2020. Vol-7, issue-6.

Поступила 09.11. 2020

УДК 617-089.5-053.2-036.21

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ КАК КОМПОНЕНТА АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Маматкулов И.Б., Бекназаров А.Б., Толипов М.Г.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье представлены результаты решения актуальной современной проблемы адекватности анестезиологического обеспечения при плановых хирургических вмешательствах у детей с абдоминальной патологией.

Калит сўзлар: особенности комбинированной мультимодальной анестезии, компонент антиноцицептивной защиты при абдоминальных вмешательствах у детей.

FEATURES OF COMBINED MULTIMODAL ANESTHESIA COMPONENT OF ANTINOCYCEPTIVE PROTECTION DURING ABDOMINAL INTERVENTIONS IN CHILDREN.

Fayziev O.Ya., Yusupov A.S., Mamatkulov I.B., Beknazarov A.B., Tolipov M.G.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ ***Rezume***

The article presents findings which may be useful for solving an urgent medical problem on the adequacy of anesthetic management during planned surgical interventions in children with abdominal pathology.

БОЛАЛАРДА КОМБИНИРЛАНГАН МУЛЬТИМОДАЛ АНЕСТЕЗИЯНИНГ АБДОМИНАЛ АРАЛАШУВИДАГИ АНТИНОЦИЦЕПТИВ КОМПОНЕНТ ХИМОЯСИ СИФАТИДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Файзиев О.Я., Юсупов А.С., Маматкулов И.Б., Бекназаров А.Б., Толипов М.Г.,

Ташкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада болаларда режали жарроҳлик амалиётларида замонавий долзарб адекват анестезиологик таъминоти муаммолари ечими тақдимотини натижаларни.

Калит сўзлар: болаларда комбинирланган мультимодал анестезия, абдоминал аралашувидаги антиноцицептив компонент ҳимояси сифатидаги хусусиятлари.

Актуальность

Антиноцицептивная система выполняет функцию "ограничителя" болевого возбуждения. Эта функция заключается в контроле за, активностью ноцицептивных систем и предотвращении их перевозбуждения. Проявляется ограничительная функция в увеличении тормозного влияния антиноцицептивной системы в ответ на нарастающий по силе ноцицептивный стимул. Защита больных от операционной травмы и адекватность анестезии продолжает оставаться в центре внимания анестезиологов. [1,2,3]. Оптимальную эпидуральную анальгезию с применением бупивикаина, способна обеспечить наибольшей мере отвечающая принципу мультимодального подхода: "максимум эффекта - минимум побочных проявлений". [4,5,6]. Приблизиться к решению проблемы адекватности послеоперационного обезболивания можно, лишь реализуя в клинике концепцию комбинированной мультимодальной анестезии, предусматривающей одновременное назначение минимальных доз двух и более анальгетиков, обладающих различными механизмами действия и позволяющих достичь адекватной анальгезии при минимуме побочных эффектов. [7,8,9].

В настоящее время врачи имеют возможность воздействовать на каждый этап механизма формирования боли. Нарушение гемодинамики, детского организма при анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии встречается довольно часто, поскольку не разработано четких критериев для прогнозирования этих нарушений [10,11,12].

Приблизиться к решению проблемы адекватности послеоперационного обезболивания можно, лишь реализуя в клинике концепцию мультимодальной анестезии, предусматривающей одновременное назначение двух и более анальгетиков и методов обезболивания, обладающих различными механизмами действия и позволяющих достичь адекватной анальгезии при минимуме побочных эффектов [13,14,15].

В огромной, решающей, степени успех в лечении у детей хирургических заболеваний зависит не столько от детских хирургов, сколько от врачей анестезиологов проводящий наркоз. [16,17]. Это резко затрудняет последующее хирургическое вмешательство, ухудшает его результаты, а нередко является основной причиной инвалидизации и даже смерти ребенка. [18,19,20]. Поэтому предложенные методические рекомендации четко определяют не только вариант анестезиологического пособия, но и тактические сферы при абдоминальных операциях у детей. Детская анестезиология имеет немало отличий от взрослой анестезиологии. Они связаны с анатомо-физиологическими особенностями организма. [21,22].

Этот минимум нежелательных последствий достигается применением низких дозировок вводимых препаратов. Данная методика обеспечивает лучшие ранние результаты хирургической коррекции внутрибрюшной резекции в абдоминальной хирургии и меньшее количество осложнений [23,24,25]. Анализируя, имеющиеся литературные данные, можно отметить, что многие вопросы и проблемы анестезии, при проведении абдоминальных операции с внутрибрюшной резекции у детей ещё остаются далеко нерешенными, поиск повышения эффективности анестезиологической защиты пациента во время хирургических вмешательств, продолжает оставаться актуальной проблемой. [26,27,28,29,30].

Целью исследования было изучение оценка эффективности показателей гемодинамики и биопотенциалы головного мозга у детей с использованием комбинированной мультимодальной анестезии в сочетании ЭА при абдоминальных операциях.

Материал и методы

В процессе исследования изучены показатели 76 детей (возрасте от 3 до 17лет), подвергнувшиеся плановым оперативным вмешательствам на органах брюшной полости брюшно промежностная проктопластика (БППП) с различными модификациями: наложение гастро-энтеро, энтеро-энтеро анастомозы, резекции язвы кишечника с различными признаками периоперационного болевого синдрома (табл.1).

Таблица 1.

Распределение больных по характеру и виду оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	1-гр	2-гр	всего
1.Реконструктивно-восстановительные операции при пороках развития и заболевания органов ЖКТ.	2	2	4
2. Холецистэктомии.	1	2	3
3. Наложения ДСРА и мезокавального анастомоза при портальной гипертензии (Спленэктомия).	2	1	3
4. Эхинококэктомии печени.	3	4	7
5. Брюшно-промежностная проктопластика	3	8	11
6. Трансанальное низведение сигмовидной кишки	4	1	5
7. Энтерокистома брюшной полости.	1	2	3
Всего	16	20	36

Из таблицы 1 видно, что выполнены следующие оперативные вмешательства: реконструктивно-восстановительные операции при пороках развития и заболевания органов ЖКТ у 4, холецистэктомии у 3, наложения ДСРА и мезокавального анастомоза при портальной гипертензии у 3, эхинококэктомии печени у 7, Брюшно-промежностная проктопластика у 11, Трансанальное низведение сигмовидной кишки у 5 и энтерокистома брюшной полости у 3 пациентов.

По физическому статусу все больные соответствовали 3-4 классам ASA. Этапы исследования: до операции, премедикация, вводный период, период поддержки, период пробуждения.

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от метода премедикации и анестезии

1-гр	Атропин 0,1%-0,1мг/кг Сибазон 0,5%-0,3мг/кг Кетемин 5%-5мг/кг кетопрофен-1мг/кг	Сибазон - 0,5мг/кг Профол - 2мг/кг Фентанил - 3мкг/кг Ардуан - 0,06мг/кг	Профол - 5мг/кг/час Фентанил - 5мкг/кг/час
2-гр	Атропин 0,1%-0,1мг/кг Сибазон 0,5%-0,3мг/кг, Кетамин 5%-5мг/кг, Кетопрофен - 1мг/кг	Профол - 2мг/кг Фентанил - 1мкг/кг ЭА - бупивакаин -2 мг/кг	Профол - 2мг/кг/час Бупивакаин - ЭА1мг/кг

Проводилось исследование центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ), на аппарате APLIO 500 "TOSHIBA" (JAPAN). Контролировали показатели АД среднее (АДср), ЧСС, центрального венозного давления (ЦВД), кровопотери, уровня гемоглобина. Проводилась расчёт показателей центральной гемодинамики: ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы, средне динамическое давление (СДД), удельное периферическое сопротивление (УПС), частота сердечных сокращений (ЧСС) и фракция изгнания (ФИ). ЭЭГ исследование проводились интраоперационно на электроэнцефалографе Digital Brain Electric Activity Mapping KT88-2400. Запись производилась в лобно-затылочных отведениях с использованием игольчатых электродов.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов параметрического анализа. Данные представлены в виде средней арифметической показателя (M) с указанием ошибки средней (m). Для суждения о достоверности и достоверности различий анализируемого показателя между сравниваемыми группами использовали t-критерий Стьюдента. Уровень достоверности коэффициента оценивали стандартным способом и считали приемлемым при $p \leq 0,05$.

Результат и обсуждение

Показатели гемодинамики на первом этапе у больных детей первой группы, особо не отличающиеся от показателей второй группы исследуемых больных. В целом ЭЭГ носила характер смешанных ритмов из-за вариабельности ритмов ЭЭГ в детском возрасте

Однако, во втором (премедикационный фон) этапе, при сравнительном анализе оценки частоты сердечной сокращении (ЧСС), между двумя группами в зависимости от вводимых в эпидуральное пространство препаратов анальгезия появлялась в разные сроки. Эффективность ее была различной, в данном этапе у второй группы пациентов показатель ЧСС была меньше на 12,2% по сравнению с таковыми, отмеченными у больных первой группы (p>0,05). На ЭЭГ регистрировались альфа-вольны амплитудой до 50мкВ, бета-вольны амплитудой до 20 мкВ, появлялись группы низкочастотных волн, преимущественно тета-диапазона. Холинолитический эффект премедикации привёл к увеличению показателя ЧСС по сравнению аналогичным показателем дооперационного периода. Отмечалось уменьшение показателей - среднее диастолическое давление (СДД) на 3,57% и ударное периферическое сопротивление (УПС) на 8,61%, за счёт периферической вазодилятации и компенсировались умеренным увеличением ЧСС на 4,8%.

На этапе индукции ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ) и СДД возросли соответственно на 9,45%, 5,16% и 18,16%. Незначительно по сравнению с этапом премедикации увеличилась фракция изгнания (ФИ) на 1,01%. А также, показатель УПС снизилась на 14,27%. Через 15 мин после интубации трахеи по сравнению с предыдущим этапом исследования показатель СИ достоверно уменьшилась на 16,2%. При этом, показатель УПС повысилась на 28,75%. Остальные показатели изменились незначительно. На ЭЭГ амплитуда альфа-волн увеличивалась, при этом их частота имела тенденцию к снижению. После введения фентанила и пропофола амплитуда бета-волн уменьшилась, с тенденцией увеличения частотной характеристики, отмечалась перестройка БЭА мозга, выражавшаяся в появлении медленных тета- и дельта-волн, сглаживании пика альфа-волн во всех отведениях.

На этапе разреза кожи отмечалось невыраженное отличие показателей центральной гемодинамики по сравнению с предыдущим этапом исследования. Увеличились показатели ЧСС на 3,49% и СДД на 4,12%. На всех последующих этапах операции показатели центральной гемодинамики оставались стабильными Систолическое и диастолическое давление в течение периода поддержания анестезии существенно не изменялось по сравнению с показателем исходного периода. Показатель ЧСС достоверно не изменялась, тоны сердца оставались ясными, пульс на периферических сосудах удовлетворительного наполнения и напряжения. На ЭЭГ во всех отведениях регистрировалось уменьшение диапазона быстрых волн с замещением медленной активности, нарастанием амплитуды дельта-волн. Волны располагались билатерально синхронно, без четкого пространственного распределения. Уменьшалась частота тэта-волн.

Период пробуждения был непродолжительным и колебался от 15 до 35 минут в зависимости от продолжительности операции. При более продолжительных операциях использование (бупивакаина), как компонента ЭА у больных первой группы, позволяло обеспечит длительный анальгетический компонент не только интраопреационно, но и в послеоперационном периоде. На ЭЭГ в периоде пробуждения наблюдалось постепенное исчезновение дельта-ритма, снижение амплитуды регулярного тета-ритма, увеличение амплитуды бета-волн и частоты альфа-волн. В большинстве случаев к концу операции более старшие дети экстубированы относительно быстро. Отмечалось восстановление мышечного тонуса, реакции зрачков на свет. Тоны сердца оставались ясными, показатель ЧСС увеличивалась на 15,43% и отмечалась тенденция к повышению А/Д (табл.2).

Таблица 3.

Изменения показателей ЧСС и АД. 1(в числителе) и 2(в знаменателе).

показатели	исход	премедикация	Вводный период	Травматичный момент операции	Конец операции
ЧСС	103,2±1,8 102,9±1,7	119,2±2,1* 116,8±1,7	113,9±1,9* 111,1±1,7	114,4±1,9* 112,8±1,6	115,5±1,7* 114,6±1,1
АДс (мм.рт.ст.)	106,8±1,37 103,1±1,34	108,5±1,51 107,3±1,64	107,3±1,44 105,2±1,50	107,25±1,44 106,2±1,55	108,1±1,1 106,1±1,2
АДд (мм.рт.ст.)	67,63±1,07 65,1±1,30	69,63±1,17 69,1±1,66	66,75±1,13 64,75±1,60	66,38±1,16 66,00±1,63	70,50±1,1 69,30±1,8

Примечание: * достоверность различий показателей по сравнению с исходным (p?0,01)

На этом этапе картина ЭЭГ была похожи с предыдущей группой, так как им проводилась аналогичная стандартная премедикация.

Как видно из таблицы 3, показатели центральной гемодинамики второй группы характеризовались некоторыми особенностями. На фоне премедикации отмечалось увеличение ЧСС на 15,52% и уменьшение УПС на 20,74% по сравнению с аналогичными показателями дооперационного периода. Изменение других показателей было незначительными. На ЭЭГ во всех отделах мозга отмечались гиперсинхронизированные бета-волны, при этом, тета-волны оставались постоянными. Отсутствовали регионарные отличия волн.

На этапе вводного периода, на фоне введения лидокаина в эпидуральное пространство, изучаемые показатели гемодинамики (за исключением УПС) характеризовались уменьшением по сравнению с таковыми, отмеченными на этапе премедикации, соответственно: УИ, СДД, СИ, ФИ и ЧСС на 14,21% (P≤0,05),3,98% 8,57%, 4,19% и 2,79%. Показатель УПС

Таблица 4.

Сравнительная оценка динамики показателей центральной гемодинамики (M±m.)

Показа-тели	Динамика показателей на этапах исследования									
	1-й этап		2-й этап		3-й этап		4-й этап		5-й этап	
	1-гр.	2-гр.	1-гр.	2-гр	1-гр.	2-гр.	1-гр.	2-гр	1-гр.	2-гр
УП	15,01±0,77	17,54± 1,38	14,30± 0,61	17,22± 1,42**	15,20±0,52	16,55± 1,15	15,22±0,93	16,99± 1,03	16,41± 0,31	17,78± 1,21
ФИ	67,82±0,56	66,25± 2,14	67,31± 1,01	65,45± 3,13**	66,55±0,5	64,98± 3,01*	65,32±1,13	64,78± 2,99*	69,03± 1,01	67,39± 2,7
ЧСС	120,1±3,71	118,8± 4,78	120,1± 3,05	127,5±5,23*	121,3±2,99	130,9± 2,64*	120,1±3,01	133,8± 3,22	125,7± 2,22	136,4± 2,98
УИ	39,21±1,66	40,33± 1,31	39,26± 1,19	39,34±1,22	38,01±1,20	37,99± 1,12	38,22±1,11	42,91± 1,27	40,01± 3,00	41,90± 1,81
СДД	79,16±1,71	78,19± 2,24	79,01± 1,66	78,45±2,21	82,21±2,03	84,67± 2,67*	81,44±1,23	84,69± 2,23*	82,34± 1,28	83,45± 2,34
СИ	3,90±0,21	4,82±0,31	4,16± 0,22	5,12±0,27	3,99±0,21	4,41± 0,22	3,98±0,19	5,34± 0,25**	4,01± 0,22	4,81± 0,19

Примечание: * - p <0,05; ** - p <0,01 - достоверно по сравнению с нормой; " p <0,01 достоверно по сравнению с исходными значениями; ?p <0,05; ? ?p <0,01 - достоверно по сравнению с II группой.

возрастало на 17,97%. Через 15 мин после интубации трахеи наблюдалось достоверное увеличение показателя УИ на 20,44%, СИ на 21,65% и СДД на 8,53%, при этом, отмечалось уменьшение показателя УПС на 13,76% и тенденция к уменьшению показателя ФИ.

На этапе разреза кожи по сравнению с предыдущим этапом исследования отмечалось увеличение показателя СДД на 6,52%, ЧСС на 8,49%, СИ на 12,84% и УПС 13,44%. Травматичный этап характеризовался увеличением АДс на 3,72% и АДд на 4,34%. Другие показатели изменялись незначительно. На ЭЭГ на фоне периодического появления низкочастотного тета-диапазона наблюдалась стимуляция высокочастотной составляющей, преимущественно бета-волн с некоторым уменьшением ее амплитуды. Минимальные изменения показателей наблюдались в конце операции.

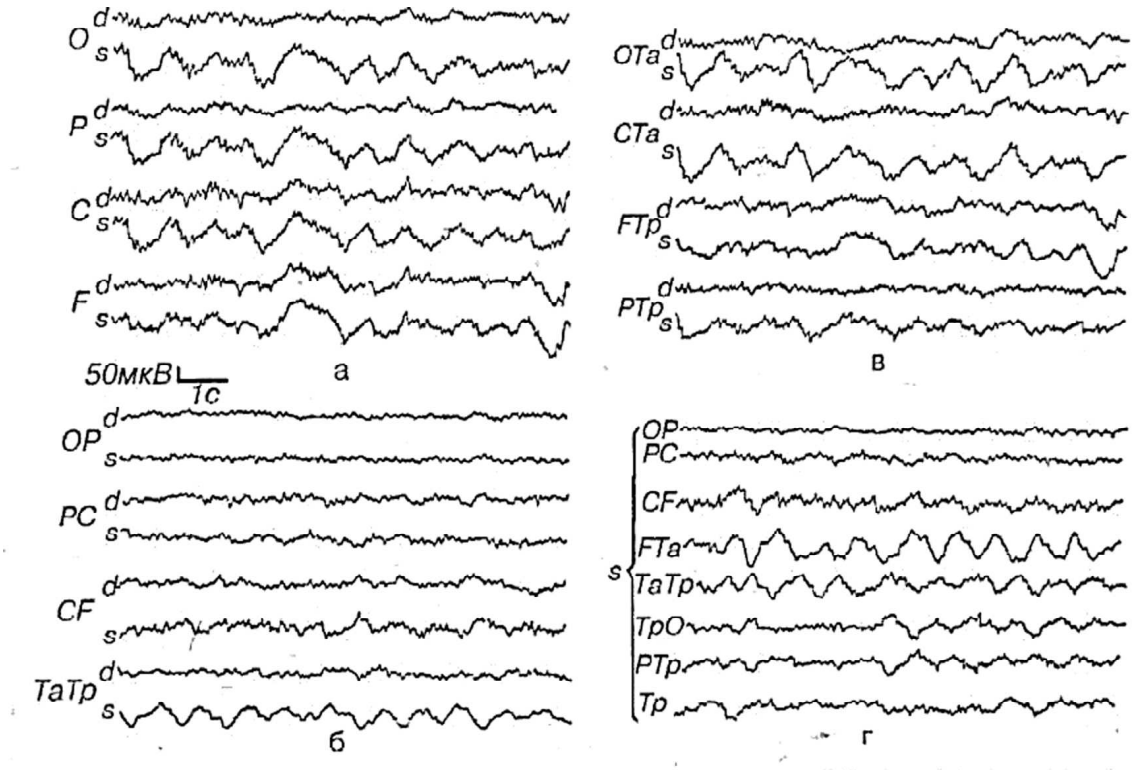


Рис.1. Пример определения локализации очага по ЭЭГ. а - монополярное отведение, синфазные δ-волны по всем отведениям слева; б- биполярные продольные отведения; δ-волны. в - поперечные и диагональные отведения; δ-волны явно преобладают в левой передневисочной области; г - отведения цепочкой. δ-волны явно преобладают в левой височной области и в отведениях, включающих общий электрод Та, имеют противоположные фазы.

На этом этапе картина ЭЭГ была похожи с предыдущей группой, так как им проводилась аналогичная стандартная премедикация.

На этапе пробуждения у пациентов второй группы, отмечалось увеличение показателя УИ на 9,7%, а в первой группе пациентов отмечалось уменьшение УИ на 1,1%, СИ на 12,2% и УИ на 2,2%. На ЭЭГ в периоде пробуждения регистрировались непостоянные десинхронизированные тета-волны, а также доминирующие регулярные высокочастотные волны, достигающие исходных величин. Результаты показывают незначительные изменения показателей центральной гемодинамики, характезирующих сохранность производительности сердца. Комбинированная мультимодальная анестезия на основе применения малых доз пропофола, фентанила в сочетании ЭА благоприятно влияет на основные параметры центральной гемодинамики и на абдоминальных оперативных вмешательствах у детей.

При проведении методики КММА препараты, обладали тенденцию к гипотензии. В связи с этим, была проведена интраоперационная инфузионная терапия (ИТ) в обеих группах исследуемых больных. В первой группе больных скорость ИТ составляла 15-20 мл/кг/час, во второй группе больных - 17 - 22 мл/кг/час. Во второй группе больных учитывая относительно большего дефицита ОЦК, восстановление производилось препаратами ГЭК в дозе 10 мл/кг и солевыми растворами. При этом, гемодинамика сохранялась малоизмененной.

Таким образом, можно констатировать, что в подавляющее большинство детей основной группы достаточно благополучно перенесли абдоминальные вмешательства, вероятно, этому способствовал исходно выбранный метод анестезии. С этой позиции, весьма интересно позитивное влияние КММА и проводимая ИТ на показатели центральной гемодинамики при абдоминальных операциях у детей.

Заключение

Проведенные нами исследования свидетельствуют, что эффективным способом купирования интраоперационного болевого синдрома у детей является КММА на основе применения малых доз препаратов: профол, фентанил, ЭА бупивакаином в сочетании с севораном, которая обеспечит эффективную анестезиологическую защиту детского организма от операционной травмы.

КММА отвечает всем требованиям, которые предъявляет современная детская анестезиология, обеспечивающая стабильность общего состояния больных, показателей центральной гемодинамики без подавления биоэлектрической активности головного мозга и соответственно успешное выполнение абдоминальных операций у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксельрод Б.А. Время прохождения пульсовой волны: очередная попытка неинвазивного измерения сердечного выброса / Б.А. Аксельрод, И.А. Толстова, Т.А. Пшеничный [и др.] // Анестезиол и реаниматол - 2016. - Т.61 - №3. - С.178-82.
2. Александрович Ю.С., Суханов Ю.В., Волыхин И.В. Оценка эффективности парацетамола как компонента комбинированной анальгезии у детей в послеоперационном периоде // Анестезиология и реаниматология, 2009.-N 1.-С.58-62.
3. Багаев В.Г., Арсеньева Е.Н., Лукьянов В.И., Быков М.В., Сабинина Т.С., Амчеславский В.Г., Пинелис В.Г. Изменения маркеров нейронального повреждения при анестезиях ксеноном и севофлураном у детей //Российский педиатрический журнал, 2015.-N 1.-С.25-29.
4. Брагина Т.А., Сафронов Б.Г., Александров А.Е., Волков И.Е. Использование метода регистрации длиннолатентных слуховых вызванных потенциалов в оценке гипнотического компонента анестезиологического пособия у детей //Детская хирургия, 2017.-N 4.-С.193-196.
5. Шарипова В.Х. Оценка адекватности мультимодальной аналгезии в периоперационном периоде при длительных травматичных оперативных вмешательствах // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2015. - № 3. - С. 16-22
6. Manworren RC, McElligott CD, Deraska PV, Santanelli J, Blair S, Ruscher KA, Weiss R, Rader C, Finck C, Bourque M, Campbell B.Efficacy of Analgesic Treatments to Manage Children's Postoperative Pain After Laparoscopic Appendectomy: Retrospective Medical Record Review.AORN J. 2016 Mar;103(3):317.e1-11. doi: 10.1016/j.aorn.2016.01.013.
7. Kishore K., Agarwal A., Gaur A.Acute pain service // Saudi J. Anaesth. 2011. - Vol. 5, N. 2. - P. 123-124
8. Koller H, Zenner J, Gajic V, Meier O, Ferraris L, Hitzl W. The impact of halogravity traction on curve rigidity and pulmonary function in the treatment of severe and rigid scoliosis and kyphoscoliosis: a clinical study and narrative review of the literature. Eur Spine J. 2012; 21:514-529.
9. Koptan W, El Miligui Y. Three-staged correction of severe rigid idiopathic scoliosis using limited halogravity traction. Eur Spine J. 2012;21(6):1091-1098.
10. Helenius I, Mattila M, Jalanko T. Morbidity and radiographic outcomes of severe scoliosis of 90o or more: a comparison of hybrid with total pedicle screw instrumentation. J Child Orthop. 2014;8(4):345-352.
11. Teixeira da Silva LE, de Barros AG, de Azevedo GB. Management of severe and rigid idiopathic scoliosis. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2015;25(1):7-12.
12. Медведева Л.А., Загорулько О.И., Белов Ю.В. Хроническая послеоперационная боль: современное состояние проблемы и этапы профилактики. Анестезиология и реаниматология. 2017;62(3):185-190.
13. Ежевская А.А., Прусакова Ж.Б., Гостенко А.М., Белова А.Н. Хирургический стресс-ответ и когнитивная дисфункция при операциях на позвоночнике: роль эпидуральной аналгезии. Анестезиология и реаниматология. 2017;62(3):185-190.
14. Соленкова А.В., Лубнин А.Ю., Коновалов Н.А., Асютин Д.С., Дзюбанова Н.А., Поддубская А.А. и др. Послеоперационная продленная эпидуральная аналгезия при спинальных нейрохирургических вмешательствах часть 1. Анализ эффективности и безопасности применения продленной эпидуральной аналгезии в сравнении с традиционными схемами послеоперационного обезболивания при спинальных нейрохирургических вмешательствах. Анестезиология и реаниматология. 2017;62(3):172-177.
15. Соленкова А.В., Лубнин А.Ю., Коновалов Н.А., Королишин В.А., Асютин Д.С., Мартынова М.А. и др. Послеоперационная продленная эпидуральная аналгезия при спинальных нейрохирургических вмешательствах часть 2. Влияние продленной эпидуральной аналгезии на общий воспалительный стресс-ответ. Анестезиология и реаниматология. 2017;62(3):178-184.
16. Уколов К.Ю., Айзенберг В.Л., Аржакова Н.И. Эпидуральная аналгезия морфином при оперативном лечении сколиоза. Вестник интенсивной терапии. 2017;(1):32-36.
17. Acharya S, Palukuri N, Gupta P, Kohli M. Transcranial motor evoked potentials during spinal deformity corrections-safety, efficacy, limitations, and the role of a checklist. Front Surg. 2017;13(4):8.
18. Aleem AW, Thuet ED, Padberg AM, Wallendorf M, Luhmann SJ. Spinal cord monitoring data in pediatric spinal deformity patients with spinal cord pathology. Spine Deform. 2015;(3):88-94.
19. Kobayashi K, Imagama S, Ito Z, Ando K, Hida T, Ito K, et al. Transcranial motor evoked potential wave form changes in corrective fusion for adolescent idiopathic scoliosis. J Neurosurg Pediatr. 2017;19(1):108-115.

20. Gibson PRJ. Anaesthesia for correction of scoliosis in children. Anaesth Intensive Care. 2004;32(4):548-559.
21. Jameson LC. Transcranial motor evoked potentials. In: Koht A, Sloan TB, Toleikis JR. (eds.). Monitoring the Nervous System for Anesthesiologists and Other Health Care Professionals. New York: Springer; 2012;27-45.
22. Рябых С.О. Применение двойного деротационного маневра для коррекции сколиозов тяжелой степени. Гений ортопедии. 2013;(4):71-75.
23. Рябых С.О., Савин Д.М. Возможности оперативного лечения кифоза III типа методом "Pedicle subtraction osteotomy". Гений ортопедии. 2013;(1):120-123.
24. Рябых С.О., Савин Д.М., Медведева С.Н., Губина Е.Б. Опыт лечения нейрогенных деформаций позвоночника. Гений ортопедии. 2013;(1):87-92.
25. Скрипников А.А., Сайфутдинов М.С., Рябых С.О., Криворучко Г.А., Шеин А.П. Балльная оценка результатов интраоперационного нейромониторинга при оперативной коррекции деформаций. Травматология и ортопедия России. 2015;4(78):53-61.
26. Гайдышев И.П. Анализ и обработка данных: специальный справочник. СПб.: Питер; 2001.
27. Трембач Н.В. Анестезия у пациентов с сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы: обзор литературы. Вестник интенсивной терапии. 2017;(3):19-34.
28. Хить М.А., Колесов С.В., Колбовский Д.А., Морозова Н.С. Роль интраоперационного нейрофизиологического мониторинга в предотвращении развития послеоперационных неврологических осложнений в хирургии сколиотической деформации позвоночника. Нервно-мышечные болезни. 2014;(2):36-41.
29. Мороз В.В., Рыжков И.А. Острая кровопотеря: регионарный кровоток и микроциркуляция (обзор, часть 1). Общая реаниматология. 2016;12(2):66-89.
30. Мороз В.В., Рыжков И.А. Острая кровопотеря: регионарный кровоток и микроциркуляция (обзор, часть 2). Общая реаниматология. 2016;12(5):65-94.

Поступила 09.11. 2020

UDC 618.173:616.13-004.6:615.322

CLINICAL SYNDROME IN EARLY POSTMANOPAUZE: SYSTEM METABOLIC CHANGES AND THEIR NEGORMONAL CORRECTION

Yuldasheva A.S.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

According to modern research, the imperfect adaptation of the body to the physiological shutdown of ovarian function in the climacteric period leads to the development of menopausal syndrome (COP) in 35-80% of women.

According to the forecasts of the World Health Organization, with an increase in life expectancy by 2020, about a third of life a woman will be in post-menopause.

Key words: climacteric period, ovary, postmenopause, non-hormonal correction.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ: СИСТЕМНЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИХ НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Юлдашева А.С.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

По данным современных исследований несовершенная адаптация организма к физиологическому выключению функции яичников в климактерический период приводит к развитию климактерического синдрома (КС) у 35-80% женщин.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения с увеличением продолжительности жизни к 2020 году около трети жизни женщина будет находиться в постменопаузе.

Ключевые слова: климактерический период, яичник, постменопауза, негормональная коррекция.

ЭРТА ПОСТМЕНОПАУЗАДА КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМ: ТИЗИМЛИ МЕТАБОЛИК ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИ НОГОРМОНАЛ КОРРЕКЦИЯСИ

Юлдашева А.С.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Замонавий изланишлар натижаларига кўра, климактерик даврда тухумдон фаолиятига боғлиқ бўлган функциялар, организмни ушбу ғолатга мослашиши жараёни биргаликда климактерик синдром деб аталади. Климактерик синдром 35 - 80% аёлларда учрайди.

БЖССТ тахминларига кўра, 2020 йилларда климактерик синдромни ўтказган ва постменопаузага чалинган аёллар кўрсаткичи ортиб боради.

Калит сўзлар: климактерик давр, тухумдон, постменопауза, ногормонал коррекция.

The urgency of the problem

According to modern studies, the imperfect adaptation of the body to the physiological shutdown of ovarian function during the climacteric period leads to the development of climacteric syndrome (CS) in 35-80% of women. According to the forecasts of the World Health Organization, with an increase in life expectancy by 2017, about a third of a woman's life will be in postmenopausal women [1,3,5]. Therefore, it is important to study the physiological and pathological processes in a woman's body during the transition from reproductive age to old age and to ensure health, and, consequently, the quality of life, professional and social activity of women of this age [4].

In postmenopausal women, the incidence of ischemic heart disease increases 3 times, stroke 7 times [3,6], and the incidence of postmenopausal osteoporosis is 85% of all cases of primary osteoporosis [1,2,4]. In this regard, one of the components of the modern strategy for the treatment of CS is the effective correction of early climacteric disorders (neuro-vegetative and psycho-emotional), developing in the first years after menopause, and at the same time the earliest possible correction of metabolic disorders leading to late complications of menopause. period - osteoporosis and atherosclerosis [5]. To date, significant advances have been made in the correction of the knee joint with the help of hormone replacement therapy (HRT). Numerous studies have shown that the use of HRT reduces the severity of vasomotor and depressive disorders, reduces the risk of osteoporosis, coronary heart disease, atrophic vaginitis, degenerative processes in the urethra and bladder [1,5,6]. However, along with these facts about the effectiveness of HRT, information appeared about the possible risks associated with its use, including the development of breast and uterine cancer, with long-term use - endometrial cancer and thromboembolism [4]. In European countries, the fear of an increase in the frequency of estrogen-dependent cancers is the main reason for refusing HRT [1].

In this regard, the use of herbal preparations and selective estrogen modulators is recognized as promising for the correction of CS. It has been established that these agents are capable of providing positive therapeutic and

prophylactic effects without the risk of developing cancer in the reproductive organs and with minimal adverse reactions (Ovsyannikova T.V., 2004). Despite the increased attention of specialists in the field of menopause to the use of phytoestrogens and phytohormones, their effectiveness in relieving certain symptoms of CS and the mechanisms of influence on metabolic changes in bone tissue, atherogenic factors and endothelial function in women with CS have been insufficiently studied.

The aim of the study is to increase the effectiveness of the treatment of climacteric syndrome and the correction of metabolic disorders in the early period of natural postmenopause by using phytohormones.

Materials and methods

A randomized, parallel, simple-blind, placebo-controlled study enrolled 88 women with CS of a typical course that developed against the background of natural postmenopause lasting from 1 to 5 years. None of the women with CS had taken hormonal or non-hormonal drugs to correct climacteric disorders prior to participating in the study. In order to identify postmenopausal metabolic changes, a group of 30 premenopausal women was formed, whose average age was close to the age of women with CS.

The exclusion criteria were: extragenital pathology of moderate or severe degree, oncological diseases of any localization, bleeding from the genital tract of unknown etiology, endometrial pathology, hysterectomy in history, surgery on the uterine appendages, woman's unwillingness to participate in the study.

The choice of the duration of postmenopause from 1 to 5 years is due to the fact that it is during this period that the clinical symptoms of CS that most significantly affect the quality of life develop, and, on the other hand, there may be preclinical disorders in the cardiovascular system and bone tissue, early correction of which may be effective in preventing osteoporosis and atherosclerosis.

Research results

The results of the study showed that in the first five years of natural postmenopause, CS is clinically manifested mainly by neurovegetative (in 100% of women) and psycho-emotional disorders (in 73.9% of women). The incidence of psycho-emotional disorders 3-5 years after menopause is higher than in the first two years (89.1% and 33.3%, respectively, $p < 0.001$). The most frequent complaints were hot flashes (100%), sweating (100%), sleep disturbances (39.8%), drowsiness (40.9%), irritability (72.7%), and depressed mood (56.9%).), as well as fatigue (69.3%).

Predictors of the development of severe CS in the postmenopausal period of 3-5 years were hot flashes and sweating 1-2 years before menopause (RR = 1.6; CI 1.4 ÷ 1.9; p = 0.045), the absence of a period of disturbance preceding menopause menstrual function (RR = 1.7; CI 1.3 ÷ 2.1; p = 0.038). The severity of CS did not depend on the duration of postmenopause, the concentration of pituitary-ovarian hormones (LH, FSH, progesterone, estradiol) in the blood, however, it positively correlated with the number of chronic extragenital pathologies (rs = 0.38, p = 0.024).

After 3 months of treatment, a decrease in the total MMI was revealed by 35%, after 6 months - by 49% without changes in the subsequent period of treatment against the background of the absence of a significant decrease when taking placebo

Conclusions. In the first five years of natural postmenopause, climacteric syndrome is clinically manifested mainly by neuro-vegetative (in 100% of women) and psycho-emotional disorders (in 74% of women), which reduce the physical and psychological components of the quality of life and are most severe in women with chronic extragenital diseases.

Predictors of severe climacteric syndrome in the first five years of natural postmenopause are hot flashes and sweating 1-2 years before menopause (relative risk 1.4 ? 1.9), absence of the period of menstrual dysfunction preceding menopause (relative risk 1.3 ÷ 2,1).

In patients with climacteric syndrome in the early postmenopausal period, compared with premenopausal women, there is a complex of systemic metabolic disorders associated with the development of osteopenia and osteoporosis: an increase in the rate of bone tissue remodeling with an imbalance in bone resorption markers - C-terminal telopeptides of type I collagen (increase in 5.4 times) and the formation of bone tissue - osteocalcin (an increase of 56%) - in combination with an increase in the level of calcitonin and blood plasma phosphates.

LIST ENT LITERATURE:

1. Akker L.V. An alternative method of treating menopausal syndrome in perimenopause / L.V. Acker, D.V. Yelchaninov // Modern technologies of restorative medicine: materials of the jubilee regional scientific-practical. conf. - Belokurikha, 2007. -- S. 40-42.
2. Yelchaninov D.V. Clinical evaluation of the herbal preparation "Klimadinon" / D.V. Yelchaninov // Topical issues of restorative medicine, physiotherapy, balneology: materials of the anniversary regional scientific-practical. conferences. - Barnaul, 2008. -- S. 125-126.
3. Yelchaninov D.V. Influence of the herbal preparation "Klimadinon" on hemostasis indices / D.V. Yelchaninov // Topical issues of restorative medicine, physiotherapy, balneology: materials of the anniversary regional scientific-practical. conferences. - Barnaul, 2008. - P. 126-127.
4. Akker L.V. Experience of using the drug climadinon in women with climacteric syndrome, type 2 diabetes mellitus / L.V. Akker, O. V. Stefanovskaya, N.V. Leonova, D.V. Yelchaninov // Actual issues of reproductive health of women: materials of regional scientific and practical. conferences. - Belokurikha, 2008.-- S. 9-12.
5. Yelchaninov D.V. Laboratory indicators of increased cardiovascular risk in women with climacteric syndrome / D.V. Yelchaninov, E.B. Ivanova, O. G. Simonova [et al.] // Clinical laboratory diagnostics. - 2008. - No. 9. - P. 60.
6. Yelchaninov D.V. Indicators of hemorheology and hemostasis in the treatment of perimenopausal disorders with "climadinon" / D.V. Elchaninov, L.V. Akker // Topical issues of women's reproductive health: scientific and practical materials. conf. - Belokurikha, 2008. -- S. 55-57.
7. Yelchaninov D.V. Psychosomatic disorders in women with climacteric syndrome in the early postmenopausal period / D.V. Elchaninov, L.V. Akker, I.V. Smagina, A.O. Gridina // Bulletin of Siberian Medicine. - 2009. - T. 8, No. 3 (2). - S. 100-103.

Entered 09.11. 2020

УДК 616−097+616−056.43(072)

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Абдулхакова Раънохон Мухтаралиевна,

Кафедра пропедевтики детской болезни и поликлинической педиатрии,
Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Проблема хронических неаллергических воспалительных заболеваний легких (ХВЗЛ) у детей остается одной из наиболее сложных в современной педиатрии. Хроническая патология легких включает в себя как приобретенные заболевания бронхолегочной системы, сформированные на основе первоначально интактной легочной ткани, так и состояния, являющиеся следствием врожденной и наследственной патологии легких.

Поражение одной из систем жизнеобеспечения, а именно, системы дыхания, ассоциировано с постоянным интоксикационным синдромом, гипоксией, изменениями в системе иммунитета, что ведет к ранней инвалидизации больных, необходимостью постоянного проведения лечебных мероприятий, снижению продолжительности жизни.

Ключевые слова: иммунная система, детской возраст, патология легких, аллергия.

БОЛАЛАРДА ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ НОАЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ИММУНОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Абдулхакова Раънохон Мухтаралиевна,

Болалар касалликлари пропедевтикаси ва поликлиник педиатрия кафедраси,
Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Болалардаги сурункали аллергик бўлмаган яллиғланишли ўпка касаллиги (ХБЗЖИ) муаммоси замонавий педиатрияда енг қийин муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Сурункали ўпка патологияси бронх-ўпка тизимининг дастлабки бузилмаган ўпка тўқималари асосида ҳосил бўлган касалликларини ва ўпканинг туғма ва ирсий патологияси натижасида юзага келадиган касалликларни ўз ичига олади.

Ҳаётни қўллаб-қувватловчи тизимлардан бирининг, яъни нафас олиш тизимининг мағлубияти доимий интоксикация синдроми, гипоксия, иммунитет тизимидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, бу беморларнинг ерта ногиронлигига, доимий терапевтик тадбирларга еҳтиёж ва умр кўриш давомийлигининг пасайишига олиб келади.

Калит сўзлар: иммунитет тизими, болалик, ўпка патологияси, аллергия.

IMMUNOLOGICAL CHANGES IN CHRONIC NONALLERGIC LUNG DISEASES IN CHILDREN

Abdulkhakova Ranokhon Mukhtaralievna,

Departments of Propedeutics of Pediatric Disease and Outpatient pediatrics,
Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The problem of chronic non-allergic inflammatory lung disease (XB3JI) in children remains one of the most difficult in modern pediatrics. Chronic lung pathology includes both acquired diseases of the bronchopulmonary system, formed on the basis of initially intact lung tissue, and conditions that are a consequence of congenital and hereditary lung pathology.

The defeat of one of the life support systems, namely, the respiratory system, is associated with constant intoxication syndrome, hypoxia, changes in the immune system, which leads to early disability of patients, the need for constant therapeutic measures, and a decrease in life expectancy.

Key words: immune system, childhood, lung pathology, allergy.

Актуальность

Актуальность проблемы хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) обусловлена широкой распространенностью заболевания, высоким уровнем смертности, большими экономическими затратами, связанными с лечением больных [3,5].

Развитие воспаления при этом заболевании и его прогноз во многом определяются состоянием иммунной системы. Дефекты в состоянии иммунной системы способствуют персистенции воспалительного процесса в легких, являются частой причиной обострений заболевания, снижают эффективность проводимой терапии [1].

По мере нарастания тяжести ХОБЛ у больных повышается риск развития внебольничной пневмонии (ВП), которая характеризуется затяжным течением и часто ассоциируется с неблагоприятным прогнозом [2]. В свою очередь, перенесенная пневмония у больных является предиктором повторных обострений ХОБЛ и летальных исходов [2,4].

Исходя из этого, представляет значительный научный и практический интерес изучение иммуноло-

гических механизмов воспаления при ХОБЛ и коморбидном течении ХОБЛ и ВП.

Цель исследования

Установить клинико-эпидемиологические, этиологические особенности и закономерности изменений продукции цитокинов и факторов неспецифической резистентности у детей с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленной целью и задачами работы исследование проводилось в четыре этапа. I группа (29 больных (49,1%) - пациенты с инфекционно-воспалительным процессом, сформированным на интактном легком.

II группа (30 больных (50,8%) представлена больными, у которых хронический инфекционно-воспалительный процесс в легких ассоциирован с врожденной или наследственной патологией бронхолегочной системы.

Результаты исследования. Выявлено снижение общей заболеваемости хроническими неаллергическими воспалительными заболеваниями легких у детей при относительном росте наследственной бронхолегочной патологии в Андижанской области за 10 лет наблюдения (139 пациентов в 2010г. и 59 больных в 2020г. соответственно).

У больных с наследственной и врожденной патологией бронхолегочной системы достоверно чаще диагностировались обострения бронхолегочного процесса (2,71+0,048 в Игр. и соответственно 2,28+0,047 в I г.(p=0,01), признаки хронической гипоксии (в т.ч., отставание в физическом развитии (70,1% случаев в II гр. и соответственно 34,3% случаев в I гр.), признаки метаболических нарушений в миокарде при инструментальном обследовании (13,3% случаев в II гр. и соответственно 3,4% случаев I гр.) и интеркуррентные заболевания, в т.ч. синуситы (33,3% случаев в II гр. и соответственно в 17,2% случаев I гр.).

Обострение бронхолегочного процесса в обеих группах больных ХВЗЛ ассоциировано с микстинфекцией (68,2% случаев), сочетанием грамположительных (71,8% случаев) или грамположительного и грамотрицательного микроорганизмов (28,2% случаев), с полирезистентностью представителей микробиоты к антибиотикам стартовой терапии. Установлено преобладание грамотрицательной микрофлоры у больных с врожденными и наследственными заболеваниями легких (59%).

Обострение воспалительного процесса у больных с ХВЗЛ характеризуется выраженной дискомплементемией с нарастанием концентрации мурамидазы сыворотки крови и БАСК, в связи с чем, их определение может рассматриваться в качестве дополнительных лабораторных маркеров активности воспаления. Степень изменения показателей факторов врождённого иммунитета (С3 компонента комплемента, БАСК, лизоцима) достоверно выше (p<0,01; p <0,001 и p<0,001 соответственно) у больных с хроническими заболеваниями легких, ассоциированных с наследственной и врожденной патологией, что является отражением частично контролируемого воспалительного процесса в бронхиальном дереве у данной категории больных.

Выявлено повышение уровня про-воспалительных цитокинов (ИЛ-1Р, ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке периферической крови, сохраняющееся в периоде клинической ремиссии у больных ХВЗЛ на фоне врожденной и наследственной патологии, что указывает на наличие текущего хронического воспаления, в том числе с аутоиммунным компонентом, в пользу которого свидетельствует высокий уровень противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИФН-у).

Вывод

Определение распространенности ХВЗЛ в регионе позволяет совершенствовать организационные и методические мероприятия по оказанию медико-социальной помощи данному контингенту больных.

Определены особенности микробной контаминации дыхательных путей у пациентов с ХВЗЛ и чувствительность к антибактериальным препаратам, что позволяет оптимизировать схемы эмпирической антибактериальной терапии при обострении заболевания.

Определены нормативные показатели, ИЛ-1р, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИФН-у, уровень лизоцима сыворотки крови, бактерицидной активности сыворотки крови, С3 компонента комплемента у здоровых детей Андижанской области, что может быть использовано в региональном практическом здравоохранении.

Определены уровни показателей ИЛ-1Р, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 в сыворотке крови, лизоцима в сыворотке крови, БАСК и ИФН-у сыворотки крови у пациентов с ХВЗЛ, которые могут быть предложены в качестве дополнительных диагностических лабораторных критериев активности и фазы хронического бронхолегочного процесса.

Выявленные особенности иммунологических показателей у больных ХВЗЛ позволят индивидуализировать терапевтические походы и диспансерное наблюдение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шамирзасв Н.Х., Усманов Р.Д-. Миррахимова Д.Т. «Реактивность лимфоидного аппарата легких при хроническом его воспалении» · I Ko1ирсес по внутренней медицине стран Центральной Азии. ПИП медицинской реабилитации и физической терапии им. Н.А. Семашко. Тгнпкспт, 28-30 сентября 2014, стр. 85.
2. Усманов Р.Д., Миррахимова Д.Т. « Местные механизмы иммунитета при хроническом воспалении легких». Научная конференция, посвященная 600-летию М.Улугбека. Самарканд, ноябрь, 2010, стр. 64-65.
3. Миррахимова Д.Т. «Лимфоидный аппарат дыхательной системы при хроническом воспалении легких». Итоговая научная конференция молодых ученых Первого ТашГосМИ. Ташкент, январь 2016, стр. 101 — 102.
4. Юлдашев А.Ю., Шамирзаев Н.Х,, Миррахимова Д.Т. «Возможности обратного развития острого воспаления легких». II Международный Конгресс пульмонологов Центральной Азии, Алма-Аты, сентябрь, 2016, стр. 37.
5. Migliavacca, M. First Occurrence of Plasmablastic Lymphoma in Adeno-sineDeaminase-Deficient Severe Combined Immunodeficiency Disease Patient and Review of the Literature / M. Migliavacca [et al.] // Front. Immunol.– 2018. – Vol. 9. – P. 1–6.
6. Miranda, R., Atlas of Lymph Node Pathology / R. Miranda, J. D. Khoury, L. J. Medeiros. – New York: Springer, 2013. – 530 p.
7. Mohseni, S. Peripheral Lymphadenopathy: Approach and Diagnostic Tools / S.Mohseni [et al.] // Iran J. Med. Sci. – 2014. – Vol. 39. – P. 158–170.

8. Nayak, R. Exam Preparatory Manual for Undergraduates: Pathology / R. Nayak, B. Nayak. – New Delhi: Jaypee Brothers, 2018. – 878 p.
9. Rezaei, N. Primary Immunodeficiency Diseases: Definition, Diagnosis, and Management / N. Rezaei, A. Aghamohammadi, L. D. Notarangelo. – Milan: Springer Nature, 2017. – 726 p.
10. Roitt's Essential Immunology / P. J. Delves [et al.]. – Wiley-Blackwell, 2017. – 576 p.
11. Saez-Cirion, A. Immune Responses to Retroviruses / A. Saez-Cirion, N. Manel // Annual Review of Immunology. – 2018. – Vol. 36. – P. 193–220.
12. Migliavacca, M. First Occurrence of Plasmablastic Lymphoma in Adeno-sineDeaminase-Deficient Severe Combined Immuno-deficiency Disease Patient and Review of the Literature / M. Migliavacca [et al.] // Front. Immunol.– 2018. – Vol. 9. – P. 1–6.
13. Miranda, R., Atlas of Lymph Node Pathology / R. Miranda, J. D. Khoury, L. J. Medeiros. – New York: Springer, 2013. – 530 p.
14. Mohseni, S. Peripheral Lymphadenopathy: Approach and Diagnostic Tools / S.Mohseni [et al.] // Iran J. Med. Sci. – 2014. – Vol. 39. – P. 158–170.
15. Nayak, R. Exam Preparatory Manual for Undergraduates: Pathology / R. Nayak, B. Nayak. – New Delhi: Jaypee Brothers, 2018. – 878 p.
16. Rezaei, N. Primary Immunodeficiency Diseases: Definition, Diagnosis, and Management / N. Rezaei, A. Aghamohammadi, L. D. Notarangelo. – Milan: Springer Nature, 2017. – 726 p.
17. Roitt's Essential Immunology / P. J. Delves [et al.]. – Wiley-Blackwell, 2017. – 576 p.
18. Saez-Cirion, A. Immune Responses to Retroviruses / A. Saez-Cirion, N. Manel // Annual Review of Immunology. – 2018. – Vol. 36. – P. 193–220
19. Migliavacca, M. First Occurrence of Plasmablastic Lymphoma in Adeno-sineDeaminase-Deficient Severe Combined Immunodeficiency Disease Patient and Review of the Literature / M. Migliavacca [et al.] // Front. Immunol.– 2018. – Vol. 9. – P. 1–6.
20. Miranda, R., Atlas of Lymph Node Pathology / R. Miranda, J. D. Khoury, L. J. Medeiros. – New York: Springer, 2013. – 530 p.
21. Mohseni, S. Peripheral Lymphadenopathy: Approach and Diagnostic Tools / S.Mohseni [et al.] // Iran J. Med. Sci. – 2014. – Vol. 39. – P. 158–170.
22. Nayak, R. Exam Preparatory Manual for Undergraduates: Pathology / R. Nayak, B. Nayak. – New Delhi: Jaypee Brothers, 2018. – 878 p.
23. Rezaei, N. Primary Immunodeficiency Diseases: Definition, Diagnosis, and Management / N. Rezaei, A. Aghamohammadi, L. D. Notarangelo. – Milan: Springer Nature, 2017. – 726 p.
24. Roitt's Essential Immunology / P. J. Delves [et al.]. – Wiley-Blackwell, 2017. – 576 p.
25. Saez-Cirion, A. Immune Responses to Retroviruses / A. Saez-Cirion, N.Manel // Annual Review of Immunology. – 2018. – Vol. 36. – P. 193–220
26. Nayak, R. Exam Preparatory Manual for Undergraduates: Pathology / R. Nayak, B. Nayak. – New Delhi: Jaypee Brothers, 2018. – 878 p.
27. Rezaei, N. Primary Immunodeficiency Diseases: Definition, Diagnosis, and Management / N. Rezaei, A. Aghamohammadi, L. D. Notarangelo. – Milan: Springer Nature, 2017. – 726 p.
28. Roitt's Essential Immunology / P. J. Delves [et al.]. – Wiley-Blackwell, 2017. – 576 p.
29. Saez-Cirion, A. Immune Responses to Retroviruses / A. Saez-Cirion, N. Manel // Annual Review of Immunology. – 2018. – Vol. 36. – P. 193–220.
30. Nayak, R. Exam Preparatory Manual for Undergraduates: Pathology / R. Nayak, B. Nayak. – New Delhi: Jaypee Brothers, 2018. – 878 p.
31. Rezaei, N. Primary Immunodeficiency Diseases: Definition, Diagnosis, and Management / N. Rezaei, A. Aghamohammadi, L. D. Notarangelo. – Milan: Springer Nature, 2017. – 726 p.
32. Roitt's Essential Immunology / P. J. Delves [et al.]. – Wiley-Blackwell, 2017. – 576 p.
33. Saez-Cirion, A. Immune Responses to Retroviruses / A. Saez-Cirion, N. Manel // Annual Review of Immunology. – 2018. – Vol. 36. – P. 193–220.
34. Anthonisen NR , Manfreda J, Warren CP, et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. AnnInternMed. 1987; 106: 196-204. doi: 10.1007/s00108-011-2863-y.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.7-053-06-07

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АКРОМЕГАЛИИ

Халимова З.Ю., Сафарова Ш.М., Холикова А.О.,

Научный отдел нейроэндокринологии с хирургией гипофиза
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский
Центр Эндокринологии имени академика Я.Х. Туракулова, г.Ташкент, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи развития опорно-двигательных осложнений акромегалии в зависимости от пола, возраста больных и давности заболевания. Объектом исследования явились 110 больных с соматотропными аденомами гипофиза, которые обращались в РСНПМЦЭ за период с 2000 по 2020гг и вошли в регистр больных акромегалией по РУз. Из них мужчины - 40 (33,37%), женщины - 70 (63,63%). Средний возраст пациентов составил (43±8,7 лет). При этом, в молодом возрасте чаще наблюдалась остеоартриты (49% против 10,5%, p<0,001)и остеопения (33,9% против 13,2%, p<0,01). У пациентов с акромегалией наблюдается высокая частота осложнений опорно-двигательной системы, в структуре которых высокую частоту занимают остеопороз (60,9%) и остеоартроз (58,2%), с превалированием у лиц женского пола остеоартрозов (60,5% против 46,8%, p<0,05), а у мужчин - компрессионных переломов тел позвонков (12,8% против 5,5%, p<0,001). С увеличением возраста больных, усугубляется тяжесть поражений костно-суставной системы, в виде остеопороза, остеоартроза и переломов. С увеличением длительности заболевания хроническая гиперсекреция ГР приводила к усугублению ОДО и росту частоты остеоартрозов (92,5% -с длительностью 10-19 лет, p<0,001 и 94,3%- с длительностью 20 и более лет, p<0,001) и остеопороза (91,2% -с длительностью 10-19 лет, p< 0,001и 98,3%- с длительностью 20 и более лет, p<0,001). Эти данные подтверждают необходимость раннего агрессивного лечения как основного заболевания, так и начинающихся осложнений опорно-двигательной системы, поскольку с увеличением возраста больных и длительности заболевания изменения суставов и хрящей становятся необратимыми.

Ключевые слова: акромегалия, остеоартроз, остеопороз, опорно-двигательные осложнения.

АКРОМЕГАЛИЯДА ТАЯНЧ-ҲАРАКАТЛАНИШ АСОРАТЛАРИНИНГ ГЕНДЕРЛИК ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ

Халимова З.Ю., Сафарова Ш.М., Холикова А.О.,

Нейроэндокринология ва гипофиз жаррохлиги илмий бўлими
Академик Ё.Х.Тўрақулов номли Республика Ихтисослашган Илмий-Амалий Эндокринология Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон.

✓ ***Резюме***

Тадқиқотимизнинг мақсади акромегалияда таянч-ҳаракатланиш асоратларининг беморларнинг жинси, ёши ва касалликнинг давомийлигига ўзаро боғлиқлигини ўрганиш. Тадқиқотда 2000-2020 йилларда РИИАЭТМарказига мурожаат қилган ва ЎзР бўйича акромегалияли беморлар регистрига киритилган гипофиз соматотроп аденомаси билан касалланган 110та бемор иштирок этди. Улардан эркаклар 40 (33,37%), аёллар 70 (63,63%). Беморларнинг ўртача ёши (43±8,7 лет)ни ташкил қилди. Шу билан бирга ёшларда кўпроқ остеоартрит (49% қарши 10,5%, p<0,001) ва остеопения (33,9% қарши 13,2%, p<0,01) учраши кузатилди. Акромегалияли беморларда остеопороз (60,9%) ва остеоартроз (58,2%) юқори частотада учраб, аёлларда остеоартроз эркакларга нисбатан кўпрок (60,5% қарши 46,8%, p<0,05), эркакларда эса кўпроқ- умуртқа таналарининг компрессион синишлари (12,8% қарши 5,5%, p<0,001) кузатилди. Беморларнинг ёши ошган сари суяк-бўғим тизимининг остеопороз, остеоартроз ва синишлар каби асоратлари ривожланиши кучаяди. Касалликнинг давомийлиги ортиши билан ўсиш гормонининг сурункали гиперсекрецияси таянч-ҳаракатланиш асоратларининг кучайишига ва остеоартроз (92,5% - 10-19 йил давом этган p<0,001 ва 94,3%- 20йил ва ундан юқори, p<0,001) ва остеопороз (91,2% - 10-19йил, p< 0,001 ва 98,3%- 20 йил ва ундан юқори, p<0,001)частотасининг ўсишига олиб келади. Олинган натижалар нафақат асосий касалликка, балки бошланаётган суяк-бўғим асоратларига эрта агрессив даволаш чораларини қўллаш кераклиги тасдиқлади, чунки беморларнинг ёши ва касалликнинг давомийлиги ортган сари бўғим ва тоғайлардаги ўзгаришлар орқага қайтмайди.

Калит сўзлар: акромегалия, остеоартроз, остеопороз, таянч-ҳаракатланиш асоратлари.

GENDER AND AGE CHARACTERISTICS OF MUSCULOSKELETAL COMPLICATIONS OF ACROMEGALIA

Khalimova Z.U., Safarova Sh.M., Kholikova A.O.,

Republican Specialized scientific Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Y.K.Turakulov, Tashkent Neyroendocrinology and hypophysis syrgery laboratory Republic Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Endocrinology named after academician Ya.Kh.Turakulov, 100125, Mirzo Ulugbek street, Tashkent, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The objective of our research was to study interrelation of acromegaly musculoskeletal complications development dependent on age, gender of patients, and the duration of the disease. The subject of the study were 110 patients with GH pituitary adenoma, who applied to the RSSPMCE within the period from 2000 to 2020 and were registered as patients with acromegaly in the RUz. Among them there were 40 (33.37%) men and 70 (63.63%) women. The mean age of the patients was 43±8.7 years old. In young age there was higher prevalence rate of osteoarthritis (49% versus 10.5%, p<0.001) and osteopenia (33.9% versus 13.2%, p<0.01). Patients with acromegaly had a high rate of musculoskeletal complications, in the structure of which a significant part is attributed to osteoporosis (60.9%) and osteoarthrosis (58.2%), with prevailing osteoarthrosis among female patients (60.5% versus 46.8%, p<0.05), and compression vertebral fractures among males (12.8% versus 5.5%, p<0.001). With the aging of patients lesions of skeletal system become more severe developing to osteoporosis, osteoarthrosis, and fractures. With the increase in the duration of the disease hypersecretion of GH caused deterioration of MSC and growth of osteoarthrosis (92.5% with duration 10-19 years, p<0.001 and 94.3% with duration 20 years and more, p<0.001) and osteoporosis (91.2% with duration 10-19 years, p< 0.001and 98.3% with duration 20 years and more, p<0.001) prevalence rate. These findings confirm the necessity of early aggressive therapy of both basic disease and initial complications in musculoskeletal system, as alterations in joints and cartilages become irreversible with aging of the patients and increase of the disease duration.

Key words: acromegaly, osteoarthrosis, osteoporosis, musculoskeletal complications.

Актуальность

Акромегалия является редким хроническим заболеванием, вызванным гиперсекрецией гормона роста и характеризующимся чрезмерным ростом тканей, что приводит к значительному бремени осложнений и сопутствующих заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, опорно- двигательные, респираторные, эндокринные и метаболические [1,5,6,8].

Частота опорно-двигательных осложнений (ОДО) акромегалии по данным различных исследований составляет 60-75% [3,7,9]. В Узбекистане выявлена высокая частота КСО у больных акромегалией с развитием у 69,4% больных остеопороза, у 59% больных - артропатий, у 36,6% - остеопений [11]. При этом, могут быть затронуты любые суставы и варьируют от остеоартрита до артралгии и переломов [3,13], являясь причиной ранней инвалидизации больных. Инвалидность вследствие акромегалии, чаще недооценивается и может влиять на многие аспекты повседневной жизни [2,10]. Причиной столь высокой частоты развития осложнений акромегалии на сегодняшний день является поздняя диагностика, неправильный выбор терапии, а в случаях правильной тактики ведения - отсутствие приверженности больных к лечению и соответственно, недостаточное её выполнение больными. Все это приводит к длительному хроническому воздействию на организм гиперсоматропинемии, которая с увеличением возраста больных приводит к необратимым изменениям скелетной системы [4,12].

Известно, гормон роста (ГР) имеет возрастные и половые различия, но тем не менее на сегодняшний день имеются различные исследования относительно связи развития осложнений опорно-двигательной системы с этими показателями [7,8,9].

Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи развития опорно-двигательных осложнений акромегалии в зависимости от пола, возраста больных и давности заболевания.

Материал и методы

Объектом исследования явились 110 больных с соматотропными аденомами гипофиза, которые обращались в РСНПМЦЭ за период с 2000 по 2020гг и вошли в регистр больных акромегалией по РУз. Из них мужчины - 40 (33,37%), женщины - 70 (63,63%). Средний возраст пациентов составил (43±8,7 лет). По возрасту больные были распределены на три группы: 1гр. -до 30 лет, 2гр. -30-44 лет, 3гр. - 45 лет и старше.

Диагноз акромегалии устанавливался на основании клинических проявлений заболевания и подтверждался высокими сывороточными уровнями ГР, уровнями ИФР-1, которые были выше предела возрастных норм. Для определения уровней гормонов гипофиза и периферических желез были использованы радиоиммунные и иммуноферментные методы исследования. Применялись общеклинические и биохимические исследования, исследование неврологического статуса; УЗИ внутренних органов и щитовидной железы. Также было проведено исследование органа зрения: поля зрения, глазного дна, остроты зрения. Для выявления ОДО использовалась рентгенография грудной клетки, позвоночника, денситометрия костей. Аденома гипофиза устанавливалась на основании МРТ исследования гипоталамо-гипофизарной области.

Результаты и обсуждение

Среди всех нарушений опорно-двигательной системы мы выделили наиболее часто встречающиеся, согласно проведенным нами исследованиям и данным мировой литературы. При этом структура ОДО акромегалии у обследованных нами пациентов выглядела следующим образом (рис.1).

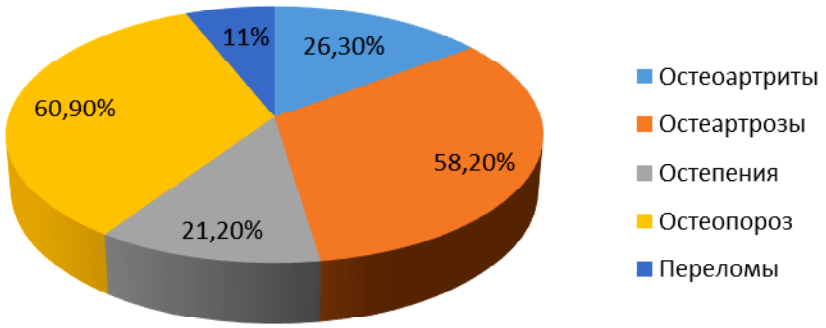


Рис.1. Структура ОДО акромегалии.

Как видно из рис.1, наиболее частыми проявлениями осложнений опорно-двигательной системы у наших больных были остеопороз (60,9%) и остеоартроз (58,2%).

Согласно поставленным задачам нами была изучена взаимосвязь развития ОДО акромегалии с возрастом больных, при этом возрастная градация разделена согласно рекомендациям ВОЗ (2016г) (рис.2).

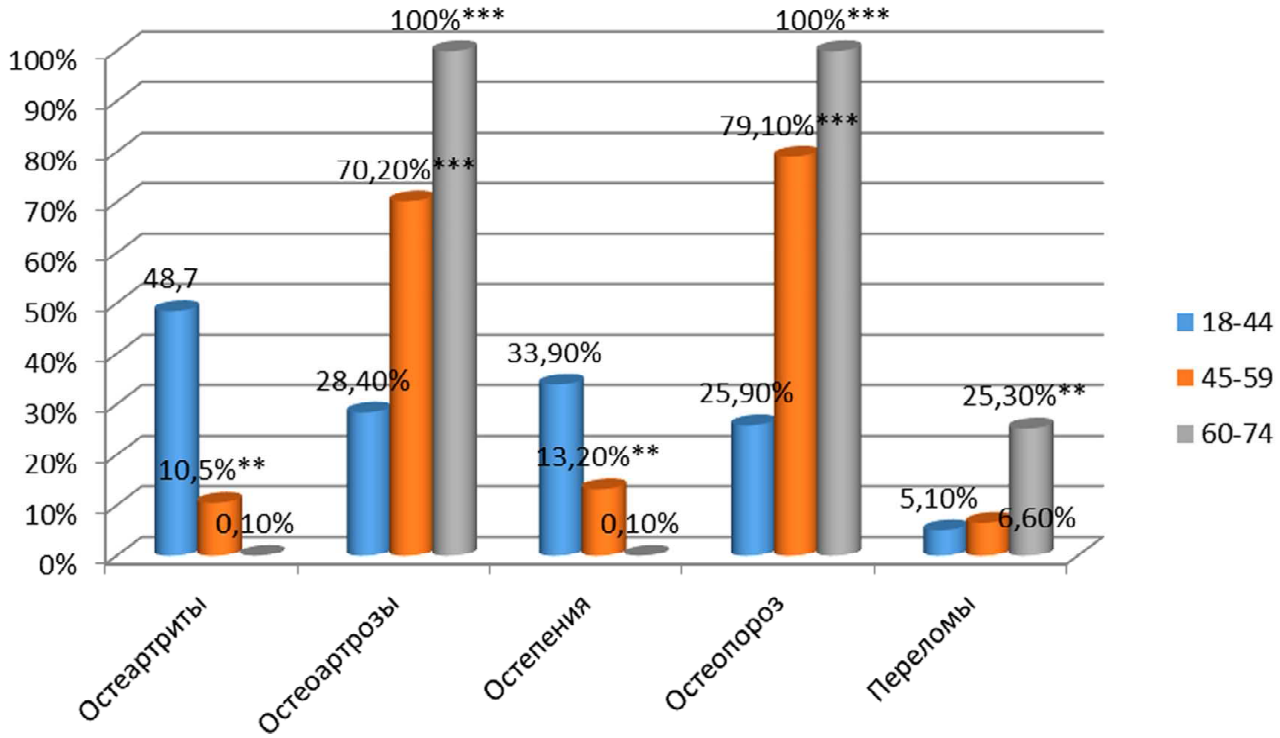


Рис. 2. Структура ОДО акромегалии в разных возрастных группах. Примечания: *- p< 0,05, ** - p< 0,01, *** p< 0,001

Как показали результаты, в зависимости от возраста менялась структура ОДО акромегалии. При этом, в молодом возрасте чаще наблюдалась остеоартриты (49% против 10,5%, p<0,001)и остеопения (33,9% против 13,2%, p<0,01). С увеличением возраста больных, усугубляется тяжесть поражений костно-суставной системы, так увеличивается частота остеопороза (в возрасте 60-74 лет - 100%, против 79,1% - в 45-59 лет, p<0,001 и 25,9% - в 18-44 лет. p<0,001), остеоартроза (в возрасте 60-74 лет -100%, против 70,2% - в 45-59 лет, p<0,001 и 28,4% - в 18-44 лет. p<0,001) и переломов (в возрасте 60-74 лет -25,3%, против 6,6% - в 45-59 лет, p<0,001 и 5,1% - в 18-44 лет).

Далее нами был поставлен вопрос: существуют ли гендерные различия в развитии ОДО акромегалии? (рис2.)

Согласно полученным результатам, у лиц обоего пола среди всех осложнений превалировал остеопороз (66,9%- у мужчин, 65,4%-у женщин). При этом, имелись гендерные различия в структуре ОДО акромегалии у обследованных нами пациентов. Так, если женщин чаще встречались остеоартрозы (60,5% против 46,8%, p<0,05), то у мужчин превалировали переломы (12,8% против 5,5%, p<0,001).

Далее нами изучены особенности развития ОДО акромегалии в зависимости от давности заболевания (рис.3).

Как показали результаты исследования, у больных акромегалией с давностью заболевания до 10 лет среди ОДО превалировали остеоартриты (34,7%) и остеопения (51%). С увеличением длительности гиперсекреции ГР усугублялась тяжесть поражения костно-суставной системы, что приводило росту частоты

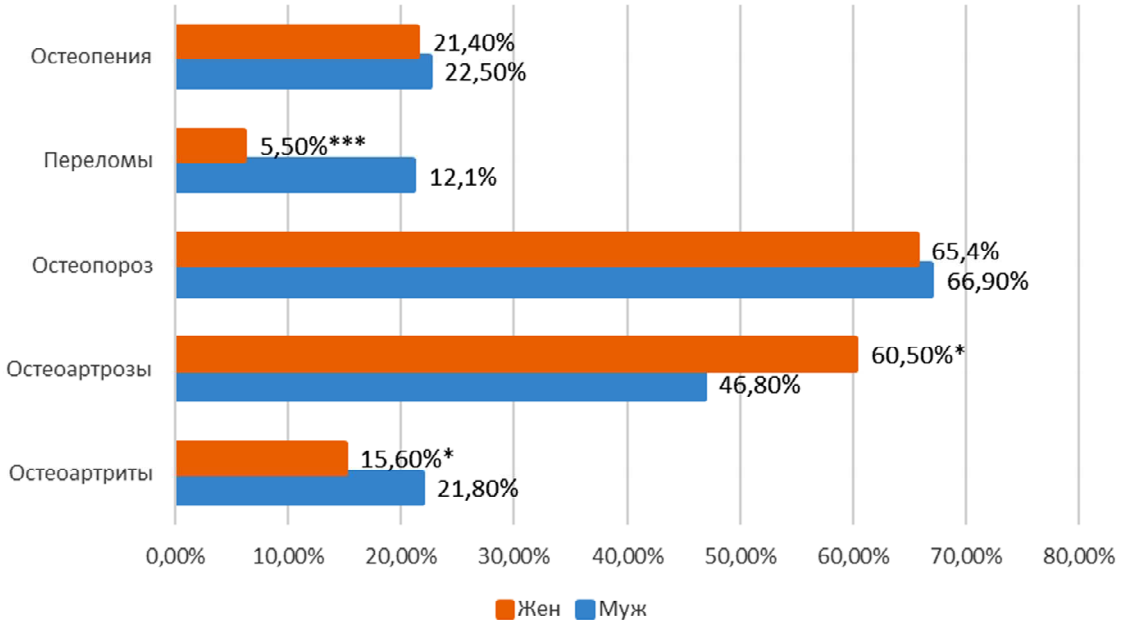


Рис. 3. Гендерные особенности структуры ОДО акромегалии. Примечания: *- p< 0,05, ** - p< 0,01, *** p< 0,001

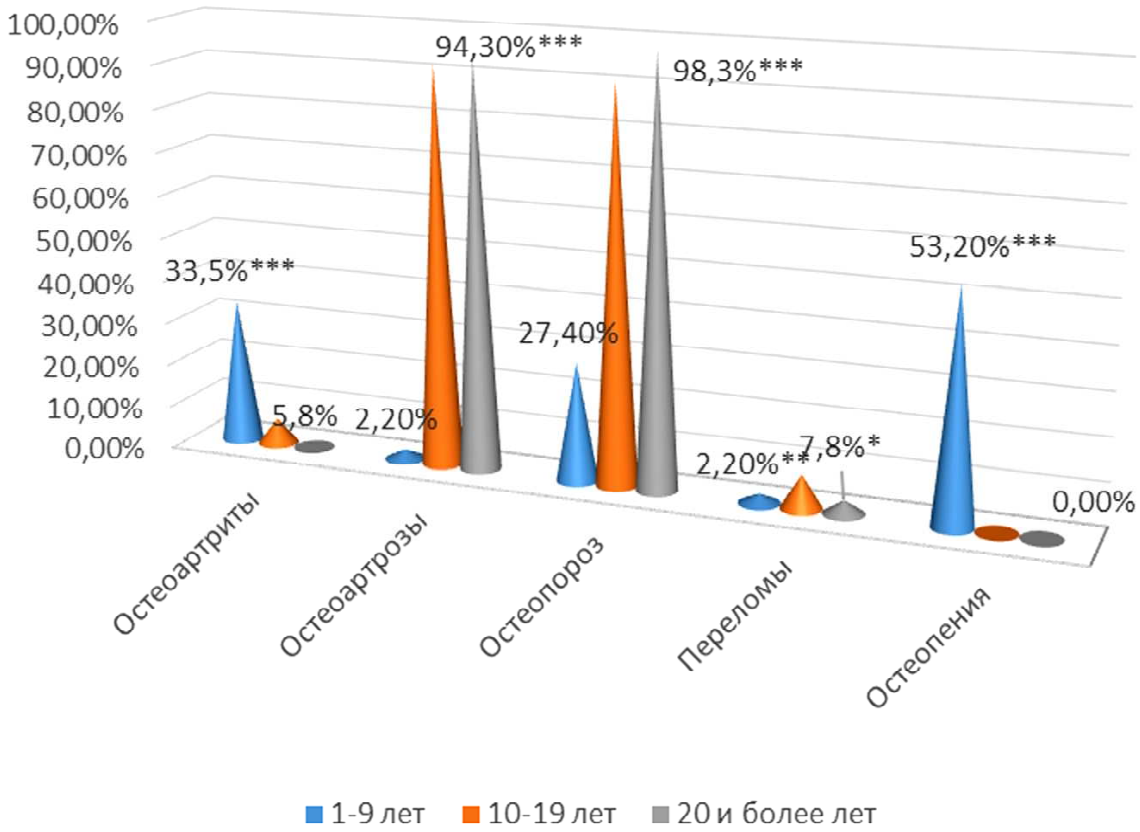


Рис. 4. Структура ОДО у пациентов с акромегалией в зависимости от давности заболевания. Примечания: *- p< 0,05, ** - p< 0,01, *** p< 0,001.

остеоартрозов (92,5% -с длительностью 10-19 лет, p<0,001 и 94,3%- с длительностью 20 и более лет, p<0,001) и остеопороза (91,2% -с длительностью 10-19 лет, p< 0,001и 98,3%- с длительностью 20 и более лет, p<0,001).

Выводы

Таким образом, у пациентов с акромегалией наблюдается высокая частота осложнений опорно-двигательной системы, в структуре которых высокую частоту занимают остеопороз (60,9%) и остеоартроз (58,2%), с превалированием у лиц женского пола остеоартрозов (60,5% против 46,8%, p<0,05), а у мужчин - компрессионных переломов тел позвонков (12,8% против 5,5%, p<0,001). С увеличением возраста больных, усугубляется тяжесть поражений костно-суставной системы, в виде остеопороза (в возрасте 60-74 лет -98,3%, против 92,5% - в 45-59 лет, p<0,001 и 25,9% - в 18-44 лет. p<0,001), остеоартроза (в возрасте 60-74 лет -100%, против 70,2% - в 45-59 лет, p<0,001 и 28,4% - в 18-44 лет. p<0,001) и переломов (в возрасте 60-74 лет -25,3%, против 6,6% - в 45-59 лет, p<0,001 и 5,1% - в 18-44 лет). С увеличением длительности заболевания хроническая гиперсекреция ГР приводила к усугублению ОДО и росту частоты остеоартрозов (92,5% -с длительностью 10-19 лет, p<0,001 и 94,3%- с длительностью 20 и более лет, p<0,001) и остеопороза (91,2% -с длительностью 10-19 лет, p< 0,001и 98,3%- с длительностью 20 и более лет, p<0,001). Эти данные подтверждают необходимость раннего агрессивного лечения как основного заболевания, так и начинающихся осложнений опорно-двигательной системы, поскольку с увеличением возраста больных и длительности заболевания изменения суставов и хрящей становятся необратимыми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ana M. Ramos-Lev? and M?nica Marazuela*Bringing Cardiovascular Comorbidities in Acromegaly to an Update. How Should We Diagnose and Manage Them? Front Endocrinol (Lausanne). 2019; 10: 120. Published online 2019 Mar 7. doi: 10.3389/fendo.2019.00120
2. Biermasz NR, Pereira AM, Smit JW, Romijn JA, Roelfsema F. Morbidity after long-term remission for acromegaly: persisting joint-related complaints cause reduced quality of life. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(5):2731-2739.
3. Bonadonna S, Mazziotti G, Nuzzo M, Bianchi A, Fusco A, De Marinis L, Giustina A. Increased prevalence of radiological spinal deformities in active acromegaly: a cross-sectional study in postmenopausal women. J Bone Miner Res. 2005;20(10):1837-1844.
4. Colao A, Cannavo S, Marzullo P, Pivonello R, Squadrito S, Vallone G, Almoto B, Bichisao E, Trimarchi F, Lombardi G. Twelve months of treatment with octreotide-LAR reduces joint thickness in acromegaly. Eur J Endocrinol. 2003;148(1):31-38.
5. Giustina A, Chanson P, Kleinberg D, Bronstein MD, Clemmons DR, Klibanski A, et al. Expert consensus document: a consensus on the medical treatment of acromegaly. Nat Rev Endocrinol. (2014) 10:243-8. 10.1038/nrendo.2014.21 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Holdaway IM, Rajasoorya RC, Gamble GD. Factors influencing mortality in acromegaly. J Clin Endocrinol Metab. (2004) 89:667-74.
7. Killinger Z, Payer J, Lazurova I, Imrich R, Homerova Z, Kuzma M, Rovensky J. Arthropathy in acromegaly. Rheum Dis Clin North Am. 2010;36(4):713-720
8. Melmed S. Medical progress: acromegaly. N Engl J Med. (2006) 355:2558-73.
9. Melmed S., Casanueva F. F, Klibanski A., . Bronstein M. D, Chanson P., Lamberts S. W., . Strasburger C. J, . Wass J. A. H, and Giustina A. A consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly complications Pituitary. 2013; 16(3): 294-302.
10. Miller A, Doll H, David J, Wass J. Impact of musculoskeletal disease on quality of life in long-standing acromegaly. Eur J Endocrinol. 2008;158(5):587-593. doi: 10.1530/EJE-07-0838. [PubMed] [Cross Ref]
11. Safarova Sh., Khalimova Z., Kholikova A., Ibragimova S., Mannapova U., Mirtuhtaeva M., Mirsaidova U. Clinical-Epidemiological Peculiarities of the Acromegalic Osseous-Articular Complications in the Republic of Uzbekistan, / American Journal of Medicine and Medical Sciences,10(5): 284-289doi:10.5923/j.ajmms. 20201005.02.
12. Wassenaar MJ, Biermasz NR, Bijsterbosch J, Pereira AM, Meulenbelt I, Smit JW, Roelfsema F, Kroon HM, Romijn JA, Kloppenburg M. Arthropathy in long-term cured acromegaly is characterised by osteophytes without joint space narrowing: a comparison with generalised osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2011;70(2):320-325.
13. Wassenaar MJ, Biermasz NR, Hamdy NA, Zillikens MC, van Meurs JB, Rivadeneira F, Hofman A, Uitterlinden AG, Stokkel MP, Roelfsema F, Kloppenburg M, Kroon HM, Romijn JA, Pereira AM. High prevalence of vertebral fractures despite normal bone mineral density in patients with long-term controlled acromegaly. Eur J Endocrinol. 2011;164(4):475-483.

Поступила 09.11. 2020

UDK 618.2: 616.94-037-084-085-07

EARLY ULTRASOUND DIAGNOSIS OF FETAL ANEMIA DURING RH-IMMUNIZATION

Jabborov U.U.,

Republican Perinatal Center, Tashkent.

✓ ***Resume,***

Despite the significant achievements of perinatal medicine, the problem of hemolytic disease of the fetus and newborn against the background of Rh-conflict pregnancy in our country cannot be considered completely resolved.

Material et methods: In this regard, the results of the Dopplermetric measurement of the peak systolic velocity in the middle cerebral artery of the fetus in 102 pregnant women with Rh immunization and without immunization were presented. During the study, there was a significant increase in peak systolic velocity in the middle cerebral artery in the fetus in the 3rd and 4th group of pregnant women and a significant difference with the 1st and 2nd group.

Conclusions: Thus, dopplerometry is an effective method for the diagnosis of anemic and edematous forms of hemolytic disease of the fetus, requiring both antenatal care for pregnant women and postnatal care for newborns.

Key words: Rh- immunization, dopplerometry meddle cerebral artery

РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕТАЛЬНОЙ АНЕМИИ ПРИ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ

Жабборов У.У.

Республиканский Перинатальный Центр, Ташкент.

✓ ***Резюме,***

Несмотря на значительные достижения перинатальной медицины, проблема гемолитической болезни плода и новорожденного на фоне резус-конфликтной беременности в нашей стране не может считаться до конца решенной.

Материал и методы: Связи с этим было представлены результаты допплерометрического измерения пиковой систолической скорости в средней мозговой артерии плодов у 102 х беременных с резус-иммунизации и без иммунизации.

Результат: при изучении было отмечено достоверное увеличение пиковой систолической скорости в средней мозговой артерии у плодов в 3-й и 4-й группе беременных и достоверное различие с 1-й и 2-й группой.

Вывод: таким образом, допплерометрия является эффективным методом диагностики анемичных, так и отечных форм гемолитической болезни плода, потребовавших как антенатального ухода за беременными, так и постнатального ухода за новорождёнными.

Ключевые слова: Rh-иммунизация, допплерометрия средней мозговой артерии

РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЯДА ҲОМИЛА КАМКОНЛИГИНИ ЭРТА УЛЬТРАТОВУШ ДИАГНОСТИКАСИ

Жабборов У.У.

Республика Перинатал Маркази, Тошкент.

✓ ***Резюме,***

Перинатал тиббиётда сезиларли ютуқларга қарамай, мамлакатимизда Rh-конфликт ҳомиладорлик фонида ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги муаммоси тўлиқ ўрганилмаган. Шу муносабат билан, Rh-иммунизацияси бўлган ва мавжуд бўлмаган 102 та ҳомиладор аёлларда доплерометрия усулида ҳомила ўрта мия ўартерияси систолик тезлиги ўлчанди. Тадқиқот натижасига кўра 1 ва 2 гуруҳ ҳомиладор аёлларга нисбатан 3 ва 4 гуруҳ ҳомиладор аёлларда ҳомила ўрта мия артериясининг систолик тезлиги чўққиси баландлиги аниқланди. Шундай қилиб, допплерометрия ҳомила гемолитик касаллигининг анемик ва шиш шаклларини ташхислашда доплнрометрия самарали усул бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: Rh-иммунизация, ўрта мия артерия допплерометрияси

Introduction

Doppler blood flow in the middle cerebral artery of the fetus is the main, easily accessible and most informative method for diagnosing the severity of fetal hemolytic anemia in rhesus conflict [1,2].

For the first time, a scientist from the United States Mari G. in 2000 described a method for measuring the peak systolic blood flow rate in the middle cerebral artery in the diagnosis of fetal hemolytic anemia of varying severity [3]. Later, the co-authors showed that the fetus has a hyper dynamic type of cerebral circulation, in which the maximum systolic blood flow rate in the middle cerebral artery exceeds 1.5 Mom in relation to its physiological value, and begins to form when the hemoglobin in the blood is lower than 0.65 Mom from the average level typical for each gestation period [4, 5].

The sensitivity of the method for determining moderate and severe anemia is 100%, light-83%, the frequency of false positive results varies from 10 to 12% [6]. This method is currently recognized as the most effective for non-invasive detection of moderate and

severe fetal anemia and has finally replaced the spectrophotometric analysis of amniotic fluid [7,8].

According to foreign colleagues, if there is no timely diagnosis and treatment of RH-sensitization in pregnant women, perinatal mortality is approximately 17.5%, stillbirth rate is about 14%. It was found that in subsequent pregnancies, hemolytic disease of the newborn (HDN) is more severe than in the case of sensitization detected during the first pregnancy [9].

Despite significant achievements in perinatal medicine, the problem of hemolytic disease of the fetus and newborn against the background of RH-conflict pregnancy in our country cannot be considered completely solved.

The aim of the work is to compare dopplerometric indicators of peak systolic blood flow rate (PSR) in the middle cerebral artery (MSA) of fetuses in pregnant women with Rh-negative blood without immunization and with Rh-immunization.

Materials and methods

Ultrasound Doppler examination of fetuses in 102 repeatedly pregnant women with RH-negative blood was Performed at the Republican Perinatal Center. The age of pregnant women ranged from 19 to 44 years.

Ultrasound was performed on a Voluson E9 Expert device using sensors with a frequency of 3.5 MHz at 22-33 weeks of pregnancy. Fetometric parameters, the presence or absence of free fluid in the serous cavities, the amniotic fluid index (AFI), the location, size and degree of maturity of the placenta were evaluated during ultrasound. Fetoplacental blood flow in the umbilical cord artery, uterine arteries, and fetal middle cerebral artery (MSA) was studied during dopplerometry.

Blood flow was assessed during periods of absence of respiratory and motor activity in the fetus. We registered blood flow patterns three times, using their average value as the main One. To register the dopplerogram of blood flow in the MSA, the cross-sectional plane of the fetal head was initially visualized. We switched on the color Doppler mapping mode and visualized the vessels of the Wallisian circle. The volume of the vessel section to assess the Doppler frequency shift was positioned in the middle part of the SMA lumen so that it completely overlaps the vessel lumen.

All women were re-pregnant and divided into 4 groups: group 1 included 21 (20.6%) women who gave birth to children with Rh-negative blood. Group 2 is represented by 35 (34.3%) pregnant women who gave birth to children with Rh-positive blood without increasing the titer, Rh antibodies, in group 3 there were 28 (27.4%) women with RH-immunization who gave birth to children with HDN and who had a replacement blood transfusion (RBS) after delivery. The 4th last group was also represented by 18 (17.6%) women with Rh-immunization, but who antenatal underwent the operation «Intrauterine intravascular blood transfusion to the fetus» (IITF). 5 pregnant women (4.9%) out of 102 women, at the request of pregnant women, had a non-invasive DNA test for determining the Rh factor of the fetus from the mother's blood at 10-14 weeks, in one case the Rh (+) belonging of the unborn child was mistakenly determined.

Statistical analysis was performed taking into account the requirements for processing medical quantitative data using Statistic 8.0 programs. Correlation analysis was performed using the nonparametric Spearman test, and qualitative characteristics were compared using the ?2 criterion.

Results and discussion

Group 1 in 21 women of this group during pregnancy, there was no increase in the titer of both complete and incomplete Rh antibodies. This group is a control group. In 19 women (90.5%) the delivery was urgent, in 2 (9.5%) the delivery ended prematurely. None of the newborns in this group were born in a state of asphyxia. In all newborns, the blood Rh factor was determined, where it was negative.

Group 2 -35 pregnant women with a Rh-antibody titer from 1: 4 to 1: 16. Interestingly, 2 women with the sixth pregnancy did not have RH antibodies in their blood. 11 (31.5%) patients were delivered by cesarean section according to obstetric indications, and 6 (17.1%) had premature deliveries. In this group, newborns showed no signs of hemolytic disease and, accordingly, did not require replacement blood transfusions in the early neonatal period.

Group 3 - 28 pregnant women with a RH antibody titer from 1: 8 to 1: 128, who gave birth to children with HDN and HDP, who required RBC in the early neonatal period in an amount from 1 to 2. interestingly, in 4 women (14.3%), paradoxically, there was no increase in the RH antibody titer in the antenatal period. 4 women underwent trans abdominal cordocentesis surgery for diagnostic purposes. The birth parity was from 2 to 9 births. 20 women (71.4%) had a history of various reproductive losses. The rate of premature birth in this group was (67.8%), i.e., 19 women. The remaining 9 women (32.1%) gave birth on time. 11 pregnant women (39.2%) were delivered surgically. In this group, cases of perinatal death were observed in 6 newborns (21.4%). Of these, one case was antenatal fetal death due to immune dropsy, and the other 5 cases were early neonatal deaths in newborns.

Group 4 is a group of pregnant women with the most burdened obstetric history (previous births resulted in antenatal fetal death from edema, the birth of children with severe Rh-system HDN as well as the presence of disabled children in the family.15 women (83.3%) had a history of various reproductive losses. The range of increase in the level of Rh antibodies in pregnant women ranged from 1/16 to 1/512.

All women in this group underwent trans abdominal cordocentesis, and on the basis of hematological and biochemical data revealed hemolytic fetal disease of both edematous and anemic forms. In 5 cases (27.7%), an edematous form of HDN was detected, in 10 cases (55.5%), HDN was anemic in severe form, and in the remaining 3 cases (16.6%), anemic in moderate form of HDN. All pregnant women underwent the operation «Intrauterine intravascular blood transfusion to the fetus». Of these, 3 (16.6%) women had this operation twice. The rate of premature birth in this group was (100 %), that is, all 18 women. Birth in 5 women (27.7 per cent) ended in a natural way. And the other 13 women (72.3%) had operative deliveries.

In this group, cases of perinatal death were observed in 5 newborns (27.7%). Of these, one case was intra-natal fetal death and another was antenatal fetal death due to immune dropsy, and the other 3 cases were early neonatal deaths in newborns.

In statistical processing of data on cerebral blood flow dopplerometry in fetuses, the following analysis was made: in the 1st group of pregnant women, the peak systolic velocity of the middle cerebral artery of fetuses was 53.84±9.11 sm/s; in the 2nd group, this indicator was 56.73±7.28 cm / s; in the 3rd group, 64.26±11.07 sm/s; in the 4th group, 78.21±13.64 cm / s. Analysis of cerebral blood flow showed a significant increase in peak systolic rate (PSR) in the middle cerebral artery (MCA) in fetuses in the 3rd and 4th groups of pregnant women and a significant difference with the 1st and 2nd groups. At the same time, no significant differences were found between the 1st and 2nd groups. It should be noted that in dynamics, the peak speed in the middle cerebral artery of the fetus in the 2nd group increases by a maximum of 1.2 times, in the 3rd group-1.6 times, in the 4th-almost 2 times.

Conclusions

1. A large number of operative deliveries were performed in Rh-immunized pregnant women with a high risk of edematous form of HDN, in group 4, while the lowest number of cesarean sections was performed in Rh-non-immunized women in group 1.

2. When almost any level of Rh-antibody titer is detected in the blood of a Rh-immunized pregnant woman above 22 weeks of age, dopplerometry should be performed to measure the peak systolic rate in the middle cerebral artery for the diagnosis of moderate to severe anemic forms of HDN.

3. A high level of peak systolic velocity of the middle cerebral artery should be an indication for invasive transabdominal cordocentesis and high-tech operation of «intrauterine, intravascular blood transfusion» to the fetus with subsequent premature delivery in perinatal centers of level 3.

REFERENCES:

1. Garabedian C., Vaast P., Behai H., et al. Management of severe fetal anemia by Doppler measurement of middle cerebral artery: are there other benefits than reducing invasive procedures? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2015; 192: 27.
2. Babovic I., Plesinac S., Radojicic Z., et al. Middle cerebral artery Doppler in prediction degree of fetal anemia and the best timing for the second intrauterine intravascular transfusion in red cell alloimmune disease. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015;42(6):792-796.
3. Mari G. Middle cerebral artery peak systolic velocity for the diagnosis of fetal anemia: the untold story. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005; 25: 323–30.
4. Lopez-Carpintero N., Rodriguez-Gonzalez R., Gonzalez-Gonzalez A., et al. Role of middle cerebral artery Doppler in the management of Rhesus alloimmunization cases. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(8):410-417.
5. Samson, J. Middle cerebral artery Doppler for managing fetal anemia/ J. Samson, D.Block, G.Mari// Clinical Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 53. – P. 851-857.
6. Oepkes D., Seaward P.G., Frank P. Doppler ultrasonography versus amniocentesis to predict fetal anemia. N Eng J Med 2006; 355 (2): 156–164. DOI: 10.1056/NEJMoa052855.
7. Moise K.J. Jr., Moise K.J. Diagnosing hemolytic disease of the fetus – time to put the needles away? N Eng J Med 2006; 355 (2): 192–194. DOI: 10.1056/NEJMe068071.
8. Bennardello F., Coluzzi S., Curciarello G. Recommendations for the prevention and treatment of haemolytic disease of the foetus and newborn. Blood Transfus 2015; 13: (1): 109–134. DOI: 10.2450/2014.0119–14.
9. Delaney M., Matthews D.S. Hemolytic disease of fetus and newborn: managing the mother, fetus and newborn. Hematology Am Soc Hematol Edm Programme. 2015 Dec.5; 2015 (1): 146-151.

Entered 09.09.2020

УДК 616-004.6

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО ХРЯЩА У ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

[1]Ахмедов Ш.М., [2]Ефимов А.П., [1]Акрамова М.Ю., [1]Дехканов К.А.,

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт,
[2]Институт биомеханики, г. Нижний Новгород.

✓ ***Резюме***

Изучены суставной хрящ коленного сустава (суставной хрящ дистальной части бедренной кости и проксимальной части большеберцовой кости) с применением современных морфологических методов (цито-кариометрия, морфометрия - 6 слоев суставного хряща) с возрастом.

Результаты исследований показывает, что суставной хрящ с возрастом изменяется (слоистость сутавного хряща нарушается, слои сглаживаются, поверхностный слой суставного хряща истончается, зона колонны (5-слой) уменьшается - сжимается, клетки часто набухшие и светлые, особенно в пожилом возрасте).

Гистологические и гистохимические показатели суставного хряща коленного сустава тоже подтвердают возрастные изменение хряща морфометрических данных, что в целом предполагающиеся об артрозе коленного сустава в целом, особенно в пожилов возрасте.

Ключевые слова: суставной хрящ, суставной хрящ бедренной и большеберцовой кости, морфометрия, цито-кариометрия, цитоплазменно-ядерное отношение (ЦЯО), объем клеток, полиморфизм, гипертрофированные клетки.

ОДАМДА ЕТУК ВА КЕКСАЛИК ДАВРЛАРИДА БЎҒИМ ТОҒАЙИНИНГ МОРФОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

[1]Ахмедов Ш.М., [2]Ефимов А.П., [1]Акрамова М.Ю., [1]Дехқанов Қ.А.,

[1]Тошкент педиатрия тиббиёт институти, [2]Биомеханика институти,
Нижний Новгород ш.

✓ ***Резюме***

Бўғим тоғайини (сон суяги ва катта болдир суяги бўғим тоғайлари) замонавий морфологик усуллар орқали тоғай қаватлар морфометрияси, цито-кариометрия ёшга боғлиқ кўрсаткичлари ўрганилди.

Изланиш натижалари шуни кўрсатадики, тиззи бўғими тоғайи ёш катталашган сари ўзгариб боради, айниқса кексалик даврларида (71-74 ёш) бўғим тоғайининг 6 қаватли тузилиши ўзгаради, қаватлар юпқалашади, юзаки қават (биринчи ҳужайрасиз қават) юпқалашиб, ҳаттоки бўғим юзаси баъзан йиртилгандек - ажрала бошлайди.

Гистологик ўрганишлар ҳам тиззи бўғими тоғайидаги юқоридаги ўзгаришларни тасдиқлайди, қаватларда шишган ва оппоқ ҳужайралар кўпая бошлайди, бўғим тоғайи ёшларга нисбатан юпқалашади, кексалардаги бу ўзгаришлар модда алмашинуви бузилганидан, ҳаттоки артроз жараёнларини эслатгандай бўлади.

Калит сўзлар: бўғим тоғайи, сон суяги ва катта болдир суяги бўғим тоғайи, морфометрия, цито-кариометрия, цитоплазма ва ядро нисбати (ЦЯО), ҳужайра ҳажми, полиморфизм (ҳар хил шаклли ҳужайралар), катталашган (шишган) ҳужайралар.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ARTICULAR CARTILAGE IN MATURE AND ELDERLY PEOPLE

[1]Akhmedov Sh. M., [2]Efimov A. P., [1]Akramova M. Yu., [1]Dekhkanov K. A.,

[1]Tashkent Pediatric medical Institute, [2]Institute of biomechanics,
Nizhny Novgorod.

✓ ***Resume***

The articular cartilage of the knee joint (articular cartilage of the distal part of the femur and the proximal part of the tibia) was studied using modern morphological methods (cyto-karyometry, morphometry - 6 layers of articular cartilage) with a different aged group of people.

The research results show that the articular cartilage changes with age (the layering of the day cartilage is disrupted, the layers are smoothed, the surface layer of the articular cartilage becomes thinner, the column zone (5-layer) decreases - shrinks, the cells are often swollen and light, especially in old age).

Histological and histochemical indicators of the articular cartilage of the knee joint also confirm the age-related changes in the cartilage of the morphometric data, which are generally assumed about arthrosis of the knee joint as a whole, especially in old age.

Keywords: articular cartilage, the articular cartilage of the femur and tibia, morphometry, cyto-karyometry, cytoplasmic-nuclear ratio (CNR), cell volume, polymorphism, hypertrophied cells.

Актуальность

Изучение закономерностей формирования хрящевых элементов (суставных хрящей) коленного сустава у человека в связи с возрастом и интенсивностью функции необходимо не только в целях выявления общих и частных закономерностей в онтогенезе, но и вследствие широкого распространения патологических процессов дегенеративно-дистрофического характера (деформирующий артроз, гипоплазии, дисплазии, вывих и др.).

Строение и функции суставных хрящей в норме и патологии изучались морфологами, патофизиологами и клиницистами [1,2,3,15,16,17,18].

Однако, проведенные исследования недостаточно раскрывают механизм возрастной перестройки хрящевых ткани, не позволяют выявить конкретные причины развития патологических процессов. Большинство работ посвящено отдельным аспектам жизнедеятельности хрящевых ткани. Комплексных морфофункциональных исследований, направленных на раскрытие качественных и количественных закономерностей роста и развития хрящевых элементов сустава, крайне недостаточно. Мало изучены механизм формообразования суставных хрящей и менисков с возрастом и интенсивностью функции. Отсутствие данных о качественно-количественной взаимосвязи функциональных нагрузок с особенностями строения и химизма ткани затрудняет раскрытие механизмов и путей воздействия на морфофункциональные свойства хрящевой ткани с профилактическими и лечебными целями. Решение этих задач актуально и в связи с тем, что по причине урбанизации жизни и роста гипокинезии в современных условиях значительно увеличилось число деформирующих заболеваний суставов нижних конечностей человека [1,4,5,13,14)]. Успешное лечение патологических процессов коленного сустава невозможно без знания его нормального развития [6,7,8,9,10,11,12].

Все это побудило нас заняться изучением закономерностей формирования хрящевых элементов коленного сустава у людей зрелого и пожилого возраста с применением современных морфологических методов.

Цель исследования. Изучить закономерности морфологических изменений хрящевых элементов (суставного хряща бедренной кости) коленного сустава у людей зрелого и пожилого возраста.

1. Изучить морфологическую картину суставного хряща бедренной кости у людей зрелого и пожилого возраста.

2. Выявить количественные закономерности динамики морфологических показателей суставного хряща.

3. Провести сравнительный анализ морфологических особенностей функционального различных участков суставных хрящей коленного сустава.

Материал и методы

Морфологические характеристики изучены методами морфометрии, цито- и кариометрии, гистологии, гистохимии.

Наряду с качественными описаниями, в работе применены и количественные (органометрия, морфометрия, цито- кариометрия) методы исследования возрастной динамики хрящевых элементов коленного сустава, тем более что послойное изучение суставного хряща в доступной нам литературе не обнаружено, это позволило возрастную (в зрелом и пожилом возрасте) динамику выразить через количественные морфологические закономерности. С другой стороны, выявление количественных закономерностей межклеточного взаимодействия позволяет по-новому взглянуть на процесс дифференцирования, роста и возрастного изменения суставного хряща коленного сустава, количественно оценить степень влияния как возраста на показатели хрящей, так и интенсивности нагрузок. Также изучены цитоплазменно-ядерные отношения клеток для оценки обменной их активности у людей зрелого и пожилого возраста.

На тканевом и клеточном уровне материал изучался гистологическими и гистохимическими методами: окраска срезов гематоксилин-эозином, по ван-Гизону, орсеином-световым зеленым, толуидоловым синим, ШИК-реакция и по Хейлу. Применялись такие количественные методы, как морфометрия тканевых элементов по Г.Г.Автандилову, 1973 - цито- и кариометрия.

На срезах, окрашенных гематоксилин-эозином, производили цито- и кариометрию, на основе чего определялись расчетные величины, такие как объем цитоплазмы, объем клеток, объем ядра и цитоплазменно-ядерные отношения.

Волокнистые структуры изучали на срезах, окрашенных по методу ван-Гизона, пикрофусином, световым зеленым или орсеин-световым зеленым.

Для количественного определения динамики формирования суставного хряща коленного сустава на гистологических срезах производили морфометрию содержания основного вещества, количества клеточных элементов, количества волокон и площади поперечного сечения кровеносных сосудов. Морфометрию осуществовляли с помощью стандартной окулярной сетки на микроскопе "Биолам Р-7" при увеличении в 420 раз. Согласно рекомендации Г.Г.Автандилова (1973), производили подсчет узлов окулярной сетки, проецирующийся на вышеуказанные тканевые элементы. В пределах одного и того же поля зрения одновременно подсчитывалась площадь, занятая основным веществом, клетками, волокнами и сосудами (на одном препарате бралось 20 полей).

Гистохимическими методами изучались составные части основного вещества и клеток, нейтральные и кислые мукополисахариды (гликозаминогликаны).

Результат и обсуждения

Возрастной период 36-60 лет - зрелый возраст. Суставной хрящ дистального эпифиза бедра и проксимального эпифиза большеберцовой кости в этом возрасте имеют гомогенное основное вещество, которое окрашено гематоксилином, (базофильно с очагами эозинофилии). Обращает на себя внимание то, что количество клеточных элементов в суставном хряще в этом возрастном периоде резко уменьшается, особенно это заметно в поверхностном (2-ом) слое и в (5-ой слое) зоне колонок, где встречается много пустых ячеек с бесклеточным содержимым или с распадающимся клеточным детритом.

Бесклеточная зона (1-й слой) по всей морфологии как в предыдущем возрасте, т.е. она имеет вид

прослойки и мелко глыбчатую шероховатую поверхность. Эти глыбки слегка окрашены эозином, в сторону просвета суставной щели видны отросчатые, короткие волокна.

Второй поверхностный слой имеет структуру плотного фиброзного слоя, волокна гомогенно сливаются, и этот слой почти не содержит клеточных элементов. Последние здесь встречаются очень редко. Можно заметить, что волокна коллагена в этом слое также направлены вдоль суставной поверхности, а отдельные клеточные элементы, лежащие в глубине старого поверхностного слоя, расположены в виде изогенных пар. Клетки эти имеют овальные, округлые и полигональные ядра, плотно упакованные в ячейках. Цитоплазма умеренная.

Глубже поверхностного слоя лежит (3-й слой) переходная зона, также имеющая резкое по сравнению с предыдущими возрастными периодами, уменьшение числа клеток, видимо, за счет гибели клеток, поскольку часто встречаются пустые ячейки с погибающими клетками. Оставшиеся клетки ориентированы преимущественно в разных направлениях, имеют в основном округлую, овальную форму. Изогенных групп здесь меньше, чем в предыдущих возрастных группах. Основное вещество плотное, преобладает эозинофилия.

В зоне изогенных групп (4-слой) клетки лежат по 2-3 в одной ячейке. Отличительной особенностью их является то, что цитоплазма более выражена.

Зона колонок (5-слой) в этом возрасте имеет плотное основное вещество с преобладающей эозинофилией. Цепочки клеток расположены между колонками основного вещества. Она отличаются тем, что большинство их находится в стадии деструкции. По сравнению с предыдущим возрастном объем ядер кажется меньше, они плотнее, хромазии в ядрах не просматривается. Создается впечатление, что в данном слое клетки находится в неблагоприятных условиях, потому что они все в какой-то мере деформированы. Таких классических округлых изогенных групп клеток, как в предыдущих возрастных периодах встретить не удается. Даже в одной ячейке клетки разного размера. Такой полиморфизм ядер и клеточных элементов, возросшее числа распадающихся клеток, уменьшение объема ядра, отличают данный слой в этом возрасте.

В зоне гипертрофированных клеток (6-слой) основное вещество, как и раньше закономерно становится более эозинофильным, число клеток значительно уменьшено, а среди клеток имеется множество погибающих с лизирующихся ядер. Сохранившиеся клетки лежат по 3-5 штук в одной изогенной группе. Последние имеют разный размер, что является характерным для данного возраста. Ядра клеток в этом слое также уменьшены: клетки округлые, цитоплазма их увеличена в объеме, границы клеток достаточно четкие, полиморфизм ядер также характерен для этого 6-го слоя. Клетки в одной ячейке имеют разные размеры, т.е. в этом наблюдаются некоторые признаки дегенеративных изменений.

Зона кальцификации (7-слой) в этом возрасте резко, интенсивно базофильна. В хряще здесь имеются клетки округлой формы, а ближе к костной ткани лежат клетки с мелкими ядрами, с узкой цитоплазмой. Данная зона имеет форму изогнутой кривой и обычно охватывает базофильным материалом цепочки клеток; основное вещество между ними остается эозинофильным.

Подытоживая морфологическую картину суставного хряща коленного сустава, можно отметить, что в зрелом возрастном периоде имеются значительные дегенеративные изменения клеточного материала. Уменьшение их числа происходит, в основном, во втором и пятом слоях.

По мере увеличения возраста (36-60 лет) структура суставного хряща становится менее четкой, ячеистое строение также становится размытым и появляются признаки снижения синтеза гликозаминогликанов, уменьшается число метахромного материала в цитоплазме клеток.

В зрелом возрастном периоды (36-60 лет) динамика Хейл-положительных структур близка к динамике метахроматической реакции и здесь тоже Хейл-положительное вещество выявляется интенсивнее в зоне давления.

Зрелый возрастной период (реакция ШИК) отличается с появлением бедно окрашенных островков основного вещества суставного хряща, особенно это выражено пере целлюлярной зоне вокруг клеток как в глубоких, так и в поверхностных слоях.

Таким образом, как показывают исследования ШИК-реакции в суставном хряще с возрастом, падает в основном веществе и цитоплазме клеток.

Очевидно, уменьшение данной реакции отражает снижение метаболических процессов с возрастом.

Возрастной период 61-74 года - пожилой возраст. Суставной хрящ коленного сустава в этом возрасте становится тоньше. Изучение гистологических срезов показывает, что в данном возрастном периоде имеются достаточно заметные морфологические различия хряща по сравнению с предыдущим возрастом. Отличительным признаком является отсутствие бесклеточной зоны на срезах хряща овальные со светлой цитоплазмой клетки лежат весьма поверхностно и над ними имеется тонкий слой волокнистого хряща с коллагеновыми волокнами. Эти светлые клетки так близко подходят к суставной поверхности, что на участках расположения этих клеток образуются разрывы. По всей вероятности, при стирании суставной поверхности клетки поверхностного слоя - обнажаются. Эти светлые клетки поверхностного слоя лежат на коллагеновых волокнах; имеются "разрывы" поверхностной зоны суставного хряща. В поверхностной зоне и под ней весьма часто наблюдаются клетки-тени.

Коллагеновые волокна этого слоя характеризуются неоднородностью окраски. Одни участки зоны более эозинофильные, другие приобретают слабую базофилию. Неравномерная окраска волокон на протяжения поверхностного слоя тоже является характерным признаком пожилого возраста.

Наряду с истончением бесклеточной зоны и второго поверхностного слоя наблюдается множество пустых лакун. Сохранившиеся клетки переходной зоны имеют светлую цитоплазму: базофилия исчезает. Форма клеток преимущественно округлая, клетки светлые с уменьшенным ядром, окрашенным гематоксилином. Основное вещество слабо базофильно, участками наблюдается слабая эозинофилия, т.е. это - гетерохромность основного вещества, что также является характерным признаком данного возраста.

В зоне изогенных групп клетки также характеризуются светлой цитоплазмой. Ядра клеток значитель-

но меньшего размера, окрашены интенсивно базофильно.

Такая же закономерность наблюдается в клеточных элементах зоны колонок. Здесь тоже наблюдается отсутствие или довольно слабая базофилия цитоплазмы, наличие большого числа пустых лакун надо полагать, что происходит усиленный распад клеток за счет лизиса ядер. Основное вещество неравномерно окрашено.

Кроме того, слабую элективность имеет основное вещество зоны гипертрофированных клеток (6-й слой). Клетки этого слоя отличаются более крупными размерами, по сравнению с другими слоями, по вокруг них на границах этих клеток имеется резкая эозинофилия. Ряд клеток с "распадающимся" содержимом - детритом.

Зона кальцификации тоже менее базофильна по сравнению с предыдущими возрастами.

Далее, в возрастном периоде 61-75 лет (пожилом возрасте) основное вещество теряет гамма-метахромазию, становится ортохромным. В клеточных элементах уменьшается число метахромных гранул, лишь в глубоких слоях (5-6-х слоях) сохраняется альфа и бетта метахромазия основного вещества. Поверхностный слой окрашивается ортохромно, волокна и основное вещество имеют голубой цвет, метохромазия здесь проявляется лишь вокруг клеток переходного слоя. В некоторых участках основное вещество в данном возрастном периоде имеет гетерохромазию, т.е. встречаются участки альфа и бетта метахромазии (окрашенные неравномерно), границы ячеек размытые, клеточные элементы также содержат значительно меньшее количество метахроматического материала внутри и вокруг клетки. Имеются клетки, совершенно свободные от метахроматического материала внутри и в окружении. Здесь наблюдается увеличение числа крупных клеток, с гомогенной метахромазией цитоплазмы; вокруг клеток нет характерного усиления матахромазии. Таким образом, создается впечатления, и 74 годам секреция резко падает, о чем говорит отсутствие их в основном веществе. Видимо это накапливание привело к увеличению цитоплазмы клеток, эксцентричному выталкиванию ядер (таких фигур очень много). Повидимому гликозаминогликаны являются гидрофильными, втягивают в себя много воды, вследствие чего происходит их отек клеток. Возможно, это является возрастным приспособительным механизмом, т.е. уменьшение гистологических свойств основного вещества приводит к увеличению сдавливания хрящевых элементов, хрящевые клетки, накапливая метахроматический материал - гликозамингликаны внутри цитоплазмы и солируя в них воду, приобретают дополнительную гидростатическую устойчивость, т.е. уменьшение упругости основного вещества приводит к компенсаторному увеличению жесткости клеточных элементов и устойчивости их к давлению. По своей вероятности, таким же образом происходит возрастная адаптация (иррациональная адаптация), следовательно, синтез гликозамингликанов идет (т.е. внутри клетки имеется), а вокруг клетки их нет, это же приводит к нежелательным явлениям, но, видимо, эта адаптация тоже имеет свою причину в позиции клеточного обмена и сохранения клеточных элементов как бы для поддержания жизнедеятельности, а не для поддержания функциональных свойств всего суставного хряща. Вот это явление клеточных элементов (на уровне клетки) при снижении адаптивности всех тканей суставного хряща к нагрузкам является иррациональным типом адаптации.

Накапливание гликозамингликанов внутри клеток и отсутствие их в основном веществе приводит также к уменьшению синовиальной жидкости, которая служит смазкой суставных поверхностей, увеличивает трение. Следовательно, накапливание гликозамингликанов внутри клетки также является адаптацией на клеточном уровне, но не дает адаптационного эффекта на уровне ткани и на уровне органа (коленный сустав), т.е. в коленном суставе в целом уменьшаются как амортизационные свойства с возрастом, так и увеличивается трение в суставе. Следовательно, возрастные изменения, обнаруженные нами раньше (увеличения ЦЯО, объёма клеток, внутрисуставного трения) нельзя рассматривать, как только одностороннее - негативные отрицательные явления; они являются следствием более глубокого процесса клеточной адаптации, когда последняя становится направленной только на сохранение самих клеток, а не на обеспечение функции суставного хряща как ткани и коленного сустава, как органа в целом. Это и есть адаптация низких структур, направленных на сохранение самих себя на уровне клеток, которая ведет к нежелательным явлениям с возрастом - к старческому снижению функциональных показателей коленного сустава, что оказывается потом на адаптивности всего сустава и организма в целом. Потому что снижение функциональной активности сустава приводит к ухудшению двигательных свойств.

Отмеченные выше качества более выражены в суставном хряще бедренной кости, чем в суставном хряще большеберцовой кости, участвующих в образовании коленного сустава.

В пожилом возрасте не только встречаются разволокнения суставной поверхности хряща, истончение слоев, появления крупных светлых участков основного вещества.

После 61 года интенсивность ШИК-реакции в основном веществе суставного хряща уменьшается.

В глубоких слоях сохраняется, хотя и в малом количестве, ШИК-позитивный материал, а в поверхностных слоях эта реакция снижена до минимального.

Выводы

1. Подытоживая морфологическую картину суставного хряща коленного сустава, можно отметить, что в зрелом возрастном периоде имеются значительные дегенеративные изменения клеточного материала. Уменьшение их числа происходит, в основном, во втором и пятом слоях.

2. По мере увеличения возраста (36-60 лет) структура суставного хряща становится менее четкой, ячеистое строение также становится размытым и появляются признаки снижения синтеза гликозаминогликанов, уменьшается число метахромного материала в цитоплазме клеток.

3. В пожилом возрасте не только встречаются разволокнения суставной поверхности, хряща, истончение слоев, появления крупных светлых участков основного вещества.

4. Суставной хрящ в пожилом возрасте характеризуются уменьшением количества клеток в поле зре-

ния (от 6 до I), их набуханием, разрыхлением, отслоением, разрывом поверхностных слоев тангенциальных волокон, наличием очаговых уплотнений, увеличением внутрисуставного трения суставного хряща. Все это ведет к деформации свободной поверхности суставного хряща в пожилом возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедов Ш.М. "Динамика морфологических изменений хрящевых элементов коленного сустава человека в возрастном и функциональном аспектах", /Автореферат, диссертации на соиск.уч.степени доктора мед.наук, Новосибирск 1990 г., Стр. 1-36.
2. Храпко И.М. и др. Определение коээфицента упругости эластической хрящевой ткани научное издание / И.М.Храпко, С.А.Храпко // Журнал вушних, носових и горлових хвороб. - Киев, 2014 -3- С/ 32-34/ Библиогр: 11 назв.
3. Чернышева Т.В. и др. Возможности ультразвукового исследования в оценке состояния хряща в колленых суставах у больных остеоартрозом научное издание //Т.В.Чернышева. В.И Климентьева. К.В. Корочина// Ультразвуковая и функциональная диагностика - М, 2015- N6 - с 189.
4. Ступина Т.А. и др. Изменения синовиальной оболочки и суставного хряща коленного сустава при удлинении голени автодистрактором с повышенным суточным теплом научное издание // Т.А.Ступина. М.М.Щудло. Н.А.Щудло// Морфология -СП 6, 2013 -Том 143 N3 - С66 - 70 - Библиогр 12 назв.
5. Корочина А.А. и др. Морфологическая характеристика суставного хряща у пубертатных и взрослых крыс научного издание // К.В.Корочина В.С.Полякова И.Э.Корочина Т.В.Чернышева// морфология - СП6, 2016 - Том 149 N3M2016- С 111
6. Мельников А.А. и др. Особенности организации хондроцитов коленного сустава при двигательных нагрузках научное издание // А.А.Мельников // Морфология - СП6, 2016 - Том 149 N3M2016- С 136
7. Абдураимов А.С. и др. Вопросы физической реабилитации спортсменовв послеоперационном периоде при сочетаных повреждениях мениска и суставного хряща научное издание / О.Н.Абдураимов, А.А.Усманходжаева // Терапевтический вестник Узбекистана- Ташкент 2014- N4TBУ014- С 180-181
8. Богатов В.Б. и др. Перестройка суставного хряща при замещении его дефекта биокомпозитным материалом научное издание / В.Б.Богатов П. В. Зейналов (и. др.) //Морфология - СПб, 2015 - Том 147 N1M2015 - С 63-69 - Библиогр 22 назв
9. Матвеева Е.Л. и др. Состояние синовиальной среды с дегенеративно-дистрофическими изменениями коленного сустава, сопровождающимися дефектами суставных поверхностей научное издание /Е.Л.Матвеева, А.Г.Гасанова, О.К.Чегуров// Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н.Приорова- М, 2016- N4 -С 40-43- Библиогр 17 назв.
10. Полякова В.С. и др. Структурно функциональная характеристика синовиальной оболочки коленного сустава в зрелом периоде онтогенеза человекаб научное издание / В.С.Полякова, Т.Г.Кожанова, Е.Е.Мхитарян // Морфология СПб, 2012 -Т.141 N3 - С 127-128 (Шифр МО/2013/3)
11. Зубаров А.Р. Ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата увзрослых и детей / Видар-М. 2006, -136 с
12. Кожанова Т.Г. и др. Морфологические особенности синовальной мембраны коленного сустава человека в зрелом ворасте научное издание / Т.Г.Кожанова. В.С.Полякова. Е.Е.Мхитарян К.Н.Мещеряков// Морфология - СПб 2013- том 144 N5- С 50-53 - библиогр 14 назв
13. Delgado-Eneiso I. Paz-Garcia J. Rodriguez-Hernandez A, Madrigal-PerezVM, Cabrera-Licona A, Garcia - Rivera A, Soriano-Hernandez AD, Cortes-Bazan Jl, Galvan-Salazar HR, Valtierra-Alvarez J, Guzman-Esquivel J, rodriguez-Sanchez IP,Martinez -Fierro ML, Paz-Michel B.A. promising novel forulationfor articular cartilage regeneration: Preclinical evalution of a treatment that produces SOX9 overexpression in human synovial fluid cells. //Mol Med rep. 2018 Mar: 17 (3): 3503-3510/ doi: 10/ 3892/mmr. 2017.8336. Epub 2017 Dec 20. PubMed PMID: 29286152: PubMed Central pmCID; PMCID: pMc5802147.
14. Carballo C.B. Coelho T.R.P. De Holando Alonso R.C., Faria J.CO., Alves T, Monte S.M. Ventura Matioszek G.M., Moura-Neto V., Brito J.M. OsteoarthritieSinovial Fluid and TGF - BI Induce Interleukin-18 in Articular Chondroeytes. Cartilage. 2018 Aug. 27: 1947603518796149. Doi: 10.1177/1947603518796149. (Epubahad of print) PubMed PMID:30146893.
15. Liu T.H. Cheng SS. You H.L., Lee M.S. Lee G.B. Bacterial detection and identification from human synovial fluids on an integrated microfluidic system. Analyst. 2019 Feb 11:144 (4); 1210-1222. Doi: 10.1039 c 8an01764f. PubMed PMID:
16. Chetkina E.V., Pul A.R. (Type II collagen fragment capacity to induce collagen cleavage and hypertrophy of articular chondrocyte) Vestn Ross akad Med Nauk 2008: (5); 15-21, Russian. PubMed PMID; 18589731)
17. Stupina T.A., Makushin V.D., Stepanov M.A. Experemental morphological study of the effects of subchondral tunnelization and bone marrow stimulation on articular cartilaje regeneration. Bull Exp Biol Med 2012 Jun: 153 (2): 298-93. English Russian. PubMed PMID: 22816104
18. Novikov V.E., Novikova A.V. (Biogenic stobolism in articular cartilage) Eksp Klin Farmakol. 2011: 74(4):31-5. Review Russian PubMed PMID 21678657

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.97 (073)

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ

Ахмедова Хаётбану Юсуфовна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Расстройства гемостаза занимают в общей патологии человека важное место вследствие того, что являются одним из самых частых патологических состояний, встречающихся в практической медицине, и характеризуются чрезвычайно высокой потенциальной опасностью. Нарушения гемостаза отличаются значительным разнообразием.

Они могут проявляться как самостоятельными синдромами, имеющими в ряде случаев наследственный характер, так и вторичными геморрагическими и тромботическими осложнениями чрезвычайно большого числа других заболеваний: инфекционно-септических, сердечно-сосудистых, иммунных, акушерской патологии, болезней крови, печени, почек и т.д.

Ключевые слова: система гемостаза, наследственная заболевания, кровь.

ҚОННИНГ ИРСИЙ КАСАЛЛИКЛАРИДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Ахмедова Х.Ю.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Гемостазнинг бузилиши амалий тиббиётда учрайдиган энг тез-тез учрайдиган патологик ҳолатлардан бири бўлганлиги ва ўта юқори потенциал хавф билан тавсифланганлиги сабабли умумий инсон патологиясида муҳим ўрин тутади. Гемостаз касалликлари жуда хилма-хилдир.

Улар ўзларини мустақил синдромлар сифатида намоён қилишлари мумкин, улар баъзи ҳолларда ирсий хусусиятга ега, шунингдек бошқа кўплаб касалликларнинг иккиламчи геморрагик ва тромботик асоратлари: юқумли-септик, юрак-қон томир, иммун, акушерлик патологияси, қон, жигар, буйрак касалликлари ва бошқалар.

Калит сўзлар: гемостаз тизими, ирсий касалликлар, қон.

ASSESSMENT OF HEMOSTASIS DISORDERS IN HEREDITARY BLOOD DISEASES

Akhmedova H.Y.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Disorders of hemostasis occupy an important place in general human pathology due to the fact that they are one of the most frequent pathological conditions found in practical medicine and are characterized by extremely high potential danger. Hemostasis disorders are very diverse.

They can manifest themselves both as independent syndromes, which in some cases have a hereditary nature, and as secondary hemorrhagic and thrombotic complications of an extremely large number of other diseases: infectious-septic, cardiovascular, immune, obstetric pathology, diseases of the blood, liver, kidneys, etc.

Key words: hemostasis system, hereditary diseases, blood.

Актуальность

Нарушения гемостаза являются важнейшим патогенетическим звеном при различных видах шока, терминальных состояниях, могут развиваться при массивных хирургических вмешательствах, обширных травмах, могут осложнять лекарственную и трансфузионную терапию [2]

В настоящем учебном пособии дано определение системы гемостаза, характеристика структурных компонентов, участвующих в его реализации; описаны механизмы гемостаза при повреждении сосудистой стенки; изложены вопросы этиологии, патогенеза, лабораторной диагностики и принципы патогенетической терапии различных видов нарушения гемостаза.

Диагностика, лечение и профилактика нарушений в системе гемостаза является важной проблемой современной медицины. Актуальность обусловлена высокой частотой и тяжелыми последствиями тромбоза и тромбоэмболий[5].

Система гемостаза включает в себя три основных тесно взаимосвязанных морфо-функциональных звена: сосудистого, плазменно-коагуляционного и клеточного [1].

Основной механизм образования артериального и венозного тромбоза связан с повышением прокоагуляционной активности крови, стазом, с нарушением баланса с антикоагулянтами и фибринолитическими факторами[3].

Патология сложна и мало изучена при наследственных заболеваниях крови, когда наряду с прогрессирующей гемолитической анемией развиваются тромбогеморрагические осложнения, которые в конечном счете могут стать причиной сердечно-сосудистой недостаточности и нередко летального исхода [4].

Цель исследования. Изучение показателей плазменно-коагуляционного звена гемостаза у больных с серповидно-клеточной анемией (СКА), промежуточной бета-талассемией (ПТ) и дрепаноталассемией (ДТ), сочетанием СКА и ПТ, до и после лечения.

Материал и методы

Обследовано 20 пациентов с СКА, 30 с ПТ и 26 с ДТ, в возрасте 14- 43 лет, перенесших спленэктомию. Для оценки физиологических параметров исследуемых показателей гемостаза обследована контрольная группа из 30 практически здоровых лиц.

Результат и обсуждения

Большинство случаев значительной гипергомоцистеинемии (90-95%) обусловлено гомозиготным дефицитом цистатион(он) β-синтетазы, приводящим к нарушению трансформации гомоцистеина в цистатионин. В 5-10% случаев значительная гипергомоцистеинемия обусловлена врождённым нарушением превращения гомоцистеина в метионин в результате гомозиготного дефицита N(5,10)-метилентетрагидрофолат редуктазы, обнаруживаемого с частотой 0- 1,4%. Выявлена значительная связь между гипергомоцистеинемией и сосудистыми тромбозами различной степени выраженности (относительный риск возникновения венозного тромбоза составляет 2,5).

Наследственный дефицит протеина С диагностируют у 10% больных с ТЭЛА и тромбозами глубоких вен. В настоящее время описано свыше 160 различных мутаций протеина С. Частота тромбозов во время беременности при дефиците протеина С составляет 7%, а в послеродовом периоде - 19%. У гомозиготных носителей наследственного дефицита протеина С отмечают неонатальную фулминантную пурпуру. Данное состояние рефрактерно к терапии гепарином или антиагрегантами и чаще заканчивается фатально. Содержание протеина С у гетерозиготных носителей составляет 30-60% от нормального. В результате генетического дефекта протеина С нарушается основная функция активированного протеина С (кливаж (расщепление) фактора Va и фактора VIIIa, в результате которого происходит инактивация протромбиназы), что приводит к повышенному тромбобразованию.

Наследственный дефицит протеина S был описан в 1984 г. У гетерозиготных носителей дефицит протеина S проявляется тромбозами глубоких вен, артериальными тромбозами, ТЭЛА, однако риск развития этих осложнений значительно ниже, чем при дефиците антитромбина или протеина С. У гомозиготных носителей развивается неонатальная фулминантная пурпура. Риск тромбозов при беременности при наличии дефицита протеина S достигает 6%, при сопутствующем дефиците протеина С - 3-10%, а в послеродовом периоде - 7-22% и 7-29% соответственно.

Наследственный дефицит антитромбина описали в 1965 г. У 3-8% пациентов с ТЭЛА, тромбозами глубоких вен обнаруживают дефицит антитромбина. Частота развития тромбозов во время беременности и в послеродовом периоде при дефиците антитромбина составляет 18 и 33% соответственно. Риск тромбозов увеличивается при снижении биологической активности анти-тромбина до 50-70% в результате нарушения основной функции антитромбина - инактивации тромбина и большинства других факторов свертывания крови.

Наследственные дефекты фибринолиза. Дефицит плазминогена обнаруживают у 2-3% молодых пациентов с тромбозами глубоких вен. Венозные тромбозы и ТЭЛА развиваются при активности плазминогена ниже 40% от нормы.

Наиболее частой генетически обусловленной причиной нарушения функций фибринолитической системы служит увеличение содержания PAI-1 в результате гомозиготного носительства аллеля 4- , что сопровождается повышением риска коронарных нарушений в 1,3 раза и способствует осложнённому течению беременности и послеродового периода.

Выводы

Полученные результаты проведенных исследований при наследственной патологии крови свидетельствуют о большой значимости выявленных нарушений системы гемостаза еще на 1 этапе скрининга, что диктует необходимость, в обязательном порядке, комплексного обследования этой категории больных.

Повышение степени тяжести ГКС при СКА, ПТ и ДТ после операции спленэктомии позволяет оценить степень риска возможных осложнений, определить своевременно индивидуальную программу антитромбической терапии и профилактики.

Изучение всех звеньев системы гемостаза в динамике, до и после спленэктомии, с учетом клинических проявлений заболеваний, позволит создать определенную модель влияния увеличенной селезенки на гемостаз, с целью оптимизации медикаментозного и хирургического лечения.

Изучение агрегации тромбоцитов играет большую роль в плане оценки физиологии и патологии системы гемостаза у больных с наследственными аномалиями крови. Важно у больных с ПТ и ДТ, склонных к тромботическим осложнениям, выявлять случаи спонтанной и индуцированной агрегации, что позволит своевременно устанавливать функциональную способность тромбоцитов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баркаган З.С. Гемостаз // Руководство по гематологии: в 3 т. / под ред. А.И. Воробьева. 3-е изд., перераб. и доп. - /М. : Ньюдиамед, 2005. - Т. 3. - С. 9-147.
2. Бышевский А.Ш., Галян С.Л., Дементьева И.А. и др. Тромбоциты. - /Тюмень, 1996. - 250 с.
3. Зубаиров Д.М., Зубаирова Л.М. Эндотелиальные микровезикулы - посредники межклеточных взаимодействий в сосудистом секторе // Тромбоз, гемостаз и реология. - 2011. - № 2. - С. 6-13.
4. Шитикова А.С. Тромбоцитарный гемостаз. - сСПб., 2000. - 225 с.
5. Butenas S., Mann K.G. Blood coagulation // Biochemistry (Moscow). - 2002. - № 1. - P. 3-12

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.853-036.22

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Далимова Камола Мамуровна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Эпилепсия известна человечеству со времен его возникновения. Проблема эпилепсии остается актуальной и на современном этапе в связи с высокой заболеваемостью и распространенностью. Исследования по эпидемиологии эпилепсии активно проводятся в развитых странах Европы и США.

По мнению авторов, эпидемиологические исследования дают возможность получить представление о распределении больных эпилепсией среди населения, оценить эффективность существующей системы учета, применяемых видов терапии и реабилитационных мероприятий, а также позволят определить необходимый объем психоневрологической помощи.

Ключевые слова: эпилепсия, клинико-эпидемиологическое исследование, Ферганская долина.

ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА ЭПИЛЕПСИЯНИ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ЎРГАНИШ

Далимова К.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Эпилепсия инсониятга пайдо бўлганидан бери маълум бўлган. Ҳозирги босқичда эпилепсия муаммоси юқори даражада тарқалганлиги сабабли долзарб бўлиб қолмоқда. Эпилепсия эпидемиологияси бўйича тадқиқотлар Европа ва АҚШнинг ривожланган мамлакатларида фаол равишда олиб борилмоқда.

Муаллифларнинг фикрига кўра, эпидемиологик тадқиқотлар эпилепсия билан оғриган беморларни аҳоли ўртасида тақсимланиши, уларни ҳисобга олиш тизимининг самарадорлиги, қўлланиладиган терапия турлари ва реабилитация тадбирларини баҳолашга имкон беради, шунингдек, керакли миқдордаги асаб-психиатрия ёрдамини аниқлашга имкон беради.

Калит сўзлар: эпилепсия, клиник ва эпидемиологик тадқиқотлар, Фарғона водийси.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF EPILEPSY IN FERGHANA VALLEY

Dalimova K.M.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Epilepsy has been known to mankind since its inception. The problem of epilepsy remains relevant at the present stage due to the high incidence and prevalence. Research on the epidemiology of epilepsy is being actively carried out in the developed countries of Europe and the USA.

According to the authors, epidemiological studies make it possible to get an idea of the distribution of patients with epilepsy among the population, to assess the effectiveness of the existing accounting system, the types of therapy and rehabilitation measures used, and will also make it possible to determine the required volume of neuropsychiatric care.

Key words: epilepsy, clinical and epidemiological study, Fergana Valley.

Актуальность

Согласно результатам популяционных исследований, проведенных в индустриально развитых странах, где эпилепсией считается состояние, характеризующееся не менее чем двумя не провоцированными эпилептическими приступами [2,5], заболеваемость ею в разных возрастных группах может колебаться от 28,3 до 53,1 на 100 000 населения[3,6].

Сведения о распространенности эпилепсии в развивающихся странах противоречивы, причиной чего, по мнению W.A. Hauser (1995), являются не столько географические или этнические различия, сколько методологические погрешности выполнения исследований. Лишь единичные работы, проведенные в основном в США, Европе и Японии, содержат достоверные данные.

Распространенность эпилепсии в европейских исследованиях, выполненных у больных всех возрастных групп, определяется как 3,3-7,8 на 1000 жителей. Показатели распространенности у взрослых составляют 5,3-6,3 на 1000[1]. Соотнесенная с возрастом распространенность эпилепсии в России - 3,40 на 1000 населения[3,5].

Цель исследования. Повысить качество оказания специализированной помощи больным эпилепсией Ферганской долине (ФД)на основании результатов проведенного клинико-эпидемиологического исследования.

Материал и методы

Работа основана на результатах исследования 500 больных эпилепсией (292 мужчин, 208 женщин) в популяции из 138661 человека в возрасте от периода новорожденное до 78 лет включительно.

Результат и обсуждения

Эпидемиологическое исследование эпилепсии среди населения ФД проводилось на протяжении 3 лет (2004-2006) в соответствии с международными требованиями и было направлено на изучение заболеваемости, распространенности эпилепсии в разных районах ФД с учетом пола, возраста, социальных и других факторов.

Средний возраст населения - 39,77 года. Численность трудоспособного населения составляет 113061 человек (62,6%); старше трудоспособного возраста - 41323 человека (22,9%); моложе трудоспособного возраста - 26211 (14,5%). Общая численность обследованного населения составила 138661 человек: мужчин - 61988 (44,71%), женщин - 76673 (55,29%). Согласно полученным данным, общая распространенность эпилепсии в ФД составила 3,6 на 1000 населения.

Всего было выявлено 500 больных эпилепсией, из них 292 мужчины (58,4%>) и 208 женщин (41,6%), соотношение мужчин и женщин 1,4:1. Исследованиями ряда авторов выявлено аналогичное соотношение распространенности среди мужского и женского населения.

Распространенность заболевания среди мужчин составила 4,61 на 1000 населения, а среди женщин - 2,7 на 1000 населения. Распространенность эпилепсии среди мужчин практически во всех возрастных группах оказалась несколько выше, чем среди женщин.

Полученные данные совпадают с результатами других исследователей, которые свидетельствуют о том, что эпилепсия чаще поражает лиц мужского пола.

Это можно объяснить тем, что по условиям труда, быта, участия в войнах и др. мужчины чаще подвергаются травмам, интоксикациям (алкоголизм) и другим вредностям, которые способствуют возникновению эпилепсии, однако это предположение не было доказано ни в одном исследовании.

Было выявлено, что учащиеся и студенты высших учебных заведений среди больных эпилепсией составляют 10,2%, а среди населения - 15,65%. Доля больных эпилепсией пенсионного возраста в настоящем исследовании составила 9,4%, что практически не отличалось от популяции, где пенсионеров было 9,7%. Можно предположить, что при благоприятных условиях проявления болезни с возрастом могут компенсироваться, и страдающие эпилепсией успешно обучаются даже в высших учебных заведениях.

Так, по мнению одного из крупнейших эпилептологов A. Matures (1984), около 50% больных эпилепсией по своим личностным характеристикам не отличаются от среднего уровня в популяции; к ним может быть отнесено положение: больной эпилепсией - обычный человек, с которым иногда случается нечто необычное.

Таким образом, проведенное клинико-эпидемиологическое исследование позволило получить достоверную информацию о распространенности и заболеваемости эпилепсией в ФД, основных социальных показателях у данной категории больных.

Получены данные о наиболее часто встречающихся этиологических факторах и клинических формах заболевания, особенностях проводимой терапии, недостатках в организации лечебно-диагностического процесса у больных эпилепсией.

Проанализированы результаты работы противоэпилептического кабинета в течение года, которые показали преимущества наблюдения и проведения лечения у больных эпилепсией в условиях специализированного центра.

Проведенное исследование, таким образом, способствует разработке вопросов по улучшению противоэпилептической службы в ФД что, в свою очередь, позволит оптимизировать прогноз при данном заболевании.

Вывод

Полученные эпидемиологические данные о распространенности и заболеваемости эпилепсией в Ферганской долине являются основой для научно обоснованной программы помощи больным, в том числе медицинского обеспечения населения различными группами противоэпилептических препаратов.

Даны рекомендации по организации специализированной медицинской помощи больным эпилепсией Ферганской долине. Выявлены пути оптимизации медикаментозного лечения. Установлено, что опросник QOLIE-10 может быть полезным при скрининговых исследованиях в клинической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аванцини Дж. Клинические формы и классификация эпилепсии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. - №8, -С. 59-61.
2. Белова Е.В. Клинико-эпидемиологический анализ эпилепсии и фармакоэкономическое обоснование помощи взрослому населению в городе Тюмени: //дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: М., 2014.
3. Чуева, Л.Е. Нейропсихологические особенности женщин, больных эпилепсией, в период беременности и после родов / А.В. Якунина, А.В. Чернецова, Л.Е. Чуева // Когнитивные нарушения в неврологической практике: Сб. науч. ст. - Самара, 2016. - С. 38-41.
4. Fong GC, Kwan P, Hui AC, Lui CH, Fong JK, Wong V., An epidemiological study of epilepsy in Hong Kong SAR, China. // Seizure. -2008 Jul. Vol. 17(5). - P. 457-64.
5. Lam J., Rozsavolgyi M., Soos G., Vincze Z., Rajna P. Quality of life of patients with epilepsy (Hungarian survey). // Seizure. 2001. - Vol. 10(2). -P. 100-6.
6. Xiao B., Huang ZL, Zhang H, Liu YS, Yuan XR, Zhang N, Li JH, Wang XY, Zhou D, Liao WP, Wang WW, Sun BM. Aetiology of epilepsy in surgically treated patients in China. // Seizure. 2004.- Vol. 13(5). - P. 322-327.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.31

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Далимова Шоирахон Касимджановна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье приведен обзор отечественной и зарубежной литературы о современных подходах к вопросам комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Отражены основные направления работы исследователей в области пародонтологии, проанализированы результаты проведенных авторами исследований, приведены рекомендации для практического здравоохранения.

Представлены различные алгоритмы лечения заболеваний пародонта с использованием новых лекарственных средств и методов физиотерапии. Продемонстрирована важность комплексного подхода к решению поставленной проблемы, направленного на корректное сочетание местного и общего лечения, а также рациональное решение вопроса поддерживающей терапии.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о неудовлетворенности стоматологов существующими методами лечения пародонтита, обширном поиске новых, более эффективных способов лечения данной патологии, позволяющих получить наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, пародонт, бактериальные пародон-топатогены, пародонто-патогенные микроорганизмы, антибактериальная терапия.

СУРУНКАЛИ ПАРОДОНТИТЛАРНИ ЯНГИ АВЛОД АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРИНИ ҚЎЛЛАГАН ҲОЛДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Далимова Ш.К.,

Андижон давлат тиббиёт институти

✓ ***Резюме***

Мақолада периодонтал яллиғланишли яллиғланиш касалликларини комплекс даволашнинг замонавий ёндашувлари бўйича маҳаллий ва хорижий адабиётларга умумий нуқтаи назар берилган. Периодонтология соҳасидаги тадқиқотчиларнинг ишларининг асосий йўналишлари акс еттирилган, муаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқотлар натижалари таҳлил қилинган ва амалий соғлиқни сақлаш бўйича тавсиялар берилган.

Периодонтал касалликларни янги дорилар ва физиотерапия усуллари ёрдамида даволашнинг турли алгоритмлари келтирилган. Маҳаллий ва умумий даволанишни тўғри комбинациялашга қаратилган ушбу муаммони ҳал қилишда комплекс ёндашувнинг аҳамияти ҳамда қўллаб-қувватловчи терапия масаласини оқилона ҳал қилишнинг аҳамияти намойиш этилди.

Адабиётларни таҳлил қилиш стоматологларнинг мавжуд периодонтитни даволаш усулларидан норозилигини, ушбу патологияни даволашнинг янги, янада самарали усулларини излаб топганлигини, периодонтал тўқималарга энг самарали, патогенетик жиҳатдан асосли терапевтик таъсир кўрсатишга имкон беради.

Калит сўзлар: периодонтит, периодонт, бактериал периодонтал-топатогенлар, периодонтал-патоген микроорганизмлар, антибактериал терапия.

Калит сўзлар: периодонтит, периодонт, бактериал периодонтал топопатогенлар, периодонтал патоген микроорганизмлар, антибактериал терапия.

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS USING MODERN ANTIBACTERIAL DRUGS

Dalimova Sh.K.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article provides an overview of domestic and foreign literature on modern approaches to the complex treatment of inflammatory periodontal diseases. The main directions of work of researchers in the field of periodontology are reflected, the results of the studies carried out by the authors are analyzed, recommendations for practical health care are given.

Various algorithms for the treatment of periodontal diseases using new drugs and physiotherapy methods are presented. The importance of an integrated approach to solving this problem, aimed at the correct combination of local and general treatment, as well as a rational solution to the issue of supportive therapy, has been demonstrated.

The analysis of the literature indicates the dissatisfaction of dentists with the existing methods of treating periodontitis, an extensive search for new, more effective methods of treating this pathology, allowing to obtain the most effective, pathogenetically substantiated therapeutic effect on periodontal tissues.

Key words: periodontitis, periodontium, bacterial periodontal topathogens, periodontal pathogenic microorganisms, antibacterial therapy.

Актуальность

Развитие комплексного подхода к решению проблемы применения антибиотиков при лечении воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта является актуальной проблемой стоматологии.

В настоящее время воспалительно-деструктивные заболевания пародонта имеют высокую распространенность среди населения разных возрастных групп [2,4].

При нарастании степени тяжести хронического генерализованного пародонтита (ХГП) доказано увеличение количества в пародонтальных карманах таких микроорганизмов, как A. actinomycetemcomitans, P. gingivalis, T. forshytia, P. intermedia, F. nucleatum, T. denticola [1,7], обладающих повышенными адгезивными, инвазивными и токсическими свойствами и выделенных в особую таксономическую группу - "пародонтопатогенов" [3,5].

Высокоупорядоченные связи внутри микробных сообществ, образующих биопленки, создают благоприятные условия для жизнедеятельности бактерий, защищают их от воздействия защитных факторов полости рта, индивидуальных гигиенических мероприятий и профессиональной механической обработки, местного применения антимикробных средств [8]. Не всегда рациональное назначение антибиотиков приводило к возникновению и распространению множественно устойчивых штаммов микроорганизмов [6], оказывающих влияние на результат лечения.

В связи с тем, что при пародонтите среднетяжелой степени традиционная консервативная терапия не всегда эффективна, существует необходимость разработки дифференцированных схем системного применения антибактериальных препаратов [4].

Цель исследования - оценка эффективности системного применения антибактериальных препаратов для лечения пациентов с ХГП средней и тяжелой степеней.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 80 человек с ХГП (38 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 24 до 68 лет, которым проведено комплексное обследование и лечение.

Критериями включения в исследование являлись: установление у пациента ХГП средней или тяжелой степени, без наличия фоновой патологии или с таковой, но без признаков обострения коморбидной патологии. При включении в исследование учитывали возраст пациентов - от 35 до 70 лет, а также строгое соблюдение назначений и рекомендаций (по приему препаратов и гигиене полости рта).

Все пациенты, включенные в исследование, в полном объеме и в доступной форме были проинформированы о проводимых методах обследования и лечения. Каждым участником исследования было подписано добровольное информированное согласие на участие в нем.

После установления диагноза пациенты были случайным образом распределены на четыре группы. В каждой группе было по 10 человек с ХГП средней степени и 10 человек с ХГП тяжелой степени.

Результат и обсуждения

Критериями включения в исследование являлись: установление у пациента ХГП средней или тяжелой степени, без наличия фоновой патологии или с таковой, но без признаков обострения коморбидной патологии. При включении в исследование учитывали возраст пациентов - от 35 до 70 лет, а также строгое соблюдение назначений и рекомендаций (по приему препаратов и гигиене полости рта).

Все пациенты, включенные в исследование, в полном объеме и в доступной форме были проинформированы о проводимых методах обследования и лечения. Каждым участником исследования было подписано добровольное информированное согласие на участие в нем.

После установления диагноза пациенты были случайным образом распределены на четыре группы. В каждой группе было по 10 человек с ХГП средней степени и 10 человек с ХГП тяжелой степени.

В 1-й группе в состав комплексного лечения включали системную антибактериальную терапию с помощью полусинтетический антибиотик широкого спектра действия. Во 2-й группе для антибактериальной терапии использовали препарат полусинтетический цефалоспориновый антибиотик III поколения. В 3-й группе пациентам назначали комбинированный антибактериальный препарат, содержащий 500 мг антибактериальный препарат группы фторхинолонов и 600 мг противопротозойный препарат с антибактериальной активностью. В 4-й группе (контрольной) системную антибиотикотерапию не проводили.

Сбалансированная рандомизация достигалась соотношением 1:1 для того, чтобы избежать дисбаланса между группами наблюдения.

Для оценки эффективности лечения пациентов с ХГП проводили клиническое обследование состояния тканей пародонта, анализировали качественный и количественный состав микрофлоры пародонтальных карманов до лечения, через 14 дней, 3 и 6 мес после проведенного лечения.

Вывод

Таким образом, динамика данных ПЦР-диагностики показала, что комплексное лечение с системной этиотропной антибиотикотерапией способствовало снижению частоты встречаемости и количества отдельных видов пародонтопатогенных микроорганизмов в составе микрофлоры пародонтальных карманов у пациентов с ХГП тяжелой степени. Полученные результаты свидетельствуют о том, что проведение антибактериальной терапии на этапах комплексного лечения больных ХГП тяжелой степени позволяет не только существенно снизить общую бактериальную нагрузку на ткани пародонта, но и значительно уменьшить частоту выявления и количественное содержание в составе поддесневой микрофлоры всех исследованных пародонтопатогенов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аболмасов Н.Н. Поддерживающая и реабилитационная ортопедическая терапия при заболеваниях пародонта у пациентов в различные периоды онтогенеза//Рос.стомат.журн.-2014.-№5.-С.20-24.
2. Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта // Пародонтология. -2016. №1. - С.8-15.
3. Лукиных Л. М. Болезни пародонта. Клиника диагностика, лечение и профилактика / Л. М. Лукиных, Е. Н. Жулев, И. Н. Чупрунова. - Нижний Новгород: изд-во НГМА, 2015. - 322 с.
4. Орехова Л. Ю., Прохорова О. В. Клинический опыт применения остеопластических материалов нового поколения в пародонтальной хирургии //Маэстро стоматологии. 2012. -№2.-С. 16-21.
5. Разумов А.Н. Экологическая физиология человека и восстановительная медицина. М.: Медицина.-2009.-424с.
6. Чухловин А'.Б. Метод ПЦР детекции пародонтопатогенных бактерий и Streptococcus mutans в биологических образцах из ротовой полости //Клиничическая лабораторная диагностика.2007. -№4.- С.35-38.
7. Magnusson I., Low S.B., McArthur W.P. et al. Treatment of subjects with refractory periodontal disease // J. Clin. Periodontal. 1994. - Vol.21. - P. 628-637.
8. Winker J.R., Materese V., Hoover C.I. et all. An in vitro Model Invasion of Periodontal. Tissues //J. Periodontal.- 1988.-59.- P. 40-45.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.8-056.76

КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ СЛУХА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Каримова Зебинисо Хакимжон қизи,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Трудно переоценить роль слуха в вопросе психоречевого, интеллектуального и социального развития любого ребенка. Исследования показывают, что до 80% людей с синдромом Дауна могут иметь те или иные нарушения этой функции.

А это значит, что раннее выявление и лечение снижения слуха у ребенка, безусловно, способствует предупреждению возникновения вторичных нарушений психологического характера и облегчению социальной адаптации.

Ключевые слова: болезни Дауна, слухового прохода, аудиология, аудиометрия.

ДАУН СИНДРОМИГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА ЭШИТИШ ОРГАНИ ПАТОЛОГИЯЛАРИНИНГ КЛИНИК-АУДИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ

Каримова З.Х.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ҳар қандай боланинг психоварбал, интеллектуал ва ижтимоий ривожланиши масаласида эшитишнинг ролини юқори баҳолаш қийин. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, Даун синдроми бўлган одамларнинг 80 фоизигача бу функция бузилишининг бирон бир шакли бўлиши мумкин.

Бу шуни англатадики, болада эшитиш қобилиятининг йўқолишини эрта аниқлаш ва даволаш, албатта, иккиламчи психологик бузилишларнинг олдини олишга ва ижтимоий мослашишни осонлаштиради.

Калит сўзлар: Даун касаллиги, эшитиш найчаси, аудиология, аудиометрия.

CLINICAL AND AUDIOLOGICAL ASPECTS OF HEARING PATHOLOGY IN CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME

Karimova Z.H.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

It is difficult to overestimate the role of hearing in the issue of psych verbal, intellectual and social development of any child. Studies show that up to 80% of people with Down syndrome may have some form of impairment of this function.

And this means that early detection and treatment of hearing loss in a child, of course, helps to prevent the occurrence of secondary psychological disorders and facilitate social adaptation.

Key words: Down's disease, ear canal, audiology, audiometry.

Актуальность

Нарушение слуха является самой частой врожденной сенсорной патологией. По результатам эпидемиологических исследований, врожденная и ранняя детская тугоухость встречается с частотой от 1 до 3 на 1000 здоровых новорожденных в зависимости от учитываемой степени снижения слуха [4,8].

Результаты, полученные при реализации программ универсального аудиологического скрининга новорожденных, служат отправной точкой для более тщательного анализа распространенности врожденной и доречевой тугоухости [1,6]. По оценкам английских коллег, врожденная тугоухость встречается у 1,79 на 1000 новорожденных, у детей в возрасте 5 лет распространенность стойкой тугоухости составляет 3,65 на 1000, при этом легкие и односторонние формы нарушения слуха встречаются с частотой 2,13 на 1000 детей соответствующего возраста [2,7]. Среди детей, находившихся на лечении в отделениях реабилитации и интенсивной терапии новорожденных, распространенность нарушений слуха на порядок выше [3,5,8].

Цель исследования. Выявить клинико-аудиологические особенности патологии слуха у детей с синдромом Дауна и усовершенствовать тактику их ведения.

Материал и методы

Клинический материал. В разработку будут включены 200 детей дошкольного возраста:

А) Основная группа- дети с синдромом Дауна (150 детей)

Б) контрольная группа-здоровые дети (50 детей)

Методы исследования. Для решения задач и достижения цели исследования будут использованы следующие методы:

Клинико-инструментальные методы:

- сбор анамнестических данных, изучение состояние ЛОР органов, отоэндоскопия, отомикроскопия

2) Методы первичной диагностики слуха: задержанная вызванная отоакустическая эмиссия (ЗВОАЭ), продукт искажения отоакустической эмиссии (ПИОАЭ).

3) Методы объективной аудиометрии: коротколатентные вызванные слуховые потенциалы, стационарные вызванные потенциалы (КСВП, Мульти ASSR, акустическая импедансометрия)

4) Допонительные методы исследования: Компьютерная томография слуховой трубы

Результат и обсуждения

В нашем исследовании был проведен анализ распределения случаев врожденной тугоухости в основной и контрольной группах по типу, степени тяжести нарушения слуха, а также по одно- или двустороннему поражению слухового анализатора.

Среди 200 детей основной группы с врожденной тугоухостью двустороннее нарушение слуха установлено у 88% детей, одностороннее - у 12% детей. Среди случаев двусторонней тугоухости в 90% была диагностирована сенсоневральная, в 6% - кондуктивная, в 4% - смешанная тугоухость. Доля двусторонней глухоты составила 50% случаев, тугоухость IV степени - 13%, тугоухость III степени - 15%, тугоухость II степени - 11% и тугоухость I степени - 11% случаев. Среди односторонней тугоухости 34% случаев составила тугоухость IV степени тяжести и глухота, по типу нарушений слуха выявлено 44% сенсоневральной, 50% кондуктивной и 6% смешанной тугоухости.

Среди 160 детей с врожденной тугоухостью в контрольной группе двустороннее нарушение слуха установлено у 86% детей, одностороннее - у 14% детей. Среди случаев двусторонних нарушений слуха у 95% детей была диагностирована сенсоневральная, у 3% - кондуктивная, у 2% - смешанная тугоухость.

Доля двусторонней глухоты составила 50%, тугоухости IV степени - 29%, тугоухости III степени - 14%, тугоухости II степени - 5% и тугоухости I степени - 2% случаев.

Среди односторонних нарушений слуха 36% случаев составила тугоухость IV степени тяжести и глухота, по типу нарушений слуха выявлено 32% сенсоневральной, 54% кондуктивной и 13% смешанной тугоухости.

Для сравнения частоты выявления двусторонней тугоухости в основной и контрольной группе по степени тяжести нами были объединены в общую подгруппу случаи тугоухости I и II степени, а также IV степени и глухоты. Анализ показал, что частота выявления тугоухости I и II степени составила 22% в основной группе и 7% в контрольной группе, тугоухости IV степени и глухоты - 63% и 79%, соответственно, различия статистически значимы ($p<0,001$). Частота выявления тугоухости III степени тяжести в основной и контрольной группе составила 15% и 14%, соответственно ($p>0,05$).

Таким образом, в результате внедрения программы УАС новорожденных увеличилась выявляемость детей с врожденной тугоухостью I и II степени тяжести, за счет чего снизилась доля тугоухости IV степени и глухоты.

Вывод

Уточненные данные о частоте синдрома Дауна, выявленные биологические факторы риска, оценка системы пренатальной диагностики позволяют улучшить работу педиатрической и акушерской служб при планировании лечебно-профилактической помощи беременным женщинам и больным детям.

На основе результатов комплексного клинико-функционального и метаболического обследования профильных детей грудного возраста разработан и внедрен в практическое здравоохранение алгоритм прогнозирования рождения детей с синдромом Дауна, а также уточненная схема диспансерного наблюдения детей с данной патологией, что в совокупности позволяет своевременно выявлять отклонения в состоянии здоровья этих детей и оптимизировать их медицинское обеспечение.

В настоящее время установлено, что у детей, имеющих интеллектуальные нарушения, значительно чаще, чем в общей популяции, встречаются нарушения слуха, которые могут осложнять основной дефект. Знать об особенностях поражения органов зрения и слуха у таких детей необходимо не только специалистам, работающим в области коррекционной и специальной педагогики, но и родителям, которые также могут способствовать своевременной медицинской коррекции и социальной адаптации ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богомильский М.Р., Сапожников Я.М. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей. - М.: Владос, 2011;
2. Королева И.В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. - С-Пб., 2015;
3. Лапшин В.А. Основы дефектологии. - М.: Просвещение, 2009;
4. Hearing loss in Down's syndrome / T.J.Balkanyet al. //Clinical Pediatrics. 2009. № 18.P.116-118.
5. Marcell M.M. Relationships with between hearing and auditory cognition in Down's syndrome youth // Down Syndrome Research and Practice.2015. Vol. 3, № 3.P. 75-79.
6. Ossicular abnormalities in Down's syndrome / T.J.Balkanyet al. / /Otolaryngology: Head and Neck Surgery.2009.Vol. 87. P. 372-384.
7. Shott S. R. Down syndrome: Common pediatric ear, nose and throat problems //Down Syndrome Quarterly. 2010.Vol. 5, № 2.P. 1-6.
8. Shott S.R. Hearing loss in children with Down syndrome // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2011. № 6.P.199-205.

Поступила 09.11.2020

УДК 615: 615 - 015.3

БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АТ I (БРА) - ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА АМИНОГЛИКОЗИДОВ И ЭТАМБУТОЛА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Китян С.А., Бадалбаева Н.М., Юсупова М.Ш., Мусашайхов У.Х.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Сердечно-сосудистая заболеваемость (ССЗ) и смертность (ССС) тесно связана с артериальной гипертензией (АГ), контроль которой является одной из важнейших медицинских проблем. В последние годы произошли значительные изменения в определении подходов к диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ).

Иммунитет - специфическая реактивность, способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих признаки генетической чужеродности; способность высших организмов распознавать, обезвреживать и элиминировать генетически чужеродные вещества; функция специализированной системы генетического наблюдения организма - иммунной системы

При сочетании активного туберкулезного процесса с сердечно-сосудистой патологией возникают большие затруднения в связи с необходимостью проведения комплексной антибактериальной терапии по поводу туберкулеза и одновременного лечения сопутствующих заболеваний, в т. ч. сосудистой патологии.

Ключевые слова: туберкулез, этамбутол, артериальная гипертензия, антигипертензивные препараты.

ТУБЕРКУЛЁЗНИНГ ИЛК АЛОМАТЛАРИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БЕЛГИЛАРИ БИРГА БИЛАН КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА АМИНОГЛИКОЗИДЛАР ВА ЭТАМБУТОЛНИНГ ҚАБУЛ ҚИЛИШ ФОНИДА НОХУШ РЕАКЦИЯЛАРНИ ДАВОЛАШ УЧУН АТ I (БРА) РЕЦЕПТОР БЛОКАТОРЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Китян С.А., Бадалбаева Н.М., Юсупова М.Ш., Мусашайхов У.Х.,

Андижон давлат тиббит институти.

✓ ***Резюме***

Юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК) ва ўлим (ЮҚТКЎ) артериал гипертензия (АГ) билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, уларни назорат қилиш энг муҳим тиббий муаммолардан биридир. Сўнгги йилларда артериал гипертензия (АГ) диагностикаси ва даволаш ёндашувларини аниқлашда сезиларли ўзгаришлар юз берди.

Иммунитет - бу ўзига хос реактивлик, танани тирик жисмлардан ва генетик бегона белгиларга эга моддалардан ҳимоя қилиш усули; юқори даражадаги организмларнинг генетик жиҳатдан бегона моддаларни таниб олиш, зарарсизлантириш ва йўқ қилиш қобилияти; организмнинг генетик кузатувининг махсус тизими - иммунитет тизимидир.

Туберкулёзнинг фаол жараёни юрак-қон томир патологияси билан бирлашганда, сил касаллиги учун мураккаб антибиотик терапияси ва қон томир патологияни ўз ичига олган касалликларни бир вақтда даволаш зарурати туфайли катта қийинчиликлар пайдо бўлади.

Калит сўзлар: сил, этамбутол, артериал гипертензия, гипертензив дорилар.

AT I RECEPTOR BLOCKERS (ARBs) - DRUGS OF CHOICE IN THE THERAPY OF ADVERSE REACTIONS MANIFESTING ARTERIAL HYPERTENSION ON THE BACKGROUND OF LONG-TERM ADMISSION OF AMINOGLYCOSIDES OF ULEMEKULA BOLECULATURES

Kityan S.A., Badalbaeva N.M., Yusupova M., Musashaykhov U.Kh.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Cardiovascular morbidity (CVD) and mortality (CVD) are closely related to arterial hypertension (AH), the control of which is one of the most important medical problems. In recent years, there have been significant changes in the definition of approaches to the diagnosis and treatment of arterial hypertension (AH).

Immunity is a specific reactivity, a way of protecting the body from living bodies and substances that carry signs of genetic foreignness; the ability of higher organisms to recognize, neutralize and eliminate genetically foreign substances; function of the specialized system of genetic surveillance of the body - the immune system

When an active tuberculous process is combined with cardiovascular pathology, great difficulties arise due to the need for complex antibiotic therapy for tuberculosis and the simultaneous treatment of concomitant diseases, including vascular pathology.

Key words: tuberculosis, ethambutol, arterial hypertension, antihypertensive drugs.

Актуальность

При сочетании активного туберкулезного процесса с сердечно-сосудистой патологией возникают большие затруднения в связи с необходимостью проведения комплексной антибактериальной терапии по поводу туберкулеза и одновременного лечения сопутствующих заболеваний, в т. ч. сосудистой патологии [3].

Известно, что последние годы отмечается значительный рост числа больных с особо тяжелым, быс-

тро прогрессирующим течением туберкулезной инфекции, объединенных единым названием "Остро прогрессирующий туберкулез легких" (ОПТЛ)[2]. Это понятие включает в себя различные клинические формы туберкулеза легких, характеризующиеся схожей клинической картиной[1].

Объединяющим разные по генезу клинические формы туберкулеза являются острое начало, резко выраженный интоксикационный синдром и брон-холегочные проявления заболевания, которые в различной степени сочетаются с дыхательной недостаточностью, сопутствующей неспецифической инфекцией, кровохарканием, легочным кровотечением и другими осложнениями[5].

Обычное течение заболевания у больных этой группы состоит в постепенном развитии прогрессирующей инвалидизирующей одышки с альвеолярной гипервентиляцией. У больных этой группы имеется наиболее высокий риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [4].

В случае преобладания экссудативной тканевой реакции, быстро развиваются дистрофические и некротические процессы, которые представлены казеозным некрозом легочной ткани и миокардиодистрофией.

Цель исследования. Выбор препарата для лечения нежелательных побочных реакций (НПР), проявляющихся в виде артериальной гипертензии (АГ) с минимальным риском побочных действий на организм больного с впервые выявленным туберкулезом легких на фоне приема аминогликозидов и этамбутола. Достижение целевого уровня АД 110/60-70 мм рт.ст. - 120/70-80 мм рт.ст. с целью снижения риска кровохарканья как одного из угрожающих жизни больного туберкулезом легких симптомов.

Материал и методы

Была выбрана группа из впервые поступивших 104 больных, имевших документальные данные об отсутствии в анамнезе АГ в виде выписок из амбулаторных карт и ИБ стационаров: 69 мужчин, 22-47 л., n=45,8 л., ИМТ ≤ 17,4; 35 женщины, 22-43 л., n=36,4 л. ИМТ ≤17,8 с впервые выявленным туберкулезом легких.

Результат и обсуждения

С первого дня больным были назначены режимы IIБ и IV химиотерапии противотуберкулезными препаратами (ХТ ПТП), принимающими изониазид (Н) (ГИНК) 0,9г/сутки и этамбутол (Е) 0,45-0,60 г/сутки 4-12 месяцев и аминогликозиды по 1,0 г/сутки внутримышечно до 3,5-4 месяцев. Соблюдалось правило непрерывности приема ПТП, установленных согласно лекарственной чувствительности M. tuberculosis. В амбулаторных картах 31 больного отмечена АГII, гр. риска 2, связанная с приемом (Н) ГИНК за 1,5-4 месяца до госпитализации в ГБУ РО "СТБ" без других хронических заболеваний.

Все больные по поступлению проходили физикальный, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологический, бактериологический и биохимический контроль, сбор анкетного анамнеза, на 3-8-е сутки от начала приема Н (ГИНК) у всех больных отмечен подъем САД≥140-150 мм рт.ст. и ДАД≥90 мм рт.ст. Привычное АД до према Н (ГИНК): 110-125/75 мм рт.ст. Амлодипин 5-10 мг/сутки в комплексе гипотензивной терапии получали все. В моче отмечены альбуминурия у 31 (33,6%) с микрогематурией у 14 (13,5%), отечность стоп и нижних 1/3 голеней у 22 (21%), пастозность лица - у 27 (26%) больных. Амбулаторно были назначены торасемид 10 мг/сутки, верошпирон 50-100 мг 3 раза/сутки, калий-нормин 1000 мг 1 раз/сутки.

Нефротоксичность аминогликозидов и этамбутола потенцировала побочное свойство амлодипина - вызывать периферические отеки и пастозность. В стационаре амлодипин был отменен, назначены блокаторы рецепторов ангиотензина II пролонгированного действия: телмисартан 40 мг (у 9), лозартан 50 мг у 13 и валсартан 80мг у 9 по 1 табл./сутки. Отеки сошли на 4-5-е сутки, тогда же был отменен верошпирон, пастозность лица - у 5 на 6-е сутки, через месяц прошла у всех. Торасемид отменен на стабилизации АД =110-125/75 мм и полного исчезновения отечного синдрома рт.ст. - при приеме телмисартана на 2-4-е сутки, при приеме лозартана и валсартана на 4-е сутки, константная стабилизация АД =110-125/75 мм рт.ст. на 3-5 неделях. Стабилизация ЧСС наступила на 1,5-2-й неделе лечения и калий-нормин был тоже отменен. Побочные действия, как при ИАПФ - сухой кашель, диспноэ, ринит - при приеме антагонистов рецепторов ангиотензина II (БРА) (АТ1-подтипа) не наблюдались.

Преимуществом БРА является то, что частота побочных эффектов при их пользовании практически приравнивается к использованию плацебо. Головная боль, головокружение и слабость, возможные в 1% случаев, в нашем исследовании не наблюдались. БРА введена нами в дополнительную группу препаратов кардио-метаболической сосудистой протекции из-за того, что при длительном их применении возможно обратное развитие ГЛЖ у больных туберкулезом легких, страдающих еще и АГ II ст., и то свойство БРА, что их метаболиты способны уменьшать экскрецию альбуминов больных АГ с мочой и при диабетической нефропатии, довольно часто встречающейся у больных, длительно болеющих деструктивными формами туберкулеза легких и получающих препараты резервных групп, негативно влияющих на функцию поджелудочной железы. Еще один положительный фактор: блокаторы рецепторов ангиотензина II пролонгированного действия не оказывают негативного влияния на обмен пуринов, метаболизм глюкозы и на липидный состав крови.

Вывод

Группа блокаторов рецепторов ангиотензина II пролонгированного действия (БРА) - является наиболее рациональным выбором препаратов при лечении НПР в виде артериальной гипертензии и достижении целевого уровня АД 110/60-70 мм рт.ст. - 120/70-80 мм рт.ст. на фоне необходимого длительного приема аминогликозидов и этамбутола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В. Цереброваскулярные осложнения АГ. //Возможности антагонистов рецепторов ангиотензина II. Сердце, т. 2, № 4, 2013, стр.165-172.
2. Лазебник Л.Б., Милюкова О.М., Комиссаренко И.А. Блокаторы рецепторов ангиотензина II. /Москва, 2011, 56 с.
3. Stephen S.C., Pershadsingh H.A., Ho C.I. et al. Identification of telmisartan as f unique angiotensin II receptor antagonist with selective PRAR? -modulating activity. //Hypertension, vol. 43, 5, p2012..993-998.
4. Lucius R., Galliant S., Busche S. Et al. Beyond blood pressure: new roles for angiotensin II. //Cell Mol Life Sci vol. 56, 1999, p. 1008-1019.
5. Unger T. Blood pressure lowering and rennin angiotensin system blockade. //J. Hypertens, Vol.21, suppl. 6, 2003, p. S3-7.

Поступила 09.11. 2020

УДК 61:615.1:001(043.2)

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТОМ

Мадаминова Н.Э., Нарбоев З.К., Улмасов А.О., Улмасов Б.Б.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Хронический риносинусит (ХРС) - широко распространенное хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов. Хроническим риносинуситом (ХРС) страдает от 1 до 4 % населения земного шара. Распространенность ХРС в общей популяции жителей Европы составляет около 4%.

Среди пациентов с ЛОР патологией хронический полипозный риносинусит встречается у 15-25%. У пациентов с бронхиальной астмой (БА) ПРС развивается чаще - в 7-13% случаев. При непереносимости нестероидных противовоспалительных средств в сочетании с БА данное заболевание отмечается у 36-96% пациентов.

Основные проявления ХРС - затруднение носового дыхания, выделения из носа, боль или давление в области проекции околоносовых пазух, головная боль, нарушение обоняния, ухудшение общего самочувствия приводят к значительному снижению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: риносинусит, качества жизни, околоносовых пазух.

СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Мадаминова Н.Э., Норбоев З.К., Улмасов А.О., Улмасов Б.Б.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Сурункали риносинусит (СРС) - бурун шиллиқ қавати ва параназал синусларнинг кенг тарқалган сурункали яллиғланиш касаллиги, полипларнинг ҳосил бўлиши ва такрорий ўсиши билан тавсифланади.

Сурункали риносинусит (СРС) дунё аҳолисининг 1 дан 4 фоизида учрайди. Европаликларнинг умумий аҳолисида СРС тарқалиши тахминан 4% ни ташкил қилади.

ЛОР патологияси бўлган беморлар орасида сурункали полипоз ринозинусит 15-25% да учрайди. Бронхиал астма (БА) билан оғриган беморларда ОРС тез-тез ривожланади - 7-13% ҳолларда. Стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дориларга астма билан биргаликда ушбу касаллик 36-96% беморларда кузатилади.

СРСнинг асосий намоён бўлишлари - бурундан нафас олиш қийинлашуви, бурундан бўшатиш, паранасал синуслар проекцияси соҳасидаги оғриқ ёки босим, бош оғриғи, ҳиднинг ёмонлашиши, фаровонликнинг ёмонлашиши беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайишига олиб келади.

Калит сўзлар: риносинусит, ҳаёт сифати, параназал синуслар.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS

Madaminova N.E., Norboev Z.K., Ulmasov A.O., Ulmasov B.B.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Chronic rhinosinusitis (CRS) is a widespread chronic inflammatory disease of the nasal mucosa and paranasal sinuses, characterized by the formation and recurrent growth of polyps. Chronic rhinosinusitis (CRS) affects 1 to 4% of the world's population. The prevalence of CRS in the general population of Europeans is about 4%.

Among patients with ENT pathology, chronic polypous rhinosinusitis occurs in 15-25%. In patients with bronchial asthma (BA), ORS develops more often - in 7-13% of cases. With intolerance to non-steroidal anti-inflammatory drugs in combination with asthma, this disease is observed in 36-96% of patients.

The main manifestations of CRS are difficulty in nasal breathing, nasal discharge, pain or pressure in the area of the projection of the paranasal sinuses, headache, impaired sense of smell, deterioration in general well-being lead to a significant decrease in the quality of life of patients.

Key words: rhinosinusitis, quality of life, paranasal sinuses.

Актуальность

По настоящее время во всем мире отмечается рост числа хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух, основным симптомом которых является затруднение носового дыхания [2]. Хронический риносинусит является самым распространенным хроническим заболеванием в большинстве стран мира, например, в США: по данным Национального центра по статистике болезней он диагностирован у 37 миллионов (14,7%) жителей з гой страны [6].

В связи с отчетливой тенденцией к рецидивированию и отсутствием эффективных методов консервативного лечения, больные хроническими синуситами во многих случаях сталкиваются с необходимостью хирургического лечения. Операции, использующиеся в этих случаях, могут выполняться как с использованием классических радикальных методов, так

и с применением современных внутриносовых эндоскопических технологий [1].

Развитие медицинской техники за два последних десятилетия значительно расширили возможности ринохирурга в плане щадящего отношения к внутриносовым анатомическим структурам, минимального травмирования слизистой оболочки, с сохранением и восстановлением важнейших функций полости носа[3]. В настоящее время ринохирург может при непосредственном визуальном контроле манипулировать в труднодоступных отделах полости носа и околоносовых пазух, восстанавливать нарушенные анатомические взаимоотношения и создавать физиологические условия для адекватного дренажа и аэрации [5]. Однако, в последнее время результаты эндоскопических внутриносовых операций все чаще подвергаются критике.

Так по данным Донского В.В. с соавт. (2001.) применяя эндоскопическую синусотомию. тем не менее, у 23,5% больных хроническими риносинуситами, вынуждены были делать экстра назальную операцию [4].

Выбор метода хирургического или консервативного лечения зависит от многих факторов, но самыми основными из них являются: наличие современной медицинской аппаратуры и инструментариев, а также квалификация самого хирурга [6].

Множество подходов и вариантов лечения создают обширное поле для полемики в отношении интерпретации результатов оценки эффективности медикаментозного и хирургического способов лечения хронических риносинуситов[2].

В настоящее время известно несколько методов оценки эффективности лечения хронических риносинуситов. Наиболее значимыми из них являются: клиническое улучшение состояния больного, визуальная оценка состояния слизистой оболочки носа, улучшение транспортной функции эпителия и оценка цитологических препаратов, а также результаты функциональных методов исследования (риноманометрия и т.п.). Следствием разносторонней оценки является отсутствие единого мнения об эффективности различных вариантов лечения.

Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов с хроническим риносинуситом.

Материал и методы

Дизайн исследования: проспективное, продольное. При проведении исследования использовались социологический и статистический методы. Объект исследования: пациенты с хроническим полипозным риносинуситом, госпитализированные в клинике АГМИ оториноларингологии. Была использована анкета-опросник SF-36 для оценки качества жизни.

Результат и обсуждения

Была использована анкета-опросник SF-36 для оценки качества жизни. Анкета включала 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОЗС), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС), психическое здоровье (ПЗ). Шкалы группировались в 2 показателя: физический компонент здоровья (ФКЗ) и психологический компонент здоровья (ПКЗ).

ФКЗ и ПКЗ анализировались на основе бальной оценки параметров шкал, максимальное значение которых достигало 100 баллов (чем выше показатель по каждой шкале, тем выше качество жизни).

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square test, χ^2). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ "Statistica 10".

В исследовании приняли участие 50 пациентов с установленным диагнозом ХПРС в возрасте от 22 до 58 лет, среди которых удельный вес мужчин и женщин соответственно составил 60,0% и 40,0%.

Физический компонент здоровья пациентов с ХПРС был невысок и достигал 45,5 (44,5 - 46,5) баллов. Уровни составляющих ФКЗ составляли: ФФ= 65,0 (64,6 - 65,4) баллов, РФ= 75,0 (74,4 - 75,6) баллов, ИБ = 59,0 (58,2- 59,8) баллов, ОСЗ= 49,0 (48,5-49,5) баллов. Максимальное значение составляющих ФКЗ отмечалось для показателя РФ, уровень которого достигал 75,0 (74,4 - 75,6) баллов.

Психический компонент здоровья пациентов с ХПРС был также невысок и составлял 44,4 (43,8 - 45,0) баллов. Уровни составляющих ПКЗ колебались от 60,0 до 98,0 баллов и достигали: ПЗ= 67,0 (66,3 - 67,7) баллов, РФЭС= 98,0 (97,5 - 98,5) баллов, СФ= 70,0 (69,2 - 70,8) баллов, ЖА= 60,0 (59,1 - 60,9) баллов. Максимальное значение составляющих ПКЗ отмечалось для показателя РФЭС, уровень которого достигал 98,0 баллов.

Статистически значимых различий уровней ФКЗ и ПКЗ в зависимости от пола не установлено ($p>0.05$). У мужчин ФКЗ и ПКЗ достигали 45,1 (44,5 - 45,7) и 43,9 (43,4 - 44,4) баллов соответственно. ФКЗ и ПКЗ у женщин составили 45,8 (45,1 - 46,5) и 44,1 (43,6 - 44,6) баллов соответственно.

Вывод

Доказано, что выбор метода и объема хирургического вмешательства при хронических риносинуситах с целью прогнозирования результата должен проводиться с учетом КЖ. На основании полученных исследований рекомендовать в качестве выбора хирургического лечения больных с хроническими риносинуситами щадящие вмешательства.

Доказано, что для оценки эффективности хирургического вмешательства необходимо проводить анализ клинического состояния пациентов с учетом КЖ. Для оценки КЖ ринологических больных, наиболее информативным является определение КЖ с помощью опросника, в котором учитываются специфичные и клинические проявления заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдулаев, Б.А. Некоторые особенности лечения впервые диагностированного полипозного риносинусита / Б.А. Абдулаев // Рос. ринология. - 2010. - № 4. - С. 12-16.
2. Антонова, М.А. Выявление связанных иммуноглобулинов в тканях полипов носа / М.А. Антонова // Вестн. оториноларингологии. - 1982. - № 3. - С. 56-59.
3. Арцыбашева, М.В. Компьютерная томография в планировании эндоназальных хирургических вмешательств при неопухолевых заболеваниях околоносовых пазух: /автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.19 / М.В. Арцыбашева ; Центр. клинич. больница мед. центра Упр. делами Президента Рос. Федерации. - М., 2001. - 24 с.
4. Еременко, Ю. Е. Выбор тактики лечения хронического полипозного риносинусита у пациентов с аспириновой триадой / Ю. Е. Еременко, А. Н. Котович // Оториноларингология. Восточная Европа. - 2015. - № 3. - С. 36-41.
5. Еременко, Ю. Е. Роль аллергии в возникновении и развитии хронического полипозного риносинусита / Ю. Е. Еременко, А. Н. Котович // Оториноларингология. Восточная Европа. - 2014. - № 2. - С. 103-108.
6. Bachert, C. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: focus on nasal polyposis / C. Bachert // The J. of Allergy and Clin. Immunol. - 2015. - Vol. 136, № 6. - P. 1431-1440.

Поступила 09.11. 2020

УДК 612.843.1

АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ БОРОЗД И ИЗВИЛИН, ЦИТОАРХИТЕКТОНИКА СЛУХОВОЙ КОРЫ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Мамажонов Зафар Абдужалилович,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Особое место в развитии индивида и человеческого коллектива занимает умение передавать, получать и обрабатывать звуковые сигналы. Способность распознавать и работать со сложной знаковой системой сделала человека не просто высокоразвитым организмом, а всецело широко функциональной личностью. Изначально обмениваясь простыми звуками, общество со временем научилось передавать сложно сконструированные словесные предложения.

Височная доля является частью конечного мозга и включается в структуру коры. Она располагается на обоих полушариях мозга по бокам снизу, тесно контактируя с соседними участками - лобной и теменной долей. Этот участок коры имеет самые выраженные граничные линии. Верхняя часть виска немного выпукла, а нижняя - вогнутая.

Височная доля отделяется от всех остальных бороздой, называющейся латеральной (боковой). Тесное расположение височной и лобной доли не случайно: речь развивается параллельно мышлению (лобная кора), и эти две функции плотно взаимосвязаны, так как умение формулировать и ясно излагаться (речь) обеспечивается степенью развития мыслительных функций.

Ключевые слова: головной мозг, височная область, борозда, онтогенез, постнатальном периоде, функции височной области.

ИНСОН БОШ МИЯСИ ЧАККА ҚИСМИНИ ПОСТНАТАЛ ОНТОГЕНЕЗДА ЭГАТ ВА ПУШТАЛАРИНИНГ АНАТОМИЯСИ ВА ТОПОГРАФИЯСИ, ЭШИТУВ ПЎСТЛОҒИНИНГ ЦИТОАРХИТЕКТОНИКАСИ

Мамажонов З.А.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Овоз сигналларини узатиш, қабул қилиш ва қайта ишлаш қобилияти шахс ва инсон жамоасининг ривожланишида алоҳида ўрин тутади. Мураккаб белгилар тизимини таниб олиш ва улар билан ишлаш қобилияти одамни нафақат юқори даражада ривожланган организмга, балки умуман кенг функционал шахсга айлантирди. Дастлаб оддий товушларни алмаштириб, жамият охир-оқибат мураккаб тузилган оғзаки жумлаларни етказишни ўрганди.

Чакка қисми мия охирининг бир қисми ва пўстлоқ таркибига киради. У миянинг иккала ярим шарларида пастдан ён томонларда, қўшни жойлар - фронтал ва париетал қисмлар билан яқин алоқада жойлашган. Пўстлоқнинг ушбу қисмида энг аниқ чегара чизиқлари мавжуд. Чакканинг юқори қисми бироз қаварик, пастки қисми эса эгилгандир.

Чакка қисм бошқаларидан латерал (латерал) деб номланганлиги билан ажралиб туради. Темпорал ва фронтал қисмларнинг яқин жойлашиши тасодифий эмас: нутқ тафаккурга (фронтал пўстлоқ) параллел равишда ривожланади ва бу икки функция бир-бири билан чамбарчас боғлиқ, чунки (нутқни) шакллантириш ва аниқ ифода этиш қобилияти ақлий функцияларнинг ривожланиш даражаси билан таъминланади.

Калит сўзлар: мия, чакка соҳаси, эгат, онтогенез, туғруқдан кейинги давр, чакка қисмнинг функциялари.

ANATOMY AND TOPOGRAPHY OF FURROWS AND BENDS, CYTOARCHITECTONICS OF THE AUDITORY CORTEX OF THE TEMPORAL LOBE OF THE HUMAN BRAIN IN POSTNATAL ONTOGENESIS

Mamazhonov Z.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The ability to transmit, receive and process sound signals takes a special place in the development of the individual and the human collective. The ability to recognize and work with a complex sign system made a person not just a highly developed organism, but an entirely broadly functional personality. Initially exchanging simple sounds, society eventually learned to convey complexly constructed verbal sentences.

The temporal lobe is part of the telencephalon and is included in the structure of the cortex. It is located on both hemispheres of the brain on the sides from below, in close contact with neighboring areas - the frontal and parietal lobes. This section of the cortex has the most pronounced boundary lines. The upper part of the temple is slightly convex, and the lower part is concave.

The temporal lobe is separated from all the others by a groove called the lateral (lateral). The close location of the temporal and frontal lobes is not accidental: speech develops in parallel with thinking (frontal cortex), and these two functions are closely interconnected, since the ability to formulate and clearly express (speech) is provided by the degree of development of mental functions.

Key words: brain, temporal region, furrow, ontogenesis, postnatal period, temporal region functions.

Актуальность

Эмоциональный фон, слуховое восприятие, общение - определяющий моменты в поведении, жизни человека. За то, в каком настроении он пребывает, ощущает себя счастливым или, напротив, находится в состоянии депрессии, стресса в значительной степени отвечает височная доля головного мозга. Именно она перерабатывает сенсорную звуковую, слуховую, зрительную информацию, затем синхронизирует ее, придает эмоциональную окраску.

Височная доля (lobus temporalis) занимает нижнебоковые отделы полушария и отделяется от лобной и теменной долей глубокой латеральной бороздой[4,7]. Край височной доли, прикрывающий островковую долю, получил название височной покрышки (operculum temporale). Передняя часть височной доли образует височный полюс (polus temporalis). На боковой поверхности височной доли видны две борозды - верхняя и нижняя височные (sulci temporales superior et inferior), почти параллельные латеральной борозде.

Извилины височной доли ориентированы вдоль борозд. Верхняя височная извилина (gyrus temporalis superior) расположена между латеральной бороздой вверху и верхней височной внизу. На верхней поверхности этой извилины, скрытой в глубине латеральной борозды, располагаются две-три короткие поперечные височные извилины (gyri temporales transversi, извилины Гешля), разделенные поперечными височными бороздами (sulci temporales transversi)[1,3].

Между верхней и нижней височными бороздами находится средняя височная извилина (gyrus temporalis medius). Нижнелатеральный край височной доли занимает нижняя височная извилина (gyrus temporalis inferior), ограниченная сверху одноименной бороздой. Задний конец этой извилины продолжается в затылочную долю[2,5].

Височная доля отделена от лобной и теменной долей латеральной бороздой. На наружной поверхности этой доли различают верхнюю, среднюю и нижнюю височные извилины, отделенные друг от друга соответствующими бороздами. На нижней баэальной поверхности височной доли находится латеральная затылочно-височная извилина, граничащая с нижней височной извилиной, а более медиально - извилина гиппокампа.

В глубине латеральной борозды расположена островковая доля (островок Рейля). Она прикрыта участками лобной, теменной и височной долей, которые составляют покрышку (operculum frontale). Центральная борозда островка делит его на две части - переднюю и заднюю[1,4].

В височных долях находятся корковые отделы (проекционные зоны) слухового (верхняя височная извилина и поперечные височные извилины), которые находятся под латеральной бороздой в глубине височной доли, статокинестетического (на границе височной, затылочной и теменной долей), вкусового (кора вокруг островковой доли), обонятельного (парагиппокампальная извилина) анализаторов[6]. В глубине височной доли проходит часть проводников зрительного пути. Эфферентные пути от височных долей идут к подбугорной области, а также к мосту мозга - височно-мосто-мозжечковый путь.

Цель исследования. Изучение возрастной анатомии, топографии и морфометрии борозд и извилин височной доли головного мозга человека, а также цито-архитектоники слуховой коры, в части, объема нейронов, размеров пирамидных нейронов в левом и правом полушарии от рождения до 90 лет.

Материал и методыъ

Материалом исследования явились фронтальные срезы левой и правой верхней височной подобласти мозга пятнадцати плодов человека обоих полов в возрасте от 16 до 40 недель гестации, всего 25 полушарий.

Результат и обсуждения

Полученные результаты подтверждаются недавними литературными данными, согласно которым, как показано в модельных экспериментах на животных, созревание тормозных интернейронов в слое IV зависит от клеток субпластинки. Несостоявшаяся их элиминация изменяет нормальное становление тормозных процессов, оказывая влияние на модульную организацию коры. В пределах верхней височной подобласти с помощью разработанного критерия удалось также установить более позднее созревание поля 37.

Развитие цитоархигектонических полей верхней височной подобласти на сроках 37-40 недель гестации оценивали, используя следующие показатели: процентное соотношение нейронов, позитивных к двум кальций-связывающим белкам (кальбиндину и пар-вальбумину), и вертикальную упорядоченность нейронов коры, определяемую по величине коэффициента Org. На этом отрезке развития в границах верхней височной подобласти можно дифференцировать: поле 41 - первичное слуховое, поле 22 - вторичное слуховое, поле 37 - третичное ассоциативное, входящее в состав зоны Вернике.

Иммуноцитохимические методы исследования, широко применяемые нейроморфо-логами в последние годы, могут продемонстрировать новые параметры структурно-функциональной организации коры. В частности, показано, что так называемые "ядерные", по фило- и онтогенезу более зрелые, таламокортикальные отношения формируются нейронами, иммунопозитивными к парвальбумину, а "поддерживающие", менее зрелые, кальбиндин-позитивными клетками. Нами обнаружено, что исследованные поля гетероморфны по распределению нейронов, иммунопозитивных к этим двум кальций-связывающим белкам. Кальбиндин-позитивные нейроны наиболее массово представлены в поле 22, клетки; экспрессирующие парвальбумин - в поле 41; в поле 37 удалось идентифицировать оба типа нейронов

Особенности онтогенетических преобразований неокортекса, как основного образования, обеспечивающего реализацию интегративных процессов в ЦНС, описаны четкими количественными и качественными критериями.

Период с 20-й по 26-ю недели характеризуется постепенным увеличением толщины коры от 1300 до 1500 мкм и стратификацией корковой пластинки. Ее расслоение в это время отличается от зрелой коры и характеризуется чередованием очень плотноклеточных и более разреженных слоев. Плотноклегочными и, следовательно, обладающими высокой оптической плотностью являются: наружная кайма корковой пла-

стинки - слой ell, слой elV и верхняя зона субпластинки - spu.

Слои сравнительно редкоклеточные и с низкой оптической плотностью; это - слой elll и недифференцированный комплекс слоев eV+eVI. В этом возрасте слои ell и elll состоят преимущественно из нейробластов, которые отличаются от зрелых нейронов веретеновидным телом и длинными отростками, которые отходят от апикального и базального полюсов клетки. Слой elV состоит из крупных, плотно упакованных пирамидных нейронов, которые в это время являются самыми дифференцированными клетками коры. Комплекс слоев eV+eVI содержит полиморфные клетки.

Таким образом, исследование становления верхней височной подобласти неокортекса в мозге плодов человека с 16-й по 36-ю неделю гестации позволило установить следующее: по мере развития организма происходит утолщение коры, причем в период с 16-й по 26-ю неделю преимущественно за счет нижних ее слоев, т. е. "эфферентного" комплекса, а с 27-й по 36-ю неделю - за счет верхних слоев, т. е. "ассоциативного" комплекса. В течение исследованного периода наблюдается переход от эмбрионального расслоения коры к типичному, характерному для зрелого мозга, и дифференцировка верхней височной подобласти на первичное (41), вторичное (22) и третичное (37) цитоархитектонические поля.

Для объективной оценки онтогенетических преобразований коры был разработан количественный критерий дифференцировки субпластинки в ее составе, а именно положительно коррелирующие показатели изменения клеточной плотности слоя ell - наружной каймы корковой пластинки и spu - верхней зоны субпластинки. Кроме возможности выявления субпластинки, этот критерий помогает установить причину и сроки опережающей дифференцировки "эфферентного" комплекса коры и сменяющее ее более активное становление "ассоциативного" комплекса. Созревание "эфферентного" комплекса происходит в присутствии субпластинки и, по-видимому, незначительно зависит от ее состояния. С другой стороны, очевидна взаимообусловленность темпов созревания нейронов слоев II и IV, основной составляющей "ассоциативного" комплекса коры, и процессов элиминации субпластинки. Эти слои начинают дифференцироваться усиленным темпом только после начала элиминации нейронов субпластинки и опережают становление "эфферентного" комплекса начиная с 27-й недели гестации.

Таким образом, полученные данные указывают на продолжающееся гетерохронное развитие полей 41, 22, 37 верхней височной подобласти. О зрелости первичного проекционного поля 41 можно судить по максимальному содержанию парвальбумин-позитивных нейронов, что является косвенным свидетельством в пользу того, что к концу плодного периода таламокортикальные проекции этого поля организованы тонотопически и опосредуются принципиальной частью медиального коленчатого типа. Превалирование кальбиндин-позитивных клеток во вторичном слуховом поле подтверждает характерную особенность его связей с таламусом, которые классифицируются как "поддерживающие". Присутствие в поле 37 двух типов нейронов можно расценить как свидетельство незрелости его основных таламокортикальных проекций, которые в зрелом мозге относятся к "ядерному" типу.

О гетерохронном становлении полей верхней височной подобласти на последних неделях гестации свидетельствует еще один показатель - вертикальная упорядоченность нейронных комплексов коры. Согласно полученным данным величина коэффициента Org для полей 41, 22 и 37 плодов человека в возрасте 38-40 недель гестации различается (рис. 6). В этот период максимальное значение коэффициента Org характеризует поле 22, что является еще одним фактом, свидетельствующем об опережающем развитии этой вторичной слуховой зоны. В то же время для поля 37 величина коэффициента Org минимальна, хотя во взрослом мозге самые высокие значения этого показателя характерны для полей (в том числе и поля 37) речевой зоны Вернике. Межполушарная асимметрия хорошо известный факт. Количественный показатель асимметрии коры мозга человека, полученный при сравнительной оценке вертикальной упорядоченности нейронных комплексов, достигает максимальных значений для речевых зон [1,6]. В нашем исследовании межполушарная асимметрия, оцениваемая по этому же показателю, выявлена только для поля 37, что свидетельствует о том, что, несмотря на незрелость, ассоциативные поля еще до рождения приобретают характерные структурно-функциональные особенности.

Вывод

В период с 16-й по 26-ю неделю гестации структурно-функциональная организация височной области коры определяется доминированием "эфферентного" комплекса коры и присутствием субпластинки, нейроны которой опосредуют таламокортикальные влияния.

В период с 27-й по 36-ю неделю гестации происходят постепенная элиминация нейронов субпластинки и нарастающая дифференцировка "ассоциативного" комплекса, который к концу периода доминирует над "эфферентным". Одновременно происходит выделение полей разной функциональной направленности - первичного (поле 41), вторичного (поле 22) и третичного (поле 37).

Начиная с 37-й недели гестации и до окончания плодного периода эти поля коры развиваются гетерохронно: структурно-функциональные признаки опережающего развития характеризуют вторичное поле 22; поле 41 в этот период еще не достигает структурной зрелости, поле 37 обладает морфологическими особенностями эмбриональной коры, хотя оно единственное из полей височной области демонстрирует признаки межполушарной асимметрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Григорян Ю.А., Ситников А.Р., Тимошенков А.В., Григорян Г.Ю. Парамедианный супрацеребеллярный транстенториальный доступ к медиобазальному отделу височной доли // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 2016. - Т.80, №4. - С. 48-62. [Grigorjan Ju.A., Sitnikov A.R., Timoshenkov A.V., Grigorjan G.Ju. Voprosy nejrohirurgii im. N.N. Burdenko. Questions of neurosurgery N.N. Burdenko. - 2016. - T.80, N4. - P. 48-62. (in Russian)]

2. Коновалов А.Н., Пицхелаури Д.И., Меликян А.Г. и др. Супрацеребеллярный транстенториальный доступ к опухолям задних отделов медиобазальной височной области // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. - 2015. - Т.79, №4. - С. 38-47. [Konovalov A.N., Pichelauri D.I., Melikjan A.G. i dr. Voprosy nejrohirurgii im. N.N. Burdenko. Questions of neurosurgery N.N. Burdenko. - 2015. - T.79, N4. - P. 38-47. (in Russian)]
3. Al Sufiani F., Jiang Y., Blume W.T. at al. Institutional review of epilepsy resection specimens with focal cortical dysplasia // The Canadian Journal of Neurological Sciences. - 2012. - V.39, N1. - P. 106.
4. Campero A., Troccoli G., Martins C. et al. Microsurgical approaches to the medial temporal region: an anatomical study // Neurosurgery. - 2006. - V.59, N4, Suppl.2. - P. 279-308.
5. De Oliveira J.G., Parraga R.G., Chaddad-Neto F. et al. Supracerebellar transtentorial approach - resection of the tentorium instead of an opening - to provide broad exposure of the mediobasal temporal lobe: anatomical aspects and surgical applications // Journal of neurosurgery. - 2012. - V.116. - P. 764-772.
6. Englander J., Bushnik T., Duong T.T. et al. Analyzing risk factors for late posttraumatic seizures: a prospective, multicenter investigation // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. - 2003. - V.84, N3. - P. 365-373.
7. Fernandez-Miranda J.C., De Oliveira E., Rubino P.A. et al. Microvascular anatomy of the medial temporal region: part 1: its application to arteriovenous malformation surgery // Neurosurgery. - 2010. - V.67, N3, Suppl.1. - P. 237-276.
8. Foerster O. On the pathogenesis and surgical treatment of epilepsy [in German] // Zentrabl Chir. - 1925. -V.52. - P. 531-549.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.211-002-07-085-089

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ В ВОЗРАСТЕ 30-40 ЛЕТ

Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Рахимов С.К.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Полость носа изнутри выстлана слизистой оболочкой, очищающей, согревающей и увлажняющей вдыхаемый воздух. Гипертрофический ринит - одна из форм постоянного воспалительного процесса в этой области. Патология сопровождается утолщением слизистой, увеличением количества желез в ней, разрастанием костных носовых раковин. Хронический гипертрофический ринит является причиной постоянного затруднения нормального носового дыхания.

Ключевые слова: гипертрофический ринит, морфологическая характеристика, полость носа.

30-40 ЁШЛИЛАРДА ГИПЕРТРОФИК РИНИТ КУЗАТИЛГАНДА БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ МОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Рахимов С.К.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Бурун бўшлиғи ичкаридан нафас олаётган ҳавони тозалайдиган, иситадиган ва намлайдиган шиллиқ қават билан қопланган. Гипертрофик ринит бу соҳада доимий яллиғланиш жараёнининг шаклларидан биридир. Патология шиллиқ қаватининг қалинлашиши, ундаги безлар сонининг кўпайиши ва суякли бурун конкасининг кўпайиши билан бирга келади. Сурункали гипертрофик ринит оддий бурун нафасида доимий қийинчилик туғдиради.

Калит сўзлар: гипертрофик ринит, морфологик хусусиятлар, бурун бўшлиғи.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE NOSE CAVITY IN HYPERTROPHIC RHINITIS AT THE AGE OF 30-40 YEARS

Narbaev Z.K., Narbaev K.P., Rakhimov S.K.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The nasal cavity is lined from the inside with a mucous membrane that cleans, warms and moisturizes the inhaled air. Hypertrophic rhinitis is one of the forms of a constant inflammatory process in this area. Pathology is accompanied by a thickening of the mucous membrane, an increase in the number of glands in it, and the proliferation of bony nasal concha. Chronic hypertrophic rhinitis causes persistent difficulty in normal nasal breathing.

Key words: hypertrophic rhinitis, morphological characteristics, nasal cavity.

Актуальность

Гипертрофический ринит является серьезной патологией, которая развивается по причине разрастания перегородки носа. Пациентам с таким диагнозом становится трудно дышать, появляется гнусавость голоса и снижается обоняние. Гипертрофический ринит является патологией, которая требует обязательного лечения. Справиться с заболеванием удается с помощью консервативной терапии, а при диффузном поражении показано хирургическое вмешательство [2,7].

Хронический ринит, острый и хронический синуит встречаются довольно часто и в структуре всей оториноларингологической заболеваемости занимают третье место (после тонзиллитов и отитов).

Под хроническим гипертрофическим ринитом понимают хроническое воспаление слизистой оболочки носа, основным патоморфологическим признаком которого является гипертрофия ее, а также межуточной ткани и железистого аппарата, обусловленная дегенеративными тканевыми процессами, в основе которых лежит нарушение адаптационно-трофических дисфункций ВМС [1,5].

Хронический гипертофический ринит представляет собой одну из последних стадий развития хронического катарального ринита, развивающуюся постепенно в течение многих лет у больных, страдающих хроническим катаральным воспалением слизистой оболочки носа. Однако эволюция хронического катарального ринита в хронический гипертофический ринит не является обязательным следствием первого [3,8].

Вероятно, такое развитие процесса обусловлено рядом внешних (профвредности, табакокурение, злоупотребление алкоголем) и внутренних (нарушение трофической функции вегетативной нервной системы, аллергия и др.). факторов [9]. Вероятно, определенное значение имеют индивидуальные конституциональные и генетические особенности, способствующие возникновению пролиферативных процессов в локусах длительного воспаления [8]. Хронический ги-

пертрофический ринит делится на диффузный и ограниченный (локальный).

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения хронического гипертрофического ринита.

Матреиал и методы

Среди 30-40 возрастных групп населения ринит является, пожалуй, одним из самых давних и распространенных заболеваний. О насморке упоминалось еще во времена Гиппократа, который полагал, что выделения из носа нельзя останавливать, так как они являются слизью, оттекающей из полости черепа. Известны труды Галена, Абу Али ибн Сины, дающих различные описания ринитов и методов их лечения.

Несмотря на давнюю историю, эпидемиология ринитов мало изучена, так как их клинические симптомы могут быть очень постоянными или наблюдаться эпизодически

Результат и обсуждения

Результаты исследования выводятся на мониторе в виде кривой в системе координат. Показатели, определяемые при ПАРМ: объемный поток носового дыхания, сопротивление воздушному потоку. Эти параметры исследуют для каждой из половин полости носа и суммарные для обеих половин.

За 1 сутки до исследования пациенты не должны были применять каких-либо средств в нос. Также им рекомендовали воздерживаться от физических нагрузок и упражнений в течение 60 минут до исследования.

При этом в случае необходимости при эндоскопическом осмотре полости носа и носоглотки местного использования лекарственных средств (при анемизации и аппликационной анестезии слизистой оболочки полости носа) обследование по предложенной методике и эндоскопическую риноскопию проводили в разные дни. В качестве нормальных принимали значения, выведенные Л.Н. Елизаровой: СОП - 870 $см^3$/с и более (при давлении 150 Па), суммарное сопротивление -0,16-0,20 Па/см3/с. Носовую обструкцию 1 степени констатировали при значениях СОП - 700-870 $см^3$/с, носовую обструкцию 2 степени - при 500-700 $см^3$/с, носовую обструкцию 3 степени - менее 500 $см^3$/с. Эти значения СОП для различных степеней носовой обструкции были подтверждены при сопоставлении с жалобами и данными оториноларингологического и эндоскопического осмотров ЛОР-органов.

Концепция носовой резистентности, на которой основана предложенная методика дифференциальной диагностики хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов (Патент на изобретение № 2400136 от 27.10.2010), базируется на 2 основных постулатах:

Носовая полость является сложной лабильной системой, изменяемой в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма.

Человек находится в состоянии сна в среднем около 1/3 всей жизни, поэтому необходимо оценивать носовое дыхание не только в положении сидя, но и в горизонтальном положении тела.

В носовой резистентности можно выделить две составляющие: структурную и функциональную.

Структурная составляющая носовой резистентности является постоянной. Она не изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Представлена структурная составляющая носовой резистентности всеми анатомическими структурами полости носа, всеми тканями полости носа в момент их максимального уменьшения. Структурная составляющая стабильна и не изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Медикаментозная терапия не оказывает влияния на величину структурной составляющей.

Функциональная составляющая отличается непостоянством. Она изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Функциональная составляющая представлена возможностью мягких тканей полости носа, в большинстве своем кавернозной ткани с густой сосудистой сетью, изменяться в зависимости от воздействующих факторов. Функциональная составляющая может подвергаться медикаментозной коррекции.

Для того чтобы воздействовать на структурную составляющую носовой резистентности требуется оперативное вмешательство. Никакие фармакологические средства, физические нехирургические методы на выраженность носовой обструкции, обусловленной структурной составляющей, влиять не могут. В то же время для уменьшения носовой обструкции, связанной с функциональной составляющей, возможно применение фармакологических средств, в частности топических интраназальных глюкокортикоидов.

Знание о том, какая составляющая превалирует в носовой резистентности, важно прежде всего для дифференциальной диагностики хронических ринитов. Если при искривлении носовой перегородки тактика лечения в большинстве случаев понятна и выбора помимо хирургической коррекции не оставляет, то в случае с хроническим ринитом для правильной дифференциальной диагностики его форм важно оценивать значимость каждой составляющей носовой резистентности.

Структурная составляющая играет ведущую роль при хроническом гипертрофическом рините, особенно при фиброзных, костных формах; функциональная составляющая - при вазомоторном рините. При отсутствии превалирования какой-либо составляющей носовой резистентности необходимо говорить о наличии у пациента хронического гипертрофического ринита с вазомоторными явлениями.

Вывод

В результате проведенных исследований доказана эффективность применения сорбирующих материалов на примере углеродной сорбирующей повязки "ПУСТ" для тампонады полости носа после хирургического вмешательства на носовых раковинах.

Отмечено повышение клинического эффекта щадящих хирургических методов лечения хронического гипертрофического ринита под эндоскопическим контролем: парциальной шейверной конхотомии и подслизистой шей-верной конхотомии при их сочетании с топической глюкокортикотерапией, что спо-

собствует снижению воспалительной реакции после хирургического лечения, ускорению репаративных процессов, нормализации функций слизистой оболочки, более быстрой реабилитации пациентов и возвращении им социальной активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анютин Р.Г. Хирургическое лечение гипертрофического ринита у больных бронхиальной астмой /Р.Г. Анютин, И.И. Беляева // Рос. ринология. -2002. №2. - С. 200-203. - Библиогр.: 10 назв.
2. Брызгалова Н.В. Наш опыт хирургического лечения хронических ринитов / Н.В. Брызгалова, К.А. Брызгалов, Д.А. Поберский // Ж. вушних, носових і горлових хвороб. 2003. - №5. - С.8. - Библиогр.: 3 назв.
3. Лапченко А.С. Ретроспектива и возможности применения высокоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии / А.С. Лапченко // Вестник оториноларингологии. 2002. - №3. - С.61-64. - Библиогр.: 9 назв.
4. Титова Л.А. Радиоволновая биполярная субмукозная коагуляция нижних носовых раковин при гипертрофическом рините после подслизистой резекции перегородки носа /Л.А. Титова, М.П. Николаев // Вестник оториноларинг.- 2001. №2. - С.42-43. - Библиогр.: 9 назв.
5. Худиев А.М. Возможности эндоскопической ринохирургии при хроническом гипертрофическом рините /А.М. Худиев // Журнал вушних, носо-вих і горлових хвороб. 2003. - №5. - С.58.
6. Berger G. The normal inferior turbinate: histomorphometric analysis and clinical implications / G. Berger, M. Balum-Azim, D. Ophir // Laryngoscope.- 2003.-V. 113 (7). P.l 192-1 198.
7. Mucosal T-cell phenotypes in persistent atopic and nonatopic rhinitis show an association with mast cells / D.G. Powe, R.S. Huskisson, A.S. Carney et al. // Allergy. 2004. - V. 59 (2). - P.204-212.
8. White S.A. A complication of indoor pistol shooting / S.A. White, A.A. Narula// J. Laryngol. Otol. 1996. - V.l 10 (7). - P.663-664.
9. Wolfson S. C02 laser inferior turbinectomy: a new surgical approach / S. Wolfson, L.R. Wolfson, I. Kaplan // J. Clin. Laser Med Surg. 1996. - V. 14 (2). -P.81-83.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.21-085.8

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТА СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Нарбаев К.П., Нарбаев З.К., Рахимов С.К., Хусанов Ш.Р.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Хроническая форма катарального ринита - это воспалительный процесс, для которого типичны длительные и обильные выделения из носовых ходов с ощущением постоянной заложенности, нарушением носового дыхания.

Основа лечения - это устранение факторов, провоцирующих постоянное воспаление (смена работы, подавление инфекции, устранение кривизны перегородки, лечение аллергии, синуситов, смена климата). Это нередко приводит к резкому улучшению состояния.

Если немедикаментозных мер недостаточно при этой форме катарального ринита, лечение подбирает врач, оно проводится длительно.

Ключевые слова: катаральный ринит, лечения, лекарственные препараты.

СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Нарбаев К.П., Нарбаев З.К., Рахимов С.К., Хусанов Ш.Р.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Катарал ринитнинг сурункали шакли яллиғланиш жараёни бўлиб, у учун бурун йўлларидан доимий тиқилиб қолиш ҳисси билан бурун йўлларидан узоқ ва кўп миқдорда бўшатиш, бурун нафаси бузилиши хосдир.

Даволашнинг асоси доимий яллиғланишни қўзғатадиган омилларни йўқ қилиш (ишнинг ўзгариши, инфекцияни бостириш, бурун тўсиғи эгрилигини йўқ қилиш, аллергия, синусит, иқлим ўзгаришини даволаш). Бу кўпинча вазиятнинг кескин яхшиланишига олиб келади.

Агар катарал ринитнинг ушбу шакли учун гиёҳванд бўлмаган чоралар етарли бўлмаса, даволаниш шифокор томонидан танланади, у узоқ вақт давомида амалга оширилади.

Калит сўзлар: катарал ринит, даволаш, дорилар.

TREATMENT OF CHRONIC CATARRAL RHINITIS WITH MODERN DRUGS

Narbaev K.P., Narbaev Z.K., Rakhimov S.K., Khusanov Sh.R.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The chronic form of catarrhal rhinitis is an inflammatory process, for which long and abundant discharge from the nasal passages with a feeling of constant congestion, impaired nasal breathing is typical.

The basis of treatment is the elimination of factors that provoke persistent inflammation (change of work, suppression of infection, elimination of the curvature of the septum, treatment of allergies, sinusitis, climate change). This often leads to a dramatic improvement in the condition.

If non-drug measures are not enough for this form of catarrhal rhinitis, the treatment is selected by the doctor, it is carried out for a long time.

Key words: catarrhal rhinitis, treatment, drugs.

Актуальность

Главной задачей лечения катарального ринита является не только устранение симптоматических признаков, но и устранения основной причины развития данного состояния. Также, одним из принципов проведенного лечения является, не дать возможность дальнейшего прогрессирования заболевания и перехода в хроническую форму[3,6].

Занимая существенное место в общей структуре заболеваний верхних дыхательных путей, хронические риниты имеют важное медицинское и социальное значение[7]. По результатам эпидемиологических исследований около 20% населения страдают хроническим катаральном ринитом, до 40% периодически отмечают наличие тех или иных симптомов данной патологии. Хронические катаральные риниты не только значительно ухудшают качество жизни пациентов, но и способствуют развитию патологических состояний других отделов дыхательной системы, отрицательно влияют на функциональное состояние практически всех органов и систем организма. В последние годы отмечается рост числа заболеваний полости носа и околоносовых пазух в абсолютных цифрах и их удельная доля в структуре ЛОР-патологии[1,5].

Несмотря на длительную историю изучения проблемы хронических катаральных ринитов, многие вопросы, в том числе классификация, диагностика и способы лечения ринитов, остаются нерешёнными. В частности, до сих пор актуальной проблемой является лечение больных катаральном ринитом, заболеваемость которым в последние годы неуклонно растет [2,4].

Зачастую многочисленные методы лечения хронического катарального ринита оказываются недостаточно эффективными, отмечаются частые рецидивы и обострения заболевания.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности, безопасности и функциональности различных способов хирургического вмешательства у больных хроническими катаральными ринитами.

Материал и методы

В исследование вошли 170 пациентов с различными формами хронического ринита, находившиеся на лечении в клинике АГМИ в 2018 - 2020 гг. Ведущим симптомом заболевания было затруднение носового дыхания. Группа исследования из архива клиники набиралась с использованием случайных чисел. После проверки закона распределения во всех исследуемых группах больных, полученные данные были обработаны статистически.

Результат и обсуждения

Сравнительный анализ показал, что по совокупности влияния на респираторную, транспортную функции полости носа, а также на клинические проявления при различных формах хронических ринитов лазерная коагуляция носовых раковин является наиболее оптимальным воздействием в сравнении с другими методами хирургического лечения

Стойкий и выраженный эффект после хирургического лечения отмечен у больных гипертрофическим ринитом и нейровегетативной формой вазомоторного ринита. У больных круглогодичным аллергическим ринитом продолжительный эффект достигнут при сочетании хирургического воздействия и курсового использования в послеоперационном периоде аэрозольных форм интраназальных стероидов. Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин по эффективности воздействия превосходит метод ультразвуковой дезинтеграции при лечении больных гипертрофическим ринитом и нейровегетативной формой вазомоторного ринита и оказывается менее эффективной при круглогодичном аллергическом рините

При всех исследуемых формах хронических ринитов применение современных высокотехнологичных лазерных вмешательств на носовых раковинах в сравнении с традиционными методами операций является методом выбора, в связи с выраженной эффективностью, хорошей переносимостью, амбулаторным характером вмешательства, крайне низким процентом осложнений в послеоперационном периоде.

При проведении подслизистой коагуляции нижних носовых раковин у больных различными формами хронических ринитов предпочтительно использование излучения волоконного на эрбий-активированном стекле лазера (1=1,56 мкм), что обеспечивает стабильный положительный результат при минимальных послеоперационных проявлениях.

Вывод

Специфической профилактики против катарального ринита, как таковой не существует. Для предупреждения развития или обострения заболевания, больному необходимо проводить мероприятия по укреплению иммунных свойств организма, и избегать переохлаждений и инфекционных заболеваний.

Во избежание развития хронического варианта протекания заболевания необходимо проводить все необходимые лечебные мероприятия при первом появлении симптоматических признаков.

На сегодняшний день такое заболевание как катаральный ринит приобрело широкого распространения среди всего населения планеты, и спровоцировать развитие такого состояния могут абсолютно разнообразные этиологические факторы. Особенно важным является широкий процент распространения случаев хронизации патологического процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богомильский М.Р. Детская оториноларингология / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова. - /М.: ГЭОТАР-Мед, 2006. - 432 с
2. Самсыгина Г.А. Острые респираторные заболевания у детей / Г.А. Самсыгина, М.Р. Богомильский. - /Миклош, 2005.
3. Карпова Е.П. Немедикаментозное лечение для профилактики осложнений, связанных с инфекциями верхних дыхательных путей, а именно острого риносинусита, острого отита среднего уха и для улучшения качества сна. /М.: ГЭОТАР-Мед, - 2007.
4. Балясинская Г.Л. Оценка безопасности, эффективности применения Отривин Бэби у детей младшего возраста. /М.: ГЭОТАР-Мед, - 2008.
5. Коровина Н.А., Заплатникова А.Л. Острые респираторно-вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: /Пособие для врачей. - М., 2004.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. / М., 2002.- 187с.
7. Хамзалиева Р.Б., Туровский А.Б. Лечение острого ринита // РМЖ. - 2005. - Т. 13, №21. - С. 1406-1409.
7. Bachert, C. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: focus on nasal polyposis / C. Bachert // The J. of Allergy and Clin. Immunol. - 2015. - Vol. 136, № 6. - P. 1431-1440.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.24-002-005:616-008.9

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И РИНОСИНУСИТАХ

Салиахунова Хуршидахон Одиловна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Под термином "коморбидность" иногда понимают сосуществование любых разных заболеваний у одного пациента, но чаще всего коморбидность определяют как наличие двух взаимовлияющих болезней.

Актуальность проблемы острого риносинусита (ОРС) обусловлена широкой распространенностью данного заболевания. Риносинусит - один из наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике. В США около 15% взрослого населения страдает различными формами риносинусита. Согласно статистике, в мире данное заболевание переносят около 100 млн человек в год, а в структуре ЛОР-стационаров данная патология составляет от 15 до 36%.

Ключевые слова: риносинусит, коморбидность, болезни легких.

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ БИРГАЛИКДА КЕЛИШИ

Салиахунова Х.О.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

"Коморбидлик" атамаси баъзида ҳар қандай касалликнинг битта беморда бирга яшаши деб тушунилади, лекин кўпинча коморбидлик икки ўзаро таъсир қилувчи касалликнинг мавжудлиги сифатида тушунилади.

Ўткир ринозинусит (ЎРС) муаммосининг долзарблиги ушбу касалликнинг кенг тарқалганлиги билан боғлиқ. Риносинусит амбулатория амалиётида энг кўп учрайдиган ташхислардан биридир. Қўшма Штатларда катталар аҳолисининг тахминан 15% ҳар хил турдаги риносинусит билан оғриган. Статистик маълумотларга кўра, дунёда йилига 100 миллионга яқин одам ушбу касалликка чалинади ва ЛОР шифохоналарига бу патология билан 15 дан 36% гача ҳолатларда тушишади.

Калит сўзлар: риносинусит, коморбидлик, ўпка касаллиги.

COMORBIDITY IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND RHINOSINUSITIS

Saliakhunova Kh.O.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The term "comorbidity" is sometimes understood as the coexistence of any different diseases in one patient, but most often comorbidity is defined as the presence of two mutually influencing diseases.

The urgency of the problem of acute rhinosinusitis (ARS) is due to the widespread prevalence of this disease. Rhinosinusitis is one of the most common diagnoses in outpatient practice. In the United States, about 15% of the adult population suffers from various forms of rhinosinusitis. According to statistics, in the world this disease is carried by about 100 million people a year, and in the structure of ENT hospitals, this pathology ranges from 15 to 36%.

Key words: rhinosinusitis, comorbidity, lung disease.

Актуальность

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенным заболеваниям человека, что обусловлено табакокурением, загрязнением окружающей среды и повторяющимися респираторными инфекционными заболеваниями. ХОБЛ характеризуется медленно, но неуклонно прогрессирующей бронхиальной обструкцией[3,5]. При этом данные статистики свидетельствуют о том, что ХОБЛ является единственным заболеванием, смертность от которого продолжает расти во всем мире.

По данным Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания выявляется на ранних стадиях. Мнения экспертов ВОЗ свидетельствуют, что общая смертность от ХОБЛ в течении следующих 10 лет увеличится на 30% [6]. В настоящее время ХОБЛ страдает 210 млн человек во всем мире. При этом количество реально больных людей выше официальных данных. Прогнозируется, что ХОБЛ как причина смерти к 2020г переместится на 3-е место. В то же время, по данным GOLD, 2011, ХОБЛ - предотвратимое и поддающееся лечению заболевания.

Результаты медицинской статистики убедительно свидетельствуют о росте числа заболеваний носа, околоносовых пазух и бронхолегочной патологии. Тесные анатомические и физиологические связи между верхними и нижними дыхательными путями являются причиной того, что рост числа Рино синуситов идет в ногу с увеличением числа легочных заболеваний и, в частности, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Эту тенденцию не удается нарушить, даже, несмотря на, совместные усилия ведущих экспертов всего мира[2,5]. ХОБЛ занимает 4 место в мире как причина смертности в возрастной группе старше 45 лет, и число летальных исходов заболевания продолжает увеличиваться[1].

Несмотря на, многочисленные сообщения о взаимосвязи патологии верхних дыхательных путей и бронхиальной астмы, освещение нюансов сочетания ХОБЛ и Рино синусита началось в медицинской, литературе сравнительно недавно.

В весьма-немногочисленных зарубежных, публикациях выявлено, что от 40 до 88% пациентов ХОБЛ' предъявляют те или иные жалобы со стороны носа[4].

Таким образом, распространенность воспалительной патологии слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух у пациентов, страдающих ХОБЛ, практически не изучена, в литературе полностью отсутствуют сведения о рентгенологическом скрининговом обследовании околоносовых пазух у пациентов с обострением ХОБЛ. Это вызывает удивление, учитывая то, что в основе патогенеза хронического Рино синусита и ХОБЛ лежит явление, так называемого, "порочного" круга" - цепи последовательных, тесно связанных между собой структурных изменений слизистой оболочки дыхательных путей, ведущих к развитию воспаления, нарушению мукоциллиарного транспорта и колонизации дыхательных путей микрофлорой[2].

Известно, что одним из факторов, способствующим развитию ХОБЛ и в большей степени ее обострению служит бактериальная инфекция[5]. Это обстоятельство диктует необходимость получить убедительные доказательства о связи между характером хронической бактериальной инфекции верхних дыхательных путей и тяжестью, характером, клиническими особенностями ХОБЛ.

Именно представители условно патогенной микрофлоры являются наиболее значимыми возбудителями обострения хронического Рино синусита и ХОБЛ [3,6]. Однако опубликованных работ по параллельному изучению микрофлоры слизистой оболочки полости носа и нижних дыхательных путей у пациентов с ХОБЛ не проводилось.

Цель исследования. Изучить распространенность патологии полости носа и околоносовых пазух у пациентов с ХОБЛ и определить роль комплексного подхода в терапии воспалительной патологии полости носа, околоносовых пазух и ХОБЛ.

Материал и методы

На протяжении 2018-2020 годов в ЛОР и терапевтических отделениях клиники АндГосМИ подлежат обследованию и лечению 94 больных с риносинуситом, дизайн исследования прилагается.

Результат и обсуждения

Симптоматика воспалительных заболева-ний полости носа и околоносовых пазух, присутствует у 64,9% больных ХОБЛ. По данным объективного обследования хронические воспалительные изменения в околоносовые пазухи диагностируются в 32,9% случаев при обострении ХОБЛ.

Микробный пейзаж мокроты и назального секрета у больных ХОБЛ практически идентичен. Основным возбудителем обострения хронического риносинусита у больных ХОБЛ (1-ая группа) является Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae в 11,1% (n-94) случаев определяется в назальном секрете у больных ХОБЛ во время ремиссии или при латентном течении риносинусита (2-ая и- 3-я группа), что свидетельствует о колонизации верхних дыхательных путей условно-патогенной флорой.

Атипичная микрофлора (Chlamydia pneumonia) диагностирована в соскобе из полости носа в 5,3% случаев и не является доминирующей.

Тяжесть обострения-хронического риносинусита определяется стадией ХОБЛ. Даная связь выражалась в преобладании пациентов III (29%) и IV (38%) стадии заболеваний ХОБЛ в первой группе у пациентов с риносинуситом средней степени тяжести по сравнению со второй (III -26%; IV - 23,3%) и третьей группой (III - 21,20%; IV - 15,5% соответственно)

Антибактериальную терапию при обострении хронического риносинусита и ХОБЛ, необходимо проводить с учетом вероятных возбудителей заболеваний верхних и нижних дыхательных путей (цефиксим, моксифлоксацин), комплексе с интраназльными глюкокортикостероидами (мометазона фуроат) и промыванием полости носа морской водой.

Выводы

1. В результате комплексного обследования больных с ХОБЛ определено, что воспалительная патология полости носа и околоносовых пазух диагностируется в 64,9% случаев у пациентов с обострением ХОБЛ, т.е., показана необходимость консультации врача-оториноларинголога в комплексе обязательных диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с ХОБЛ.

2. Выявлен практически идентичный микробный пейзаж в мазках из полости носа и в мокроте у пациентов с ХОБЛ, что может говорить о взаимосвязи воспаления верхних и нижних дыхательных путей.

3. Определены наиболее о актуальные возбудители хронического риносинусита у пациентов с ХОБЛ' и их чувствительность к современным антибактериальным средствам.

4. Создан алгоритм, помогающий практикующему врачу ориентироваться в выборе методов диагностики и лечения воспалительных заболеваний полости носа у пациентов с ХОБЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Колбанова И.Г., Овчаренко С.И., Овчинников А.Ю. Полипозный риносинусит. Современный взгляд на лечение. Диалог хирурга и терапевта // Российская ринология. 2015. № 21 - С. 92-93.
2. Миронов А.Ю., Савицкая К.И., Воробьев А.А., Нестерова М.В. Микрофлора при заболеваниях ЛОР-органов, и нервной системы у больных региона Московской области // Вестник оториноларингологии. 2011. № 4. - С. 31-35.
3. Овчинников А.Ю., Купреенко И.Г. Комплексное использование препаратов Фексадин и Насобек в лечении аллергического риносинусита. // Тезисы 11 Российского национального конгресса "Человек и лекарство". - М., 2014. - 215 с.
4. Эрдес С.И. Патогенетические основы применения и эффективность фенспирида в педиатрической практике. // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 4. - С. 46-50.
5. Dewan N.A., Rafique S., Kanwar B., Satpathy H., Ryschon K., Tillotson G.S. Acute exacerbation of COPD: factors associated with poor treatment outcome. // Chest. 2010. - Vol. 117. - P. 662-671.
6. Sethi S., Muscarella K., Evans N., Klingman K.L., Grant B J. Airway inflammation and etiology of acute exacerbations of chronic bronchitis. // Chest. 2010. - Vol.118. P. 1557-1565.
7. Zawisza E. Effectiveness and tolerance of fenspiride treatment in chronic sinusitis. Results of the Polish multicenter study. // Otolaryngol Pol. 2015. -Vol. 59(1).-P. 141-145.

Поступила 09.11. 2020

УДК 617.735-006.487-07-08

АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ИХ РОЛЬ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Умарова Барнохон Зафаржоновна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Ретинобластома - редкая внутриглазная злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, развивающаяся из незрелых клеток сетчатки. Встречается она в основном у детей от рождения до 5 лет (90%). В более старшем возрасте встречается реже.

Диагностика Рб представляет значительные трудности для офтальмологов, а ранняя диагностика этого заболевания дает возможность проведения эффективного органосохраняющего лечения. Разработка алгоритма,с использованием современных и чувствительных методов диагностики Рб позволит установить возможную причину развития опухоли и прогнозировать течение заболевания у каждого пациента.

Ключевые слова: глазные болезни, ретинобластома, диагностика, ранняя диагностика.

РЕТИНОБЛАСТОМА КАСАЛЛИГИДА ПАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ТАҲЛИЛИ ВА УЛАРНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДАГИ ЎРНИ

Умарова Б.З.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ретинобластома - бу нейроэктодермал келиб чиқадиган камдан-кам учрайдиган кўз ичи хатарли ўсмаси бўлиб, у етишмаган ретинал ҳужайралардан ривожланади. Бу асосан туғилишдан 5 ёшгача бўлган болаларда учрайди (90%). Кекса ёшда бу камроқ учрайди.

РБ диагностикаси офталмологлар учун катта қийинчиликларни келтириб чиқаради ва ушбу касалликни эрта ташхислаш органларни сақловчи самарали даволашни амалга оширишга имкон беради. РБ диагностикасининг замонавий ва сезгир усулларидан фойдаланган ҳолда алгоритмни ишлаб чиқиш ҳар бир беморда шиш пайдо бўлишининг мумкин бўлган сабабини аниқлашга ва касалликнинг боришини тахмин қилишга имкон беради.

Калит сўзлар: кўз касалликлари, ретинобластома, диагностика, эрта ташхис.

ANALYSIS OF PATHOLOGICAL CHANGES AND THEIR ROLE IN EARLY DIAGNOSTICS OF RETINOBLASTOMA

Umarova B.Z.,

Andijan State Medical Institute

✓ ***Resume***

Retinoblastoma is a rare intraocular malignant tumor of neuroectodermal origin that develops from immature retinal cells. It occurs mainly in children from birth to 5 years (90%). At an older age, it is less common.

Diagnosis of RB presents significant difficulties for ophthalmologists, and early diagnosis of this disease makes it possible to conduct effective organ-preserving treatment. The development of an algorithm, using modern and sensitive methods for diagnosing RB, will make it possible to establish a possible cause of tumor development and predict the course of the disease in each patient.

Key words: eye diseases, retinoblastoma, diagnosis, early diagnosis.

Актуальность

Ретинобластома - злокачественное новообразование детского возраста, поражающее сетчатку, сосудистую оболочку глаза, орбиту и часто дающее отдаленные метастазы. На долю ретинобластомы приходится 2,5-4,5% случаев всех злокачественных новообразований у детей до 15 лет[3]. В большинстве случаев ретинобластома развивается в возрасте до 5 лет, пик заболеваемости приходится на 2-3 года. В офтальмологии опухоль с одинаковой частотой встречается у девочек и мальчиков.

В 50-60% случаев ретинобластомы имеют генетическое (врожденное) происхождение. Более половины детей с ретинобластомой рождается от родителей, имевших в детстве аналогичное заболевание[1,4]. Врожденная ретинобластома обычно выявляется у детей в возрасте до 30 месяцев. В этом случае ретинобластома, как правило, сочетается с другими врожденными аномалиями - пороками сердца, расщелинами неба, кортикальным детским гиперостозом и др. У больных с генетической формой ретинобластомы имеется повышенный риск развития злокачественных новообразований другой локализации[3,5].

Спорадические случаи ретинобластомы встречаются реже и возникают по неизвестным причинам. К числу факторов риска негенетической формы ретинобластомы принято относить высокий возраст родителей, их занятость на металлургических производствах, неблагоприятные экологические и алиментар-

ные факторы, вызывающие аберрации в хромосомах ретинальных и половых клеток. Данная форма опухоли проявляется у детей более старшего возраста и крайне редко - у взрослых [2,6].

Современные воззрения на гистогенез ретинобластомы позволяют ее отнести к опухолям нейроэктодермального происхождения. Ретинобластома может исходить из клеток любого ядерного (зернистого) слоя сетчатки. При микроскопическом исследовании определяются отсутствие стромы, очаги некроза и кальцификаты, разная степень дифференцировки опухолевых клеток[4].

Для ретинобластомы характерен быстрый рост, метастазирование по зрительному нерву в головной мозг, а также гематогенное распространение в костный мозг и трубчатые кости.

Цель исследования. Разработка алгоритма ранней диагностики и лечения ретинобластомы.

Материал и методы

В основу работы положены результаты клинических наблюдений и исследований (2018 - 2020 год) 264 больных (528 глаз). Обследование больных и лабораторно-инструментальные исследования проводили до операции и каждые 3 месяца после операции в течение 1-го года, каждые 6 месяцев в течение 2-го года, затем ежегодно. Средний срок наблюдений составил 61, 8+1,8 месяцев.

Результат и обсуждения

Нами получены данные, позволяющие высказаться в пользу определенного влияния инактивации гена pl6/CDKN2A на развитие опухолевого процесса в клетках сетчатки (в 17% выявлено метилирование промоторной области гена p16), которое опосредованно влияет на снижение активности RB1 и дальнейшее нарушение процессов пролиферации, дифференцировки клетки и апоптоза, что приводит к развитию РБ. Следует подчеркнуть, что закономерностей в последовательности возникновения этих нарушений не обнаружены.

Молекулярно-генетический анализ позволил нам выявить скрытую форму наследственной патологии у 24% больных со спорадической формой заболевания и уточнить особенности клинического течения ретинобластомы у этих пациентов (ранний возраст появления первых признаков заболевания, мультифокальное поражение при монокулярной форме, экзофитный и смешанный характер роста опухоли, что обуславливает более тяжелое течение).

Разработанный нами ДНК-диагностический протокол позволил в 95% случаев выявить молекулярную патологию, сформировать группы риска, к которым относятся дети со спорадической монокулярной РБ с мультифокальным поражением, дети с бинокулярной РБ и дети с моно- и бинокулярной РБ в сочетании с другими пороками развития.

Отработаны оптимальные диагностические подходы, с помощью которых следует проводить обследование семей с различными формами РБ, позволяющие выявить носителей терминальных мутаций, оценить риск возникновения заболевания у близких родственников больного и оптимизировать пренатальную диагностику ретинобластомы в целях ее профилактики. При молекулярно-диагностическом обследовании больных с РБ и членов их семей рекомендована следующая тактика

Алгоритм инструментальных методов обследования на 1 этапе должен включать после углубленного офтальмологического осмотра обоих глаз (с максимально широким зрачком в условиях медикаментозного сна) УЗИ сканирование, которое оказалось наиболее распространенным благодаря своей безопасности и информативным при правильном использовании методики в 84% случаев, даже при начальных опухолях (проминенция 1мм). Следует обратить внимание на сложность интерпретации сканнограмм при плотных или при распадающихся опухолях, когда плотность опухоли значительно уменьшается. В таких случаях необходимо прибегать к КТ исследованию. КТ позволяет в начальных стадиях визуализировать топографию опухоли, выход за пределы склеральной капсулы, исключить или подтвердить наличие метастазов в головном мозге. Чувствительность метода составляет 87%.

Анализ наших исследований свидетельствует о том, что опухолевые очаги в большинстве случаев возникают в периферических, труднодоступных для осмотра отделах сетчатки (70%). Особенно показательны в этом отношении вновь появляющиеся очажки при мультицентричных формах опухоли. В 40 случаях (60%) новые очаги выявлены во время контрольных осмотров в состоянии медикаментозного сна и 57,5% из них локализовались на крайней и средней периферии сетчатки. Такие начальные очажки невозможно выявить без осмотра глазного дна с максимально-широким зрачком, что доказывается большим количеством диагностических ошибок, при которых в 21,7% случаев патология не выявляется и ребенка относят к категории здоровых, а это значит, что ребенок не подвергается диспансерному наблюдению и выпадает из поля зрения офтальмо педиатра.

Таким образом, комплексное обследование больных с РБ (оценка жалоб, особенностей клинических проявлений, различных методов клинического, инструментального, лабораторного исследования), а также изучения отдаленных результатов комбинированного лечения, показали, что РБ по праву считается наиболее частым внутриглазным опухолевым заболеванием детского возраста и развивается в результате структурно-функциональных изменений в гене RB1 у детей с отягощенной наследственностью, живущих в неблагоприятных экологических и социальных условиях.

Разработанный нами алгоритм обследования больных с РБ, включающий последовательное применение скрининговых методов и специального медико-генетического анализа согласно ДНК-протоколу, позволяет повысить точность диагностики до 95% и определить группы риска по наследственным и семейным формам РБ, что имеет важное научное и практическое значение.

Комплексная оценка результатов лечения у 247 больных с РБ по разработанной нами программе комбинированного орган сохранного лечения с учетом формы, стадии РБ и факторов риска по развитию и рецидивированию заболевания, включающего хирургическое разрушение опухоли, поли химиотерапию и локальные лучевые методы, свидетельствует о высокой эффективности неадъювантной поли химиотера-

пии с использованием карбо платина. Продолжительность лечения, дозовые режимы, предложенные нами, с учетом особенностей детского организма и переносимости, позволили уменьшить опухолевый очаг в 2 раза, расширить показания для орган сохранного лечения при снижении токсичности, побочных явлений и осложнений.

Снижение числа осложнений после поли химиотерапии, сохранение глаза и зрения (86,9%), бесспорно, повышают качество жизни детей, как в процессе лечения, так и в отдаленные сроки, а по мере взросления ребенка улучшает его социальную реабилитацию.

Вывод

При своевременной диагностике и выявлении ретинобластомы на ранней стадии возможно стойкое излечение пациента с помощью органосохраняющих методов - фотокоагуляции, криотерапии, лучевой терапии.

При энуклеации глаза также наблюдается высокая выживаемость, однако данная операция сопровождается потерей глаза как органа зрения и образованием косметического дефекта.

Факторами неблагоприятного прогноза ретинобластомы служат прорастание опухоли в зрительный нерв, инвазия хориоидальной оболочки, экстрасклеральное распространение опухоли, двустороннее поражение.

Для профилактики ретинобластомы необходимо медико-генетическое консультирование семей с наследственными случаями рака сетчатки, обследование детей раннего возраста из групп риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Саакян С.В., Иванова О.А. Анализ заболеваемости и эффективности лечения ретинобластомы //Современные технологии в дифференциальной диагностике и лечении внутриглазных опухолей: Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. - Москва, 2007. - С. 202-207.
2. Тацков Р.А., Саакян С.В. Возможности детской педиатрической камеры (Ret Cam) в ранней в ранней диагностике и мониторинге ретинобластомы //Современные технологии в дифференциальной диагностике и лечении внутриглазных опухолей: Сб. научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. - Москва, 2007. - С. 127-131.
3. Ушакова Т.Л., Максимова О.В. и др. Результаты лечения ретинобластомы стандартного и среднего риска //Современные технологии в дифференциальной диагностике и лечении внутриглазных опухолей: Сб. научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. - Москва, 2007. - С. 263-266.
4. Murray T.G., Abramson D.H. et al. Screening for retinoblastoma: presenting signs as prognosticators of patient and ocular survival // Pediatrics. - 2003. - P. 112-1248.
5. Imhof S.M., Moll A.C. et al. Extended reports, Stage of presentation and visual outcome of patients screened for familial retinoblastoma: nationwide registration in the Netherlands // Br J Ophthalmol. - 2006. - Vol. 90. - P. 875-878. http://bjo.bmj. com/content/90/7/875.full - aff-1#aff-1, http://bjo.bmj.com/ content/90/7/875.full - aff-1#aff-1.
6. Tero Kivela. The epidemiological challenge of the most frequent eye cancer: retinoblastoma, an issue of birth and death // Br. J. Ophthalmol. - 2009. - Vol. 93. - P. 1129-1131.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.314 - 008.4 -085.242

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

Усманов Б.А., Муйдинова Б.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данной статье исследования демонстрируют, что применение консервативных методов коррекции цвета зубов позволяет эффективно проводить лечение дисколоритов. Однако после отбеливания и микроабразии эмали, в ней отмечаются процессы деструкции, что диктует необходимость использования комплекса профилактических средств для защиты эмали от воздействия сильнодействующих препаратов, и использовать консервативные методы лечения зубов без вреда для здоровья полости рта.

Ключевые слова: дисколориты, отбеливание зубов.

ANALYSIS OF DENTAL STATUS OF PROFESSIONAL TEETH WHITENING

Usmanov B. A., Muidinova B. A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Abstract in this article, studies demonstrate that the use of conservative methods of correction of teeth color allows effective treatment of discoloritis. However, after whitening and microabrasion of enamel, there are processes of destruction, which dictates the need to use a complex of preventive means to protect the enamel from the effects of potent drugs, and to use conservative methods of dental treatment without harm to oral health.

Key words: discoloration, teeth whitening.

PROFESSIONAL TISH OKARTIRISH DENTAL MUTAHASSISLARNI TAHLILI

Usmanov B. A., Muidinova B. A.,

Andijon davlat tibbiyot institute.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada, tishlarning rangi tuzatishning konservativ usullaridan foydalanish diskoritlarni samarali davolash imkonini beradi. Shu bilan birga, emalni oqartirish va mikroabraziyadan so'ng, u zararli jarayonlarni qayd etadi, bu esa emalni kuchli dori-darmonlardan himoya qilish uchun profilaktika vositalaridan foydalanishni talab qiladi va og'iz sog'lig'iga zarar bermasdan tishlarni davolashning konservativ usullaridan foydalanadi.

Kalit so'z bilan izlash: discolorites, tish beyazlatma.

Актуальность

Одним из самых распространённых средств, применяемых для лечения дисколоритов, является перекись водорода - бесцветная прозрачная жидкость, без запаха. Перекись водорода также называют пергидролью, гидроперитом, гипероломи, лапероломи. При попадании 30% концентрации перекиси водорода на кожу и слизистую оболочку вызывается чувство жжения и побеление слизистой оболочки полости рта [1,5]. Перекись водорода высокой концентрации оказывает бактериостатическое, а очень высокой - мутагенное действие, в частности, может разрушить дезоксирибонуклеиновую кислоту [1,3]. Перекись водорода традиционно применяют в качестве антисептического, кровоостанавливающего средства, а также в качестве отбеливателя.

Перекись водорода малой концентрации в норме присутствует в организме. Организм использует пероксидазу и другие механизмы для регулирования уровня перекиси водорода, которая служит источником кислорода [2,4]. Кроме того, освобождается молекулярный кислород, способный отбеливать зубы [5].

По мнению Adreana S., Ciancio S.G., Mather M.I., Bessinger [5], при активации перекиси водорода происходит её разложение на воду и активный кислород, который проникает в твёрдые ткани зуба, вызывая их отбеливание. Если для отбеливания применяется перекись карбамида, то при её активации выделяется вода, мочевина и активный кислород. Мочевина улучшает проникновение активного кислорода в твёрдые ткани зуба, так как повышает проницаемость эмали. При этом, радикалы HO2 играют главную роль при отбеливании зубов.

Цель исследования: анализ стоматологического статуса профессионального отбеливания зубов

Материал и методы

Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс эффективности гигиены полости рта PHP.

С целью оптимального и наиболее эффективного выбора метода лечения пациентов с различными видами дисколоритов, мы провели исследование различных систем для профессионального и домашнего отбеливания зубов.

До лечения всем пациентам осуществляли профессиональную гигиену полости рта, включающую в себя: обучение гигиене, снятие зубных отложений и

полирование гладких поверхностей зубов резиновыми колпачками, а жевательных поверхностей - специальными щёточками с использованием абразивной пасты средней степени дисперсности. Всех участников исследования разделили на 1 группу и проинформировали о необходимости исключения продуктов (кофе, чай, красное вино, кетчуп, соевый соус, горчица, свекла, чёрная смородина, черника), которые могут окрасить зубы на 2 недели.

Лечение пациентов подгруппы 1а (30 пациентов с КПУз=4,60+1,24) проводили при помощи профессиональной системы "Apollo secret in-office whitening kit", содержащей 35% перекись водорода. Отбеливающую систему активировали плазменным источником света "Apollo 95 E", излучающим свет в диапазоне 400-500 нм. Область десны изолировали с помощью фотополимеризуемой системой "Paint-on dental dam". Гель наносили на вестибулярную поверхность зубов пациента на 10 минут трёхкратно за одну процедуру. Всего пациентам проводили 3 процедуры профессионального отбеливания зубов через день.

В группу 1 были включены 80 пациентов с КПУз=4,6, нормальной чувствительностью зубов, цветом зубов, составляющим, в среднем, 9,6 оттенка по шкале Vita. Все пациентов распределили на четыре подгруппы (Таб.1).

Подгруппа	Количество пациентов	Гель для профессионального отбеливания зубов	Профилактика
1а	30	Apollo secret in-offlce whitening kit (3 процедуры)	сочетание зубной пасты с кальцием и полоскания *5%* суспензией гидроксиапатита (14 дней)
16	20	Rembrandt Xtra Comfort (3 процедуры)	сочетание зубной пасты с кальцием и полоскания 5% суспензией гидроксиапатита (14 дней)
1в	15	Illumine office (3 процедуры)	сочетание зубной пасты с кальцием и аппликации геля с 5% гидроксиапатитом или фосфатом кальция (5 процедур)
1г	15	ZOOM™ Chairside Whitening Procedure Tray (1 процедура)	сочетание зубной пасты с кальцием и аппликации геля с 5% гидроксиапатитом или фосфатом кальция (5 процедур)

Результат и обсуждения

Его исходная величина в подгруппах 1а, 16, 1в и 1г составила 0,92+0,04, 0,95+0,08, 0,98+0,07 и 0,93+0,06, что свидетельствовало об удовлетворительном состоянии гигиены полости рта (Таб.2).

Подгруппа	Исходное значение PHP	Индекс PHP после отбеливания	Индекс PHP после отбеливания и профилактики	Эффективность профилактики по индексу PHP*
1а	0,92+0,04	0,64+0,06 p<0,001	0,39+0,15 p<0,001 *pl<0,001*	57,6%
16	0,95+0,08	0,58+0,05 p<0,001	0,44+0,04 p<0,001 *pl<0,02*	53,6%
1в	0,98+0,07	0,67+0,05 p<0,001	0,45+0,04 p<0,001 *p1<0,001*	54,1%
1г	0*93+0,06	0,63+0,05 p<0,001	0,43+0,05 p<0,001 *pK0,01*	53,8%

p - сравнение с исходными данными

p 1 - сравнение с данными после профессионального отбеливания зубов

После проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта и отбеливания зубов системой "Apollo secret in-office whitening kit" в подгруппе la показатель индекса PHP достоверно (p<0,001) снизился с 0,92+0,04 до 0,64+0,06. Применение комплекса профилактических средств в течение 15 дней способствовало дальнейшему уменьшению (p<0,001) значения данного индекса до 0,39+0,15.

В подгруппе 16 после проведения профессиональной гигиены полости рта и лечения гелем "Rembrandt Xtra Comfort" показатель индекса PHP достоверно (p<0,001) снизился с 0,95+0,08 до 0,58+0,05, а после проведения профилактики в течение 15 дней стал равным 0,44+0,04 (p<0,001), что свидетельствовало об улучшении состояния гигиены полости рта пациентов.

В подгруппе 1в исходное значение индекса PHP составило 0,98+0,07. Проведение профессиональной гигиены полости рта и отбеливания системой "Illumine office" и последующее применение профилактических средств способствовало его достоверному (p<0,001) уменьшению до 0,67+0,05 и 0,45+0,04 соответственно.

После проведения профессиональной гигиены полости рта и отбеливания зубов гелем "ZOOM□ Chairside Whitening Procedure Tray" в подгруппе 1г значение индекса PHP достоверно (p<0,001) снизилось с 0,93+0,06 до 0,63+0,05. Применение комплекса профилактических средств способствовало дальнейшему уменьшению показателя данного индекса до 0,43+0,05 (p<0,001).

При сравнении значений индекса PHP после профессиональной гигиены полости рта и отбеливания зубов между подгруппами наблюдалась следующая динамика. В подгруппе 16 показатель индекса PHP был в 1,10 раза (p>0,5) меньше, в подгруппе 1в - в 1,05 раза (p>0,5) больше, а в подгруппе 1г - 1,02 раза (p>0,5) меньше, чем в подгруппе 1а. Тогда как, в подгруппе 1в значение индекса PHP было в 1,16 раза (p>0,2) больше, а в подгруппе 1г - в 1,09 раза (p>0,5) больше, чем в подгруппе 16.

В подгруппе 1г показатель индекса PHP был в 1,06 раза меньше, чем в подгруппе 1в (p>0,5).

При сравнении значений индекса PHP после применения комплекса профилактических средств между подгруппами наблюдалась следующая динамика. В подгруппе 16 показатель индекса PHP был в 1,13 раза (p>0,5) больше, в подгруппе 1в - в 1,15 раза (p>0,5) больше, а в подгруппе 1г - 1,10 раза (p>0,5) больше,

чем в подгруппе 1а. Тогда как, в подгруппе 1в значение индекса PHP было в 1,02 раза (p>0,5) больше, а в подгруппе 1г - в 1,02 раза (p>0,5) меньше, чем в подгруппе 16.

В подгруппе 1г показатель индекса PHP был в 1,05 раза (p>0,5) меньше, чем в подгруппе 1в.

Полученные данные продемонстрировали, что у лиц группы 1 после проведения профилактики состояние гигиены полости рта соответствовало хорошему уровню.

В подгруппе 1а эффективность комплекса профилактических мероприятий по индексу PHP была равна 57,6%, в подгруппе 16 - 53,6%, в подгруппе 1в - 54,1%, а в

При сравнении значений индекса PHP после профессиональной гигиены полости рта и отбеливания зубов между подгруппами наблюдалась следующая динамика. В подгруппе 16 показатель индекса PHP был в 1,10 раза (p>0,5) меньше, в подгруппе 1в - в 1,05 раза (p>0,5) больше, а в подгруппе 1г - 1,02 раза (p>0,5) меньше, чем в подгруппе 1а. Тогда как, в подгруппе 1в значение индекса PHP было в 1,16 раза (p>0,2) больше, а в подгруппе 1г - в 1,09 раза (p>0,5) больше, чем в подгруппе 16.

В подгруппе 1г показатель индекса PHP был в 1,06 раза меньше, чем в подгруппе 1в (p>0,5).

При сравнении значений индекса PHP после применения комплекса профилактических средств между подгруппами наблюдалась следующая динамика. В подгруппе 16 показатель индекса PHP был в 1,13 раза (p>0,5) больше, в подгруппе 1в - в 1,15 раза (p>0,5) больше, а в подгруппе 1г - 1,10 раза (p>0,5) больше, чем в подгруппе 1а. Тогда как, в подгруппе 1в значение индекса PHP было в 1,02 раза (p>0,5) больше, а в подгруппе 1г - в 1,02 раза (p>0,5) меньше, чем в подгруппе 16.

В подгруппе 1г показатель индекса PHP был в 1,05 раза (p>0,5) меньше, чем в подгруппе 1в.

Полученные данные продемонстрировали, что у лиц группы 1 после проведения профилактики состояние гигиены полости рта соответствовало хорошему уровню.

Вывод

В подгруппе 1а эффективность комплекса профилактических мероприятий по индексу PHP была равна 57,6%, в подгруппе 16 - 53,6%, в подгруппе 1в - 54,1%, а в подгруппе 1г - 53,8%. Анализ полученных результатов показал, что в подгруппе 1а была выявлена наивысшая эффективность используемых после профессионального отбеливания и воздействия профилактических средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю., Карпова В.М., Базоркина И.М. Клиническое исследование эффективности зубной пасты "Colgate Total плюс Отбеливание" для профилактики гингивита и отбеливания зубов. // Пародонтология. - 2014. - №23 (31). - С.78-81.
2. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология "Обезболивание, отбеливание, пломбирование, эндодонтия": Москва, 2015. - С.39-52.
3. Вавилюк А. Восстановление эмали в процессе отбеливания зубов? // Институт стоматологии. - 2016. - №3. - С. 104
4. Abbou R. The elimenation of tetrasycline discoloration by intentional endodontics and internal bleaching. // J-Endod. - 1912. - P. 101.
5. Adreana S., Ciancio S.G., Mather M.I., Bessinger M. Clinical evaluation of bleaching gels on patients with sensitive teeth. // Journal of dental research. - 2010.-P. 216.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.284.3-08.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Усманова Н.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Авторами проанализированы результаты комплексного лечения 72 больных с хроническим тонзиллитом (ХТ). Предложенная авторам комплексная терапия при ХТ является патогенетический обоснованы, так как приводит к быстрому купированию клинических проявлений данного заболевания, оказывает положительное влияние на течение заболевания и способствует повышению эффективности медикаментозной терапии и сокращению сроков лечения.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, лазеротерапия, антибактериальное терапия.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Усманова Н.А,.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Муаллифлар томонидан сурункали тонзиллит (СТ) билан хасталанган 72 нафар беморларни консерватив йўл билан даволаш натижалари таҳлил этилди. Тадқиқот мақсади ушбу беморларда лазеротерапия (ЛТ) хамда антибактериал терапия (АБТ) қўллаган ҳолда, даволаш самарадорлигини баҳолаш ва унинг асоратларини олдини олишни, даволаш муддатини қисқартиришдан иборатдир.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, лазеротерапия, антибактериал терапия.

WAYS OF IMPROVEMENT OF COMPLEX TERAPY IN CASE OF CHRONIC TONSILLITIS

Usmanova N.A.,

Andizhan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The results of complex treatment of 72 patients with chronic tonsillitis have been analyzed by authors. (CT). The offered complex therapy in case of CT pathogenetic ally approved, since it causes rapid control of the clinical manifestations of the present, exerts the positive influence upon the course of the disease end promotes the efficiency of medical therapy and reduction of the periods of the treatment.

Key words: chronic tonsillitis, laser therapy, antibacterial therapy.

Актуальность

Актуальность и практическая значимость проблемы хронического тонзиллита определяется распространенностью данной патологии и частотой возникновения сопряженных тонзиллогенных заболеваний других органов и систем, что приводит к длительной потере трудоспособности и инвалидизации [4,7,8]. Не менее важна и социальная сторона этой проблемы. [1,2,3,9].

За последние годы разработано множество комплексных методов лечения хронического тонзиллита (ХТ)[5,6]. Однако данная проблема поставила оториноларингологов перед необходимостью пересмотра традиционных консервативных приемов в силу их малоэффективности и поиска новых методов лечения.

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных с ХТ.

Материал и методы

Нами были изучены результаты лечения 72 больных с ХТ в возрасте 15 до 42 лет, из которых мужчины составили 29 (40,3%), а женщины - 43 (59,7%). Исследование проводилось на базе кафедры оториноларингологии АГМИ за период с января 2018 по ноябрь 2019 гг.

В зависимости от способов лечения все больные разделены на 2 группы: первую основную группу составили 42 (58,3%) больных, которые в комплекс лечебных мероприятий включали ЛТ с применением препаратов цефалоспорины в комбинациях (per os) и антисептическое средство растительного происхождения. Облучение ежедневно 1 сеанс, длительность экспозиции 5 минут, курс лечения 5-6 сеансов.

Состояние больных, динамика клинических симптомов, оценка терапевтического эффекта лечения (по аналоговой шкале в баллах) и оценка терапевтического эффекта лечения самими пациентами (анкетирование), течение заболевания и результаты лечения основной группы сравнивали с контрольной группой, состоящей из 30 (41,7%) больных, у которых проводили традиционные способы терапии.

Основную массу ХТ составили больные с кариес зубов - 49 (68%). Хронический пиелонефрит отмечено у 19 (26,4%) пациентов. Количество больных с микротравмой и больных связанное с охлаждением было поровну - по 2 (2,8%) больных.

Также проводили оценку терапевтического эффекта лечения самими пациентами с помощью вопросника (анкетирование). По оценке самих пациентов с ХТ окончательные результаты признаны "Неудовлетворительно", "Удовлетворительно", "Хорошо", и "Отлично" на основе суммирования баллов.

Результат и обсуждение

Большой интерес представляет динамика клинических проявлений воспалительного синдрома на фоне ХТ.

Если при традиционном лечении терапевтический эффект клинически проявлялся начиная с 5-6 суток лечения, то при использовании в комплексном лечении ЛТ с препаратами цефуроксима аксетила и тонзилгон - это происходило на 2-3 сутки лечения.

Анализ клинических проявлений у больных с ХТ в контрольной группе показал, что "выраженные" местные признаки по автору Зака, Гизе, Преображенского поступлении отмечены у 17,6±4,2 (58,6%) больных, а в основной группе этот показатель отмечен у 22,6±4,3 (53,8%) больных. Под влиянием ЛТ с препаратами цефалоспорины в комбинациях (per os) и антисептическое средство растительного происхождения на фоне традиционного лечения данный показатель достоверно снизился (на 70,3%) на 4 сутки лечения, а в контрольной группе к этому сроку "выраженные" местные признаки снизились лишь на 25,5% больных.

В результате проведенной комплексной терапии "выраженная" боль при глотание основной группе на 4 сутки лечения уменьшилась на 63,4% относительно исходных данных, а на 5 сутки лечения снизилась до 3,2±1,2 больных, что в 6,1 раза ниже, чем при поступлении ($p<0,05$). На фоне традиционной терапии "выраженная" болезненность при глотание на 4 сутки уменьшилась на 33,8% больных, а на 5 сутки лечения снизилась до 7,1±1,6 больных, что на 2 раза меньше, чем при поступлении (Рис. 2).

У 3,2±1,4 (7,6%) - 3,8±1,7 (12,6%) больных основной и контрольной группы при поступлении отмечалось "отсутствие" боли при глотание. Достоверное повышение этого показателя отмечалось на 2 сутки лечения у 12,5±2,4 (на 22,1%) больных основной группы, а в контрольной группе на 4 сутки лечения и этот показатель составлял 29,4% - 12,6±3,4 больных.

Клинические признаки улучшения общего состояния нашли отражение и в динамике фарингоскопической картине. У основной группы "выраженный" отек и гиперемия передней дужки при поступлении в стационар отмечено у 16,2±3,2 (38,5%) больных. Достоверное улучшение этого показателя отмечалось на 4 сутки лечения - 3,1±2,3 больных, что на 80,8% меньше исходных данных. "Выраженный" отек и гиперемия передней дужки в контрольной группе при поступлении отметили у 12,7±3,1 (42,3%) больных. Достоверное снижение его отмечалось на 5 сутки лечения - 6,3±2,2 (50,5%) больных.

Клинические признаки улучшения общего состояния нашли отражение и в динамике оценке терапевтического эффекта лечения самими пациентами при ХТ.

Динамика результатов лечения у больных основной группы показал, что "неудовлетворительное" состояние при поступлении отмечено у 29,8±2,6 - 71% больных, а "удовлетворительное" состояние 8,8±2,1 - 21%. Достоверное улучшение этих показателей отмечалось на 2-3 сутки лечения - 12,2±2,1 и 3,1±1,4 больных, что на 59,0% и 64,7% соответственно меньше исходных данных. На фоне традиционной терапии достоверное повышение этих показателей отмечены на (57,0% и 70,6% больных) 4-5 сутки соответственно меньше исходных данных.

Все больные основной и контрольной группы при поступлении в стационар "отличным" состоянием сами не считали. Достоверное "отличное" состояния в основной группе отмечалось на 2 сутки лечения у 32,4% больных. На следующий день данный показатель повысился на 61,4% и составил 25,8±2,6 больных, а перед выпиской "отличное" состояние отмечалось у 96,5% - 40,5±1,5 больных.

Таким образом, динамика клинических проявлении ХТ, течение заболевания и данные оценки терапевтического эффекта свидетельствуют о положительном влиянии ЛТ с применением цефалоспорины в комбинациях (per os) и антисептическое средство растительного происхождения у больных с ХТ, что также подтверждается сроками пребывания больных в стационаре: в контрольной группе - 8,50±1,40 сут., в основной группе больных - 5,30±1,10 сут.

Вывод

Включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов цефалоспорины в комбинациях (per os) и антисептическое средство растительного происхождения а также лазеротерапии у больных ХТ способствует коррекции воспалительного синдрома и клинических симптомов, оказывает общее противовоспалительное, антибактериальное и противоотечное действие, стимулируя компенсаторные функции макроорганизма.

Предложенная комплексная терапия при ХТ является патогенетически обоснованным, так как приводит к быстрому купированию клинических проявлений данного заболевания, оказывает положительное влияние на течение заболевания и способствует повышению эффективности медикаментозной терапии и сокращению сроков лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф Иммунокорректоры в комплексном лечении тонзиллитов // Вестник оториноларингологии 1999. - № 5 - с. 17-20
2. Джапаридзе Ш.В., Вагарадзе Д.В., Ломидзе Л.С., Хечинашвили Т.Р. О хирургическом лечение хронического гнойного среднего отита. - Вест. Оториниолар. - №3., 2005. - С.46-47.
3. Касымов К.К. Роль грибковой флоры в патогенезе хронического тонзиллита // Мед. журн. Узбекистана. 2019. - № 8. - с. 45-48
4. Каманин Е.И., Трофимов А.Е. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом. - Вест. Оториноларю - №2., 2003. - С. 24-28.
5. Коротких Н.Г., Лазутиков О.В., Ларина О.Е. Вариант хирургического лечения больных с одонтогенным гайморитом. - Вест. Оториноларю - №2., 2004. - С. 40-42.
6. Крюков А.И., Жуховицкий В.Г. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, носа и верхних дыхательных путей: актуальность проблемы и пути решения. - Вест. Оториноларю - №1., 2004. - С. 3-4.
7. Крюков А.И., Туровский А.Б., Баландин А.В., Хамзалиева Р.Б., Суббота Д.В. Анализ адекватности лечения хронического тонзиллита и бактериального синусита в амбулаторно-поликлинической практике. Вест. Оториноларю №1. 2006. С. 61-64.
8. Лучихин Л.А., Господарь М.А., Кононова Н.А, Аксенова О.В. Применение кеторола в ЛОР-практике. - Вестн. Оториноларю - №5., 2004. - С. 42-43.
9. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Петлинов А.П. Состояние вестибулярной функции у больных с различными формами хронического тонзиллита. - Вест. Оториноларю - №6., 2004. - С. 13-17.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.31 - 082 (470.62)

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, ОСЛОЖНЕННОГО КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

Юсупова М.Ш., Китян С.А., Бадалбаева Н.М., Мусашайхов У.Х.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В результате проведённого исследования разработаны принципиально новые клинико-организационные подходы интенсивной терапии пациентов с ОКС, осложненным КШ, создан механизм междисциплинарного взаимодействия служб специализированного центра. Определены факторы риска развития летального исхода КШ. Разработан алгоритм диагностики, лечения и снижения риска неблагоприятного исхода КШ.

Ключевые слова: кардиоген шок, острый коронарный синдром, осложнения.

КАРДИОГЕН ШОК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМЛАРНИНГ НОХУШ ҲОЛАТЛАР ХАВФИНИ БОШҚАРИШГА ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ

Юсупова М.Ш., Китян С.А., Бадалбаева Н.М., Мусашайхов У.Х.,

Андижон давлат тиббит институти.

✓ ***Резюме***

Тадқиқот натижасида КШ билан асоратланган ЎКС билан оғриган беморларни интенсив терапиясида принципиал равишда янги клиник-ташкилий ёндашувлар ишлаб чиқилди, ихтисослашган марказ хизматларининг дисиплинлерарас ўзаро таъсир механизми яратилди. КШ нинг ўлимга олиб келадиган натижасини ривожланиши учун хавф омиллари аниқланди. КШ нинг ножўя натижаларини аниқлаш, даволаш ва хавфини камайтириш алгоритми ишлаб чиқилган.

Калит сўзлар: кардиоген шоки, ўткир коронар синдром, асоратлар.

INNOVATIVE APPROACHES TO MANAGING THE ADVERSE RISK OF ACUTE CORONARY SYNDROME COMPLICATED BY CARDIOGENIC SHOCK

Yusupova M.Sh., Kityan S.A., Badalbaeva N.M., Musashaykhov U.Kh.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

As a result of the study, fundamentally new yutinic-organizational approaches to intensive care of patients with ACS complicated by CABG have been developed, a mechanism for interdisciplinary interaction of the services of a specialized center has been created. The risk factors for the development of a lethal outcome of CABG were determined. An algorithm for the diagnosis, treatment and risk reduction of an unfavorable outcome of CABG has been developed.

Key words: cardiogen shock, acute coronary syndrome, complications.

Актуальность

Внедрение современных рекомендаций по ведению пациентов с ОКС и обеспечение стратегии ранней реперфузии в системах здравоохранения ряда зарубежных стран ознаменовалось снижением частоты возникновения КШ до 3 - 8% [2,4]. Однако уровень госпитальной летальности при КШ остается высоким во всех возрастных группах: 50 - 90% [1,3].

Существующая зависимость уровня летальности при ОКС от доступности специализированной высокотехнологичной помощи обусловливают актуальную научно - практическую задачу: формирование междисциплинарного подхода к эффективной диагностике и лечению пациента с использованием коронарной реперфузии и интенсивной терапии осложненных форм ОКС[3].

Цель исследования. Цель исследования состоит в разработке инновационных подходов к управлению риском развития неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в условиях специализированного медицинского центра.

Материал и методы

Объём наблюдения составил 192 пациентов с ОКС, последовательно поступивший в РЦЭМПАФ в период с 2017 по 2019 год. Из общего количества поступивших с ОКС ИМ составил 33,9 % (п=6537).

Результат и обсуждения

Частота развития кардиогенного шока у пациентов с ОКС высокого риска в период с 2006 по 2011 годы составила 7,5% (от 4,4% в 2008 году до 10,4% в 2010 году); госпитальная летальность - 88% (от 98,8% в 2006 году до 80 % в 2010 году). Консервативная стратегия ведения пациентов с кардиогенным шоком сопровождается 100% госпитальной летальностью.

С риском развития кардиогенного шока при остром коронарном синдроме ассоциируются: возраст пациента старше 60 лет, женский пол, наличие сахарного диабета, анемия, гипергликемия и повышение концентрации креатинина плазмы крови при поступлении в стационар, а также позднее обращение пациента за медицинской помощью.

Факторами риска неблагоприятного исхода кардиогенного шока являются: пожилой возраст, степень поражения коронарного русла и отсутствие эффективной реперфузии при чрескожном коронарном вмешательстве -достижения кровотока TIMI 3. Возможности тромболитической терапии при кардиогенном шоке в качестве реперфузионного подхода ограничены. Тромболитическая терапия применялась в среднем у 12,1 % (8,9% - 14,6%) пациентов с кардиогенном шоке, летальность при этом виде лечения составляет в среднем 91,8% (83,3% - 100%).

К инновационным подходам управления риском развития неблагоприятного исхода у пациентов с острым коронарным синдром, осложненным кардиогенным шоком, относится создание условий для реализации междисциплинарного подхода к диагностике и лечению "противошоковой бригадой" (участие кардиолога, врача функциональной диагностики, рентген эндоваскулярного хирурга) на основе утвержденного алгоритма действий для обеспечения преемственности и комплексности применения современных клинических методик.

Внедрение инновационных подходов управления риском неблагоприятного исхода острого коронарного синдрома, осложненном кардиогенным шоком в условиях кардиологического стационара в 2009-2011 годы по сравнению с 2006-2008 годами позволило увеличить частоту процедур чрескожного коронарного вмешательства с поддержкой внутриаортальной баллонной контр пульсацией (с 8,5% до 91% пациентов, или более чем в 10 раз; p=0,00001); использования чрескожного коронарного вмешательства со стентированием в 4,7 раза (p=0,00001), частоту применения многососудистого чрескожного коронарного вмешательства - в 2,5 раза (p=0,0081).

При условии выполнения комплекса лечебных мероприятий у пациентов с кардиогенным шоком: чрескожное коронарное вмешательство со стентированием и восстановлением кровотока до TIMI 3 при поддержке внутриаортальной баллонной контр пульсации, увеличение возраста пациента на 1 год обусловливает рост вероятности летального исхода на 1,1%, увеличение значения тяжести поражения коронарных артерий по SYNTAX на 1 единицу - на 0,6%. Ранний тромбоз стента ассоциируется со 100%-летальностью.

Вывод

Новые подходы к интенсивной терапии острого коронарного синдрома, осложненного кардиогенным шоком в период 2009-2011 годы, по сравнению с 2006-2008 годами способствовали пятикратному сокращению времени от поступления в стационар критического пациента до реперфузии (с 423±1403,1 до 83±108 мин p=0,0038); увеличению частоты достижения оптимального кровотока по T1M1 - в 3,7 раза (p=0,005), снижению уровня рецидивов инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком с 31% до 18,6% (p=0,0029) и уровня госпитальной летальности в 1,6 раза (с 91% до 56,9%, p =0,000001).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бекишев В.А. Что необходимо знать руководителю здравоохранения о риск-менеджменте. //Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2011; 10 (121): 13-17.
2. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Теоретические и организационно-методические основы рисков в медицинской практике. // Проблемы управления здравоохранением. 2016; 2: 52-57.
3. Holmes D.R., Berger P.B., Hochman J.S., Granger C.B, Thompson T.D., Califf R.M., Vahanian A., Bates E.R., Topol E.J. Cardiogenic shock in patients with acute ischemic syndromes with and without ST-segment elevation. //Circulation. 2009; 100 (20): 2067-2073.
4. Hochman J.S, Buller C.E., Sleeper LA., Boland J., Dzavik V., Sanborn T.A., Godfrey E., White H.D., Lim J., LeJemtel T. Cardiogenic shock complicating AMI - etiologies, management and outcome: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize Occluded Coronaries for cardiogenic shock? //J. Am. Coll. Cardiol. 2010; 36 (3 Suppl A): 1063-1070.

Поступила 09.11.2020

УДК: 104.200.900:24.9 -008.64

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ РУБЦОВ НА ТЕЛЕ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Мухаммадиев Ф.Н., Рузиев Ш.И.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Термезский филилал Тошкентской медицинской акадамии, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Экспертиза рубцов кожи была и остается одним из распространенных видов судебно-медицинского исследования, отличающегося высокой степенью субъективности. Поскольку рубцы кожи являются весьма устойчивыми образованиями, именно они чаще всего становятся объектом судебно-медицинского исследования в случаях позднего направления потерпевших на освидетельствование (экспертизу).

Ключевые слова: рубец, механизме образования, ультразвуковое исследования, цифровый фоторисунки.

APPLICATION OF MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS FOR DETERMINING THE TIME OF SCARS ON THE BODY IN THE PRACTICE OF FORENSIC MEDICINE

Mukhammadiev F.N., Ruziev Sh.I.,

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Termezi branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The examination of skin scars has been and remains one of the most common types of forensic medical research, characterized by a high degree of subjectivity. Since skin scars are very persistent formations, it is they that most often become the object of forensic medical research in cases of late referral of victims for examination (examination).

Key words: scar, formation mechanism, ultrasound examination, digital photo drawing.

СУД-ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ТАНАДАГИ ЧАНДИҚЛАРНИНГ ЕТКАЗИЛИШ МУДДАТИНИ АНИҚЛАШДА ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Мухаммадиев Ф.Н., Рузиев Ш.И.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали, Узбекистон.

✓ ***Резюме***

Тери чандиқлари экспертизаси субъективликнинг юқори даражаси билан фарқланувчи суд-тиббиёт текширувининг кўп тарқалган турларидан бўлиб қолмоқда. Тери чандиқлари жуда турғун ҳосилалар бўлгани туфайли, айнан улар жабр кўрганларнинг экспертизага кеч йўлланма олган ҳолатларида суд-тиббиёт текширувининг объекти бўладилар.

Калит сўзлар: чандиқ, хосил бўлиш механизми, ультра товуш текшируви, рақамли фотосуратлар.

Актуальность

Экспертиза рубцов кожи была и остается одним из распространенных видов судебно-медицинского исследования, отличающегося высокой степенью субъективности. Поскольку рубцы кожи являются весьма устойчивыми образованиями, именно они чаще всего становятся объектом судебно-медицинского исследования в случаях позднего направления потерпевших на освидетельствование (экспертизу) [1,3]. При отсутствии медицинских документов или дефектном оформлении таковых, рубцы достоверно свидетельствуют о наличии бывших телесных повреждений, позволяют ориентировочно судить об их давности, механизме образования, параметрах травмирующих орудий, количестве травматических воздействий [6,7,9].

А.А. Халиков (2006) утверждает, что для достаточной степени точности экспертного суждения необходима комбинация не менее двух объективных методов количественной регистрации повреждения. Если мнение практического эксперта подтверждается численными характеристиками конкретных величин, с экспертизы снимается оттенок субъективизма, возникающий при оценке повреждения «на глаз», руководствуясь «книжными данными» с поправкой на величину личного опыта эксперта [1].

В дальнейшем И.М. Серебренников продолжил разрабатывать тему, оценил возможности диагностики и оценки келоидных и гипертрофических рубцов (1981), описал рубцы кожи после электротравмы (1989). В 1981 и 1992 годах он опубликовал обзорные статьи с анализом всей доступной литературы, посвященной проблеме изучения рубцов кожи за период с 1962 по 1992 год. С этого момента никакой систематической работы по данному вопросу судебными медиками не проводилось, а публикации носили спорадический характер, хотя высокая частота катастроф с многочисленными человеческими жертвами и достаточное количество локальных военных

конфликтов на территории постсоветского пространства, в Европе и ближневосточном регионе, отнюдь не свидетельствуют о снижении актуальности вопроса [8].

Гораздо подробнее рассмотрением данной проблемы занимались хирурги, дерматологи и косметологи. О.С. Озерская (2004) указывает: «Проблема различного вида рубцов кожи находится на стыке дерматологии, косметологии и хирургии... рубцы кожи, особенно на открытых частях тела, имеют и социальную значимость... подобный косметический дефект приводит к разного рода психоневрологическим нарушениям» [1,2,5,7,8].

Цель исследований. Разработка алгоритма судебно-медицинской диагностики давности образования повреждений по морфологическим свойствам рубцов кожи на лице с применением новейших технологий.

Материал и методы

В работе были проанализированы результаты судебно-медицинская экспертиза 25 случаев с наблюдениями рубцов кожи на лице. Для сравнительного анализа были взяты 16 рубцов различной давности и механизма образования на теле.

Судебно-медицинская экспертиза анализ цифровой фотографии, ультразвуковой исследования (размер, плотность, эхогенности) рубцов кожи на теле.

Результат и обсуждения

В ходе анализа оценивались основные статистические закономерности встречаемости подобных исследований, полнота описания рубца, характер обозначения цветов и оттенков, соответствие выводов (заключения) обстоятельствам дела, данным медицинских документов и данным судебно-медицинского осмотра.

Основные вопросы и задачи, решаемые в ходе судебно-медицинской экспертизе рубцов. Вопросы, возникающие перед судебно-медицинским экспертом при исследовании рубцов, весьма разнообразны.

Прежде всего, следственным органам бывает необходимо установить механизм образования и давность повреждения, оставившего после своего заживления рубец. Для юридической квалификации деяния по характеру рубца проводится определение тяжести вреда, причиненного здоровью, устанавливается процент утраты трудоспособности в связи с бывшим повреждением, оценивается изгладимость рубцов (если они локализуются на открытых участках тела). В ряде случаев по характеру, локализации и взаиморасположению рубцов «удается проанализировать соответствие предложенных следствием версий получения травмы объективным данным (ситуационные экспертизы). Большое значение экспертизе рубцов уделяется в процессе идентификации личностидстве по идентификации личности, в ходе сложных экспертиз по «врачебным делам», при установлении следов бывших инъекций у лиц, употребляющих наркотики.

Заживление ушибленных и рвано-ушибленных ран, не подвергавшихся первичной хирургической обработке, завершается образованием рубцов с неровными краями и поверхностью. Рубцы плотные, выступают над окружающей кожей, малоподвижные. В определенной степени они могут отражать размеры и форму ран. При заживлении ран с нагноением рубцы не сохраняют особенностей, позволяющих определить характер раны и соответственно делать заключение о травмирующем орудии.

После термической травмы рубцы остаются лишь на месте ожогов и отморожений 3 и 4 степени, реже 2 степени. Чем тяжелее степень ожога и отморожения, тем грубее рубцы с деформацией ткани. Рубцы неправильной формы, бугристые, края с пигментацией, стягивают ткани. При локализации ожогов на шее с переходом их на грудную клетку и верхние конечности, или в других аналогичных местах рубцы могут принимать перепончатую, веерообразную форму. В области суставов рубцы могут привести к образованию контрактур.

Рубцы на месте электроожогов тонкие, гладкие, обычно белесого цвета с неровными краями, плотноватые на ощупь, подвижные.

В случаях огнестрельных ранений дополнительно возникают вопросы о характере раны (входная, выходная), дистанции выстрела, возможно, о характере заряда.

После огнестрельных ранений остаются рубцы, внешний вид которых зависит от вида повреждения и дистанции выстрела. На месте входной огнестрельной раны, причиненной выстрелом с близкой дистанции и не подвергавшейся хирургической обработке, рубцы имеют овальную, лучистую, звездчатую или неправильную форму, как правило, умеренно втянуты и малоподвижны. Размеры могут быть больше рубца на месте выходного огнестрельного ранения, особенно при выстреле в упор. Вокруг отмечают следы внедрившихся порошинок, иногда рубцовая ткань импрегнирована копотью. После огнестрельного ранения от выстрела с неблизкой дистанции рубец округлый, небольших размеров, как правило, меньше, чем рубец на месте выходной раны, где рубец имеет неправильную, воронкообразно втянутую форму.

Рентгенологически в глубоких слоях рубцов в мягких лучах могут выявляться инородные включения, металлизация.

В случаях взрывной травмы характерны грубые дефекты и размозжения ткани с последующим грубым рубцеванием. Оскольчатые повреждения оставляют рубцы неправильных форм, рентгенологически в их проекции могут обнаруживаться инородные тела.

Давность образования рубца устанавливают на сопоставлении данных медицинской документации и свойств рубца, изменяющихся по мере его созревания. В ходе формирования рубца при заживлении неосложненной ушитой хирургической раны хирурги выделяют следующие стадии:

1. Эпителизация кожной раны (7-10 сутки). Характеризуется развитием и завершением послеоперационного воспаления. Между стенками раны образуется грануляционная ткань, начинается эпителизация при плотном контакте краев кожной раны. Клинически после снятия швов края раны могут разойтись под действием даже незначительной силы. Рубца, как такового, еще нет.

2. Образование непрочного рубца (10-30 сутки). Созревание грануляци-онной ткани и активное развитие фибриллогенеза с образование непрочного рубца. Клинически рубец относительно легко растяжим и хорошо заметен.

3. Образование прочного рубца (30-90 сутки). Увеличение количества волокон в рубцовой ткани и их ориентация в соответствии с доминирующим направлением нагрузки. Уменьшение количества клеток и сосудов. Клинически кожный рубец становится прочным и менее заметным. В неблагоприятных условиях рубец начинает гипертрофироваться или подвергаться келоидозу.

4. Окончательная перестройка рубца (90 суток -1 год). Происходит мед-ленная перестройка рубца с' усилением продольной ориентации волокон, рубцовая ткань содержит минимальное количество клеточных элементов и единичные мелкие сосуды. Кожный рубец постепенно достигает максимальной прочности и становится еще менее заметным. В неблагоприятных условиях окончательно формируется гипертрофический или келоидный рубец.

Таблица 1.

Ориентировочные данные о внешних свойствах рубцов различной давности (при обычном формировании рубца)

Давность рубца	Свойства рубца		
	Цвет и оттенки	**Плотность**	**Другие признаки**
До 1 месяца	Розоватый, позднее красноватый, с синюшным оттенком	Мягкий	Плоский, нежный, покрыт корочками
1 - 2 месяца	Красноватый, с различными оттенками фиолетового, чаще темно-фиолетовый	Плотноватый	Выпуклый, мало подвижный
2-3 месяца	Красноватый. Синюшность постепенно уменьшается	Плотный на всем протяжении	Выпуклый, гипертрофического характера
3-6 месяцев	Синюшность исчезает. Начинает преобладать розовый цвет	Постепенно размяг чается	Выпуклый, иногда втянутый или на уровне окружающей кожи
От 6 месяцев до 1 - 1,5 лет	Бледно-розовый. Появляется коричневая окраска различных оттенков. Позднее белесоватый, с отдельными участками коричневого цвета	Слегка плотноватый или мягкий. Плотность ткани рубца неодинакова	Поверхность неровная или гладкая, блестящая, расположена на уровне или ниже уровня кожи
Свыше 1 лет	Чаще белесоватый (белый), реже коричневый	Мягкий, плотноватые тяжи или плотный на всем протя-жении	Тонкий, атрофический, блестящий, иногда выпуклый

Исследование рубцов кожи в ультрафиолетовых лучах основано на том, что различные ткани по-разному флуоресцируют в ультрафиолетовых лучах.

Соединительная ткань при воздействии на нее фильтрованных ультрафиолетовых лучей выступает как светящийся экран, на котором видны в виде теней скопления пигмента, которые ослабляют, «тушат» флюоресценцию. Оттенки в определенной степени зависят от толщины рогового слоя эпидермиса: толстый слой дает желтоватую, более тонкий — беловато-синюю флуоресценцию (1-таблица).

По данным 1-го таблицы свежие рубцы, давностью несколько месяцев и имеющих при обычно освещении красноватый цвет с синюшным оттенком дают в ультрафиолетовых лучах слабую темно-фиолетовую флуоресценцию. Рубцы, имеющие при обычном освещении бледно-розовый цвет, в ультрафиолетовых лучах дают слабую бледно-фиолетовую флуоресценцию. Рубцы коричневого цвета, пигментированные, выглядят в ультрафиолетовых лучах темными участками. Старые, белые рубцы светятся слабым синева-то-белым цветом. Общий фон кожи выглядит темно-зеленоватым.

Выводы

1. Цифровая фотография, выполненная с применением масштаба и цветового эталона, позволяет проводить оценку давности и механизма образования нормотрофического рубца кожи в экспертной практике.

2. Данный метод позволяет зафиксировать эхографическую картину рубца и сохранить в цифровом формате значения эхогенности, полученные на момент исследования, для его последующей судебно-медицинской оценки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, С.С. Методика формализации растровых цветных изображений повреждений при исследовательской съемке /

С.С. Абрамов, СВ. Ерофеев, Ю.Ю. Шишкин // Актуальные вопросы судебной и клинической медицины. - Ханты-Мансийск, — 2002. - Вып.6. — С 112—113.
2. Антонов, В.Ф. Физика и биофизика. Ультразвук и его применение в медицине / В.Ф. Антонов, А.В. Коржуев. - М. : Гэотармед, 2004. - С. 33-37.
3. Бабаханян, А.Р. Судебно-медицинская практика несмертельных повреждений, причиненных резиновыми пулями / А.Р. Бабаханян // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц. Сб. тезисов док. Всерос. науч.-практич. конференции, 15-16 марта 2007 г. - М - Рязань: РИО ГОУ ВПО «РГМУ им. академика И.П. Павлова Росздрава»; РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. - С. 29-30.
4. Белоусов, А.Е. Пластическая хирургия рубцов: возможности и проблемы / А.Е. Белоусов // Эстетическая медицина. - 2005. - Т. 4. - №2. - С. 145-152.
5. Василевская, Е.А. Использование высокочастотной ультразвуковой аппаратуры для исследования кожи в норме и при патологии / Е.А. Василевская, Е.В. Иванова, Т.С. Кузьмина и др. // Эксперим. и клинич. дерматокосметология. - 2005. — №1. - С. 33-37.
6. Газизянова, Р.М. О возможности ультразвуковой диагностики посттравматических кровоизлияний в экспертной практике / Р.М. Газизянова, Г.М. Харин, И.В. Клюшкин // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики. Мат. 6-го Всерос. съезда судебных медиков, посвящ. 30-летию Всерос. общества судебных медиков. М. -Тюмень, 2005 г. - М . -Тюмень. : Издательский центр «Академия», 2005. - С. 64-65.
7. Ерофеев, СВ. Основные направления применения и развития компьютерных технологий в судебно-медицинской службе Ивановской области / СВ. Ерофеев, Ю.Ю. Шишкин // Актуальные проблемы регионального здравоохранения. Материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию образования Ивановской области: сб. ст. - Иваново, 2003.-С169-171.
8. Серебренников, И.М. Судебно-медицинская экспертиза келоидных и гипертрофических рубцов (диагностика и оценка) / И. М. Серебренников // Суд.-мед. эксперт. - 1981. —№1. — С. 38-40.
9. Adams, T.S.T. The use of high frequency ultrasonography in the prediction of bum depth / T.S.T. Adams, J.V. Murphy, P.H. Gillespie // J. Bum Care Rehabil.- 2001. - № 22 (3). - P. 261-262.
10. Aspres, N. Imaging the skin. / N. Aspres, LB. Egerton, A.C. Lim, S.P. Shumack // Australas. J. Dermatol. - 2003. - Vol. 44, №1. - P. 19-27.
11. Batisse, D. Influence of age on the wrinkling capacities of skin / D. Batisse, R. Bazin, T. Baldeweck, B. Querleux, J.L. Leveque / / Skin Res Technol. — 2002.-Vol.3, №8.-P. 148-154.
12. Gold, M.H. Prevention of hypertrophic scars and keloids by the prophylactic use of topical silicone gel sheets following a surgical procedure in an office setting / M.H. Gold, T.D. Foster, M.A. Adair // Dermatol. Surg. - 2001. -Vol. 27, №7.-P. 641-644.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.12-071.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Содикова Дилрабохон Тожидиновна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Ортостатическая гипотензия - важный клинический синдром, встречающийся при многих неврологических и соматических заболеваниях. При ортостатической гипотензии невролог сталкивается прежде всего с проблемами падений и обмороков.

В основе клинических проявлений этого синдрома лежат ортостатические гемодинамические расстройства в виде постуральной гипотензии и обмороков в положении стоя. Главный симптом ортостатической гипотензии заключается в резком снижении, а иногда и в падении до нуля артериального давления у больных при переходе из горизонтального положения в сидячее или вертикальное. Может наблюдаться различная тяжесть клинических проявлений. В легких случаях вскоре после принятия вертикального положения (вставания) больной начинает ощущать признаки предобморочного состояния. Это состояние, называемое липотимией, проявляется ощущением дурноты, головокружением, предчувствием потери сознания.

Ключевые слова: ортостатическая гипотензия, коморбидная патология, ортостатический синдром.

ОРТОСТАТИК ГИПОТЕНЗИЯ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Содикова Д.Т.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ортостатик гипотензия кўплаб неврологик ва соматик касалликларда юзага келадиган муҳим клиник синдромдир. Ортостатик гипотензия билан невролог биринчи навбатда тушиш ва ҳушидан кетиш муаммоларига дуч келади.

Ушбу синдромнинг клиник кўринишлари ортостатик гемодинамик бузилишларга асосланиб, постурал гипотензия ва тик турган ҳолда постурал шаклида бўлади. Ортостатик гипотензиянинг асосий аломати горизонтал ҳолатдан ўтирган ёки вертикал ҳолатга ўтишда қон босими бўлган беморларда кескин пасайиш, баъзан эса нолга тушишдир. Клиник кўринишларнинг турли хил зўравонлиги бўлиши мумкин. Енгил ҳолатларда, тик ҳолатга келгандан сўнг (тик турган ҳолда) кўп ўтмай, беморда енгиллик аломатлари сезила бошлайди. Липотимия деб аталадиган бу ҳолат бош айланиши, бош айланиши ва онгни йўқотишни олдиндан сезиш ҳисси билан намоён бўлади.

Калит сўзлар: ортостатик гипотензия, коморбид патология, ортостатик синдром.

CONTEMPORARY CONCEPTS OF THE PROBLEM ORTHOSTATIC HYPOTENSION

Sodikova D.T.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Orthostatic hypotension is an important clinical syndrome that occurs in many neurological and somatic diseases. With orthostatic hypotension, the neurologist is faced primarily with the problems of falls and fainting.

The clinical manifestations of this syndrome are based on orthostatic hemodynamic disorders in the form of postural hypotension and syncope while standing. The main symptom of orthostatic hypotension is a sharp decrease, and sometimes a drop to zero in patients with blood pressure when moving from a horizontal position to a sitting or vertical position. There may be varying severity of clinical manifestations. In mild cases, soon after assuming an upright position (standing up), the patient begins to feel the signs of a faint. This condition, called lipothymia, is manifested by a feeling of lightheadedness, dizziness, and a premonition of loss of consciousness.

Key words: orthostatic hypotension, comorbid pathology, orthostatic syndrome.

Актуальность

Диагностическими критериями ортостатической гипотензии (ОГ) является устойчивое снижение систолического артериального давления (САД) на ≥20 мм рт.ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) на ≥10 мм рт.ст. в течение 3 мин после перехода в вертикальное положение (положение стоя) из положения лежа или наклона головы не менее 60° при выполнении тилт-теста [4]. Для пациентов с артериальной гипертонией (АГ), выявляемой в положении лежа на спине, диагностическим критерием ОГ является снижение САД на ≥30 мм рт.ст. при выше указанных условиях [2].

Коморбидность как сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них широко представлена среди пациентов, госпитализированных в терапевтические стационары [1,6].

Механизм развития ортостатического синдрома во многих случаях остается невыясненным. Коморбидность определяет многочисленность и полиэтиологичность причин СОГ. Сложность структуры систем компенсации ортостаза предполагает множественный характер механизмов развития ортостатической неустойчивости, что необходимо учитывать особенно у лиц с коморбидной патологией. Основным способом диагностики синдрома ОГ является ортостатическая проба. Попытки ограничиться при ее проведении дискретным измерением АД и ЧСС лежа и стоя недостаточно надежны, поскольку результаты измерения не всегда коррелируют с клинической симптоматикой. Одной из важных причин развития СОГ является гиповолемия[3], поэтому необходимо учитывать параметры объемной регуляции артериального давления при ортостатической нагрузке.

Перспективным представляется использование комплексного диагностического подхода, включающего в себя применение спироартериорит-мокардиографии (САКР) и полисегментного биоимпедансного анализа (БИА), позволяющих непрерывно контролировать широкий спектр гемодинамических параметров (АД, ЧСС, ЭКГ, импеданс регионов тела), что может способствовать уточнению механизма СОГ, дифференцированно подойти к лечебной тактике у лиц при коморбидной патологии [5].

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости, особенности патогенеза и клинических проявлений ортостатической гипотензии посредством спироартерио-ритмокардиографии и биоимпедансометрии для улучшения диагностики и лечения синдрома ортостатической гипотензии при коморбидной патологии.

Материал и методы

В основу работы положены результаты исследования 435 человек (395 пациентов отделения терапии, 40 здоровых добровольцев), а также анализа историй болезни 948 пациентов отделения терапии клинике АГМИ г Андижана.

Результат и обсуждения

Коморбидность обследованных пациентов терапевтического стационара составила 97,1 %. Больные проходили обследование в среднем по 3,8+1,5 заболеванию и получали лечение в стационаре в среднем по 3,4+0,8 заболеванию. Структура коморбидности обследованных пациентов оказалась представлена следующими заболеваниями: гипертоническая болезнь (79%), ишемическая болезнь сердца (68%), остеохондроз позвоночника (65%), цереброваскулярная болезнь (45%), деформирующий остеоартроз (42%), хронический пиелонефрит (40%), заболевания гепатодуоденальной зоны (37%), ХОБЛ (33%), тревожно-ипохондрический синдром (30%), варикозная болезнь вен (27%), астенодепрессивный синдром (25%), сахарный диабет (15%), фибрилляция предсердий (12%), изолированная систолическая гипертензия (10%), недостаточность питания (ИМТ менее 20 кг/м2) (8%), заболевания периферических артерий (7%).

Для оценки влияния степени коморбидности на структуру коморбидности и социально-демографические и клинические показатели пациенты были ранжированы в зависимости от числа заболеваний на 4 группы: 1 группа - 1-3 заболевания - 36 человек (18 женщин и 18 мужчин, средний возраст 42,9+11,7 года), 2 группа - 4-6 заболеваний - 106 человек (57 женщин и 49 мужчин, средний возраст 57,7+9,5 года), 3 группа - 7-9 заболеваний - 70 человек (60 женщин и 10 мужчин, средний возраст 71,6+5,9 года), 4 группа - более 10 заболеваний - 23 человека (22 женщины и 1 мужчина, средний возраст 77,3+6,4 года).

При ранжировании оказалось, что группы различались как по количеству, так и по возрастно-половому составу. Основной контингент (45% обследованных) представлен пациентами среднего и пожилого возраста, имеющими 4-6 заболеваний, с незначительным преобладанием женщин (2 группа). Пациенты первой группы (15% обследованных) оказались представлены лицами молодого и среднего возраста с одинаковым количеством мужчин и женщин. Пациенты третьей (30% обследованных) и четвертой (10% обследованных) группы - лица пожилого и старческого возраста, с преобладанием женщин. Таким образом, оказалось, что степень коморбидности определяла возрастно-половую структуру и количественное распределение пациентов по группам.

Для установления зависимости от степени коморбидности основных социально-клинических факторов и критериев эффективности работы стационара было проведено сравнение показателей в данных группах. Оказалось, что такие показатели как пол пациента, длительность и экстренность госпитализации, оперативные вмешательства в анамнезе, наличие инвалидности, курение, употребление алкоголя, объем лекарственной терапии достоверно связаны с ростом коморбидности.

Так, с увеличением количества заболеваний достоверно уменьшается число больных мужского пола и растет число больных женского пола. Экстренная госпитализация наиболее часто встречалась среди больных 4 группы (48%). С ростом коморбидности возрастает количество оперативных вмешательств в анамнезе. Аналогично при возрастании числа заболеваний достоверно увеличивается процент лиц с инвалидностью.

Такой фактор риска как курение встречался у больных с коморбидной патологией в 25,5% случаев. Соотношение некурящих и курящих в 1 и 2 группе составляет 2:1, в 3 группе 6:1, в 4 группе 7:1. Наиболее часто курили пациенты, имеющие 1-3 заболевания (39%), в то время в 4 группе курили только 13% лиц. Употребление алкоголя выявлено у 101 пациента (43%). При этом употребляют алкоголь 83% пациентов 1 группы, из них регулярно - 22%, 50% лиц 2 группы, из них регулярно - 19%, 21% пациентов 3 группы, из них регулярно - 4% и только 13% лиц 4 группы нерегулярно употребляют алкоголь.

Регулярный прием лекарственных препаратов также имел достоверную связь с количеством заболеваний у пациента. Не употребляли лекарств до госпитализации 81% больных 1 группы, 28% больных 2 группы, 10% больных 3 группы и 4% больных 4 группы. Прием более 4х препаратов наиболее часто выявлен у лиц 4 группы (83%) и отсутствовал у лиц 1 группы. Таким образом, коморбидность определяет риск возникновения полипрагмазии.

При анализе связи структуры и степени коморбидности оказалось, что степень коморбидности оп-

ределяла присутствие таких заболеваний как гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз позвоночника, заболевания периферических артерий, ЦВБ, варикозная болезнь вен, деформирующий остеоартроз, заболевания гепатодуоденальной зоны, хронический пиелонефрит, вегето-сосудистая дистония.

При изучении историй болезни 948 пациентов с целью определения структуры и степени коморбидности лиц с синдромом ОГ оказалось, что гипотензия имеется у 95 человек (10%). При этом средний возраст пациентов с диагностированным СОГ был значимо больше, чем в общей когорте испытуемых (62,1+6,5 против 47,2+14,3). Можно заключить, что частота встречаемости СОГ достоверно увеличивается с возрастом. Так, среди лиц 20-29 лет СОГ диагностирован у 10 человек, среди лиц 30-49 лет - у 18 человек, среди лиц 50-69 лет - у 31 человека, среди лиц старше 70 лет - у 36 человек. Такие проявления ОГ как ортостатические жалобы, обмороки, падения и гипертензия, лежа достоверно чаще встречаются у лиц с СОГ.

При сборе анамнеза, проведении клинико-диагностических мероприятий оказалось, что коморбидность пациентов с СОГ составила 98%. Пациенты с СОГ имели в среднем 4,1+1,2 заболевания, что значимо не отличалось от степени коморбидности всей когорты испытуемых (4,1+1,2 против 3,9+1,8). Однако, индекс коморбидности Чарльсона у лиц с СОГ оказался значимо выше, чем у пациентов без СОГ (3,09+0,7 против 1,3+0,4, $p<0,05$), что соответствует умеренному риску однолетней летальности.

При сравнительном анализе структуры коморбидности обследованных пациентов оказалось, что синдром ОГ имеет достоверную связь с такими заболеваниями и синдромами как: гипертоническая болезнь, изолированная систолическая артериальная гипертензия, варикозная болезнь вен нижних конечностей, сахарный диабет, цереброваскулярная болезнь, ОНМК, атеросклероз периферических артерий, астенодепрессивный синдром, тревожно-ипохондрический синдром. Данные заболевания достоверно чаще встречались у лиц с СОГ. Отсутствовала зависимость между СОГ и ИБС с такими проявлениями как стенокардия, сердечная недостаточность, постинфарктный кардиосклероз, однако найдена зависимость между наличием СОГ и нарушениями ритма сердца ($p<0,05$). Не найдено связи синдрома ОГ с наличием дислипидемии, остеохондроза позвоночника, деформирующего остеоартроза, хронического пиелонефрита, ХОБЛ.

Таким образом, пациенты с СОГ представлены лицами пожилого возраста, с высокой степенью коморбидности, страдающими преимущественно заболеваниями центральной и вегетативной нервной системы, периферических артерий и вен. В результате сочетания данных нозологий и возрастного фактора происходит формирование СОГ как нового состояния, «третьего заболевания». Можно полагать, что возникновение СОГ при коморбидности носит смешанный характер, вкючающий транснозологические, транссиндромальные и хронологические механизмы.

Вывод

Коморбидность является одной из причин синдрома ОГ. В ходе исследования апробирована методика диагностики ортостатической гипотензии с использованием комбинации полисегментного БИА и спироартериоритмо-кардиографии, которая может применяться для выявления ведущего патогенетического механизма ОГ и ранней диагностики доклинических расстройств ортостаза. Прирост торакального импеданса более 15%, снижение абдоминального импеданса и импеданса голеней более 18% и 7% при БИА соответственно является признаком нарушений объемной регуляции АД. Выделены варианты объемных нарушений ортостатической регуляции при коморбидной патологии. Учет вариантов волюмического ответа на ортостаз может способствовать отбору больных для ношения компрессионного трикотажа, а также оценке эффективности лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антонов А.А. Гемодинамические аспекты гипертонической болезни / А.А. Антонов // Сердце. Журнал для практикующих врачей. 2016. - Т.5, №4(28) -С. 210-215.
2. Русанов О.А. Обмороки, впервые развившиеся у немолодых пациентов: условия возникновения, эффективность диагностики, исходы / О.А. Русанов // Автореф.дис. . .к-та мед.наук: СПбГМА им. Мечникова И.И., 2017. С. 20-21.
3. Смирнова Л.Е.'Системные нарушения и возможности их амбулаторной коррекции при сочетанном течении язвенной болезни и артериальной гипертонии / Л.Е. Смирнова // Автореф.дис. . .д-ра мед.наук: М., 2016. — С.3.
4. Bartok C. Measurement of nutritional status in simulated microgravity by bioelec-trical impedance spectroscopy / C. Bartok, R.L. Atkinson, D.A. Schoeller // J. Appl. Physiol. 2013. - Vol. 95, №1. - P. 225-32.
5. Cheng L. Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics / L. Cheng, S. Cumber, C. Dumas, R. Winter, K. Nguyen, L. Nieman // Health and Quality of Life Outcomes. 2013. - Vol.1. - P. 63.
6. Fenech M. Extracellular and intracellular volume variations during postural change measured by segmental and wrist-ankle bioimpedance spectroscopy / M. Fenech, M. Jaffrin // IEEE Trans. Biomed. Eng. 2014. - Vol. 51, №1. - P. 166-75.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.155.194.8−053.2−07−08

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Юнусов Дилшод Муминович,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека − им страдают более 3 млрд человек на Земле [1]. Наиболее высок риск развития ДЖ, как латентного (ЛДЖ), так и манифестного (железодефицитная анемия − ЖДА) у детей (особенно первых двух лет жизни) и женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: железодефицитные состояния, железодефицитная анемия, детской возраст.

БОЛАЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ СТРАТЕГИЯСИ

Юнусов Д.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, темир танқислиги (ТТ) одамларда энг кўп учрайдиган 38 касаллик орасида биринчи ўринда туради - бу ердаги 3 миллиарддан ортиқ одамга таъсир қилади. Болаларда (айниқса, ҳаётнинг дастлабки икки йилида) ва репродуктив ёшдаги аёлларда яширин (ЯТТ) ва манифест (темир танқислиги анемияси - ТТА) ривожланиш хавфи юқори.

Калит сўзлар: темир танқислиги ҳолатлари, темир танқислиги анемияси, болалик.

STRATEGY FOR TREATMENT AND PREVENTION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Yunusov D.M.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

According to the World Health Organization (WHO), iron deficiency (IR) ranks first among the 38 most common human diseases - it affects more than 3 billion people on Earth [1]. The highest risk of developing ID, both latent (LVD) and manifest (iron deficiency anemia - IDA) in children (especially the first two years of life) and women of reproductive age.

Key words: iron deficiency states, iron deficiency anemia, childhood.

Актуальность

Анемия часто встречается в практике врача, но ее распространенность зависит от многих причин: социально-экономических условий, питания, поражения гельминтозами, кровопотери из-за кровотечений различной локализации и т.д[5]. Эксперты ВОЗ проделали большую работу, в результате которой было показано, что анемия чаще встречается в развивающихся странах, наиболее подвержены анемии две группы населения − дети раннего возраста и беременные женщины [6]. При правильной тактике лечения и профилактики удается избежать негативных последствий дефицита железа для здоровья ребенка. Актуальность обсуждения этой темы очень велика, так как анемии - это довольно таки распространенные заболевания, связанные с массой самых различных причин. Ионы железа выполняют в организме человека очень важную функцию. Они входят в состав белков, осуществляющих перенос кислорода, цитохромов и железосеропротеинов, железосодержащих ферментов.

Поэтому недостаток железа в организме приводит ко многим негативным последствиям [2,6]. Избыточное содержание железа в организме тоже опасно. Оно приводит к развитию токсикозов, патологическому повышению уровня активных форм кислорода.

Анемия возникает во все периоды жизни человека не только при различных заболеваниях, но и при некоторых физиологических состояниях, например, при беременности, в период усиленного роста, лактации. Важное социальное значение имеет проблема анемий у детей раннего возраста, так как анемия в этом возрасте может привести к нарушениям физического развития и обмена железа[3,5].

Особого внимания требуют дети, родившиеся недоношенными или с дефицитом массы тела, а также дети матерей, страдавших анемией во время беременности. Чтобы избежать развития анемии, нужно строго следить за питанием ребенка, включая в меню железосодержащие продукты, а также фрукты и овощи. Чем разнообразнее рацион, тем меньше шансов, что ребенок будет испытывать недостаток в том или ином витамине или минерале[3,5,6]. Столкнулись ли ваши дети с такой проблемой, как анемия или нет, в любом случае, для полноценного развития ребенка необходимо поощрять активные игры и физические нагрузки, даже если ради этого придется проявить строгость и ограничить доступ малыша к телевизору, игровым приставкам и интернету. Многим родителям мультфильмы или видеоигры кажутся простым способом занять ребенка, однако благодаря развитию технологий около 30% современных детей ведут ма-

лоподвижный образ жизни. Это чревато не только анемией, но и набором лишнего веса, замедлением физического развития, проблемами с позвоночником, зрением и кровообращением[1,2,4].

Цель исследования. Изучить и проанализировать современный подход к лечению железодефицитной анемии.

Материал и методы

Под наблюдением находились 94 ребенка с ЖДА в возрасте от 5 месяцев до 17 лет, в том числе: до 1 года - 16 детей (17,0%), 1-3 года - 64 ребенка (68,1%), 4-12 лет - 4 человека (4,3%) и старше 12 лет - 10 подростков (10,6%).

Результат и обсуждения

При анализе анте и ингранатальных причин развития ЖДА у наблюдаемых детей выявлено, что гипосидероз беременной и гестоз наблюдались в 51,6 и 59,4% соответственно, угроза прерывания беременности - в 48,4%, кесарево сечение - в 31,3%, обильные менструации - у 23,4%, наличие у матери более 5 беременностей -14,1 %, перерыв между беременностями менее 3-х лет - 20,3%, занятия спортом - 12,5%, хронические инфекции - 10,9%, многоплодная беременность 6,3%, вегетарианство - 6,3% и донорство - в 6,3%.

Недоношенными родились 31,0% детей, у которых в последующем наблюдались избыточные прибавки в массе, приводящие к повышенной потребности организма в железе Крупный вес при рождении, имели 24,1% детей Алиментарный дефицит железа как следствие несбалансированного питания (раннее искусственное вскармливание, в том числе неадаптированными молочными смесями, позднее введение или отсутствие в рационе мясных продуктов) выявлен у 39,1% детей. Более 1/3 детей были из благополучных семей с невысоким материальным достатком Нарушения менструального цикла выявлены у 100% девушек.

Интенсивный рост отмечен у 40% подростков, занятия спортом - у 20%, алиментарный фактор у 20% У всех пациентов в генезе ЖДА наблюдалось сочетание нескольких из указанных выше причин.

Проведенное исследование свидетстьствует о том, что ЖДА у детей раннего возраста обусловлена комплексом причин, включающих как неблагоприятное течение беременности и родов, отягощенный акушерско-гинекологический и социальный анамнез, так и алиментарный фактор и повышенные потребности ребенка в железе в периоды интенсивного роста.

Дефекты вскармливания отмечены у менее половины детей, что позволяет нам присоединиться к мнению многих отечественных исследователей о более значимой роли состояния здоровья матерей, патологического течения беременности и анемии беременных в развитии ЖДА у детей грудного и раннего возраста, чем алиментарная недостаточность. У подростков причинами развития ЖДА являются высокие темпы роста, занятия спортом, а также нарушения менструального цикла у девушек.

Анализ клинических проявлений ЖДА показал, что у детей наблюдаются разнообразные анемические и сидсропенические симптомы, частота и выраженность которых зависит от возраста пациентов, степени тяжести и длительности анемии.

Единственным симптомом, наблюдаемым нами в клинической картине всех обследованных детей, была бледность кожи и слизистых оболочек. Другим симптомом, выявленным у большинства пациентов, была вялость или слабость. Указанные анемические симптомы связаны с недостаточным обеспечением тканей кислородом Нарушение сна и эмоциональная лабильность встретились примерно у половины детей независимо от возраста. Головной мозг ребенка очень чувствителен к недостатку железа и выявленные нарушения поведения обусловлены прежде всего сидеропенией Физическое развитие ниже среднего было у 10 детей.

Типичными проявлениями сидеропении у детей первых трех лет жизни были снижение и/или извращение аппетита, тахикардия и функциональный систолический шум, кишечная диспепсия, мышечная Гипотония, включая гипотонию мышц брюшной сгенки и диафрагмы. Последнее приводило к относительно низкому расположению печени и селезенки и в ряде случаев создавало ложное впечатление об их увеличении. Гепатомегалия и спленомегалия, выявленные нами у более половины детей, явились характерными признаками этой возрастной.

У половины пациентов наблюдались сухость кожи, волос, их ломкость и выпадение, реже - ангулярный стоматит и глоссит. Трофические изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, кожи, ее придатков, а также мышечная слабость, в том числе миокардиадьная, обусловлены тканевым дефицитом железа, приводящим к метаболическим нарушениям в клетках.

Выводы

Железодефицитная анемия - это клинико-гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических (физиологических) процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении.

Для профилактики дефицита железа у грудных детей используют жидкие лекарственные формы: это могут быть растворы или капли для приёма внутрь, содержащие железа сульфат (Актиферрин), железа (III)-гидроксид полимальтозат (Мальтофер, Феррум Лек), глюконат железа, марганца, меди (Тотема), (Ферлатум); эти же препараты выпускаются в форме сиропов (Актиферрин, Мальтофер, Феррум Лек). Парентеральные ферропрепараты не используют в целях профилактики дефицита железа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимжанова М.М. Особенности эритроцитарной системы и развития детей, рожденных от матерей с ЖДА Ташкент ,2013.
2. Железодефицитная анемия в педиатрической практике. СПВ / / Журнал Медикал экспресс. 2014.
3. Таточенко В.К. педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. Москва 2013
4. Новый подход к лечению анемии у новорожденных // Информационное письмо. МЗ РУз УМС. Отдел научной медицинской информации ГНМБ 2014.
5. Детские болезни Под.ред. Н.П.Шабалов Л.2008
6. Новые педагогические технологии в подготовке врача общей практики. Методическая рекомендация. Ташкент 2012 г.

Поступила 09.11. 2020

УДК: 617.7 - 002.5 – 053.2

ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

Маматхужаева Г.Н.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Туберкулёзные поражения глаз у детей представляет собой проявление общего туберкулёзного заболевания организма и является тяжелой патологией органа зрения, характеризующимся длительным течением воспалительного процесса, прогрессирующим повреждением структур глаза, стойким снижением зрительной функции. В статье представлены клинико-морфологические изменения в развитии и исходах туберкулёза глаз у детей, на современном этапе наступивших под влиянием социально-экономических и лечебно-профилактических факторов.

Ключевые слова: туберкулёз, глаз, патоморфоз, дети.

БОЛАЛАРДА КЎЗЛАРНИНГ ТУБЕРКУЛЁЗЛИ ШИКАСТЛАНИШИНИ ПАТОМОРФОЗИ

Маматхужаева Г.Н.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Болалардаги кўзларнинг туберкулёз шикастланиши бу тананинг умумий туберкулёз касаллигининг намойиши ва кўриш органининг жиддий патологияси бўлиб, яллиғланиш жараёнининг узоқ давом этиши, кўзнинг тузилмаларига прогрессив шикастланиш ва кўриш функциясининг доимий пасайиши билан тавсифланади. Мақолада ҳозирги босқичда ижтимоий-иқтисодий ва терапевтик омиллар таъсири остида бўлган болаларда кўз туберкулёзининг ривожланиши ва натижаларидаги клиник ва морфологик ўзгаришлар тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Калит сўзлар: сил, кўз, патоморфоз, болалар.

PATHOMORPHOSIS OF TUBERCULOUS EYE LESIONS IN CHILDREN

Mamatkhujaeva G.N.,

Andijan state medical institute.

✓ ***Resume***

Tubercular affections of the eye in children is a common manifestation of tuberculous disease of the body and is a severe pathology, characterized by a prolonged course of inflammatory process, progressive damage to the eye structures, persistent reduction in visual function. The article presents clinical and morphological changes in the development and outcomes of eye tuberculosis in children, at the present stage, which occurred under the influence of socio-economic and therapeutic and preventive factors.

Key words: tuberculosis, eye, pathomorphosis, children.

Актуальность

Туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. Согласно данным ВОЗ ежегодно в мире туберкулезом заболевают до 10 миллионов человек, и около 1,2 миллионов человек умирают от этой болезни [11].

В структуре заболеваемости внелегочными формами туберкулёза поражениям глаз принадлежит 3 место (после урогенитального, костно-суставного и туберкулёза лимфатических узлов) и составляет 5,2% [1, 6,7].

Туберкулёзные поражения глаз у детей представляет собой проявление общего туберкулёзного заболевания организма и является тяжелой патологией органа зрения.

Цель исследования

Изучить патоморфоз туберкулёзных поражений глаз у детей на современном этапе.

Материал и методы

Анализ литературных источников, посвящённых туберкулёзу органа зрения.

Результат и обсуждения

Термином «патоморфоз» обозначают клинико-морфологические изменения в развитии и исходах туберкулёза, наступающих под влиянием социально-экономических и лечебно-профилактических факторов.

В последнее десятилетие классические признаки туберкулезного поражения глаз стали претерпевать изменения, под влиянием внешних и внутренних факторов, которое выражается в изменении эпидемиологии, уменьшении числа “классических” клинических форм вследствие изменения самого возбудителя туберкулёза [2,3,5].

Патогномоничных признаков офтальмо туберкулёза не имеется. Анатомо-физиологические особен-

ности глазного яблока не позволяют применять в клинических условиях микробиологические и гистоморфологические исследования патологического очага в глазу, которые являются наиболее достоверными для многих других, вне глазных, локализаций туберкулёза [17, 24].

О.Б. Ченцова отмечает, что удельный вес гематогенного туберкулёза глаз среди всех воспалительных заболеваний сосудистого тракта глаза снизился до 20-22% в 1980-е годы против 30-51% в 1950-1960-е годы. Редко стали возникать типичные формы - туберкулы радужки, туберкуломы хориоидеи. Патоморфоз туберкулёза глаз выразился в снижении заболеваемости среди взрослых и детей, снижении туберкулиновой чувствительности, сочетании туберкулёза глаз с так называемыми малыми формами туберкулёза других органов, а также снижении эффективности противотуберкулёзной терапии. Отрицательные внутрикожные пробы Манту в 1960-е гг. наблюдались у 12% больных туберкулёзом глаз, в 1980-е гг. - более, чем у 30% [21].

Н.Б. Шульпиной и Н.С. Гонтуар за период 1964-1970 гг. был проведен клинико-статистический анализ наблюдений за 704 больными метастатическим туберкулёзом глаз для сравнения с аналогичными данными А.Я. Самойлова, который наблюдал 375 больных за период с 1929 по 1939 гг.

Как показали исследования авторов, наиболее существенное влияние на патоморфоз туберкулёза глаз за эти десятилетия оказали особенности терапии: в 1929-1939 гг. специфическая антибактериальная терапия не применялась, в 1964-1970 гг. отмечалось широкое внедрение ее в практику. Анализ показал, что патоморфоз выразился в увеличении больных, не имеющих рентгенологических признаков перенесенного туберкулёза лёгких. Изменилось также соотношение нозологических форм туберкулёза глаз: уменьшилось число больных кератитами и склеритами, увеличилось - хориоретинитами. Стали преобладать более ограниченные, очаговые формы туберкулёзного глазного процесса, участились геморрагические хориоретиниты [22].

В диагностике туберкулёзных поражений глаз до 1970-х гг. широко применялась методика А.Я. Самойлова [1938] с применением малых доз туберкулина. Очаговые реакции при туберкулёзе глаз выявлялись даже при использовании доз 0,000001 ТЕ-0,5 ТЕ. С середины 1970-х гг. появились публикации о редком возникновении очаговых реакций в ответ на малые дозы туберкулина и о необходимости использования более высоких (до 20-50 ТЕ) доз [9,10,14, 17]. При сравнении результатов туберкулиновых проб в 1950-е и 1980-е получены следующие данные: малые дозы туберкулина до 0,5 ТЕ в 1950-е гг. вызвали очаговые реакции у 91% больных туберкулёзом глаз, тогда как в 1980-е гг. - только у 18% таких больных [16]. Различия статистически достоверны ($p < 0,001$). При средних дозах туберкулина (1-2 ТЕ) очаговые реакции возникали соответственно у 9% и 37% больных этих групп ($p < 0,01$). По данным Е.И. Устиновой более высокие дозы (5-50 ТЕ) потребовались 44% больных, которые были обследованы в 1980-х годах [17].

Параллельно была проанализирована динамика выявляемости рентгенологических признаков туберкулёза органов грудной клетки у больных туберкулёзом глаз по данным разных авторов за период с 1955 г. по 1991 г. Оказалось, что признаки интра торакального туберкулёза в 1983-1991 гг. выявлялись почти в 3 раза реже, чем в 1955-1972 гг. (18-23% против 55-67%) [1,17, 19].

Представленные данные подтверждают существенное снижение чувствительности туберкулёзной инфекции к туберкулину при туберкулёзе глаз и значительное уменьшение частоты клинического выявления интра торакального туберкулёза с 1950-х до начала 1990-х гг. Они подтверждают также обоснованность перехода к применению более высоких дозировок туберкулина при постановке проб [15, 17].

С 1992 года эпидемическая ситуация по туберкулёзу в мире ухудшилась. Возросли показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза лёгких. Фтизиопедиатрами отмечался патоморфоз туберкулёза у детей [4,20]. Появились единичные публикации о росте заболеваемости туберкулёзом глаз, увеличении частоты осложненных форм хориоретинитов [13, 18]. Однако, как и в 1980-е гг., среди больных преобладали лица среднего и пожилого возраста [12,15].

Патоморфоз туберкулёзных поражений глаз у детей на современном этапе выражается в значительном уменьшении частоты тяжелых форм туберкулезно-аллергических процессов, таких как скрофулезные язвы роговой оболочки, паннус, фасцикулярный кератит. Уменьшилось число больных с рецидивирующими процессами, стали преобладать поверхностные фликтенулезные конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты. У 9 % детей фликтены возникали после вакцинации вакциной БЦЖ (поствакцинальная аллергия). Метастатические туберкулезные увеиты у детей протекали преимущественно без типичных признаков, наблюдавшихся в доантибактериальный период (туберкулы радужки и собственно сосудистой оболочки) [17, 21].

Туберкулезно-аллергические заболевания глаз у детей в современных условиях в отличие от 50-70-х годов XX столетия протекают преимущественно на фоне долокальных форм первичного туберкулеза (вираж туберкулиновых проб, туберкулезная интоксикация, туберкулезное инфицирование). Локальные формы первичного туберкулеза встречаются значительно реже, чем в 50-70-х годах, когда преобладали активные формы первичного туберкулеза (первичный комплекс, бронхоаденит, внелегочный туберкулез) [17,23].

Отмечается снижение кожной туберкулиновой чувствительности при туберкулезно-аллергических заболеваниях у детей и подростков. Особенно проявилось изменение соотношения нозологических форм туберкулеза глаз: с уменьшением числа больных кератитами и склеритами увеличилось число больных хориоретинитами. Отмечено изменение степени распространенности туберкулезного процесса в глазу, в частности, стало больше ограниченных, очаговых форм. У больных, длительно и эффективно леченных антибактериальными препаратами, стали наблюдаться своеобразные обострения, начинающиеся острой сосудистой реакцией в области очага специфического воспаления и протекающие по экссудативно-геморрагическому типу. Эти обострения быстро купируются на фоне общей и местной десенсибилизирующей терапии, в том числе кортикостероидами, без назначения туберкулостатического лечения [8, 17].

Произошло изменение соотношения нозологических форм туберкулёза глаз. Чаще наблюдаются ог-

раниченные, очаговые формы, а также микст-инфекции (сочетание с токсоплазмозом, герпесом) [34]. Появление устойчивых к туберкулостатической химиотерапии штаммов микобактерии туберкулёза (МБТ) и L-форм вследствие длительного применения противотуберкулёзных препаратов, нерациональное использование кортикостероидов изменило течение и клинические проявления туберкулёза глаз, затруднило распознавание и лечение этого заболевания [1,25].

Вывод

Таким образом, патоморфоз туберкулеза глаз у детей на современном этапе выражается в значительном уменьшении частоты тяжелых форм туберкулезно-аллергических процессов и преобладании легких поверхностных форм. Метастатические туберкулезные увеиты у детей в настоящее время протекают без типичных ранее признаков.

Туберкулезно-аллергические заболевания глаз у детей обнаруживаются преимущественно на фоне виража туберкулиновых проб, туберкулезной интоксикации и туберкулезного инфицирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азнабаев, М. Т., Мальханов, В. Б., Ишбердина, Л. Ш. Туберкулёз глаз: Учебно-методическое пособие.Уфа, 2002.-39 с.
2. Аксёнова, В. А., Клевно Н. И., Картарашвили С. М. Очаг туберкулёзной инфекции и его значение в развитии туберкулёза у детей // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2015. – № 1. – С. 19–24.
3. Аксютина, Л. П., Пасечник О.А. Подходы к управлению эпидемическим процессом в условиях патоморфоза туберкулезной инфекции // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2014. – № 2. – С. 16–20.
4. Александрова Е. Н., Морозова Т.И. Особенности течения туберкулеза в раннем детском возрасте. // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 6. – С. 8–9.
5. Александрова Е. Н., Морозова Т.И. Туберкулёз у детей раннего возраста, проживающих в очагах с лекарственно-устойчивым туберкулёзом. // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2015. – № 5.– С. 26–27.
6. Батыров Ф.А., Хоменко В.А., Шмакова Л.Н. Эпидемиология внелегочного туберкулёза //Проблемы туберк.-2003.-№ 8.-с.49-50.
7. Бахолдина Л. П., Туганова В. Е., Лавренова В. Н. Значение туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов в патогенезе туберкулёза глаз //Вестн. офтальм.-1983.-№ 3.-с.53-55.
8. Выренкова, Т. Е., Олейниченко, Е. Г. Значение подкожного введения туберкулина в ранней диагностике туберкулёзных увеитов // Проблемы туберк.-1990.-№ 1.-с.59-62.
9. Выренкова, Т. Е., Олейниченко, Е. Г. Вопросы диагностики туберкулёза глаз // Проблемы туберк.-1991.-№ 9.-с. 42-44.
10. Гонтуар, Н. С., Розенблат, В. М. Диагностическая ценность пробы Манту и иммунологических тестов при туберкулёзе глаз //Проблемы туберк.-1983.-№ 12.-с.61-63.
11. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом. ВОЗ, 2019
12. Елисеева, В.И., Шевнина, Т.В. и др. Туберкулёзные заболевания глаз: патогенез, клиника, лечение. //Мед. новости.-2004.-№ 5.-с.51-55.
13. Зайцева Н. С., Выренкова Т. Е., Севрюков В. И., Слепова О. С. Иммунодиагностика глазного туберкулёза с помощью реакции бласттрансформации лимфоцитов в условиях титрования сухого очищенного туберкулина // Офтальм. журнал.-1987.-№ 3.-с.152-155.
14. Панова И.Е., Авдеева О.Н., Варнавская Н.Г. Клинико-эпидемиологические особенности туберкулезного поражения органа зрения на современном этапе // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4.
15. Тарасова Л.Н., Варнавская Н.Г., Панова И.Е. Патоморфоз туберкулёза органа зрения. // Проблемы туберкулеза - 1995. - №3. - С. 32- 33.
16. Устинова Е.И., Батаев В.М. Наш опыт туберкулинодиагностики при туберкулёзе глаз. //офтальмологический журнал.-1987.-№5.-С.312-316.
17. Устинова Е.И. Туберкулёз глаз и сходные с ним заболевания. Руководство для врачей. Санкт-Петербург. 2011. 418 С.
18. Хокканен В. М., Жихарева С.И., Шендерова Р.И. и др. Организация раннего выявления и диагностики туберкулёза глаз у детей. Пособие для врачей.-СПб., 1998.-35 с.
19. Хокканен В. М., Батаев В. М. Особенности патоморфоза туберкулезных увеитов. // Проблемы туберкулеза - 1999. - №3. - С. 34- 36.
20. Цыганкова, Е. А., Мордык А.В., Турица А.А. Возрастные проявления туберкулеза у детей. // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91. – № 8. – С. 111–112.
21. Ченцова О. Б. Туберкулез глаз. - М.: Медицина, 1990. - 256 с.
22. Шульпина Н.Б., Гонтуар Н.С. Туберкулёз органа зрения. // Терапевтическая офтальмология. Под ред. Краснова М.М, Шульпиной Н.Б.-М.:Медицина 1985.-С.260-300.
23. Albert D.M., Raven M.L. Ocular tuberculosis. //Microbiology spectrum. - 2016. - Vol.4. - P. 1128-1130.
24. Bodaghi, B., Le Hoang P. Ocular tuberculosis//Curr.Opin. Ophtalmol.-2000.-Dec; 11(6): P.443-448.
25. Demirci H. et al. Ocular tuberculosis masquerading as ocular tumors// Surv. Ophtalmol.-2004.-Yan-Feb; 49(1): 78-89.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.12-008.331.1-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Садикова Минурахон Адхамовна, Содиқова Дилрабохон Тожидиновна,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Современные подходы к лечению больных артериальной гипертонией, предлагаемые практическим врачам, основаны на результатах международных научных многоцентровых рандомизированных исследований, их метаанализе, а также на рекомендациях научных обществ.

Представляются актуальными поиск новых и оптимизация существующих фармакологических подходов к терапии АГ с целью достижения ее более высокой эффективности. Влияние антигипертензивных лекарственных препаратов на прогноз больных АГ зависит не только от способности обеспечивать снижение АД и поддержание его на целевом уровне, но и от возможности тормозить или вызывать обратное развитие ремоделирования в органах-мишенях.

В качестве основной тактики стартового лечения АГ длительное время рекомендовали ступенчатую терапию: назначение минимальной дозы одного препарата с последующим ее увеличением, а затем поочередным добавлением компонентов до достижения желаемого эффекта.

Ключевые слова: артериальная гипертония, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, диуретики, блокаторы рецепторов к ангиотензину, блокаторы кальциевых каналов.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Садикова М.А., Содиқова Д.Т.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Амалиёт шифокорларига таклиф этилаётган артериал гипертензия билан касалланган беморларни даволашда замонавий ёндашувлар халқаро илмий кўп марказли рандомизацияланган синовлар натижалари, уларнинг мета-таҳлиллари ҳамда илмий жамиятларнинг тавсияларига асосланади.

Артериал гипертензия терапиясининг юқори самарадорлигини қўлга киритиш учун унга янги фармакологик ёндашувларни излаш ва оптималлаштириш долзарб ҳисобланади. Гипертензив дориларнинг гипертонияли беморларнинг прогнозига таъсири нафақат қон босимини пасайтириш ва уни мақсадли даражада ушлаб туриш қобилиятига, балки мақсадли органларда қайта қуриш ривожланишини инҳибе қилиш ёки орқага қайтариш қобилиятига ҳам боғлиқ.

Узоқ вақт давомида гипертензияни дастлабки даволашнинг асосий тактикаси сифатида босқичма-босқич терапия тавсия этилган: битта препаратнинг минимал дозасини кейинчалик кўпайиши билан буюриш ва керакли эффектга эришилгунча таркибий қисмларни навбатма-навбат қўшишдан иборат.

Калит сўзлар: артериал гипертензия, ангиотенсинни ўзгартирувчи фермент инҳибиторлери, диуретиклар, ангиотенсин рецепторлари блокерлари, калций каналлари блокерлари.

MODERN APPROACHES TO RATIONAL TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

Sadikova M.A., Sodiqova D.T.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Modern approaches to the treatment of patients with arterial hypertension, offered to practitioners, are based on the results of international scientific multicenter randomized trials, their meta-analysis, as well as on the recommendations of scientific societies.

The search for new and optimization of existing pharmacological approaches to the therapy of hypertension in order to achieve its higher efficiency seems relevant. The effect of antihypertensive drugs on the prognosis of hypertensive patients depends not only on the ability to reduce blood pressure and maintain it at the target level, but also on the ability to inhibit or reverse the development of remodeling in target organs.

For a long time, stepwise therapy has been recommended as the main tactic for the initial treatment of hypertension: prescribing a minimum dose of one drug with its subsequent increase, and then alternately adding the components until the desired effect is achieved.

Key words: arterial hypertension, angiotensin-converting enzyme inhibitors, diuretics, angiotensin receptor blockers, calcium channel blockers.

Актуальность

Несмотря на достигнутые успехи в лечении артериальной гипертонии (АГ), адекватный контроль артериального давления (АД) в популяции далек от идеального [2,5]. В лекции дается характеристика четырех степеней риска сердечно-сосудистых осложнений, вызванных АГ [1,3]. Подробно рассмотрены современные стандарты медикаментозной и немедикаментозной гипотензивной терапии. Приведены целевые уровни АД, которые рекомендуется достигнуть при лечении больных АГ, в соответствии с существующими

международными рекомендациями. Разбираются показания к использованию рациональной комбинированной антигипертензивной терапии.

Цель исследования. Целью антигипертензивной терапии является достижение целевого АД. Основной целью лечения больного АГ является максимальное снижение общего сердечно-сосудистого риска. Для достижения этой цели необходима коррекция всех модифицируемых факторов риска, лечение ассоциированных клинических состояний, а также лечение собственно синдрома АГ, то есть антигипертензивная терапия.

Материал и методы

В исследование были включены 80 больных ГБ II-III стадии, 2-3 степени АГ в возрасте от 40 до 60 лет, не достигшие целевого уровня АД на фоне приема двух АГП в течение 6 месяцев в максимальных терапевтических дозах в сочетании с тремя и более факторами сердечно-сосудистого риска и 20 условно здоровых лиц (группа контроля) для уточнения нормативов изучаемых показателей. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Результат и обсуждения

Из исследования исключались больные с симптоматической АГ, перенесенным острым инфарктом миокарда или инсультом (менее 6 месяцев), застойной сердечной недостаточностью, тяжёлыми стойкими нарушениями ритма и проводимости, тяжёлой сопутствующей соматической, неврологической и онкологической патологией.

У включенных в исследование больных выявлены выраженные нарушения суточного профиля артериального давления, множественное поражение органов-мишеней, дисфункция эндотелия, дисметаболические изменения, затрудняющие адекватный контроль над артериальным давлением и позволяющие включить данную категорию больных в разряд больных с «трудно контролируемой артериальной гипертензией». Выявленные корреляционные связи между основными показателями метаболического профиля, периферической гемодинамики, функции эндотелия, структурно-функциональными показателями левого желудочка констатируют взаимосвязь и взаимозависимость патогенетических механизмов, лежащих в основе трудно контролируемой артериальной гипертензией.

Длительный прием кандесартана в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином способствует достижению целевого уровня артериального давления у 88% больных, с преимущественной положительной динамикой для среднедневных показателей и вариабельности артериального давления, а терапия моксонидином в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином -у 82% больных, с достижением нормативных значений для средненочных показателей АД и индекса временной гипертонической нагрузки.

Достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка достигается к третьему месяцу терапии на фоне терапии кандесартаном с гидрохлортиазидом и лерканидипином и к 6-му месяцу - на фоне терапии моксонидином с гидрохлортиазидом и лерканидипином. Улучшение диастолической функции отмечается с 3-го месяца терапии при лечении обеими комбинациями. Терапия кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином видоизменяет концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка в эксцентрическую у 13,5% больных.

Трехкомпонентные антигипертензивные схемы лечения артериальной гипертензией с включением лерканидипина оказывают корригирующее действие на нарушенную церебральную, почечную гемодинамику, функцию эндотелия уже на ранних этапах лечения - через 3 месяца, однако более выраженная положительная динамика отмечена при его комбинации с кандесартаном и гидрохлортиазидом при длительной терапии.

Корригирующее действие на нарушенный липидный профиль оказывают обе трехкомпонентные схемы антигипертензивной терапии, гиперурикемия устраняется через 3 месяца на фоне терапии кандесартаном в сочетании с гидрохлортиазидом и лерканидипином, а постпрандиальная гликемия — на терапии с включением моксонидина.

Вывод

Таким образом, основные изменения рекомендация по диагностики и лечению АГ 2018 г выглядят следующим образом:

Новые целевые значения АД, менее консервативное лечение (очень) пожилых людей;

Изменение схем рациональной комбинированной фармакотерапии;

Необходимость выявления низкой приверженности и применение комплекса мер, направленных на её повышение.

Вместе с тем разрабатываются новые методы диагностики и лечения метаболических нарушений, которые выявляются на ранних этапах или предшествуют повышению АД. В настоящее время показано, что такие группы лекарственных средств, как иАПФ, БРА, БМКК, селективные агонисты имидазолиновых рецепторов, имеют преимущества у больных с метаболическим синдромом в качестве средств лечения и профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б. и др. Анализ фармакотерапии артериальной гипертензии по результатам исследования ПИФАГОР III // Фарматека. 2010. № 3. С. 87–95.
2. Bangalore S., Kumar S., Lobach I., Messerli F. H. Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose: observations from traditional and bayesian randomeffects meta-analyses of randomized trials. Circulation 2011; 123 (24): 2799–2810.
3. Hodgkinson J., Mant J., Martin U. et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. BMJ 2011; 342: d3621.
4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: Management of Hypertension in Adults in Primary Care: Partial Update. NICE Clinical Guideline. London, United Kingdom: Royal College of Physicians. 2010.
5. Witkowski A., Prejbisz A., Florczak E. et al. Effects of renal sympathetic denervation on blood pressure, sleep apnea course, and gly-cemic control in patients with resistant hypertension and sleep apnea. Hypertension 2011; 58 (4): 559–565.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616:534.292 (042.3/.4)

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Хакимов Н.С.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Ультразвуковое исследование одно из наиболее доступных и достоверных способов прижизненной визуализации строения внутренних органов человека. Сегодня это обязательный этап обследования больных с любой внутренней патологией.

Метод ультразвуковой диагностики основан на изучении изображений внутренних органов и структур, полученных в результате взаимодействия ультразвука и тканей человека.

Для диагностики неопухолевых заболеваний печени ультразвуковое исследование нельзя считать абсолютно достоверным. В дифференциальной диагностике неопухолевых заболеваний печени важным является не только выявление неопухолевых изменений паренхимы печени, но, что очень важно, сопоставление этих данных со структурными изменениями других органов брюшной полости, с клиническими данными, результатами биохимических исследований и пункционной биопсии. В некоторых случаях диагноз помогает уточнить динамическое ультразвуковое наблюдение.

Ключевые слова: печен, заболевания, опухол, ультразвуковая диагностика.

ЖИГАРНИНГ НЕОПЛАСТИК БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАРИНИ УЛЬТРАТОВУШ ДОППЛЕР ТЕКШИРУВИ

Хакимов Н.С.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ултратовуш текшируви инсон ички органлари тузилишини интравитал визуализация қилишнинг энг қулай ва ишончли усулларидан биридир. Бугунги кунда бу ҳар қандай ички патологияга эга беморларни текширишнинг алоҳида босқичидир.

Ултратовуш диагностикаси усули ултратовуш ва инсон тўқималарининг ўзаро таъсири натижасида олинган ички органлар ва тузилмалар тасвирларини ўрганишга асосланган.

Неопластик бўлмаган жигар касалликларини ташхислаш учун ултратовушни мутлақо ишончли деб ҳисоблаш мумкин эмас. Неопластик бўлмаган жигар касалликларини дифференциал диагностикасида нафақат жигар паренхимасидаги неопластик бўлмаган ўзгаришларни аниқлаш, балки қорин бўшлиғининг бошқа органларидаги структур ўзгаришлар билан, клиник маълумотлар, биокимёвий тадқиқотлар натижалари ва пункцион биопсияси билан таққослаш жуда муҳимдир. Баъзи ҳолларда ултратовушли динамик кузатув ташхисни аниқлаштиришга ёрдам беради.

Калит сўзлар: жигар, касалликлар, ўсма, ултратовуш диагностикаси.

ULTRASONIC DOPPLER DIAGNOSTICS OF NECOROUS LIVER DISEASES

Khakimov N.S.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Ultrasound examination is one of the most accessible and reliable methods of intravital visualization of the structure of human internal organs. Today it is an obligatory stage in the examination of patients with any internal pathology.

The method of ultrasound diagnostics is based on the study of images of internal organs and structures obtained as a result of the interaction of ultrasound and human tissues.

For the diagnosis of non-neoplastic liver diseases, ultrasound cannot be considered absolutely reliable. In the differential diagnosis of non-neoplastic liver diseases, it is important not only to identify non-neoplastic changes in the liver parenchyma, but, which is very important, to compare these data with structural changes in other abdominal organs, with clinical data, the results of biochemical studies and puncture biopsy. In some cases, dynamic ultrasound observation helps to clarify the diagnosis.

Key words: liver, diseases, tumor, ultrasound diagnostics.

Актуальность

Ультразвуковое исследование — это краеугольный камень в современной диагностике диффузных изменений ткани печени. В основном это связано с широким диапазоном изменений паренхимы, в итоге приводящее к формированию цирроза печени. Именно поэтому совершенствование диагностического алгоритма в раннем выявлении диффузных изменений структуры паренхимы печени и начальных стадий фиброза сегодня является наиболее актуальным [3].

Необходимо отметить проблемы, касающиеся рутинных ультразвуковых технологий (В-режим) и скоростных показателей портального кровотока. Так же,

крайне важно учитывать особенности, касающихся современных технологий ультразвуковой визуализации — соноэластографии. На каждом этапе диагностического пути один и тот же метод ультразвуковой диагностики (В-режим, D-режим, эластография) может занимать разное положение: метод выбора, дополнительный метод или метод дифференциальной диагностики.

Комплексное использование ультразвуковых инструментов позволит избежать неправильного использования полученной информации для принятия клинических решений [1,5]. Диффузные изменения печени выявляются при хронических гепатитах различной этиологии, метаболических и аутоиммунных болезнях печени и не имеют специфических клинических проявлений [6]. В последние годы были предприняты попытки стандартизации диагностического алгоритма различных визуальных методов.

Использование ультразвуковых методов не «от простого к сложному», а в их сочетании поможет избежать неоднозначности интерпретации данных. Ультразвуковые диагностические методы включают в себя УЗИ печени (В-режим) для оценки расположения, размеров, контуров, структуры, наличия очаговых эхоконтрастных образований печени; допплерографию (D-режим) для оценки портального кровотока, и ультразвуковую эластографию для оценки жесткости печени [2].

Цель исследования Совершенствование лучевой диагностики хронических неопухолевқх заболеваний печени.

Материал и методы

В основу работы положены результаты комплексного клинико-лучевого обследования 323 пациентов с неопухолевыми заболеваниями печени. Исследование было открытым, когортным, проспективным, продленным, рандомизированным, контролируемым.

Обнаруженные в настоящем исследовании изменения паренхимы печени у больных гепатитами и циррозом были диффузными и очаговыми.

Структура печени по данным всех примененных методов медицинской визуализации была диффузно изменена у 185 (57,2%) пациентов: у 32 с гепатитом В, у 41 пациента с гепатитом Сиу 112 - с циррозом печени.

Результат и обсуждения

При УЗИ диффузные изменения ткани печени представлялись в виде повышения эхогенности паренхимы, наличия ее зернистости и неоднородности, а также повышения эхогенности акустических характеристик перипортальных тканей. Повышенная эхогенность этой зоны при морфологическом исследовании являлась признаком перипортального фиброза. При сопоставлении данных эхографического исследования и результатов биохимических проб, достоверной взаимосвязи между ними получено также не было, однако в целом выявлено закономерное увеличение частоты выявленных диффузных изменений печени по мере утяжеления стадии заболевания.

Ультразвуковой метод не позволил отличить изменения паренхимы печени, характерные для хронических гепатитов, от цирроза стадии А. Такие показатели, как гиперэхогенность паренхимы, ее повышенная зернистость и неоднородность, не могут использоваться для определения вида хронического печеночного процесса.

При МСКТ диффузные изменения паренхимы визуализировались как нечетко отграниченные гипери гиподенсные участки. При этом дельта плотностей составила от 15 до 27 HU.

МР-семиотика наличия диффузных изменений в паренхиме печени проявлялась в определении участков ткани, отличающихся по интенсивности сигнала. У больных циррозом печени в основном имело место снижение интенсивности сигнала на ТГВИ, у больных хроническим гепатитом обращала на себя внимание именно неоднородность интенсивности сигнала. Статистически значимых различий между МСКТ и МРТ по диагностической информативности выявить не удалось ($p > 0,05$).

Информативность МРТ в диагностике диффузных заболеваний печени была сопоставима с МСКТ, однако этот вопрос требует дальнейшего изучения, прежде всего, по той причине, что небольшое (менее 30 в каждой группе) количество обследованных на МРТ пациентов не дало возможности произвести статистически достоверные расчеты даже с учетом «закона малых чисел». В то же время тенденция к увеличению частоты диффузных изменений паренхимы печени при МРТ в зависимости от тяжести заболевания прослеживалась достоверно.

Таким образом, изучение семиотики поражений печени и близлежащих к ней органов, сосудов внутри- и внепеченочного бассейна, наличия жидкости в брюшной полости дает возможность в полном объеме оценить состояние пациента. Применение синдромального подхода с учетом особенностей каждого метода лучевой диагностики помогает сформулировать единое диагностическое заключение наиболее точно.

Изучение информативной ценности применяемых в исследовании лучевых методов показало, что наиболее приемлемым в плане выявления синдромов при наличии хронических гепатитов В, С и цирроза печени является УЗИ. Скрининговое проведение УЗИ в комплексной оценке больных с ХДЗП позволяет выявить признаки синдромов изменения контуров, размеров, структуры печени и селезенки, наличия жидкости в брюшной полости, нарушения внутри- и внепеченочной гемодинамики, нарушений в билиарном тракте и других органах брюшной полости и забрюшинного пространства, нарушения функции печени. Для уточнения локализации, вида нарушения или объемного поражения целесообразно проведение МРТ, обладающей высокой информативностью в плане изучения паренхимы. РНДИ фактически позволяет только оценить степень нарушения функции печени по обеднению накопления РФП в печени и его увеличения в селезенке и костном мозге.

Для диагностики хронических диффузных заболеваний печени возможно использование различных методов лучевой диагностики, ни один из которых не является абсолютно достоверным.

Эффективность комплекса лучевых методов диагностики в установлении диагноза хронического гепатита и цирроза печени в целом не более 75,0%. При этом около 85,0% гепатитов и 35,0% циррозов практически не имеют лучевого представительства. Общая

диагностическая эффективность УЗИ составляет в среднем около 80,0%, МСКТ - 75,0%, МРТ - 72,0%, РНДИ - до 55,0%. Функциональное состояние печени возможно оценить только при сцинтиграфии.

Особенности гемодинамики сосудов печеночного и портального бассейнов не позволяют достоверно выявить пациентов с хроническими гепатитами, у которых повышен риск развития цирроза и прогнозировать течение заболевания.

Лучевая семиотика диффузных заболеваний печени отличается широкой вариабельностью. Наиболее типичны следующие лучевые синдромы: изменение контуров печени (в целом у 8,0% больных ХДЗП), нарушения внепеченочной гемодинамики (27,0%), спленомегалия (27,0%), изменение размеров печени (33,0%), наличие асцита (у 35,0% больных с циррозом), поражение других органов брюшной полости и забрюшинного пространства (39,0%), изменения в билиарном тракте (39,0%), нарушение характеристик внутрипеченочного кровотока (45,0%), снижение функции печени (57,0%) и нарушение ее структуры (66,0%). Разработанный синдромальный подход в диагностике хронических диффузных заболеваний печени может быть использован в качестве вспомогательного механизма в установлении степени поражения печени.

Вывод

На основании фактического материала показано, что комплексный подход к диагностике диффузных заболеваний печени повышает информативность исследования и сокращает диагностический период.

Применение предлагаемого диагностического алгоритма дает возможность существенно повысить качество диагностики и на основании этого оптимизировать выбор тактики лечения.

Предлагаемая схема лучевого обследования пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени может быть воспроизведена в любых лечебно-профилактических учреждениях, оснащенных необходимой для обследования диагностической аппаратурой для проведения лучевых исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопян Н.Э., Хачатрян Г.Г. Количественная оценка комплексной диагностики диффузных заболеваний печени. Радиология – практика. 2009; 3: 18–20
2. Данзанова Т.Ю., Синюкова Г.Т., Вишленкова Е.А., Ротобельская Л.Е. Использование эластографии сдвиговой волной в оценке паренхимы печени у онкологических больных. Врач-аспирант. 2014; 66(52): 236–44.
3. Опарин А.А., Опарин А.Г., Федченко Ю.Г., Благовещенская А.В. Ультразвуковое исследование в норме и патологии. Восточноевропейский журнал внутренней и семейной медицины. 2016; 2: 43–54.
4. Раевнева Т. Г. Нарушения внутрипеченочной гемодинамики при острых и хронических гепатитах, выявляемые с помощью ультразвуковой допплерометрии. Новости лучевой диагностики. 2000; 2: 29–31.
5. Степанов Ю.М., Коненко И.С., Бойко Т.И., Сорочан Е.В., Мосалова Н.М. Состояние печени у больных воспалительными заболеваниями кишечника по данным ультразвукового исследования. 2015; 2-2(103): 27.
6. Шолохов В.Н., Бухаркина Д.Б., Патютко Ю.И. Интраоперационное ультразвуковое исследование при операциях по поводу опухолей печени. Анналы хирургической гепатологии. 2004; 2: 7–10.
7. Ivao T., Toyonago A., Oho K. at al. Am. J. Gastroenterol. 1997; 92(6): 1012–7. 16.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.24-002.5-07.

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ЛЕГКИХ

Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Султонов Ф.И.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

До сих пор туберкулез легких (ТБЛ) является одним из тяжелых инфекционных заболеваний. Важно своевременно выявлять патологический процесс, на что и нацелено контрольное флюорографическое обследование населения.

В данной работе мы поставили перед собой задачу описать рентгенологическую картину основных форм туберкулеза органов дыхания, в соответствии с принятой в нашей стране классификацией болезней. Следует заметить, что принятая нашими фтизиатрами классификация туберкулеза, хотя и называется международной, однако применительно к туберкулезу органов дыхания она совершенно не соответствует МКБ последнего, десятого пересмотра.

Ключевые слова: туберкулез, рентген-диагностика, флюрография.

ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИНИНГ АСОСИЙ ЖОЙЛАШУВ ШАКЛЛАРИГА ҚАРАБ РЕНТГЕН ТАСВИРИНИ ТАВСИФЛАШ

Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Султонов Ф.И.,

Андижон давлат тиббиёт институти

✓ ***Резюме***

Ҳозиргача ўпка сил касаллиги (ЎСК) энг оғир юқумли касалликлардан бири ҳисобланади. Патологик жараённи ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, бу эса аҳолини флюорографик текширувга асосланган.

Ушбу ишда биз ўз олдимизга мамлакатимизда қабул қилинган касалликлар таснифига мувофиқ ўпка туберкулёзининг асосий шаклларининг рентген тасвирини тавсифлаш вазифасини қўйдик. Шуни таъкидлаш керакки, бизнинг фтизиатрия мутахассислари томонидан қабул қилинган сил касаллиги таснифи, халқаро деб номланган бўлсада, нафас олиш тизимининг сил касаллиги билан боғлиқ ҳолда, бу охирги, ўнинчи қайта кўриб чиқилган КХТга умуман мос келмайди.

Калит сўзлар: сил касаллиги, рентген диагностикаси, флуорография.

FEATURES OF X-RAY DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS DEPENDING ON LOCALIZATION IN THE LUNGS

Khakimova Razikhon Abdurakhimovna, Makhsumova Dinora Kamolovna, Sultonov Kolibjon Inamidinovich,

Andijan State Medical Institute

✓ ***Resume***

Until now, pulmonary tuberculosis (TBL) is one of the most serious infectious diseases. It is important to timely identify the pathological process, which is what the control fluorographic examination of the population is aimed at.

In this work, we set ourselves the task of describing the X-ray picture of the main forms of respiratory tuberculosis, in accordance with the classification of diseases adopted in our country. It should be noted that the classification of tuberculosis adopted by our phthisiatricians, although it is called international, in relation to tuberculosis of the respiratory system, it does not correspond at all to the ICD of the last, tenth revision.

Key words: tuberculosis, X-ray diagnostics, fluorography.

Актуальность

Заболевания органов дыхания характеризуются широкой распространенностью и неуклонным ростом во всем мире. Лучевые методы являются ведущими при исследовании органов дыхания и в диагностике конкретных нозологических форм легочной патологии[2,7]. Основным методом диагностики заболеваний легких является рентгенологический. Знание рентгенологических синдромов – основа для дифференциальной диагностики патологии органов дыхания[1].

Туберкулез легких (ТБЛ) имеет преимущественную локализацию в легких и является одним из тяжелых инфекционных заболеваний. В Мире ежегодно регистрируется более 1000000 вновь выявленных больных туберкулезом, из которых до 50,0% являются бациллярными (заразными) больными. В 2017 году больные туберкулезом органов дыхания составили 95,4% от числа всех зарегистрированных больных туберкулезом[3,6].

Типичными для туберкулеза легких являются следующие локализации: S1, S2, S6. Значительно реже туберкулезный процесс поражает сегменты средней, нижних и добавочной долей. Современным методом диагностики туберкулеза легких остается рентгеноло-

гическое исследование, которое играет большую роль на всех этапах заболевания туберкулезом[4].

Цель исследования: выявление особенностей рентгенологического исследования при диагностике ТБЛ типичной и нетипичной локализации.

Материал и методы

Проведен анализ 79 пациентов в возрасте 32-44 лет, находившихся на обследовании и лечении в Туберкулезной больнице Андижанской области. Всем пациентам проводилась рентгенография органов грудной клетки, линейная томография легких на рентгеновском диагностическом аппарате «Диаком». Компьютерная томография проводилась на базе ГУЗ ОКБ на аппарате Optima CT 660.

Результат и обсуждения

При уточнении локализации ТБЛ оказалось, что типичное расположение в S1,2,6 наблюдалось в 71 случае (89,9%). Среди ТВС легких нетипичной локализации наиболее часто отмечалось расположение в S8,9,10 – в 3 случаях (3,8%). С одинаковой частотой ТБЛ локализовался в Sax – в 2 случаях (2,5%) и S4,5 – в 2 случаях (2,5%). В 1 случае (1,2%) патологический процесс располагался в дополнительной доле v. azygos.

При уточнении формы ТБЛ нетипичного расположения чаще всего встречался инфильтративный туберкулез - в 5 случаях из 8 (62,5%). Наиболее часто данная форма ТВС легких локализовалась в Sax – 2 случая (40%), с одинаковой частотой в дополнительной доле v. azygos – 1 случай (20%), в S4,5 – 1 случай (20%), в S8,9,10 – 1 случай (20%). Очаговый туберкулез встречается реже – в 2 случаях из 8 (25%). С одинаковой частотой данная форма ТБЛ локализовалась в S4,5 – 1 случай (50%) и в S8,9,10 – 1 случай (50%). При ТБЛ нетипичного расположения туберкулема встретилась реже всего – 1 случай из 8 (12,5%) – с локализацией в S8,9,10 – 1 случай (100%) (Рис. 1). При установлении формы ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 были выявлены: 28 случаев инфильтративного туберкулеза (40%), 12 случаев очагового туберкулеза (17%), 1 случай туберкулемы (1%) (Рис. 2), 30 случаев других форм туберкулеза (42%).

Оказалось, что общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от типичной.

При анализе историй болезни пациентов с ТВС легких нетипичной локализации длительность лечения чаще всего составляла более 24 месяцев – 7 случаев из 8 (87,5%). Реже длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 1 случай из 8 (12,5%). Для пациентов с ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 чаще всего длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 45 случаев из 71 (63%). В 26 случае из 71 (37%) наблюдался переход в другие формы туберкулеза.

Выводы

При выявлении ТБЛ нетипичной локализации необходимо использование комплексного рентгенологического исследования. Комплексное рентгенологическое исследование является высокоинформативным методом, позволяющим уточнить локализацию ТБЛ, позволяет оценить протяженность, форму и фазу заболевания в соответствии с принятой классификацией.

Нетипичная локализация ТБЛ вызывает трудности дифференциальной диагностики. Наиболее часто при нетипичном расположении встречалась инфильтративная форма ТБЛ. Общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от признаков ТБЛ типичного расположения. Выявление ТБЛ нетипичной локализации влияет на длительность лечения, которое при этом более продолжительно и составляет чаще более 24 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александрова А.В. Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания. – М.: «Медицина», 2003. – 20 с.
2. Джазыбекова П.М. Особенности туберкулеза легких нижнедолевой локализации (обзор литературы). Вестник КазНМУ, 2012 – №3 – 176 с.
3. Соколов В. А. Томография легких и средостения: методические рекомендации для интернов, специализирующихся по рентгенологии фтизиатрии. – Свердловск: Издательство СГМИ, 2007. – 11 с.
4. Соколов В.А. Рентгеноанатомия бронхиального дерева, сосудов и сегментов легких: учебно-методическое пособие для врачей. / В. А. Соколов, В. М. Карташов, А. И. Пивень, А. В. Савельев. – Екатеринбург, 2006. – 9 с.
5. Трофимова Т.Н., Бельчикова Н.С., Голимбиевская Т.А. Легочный рисунок в норме и при патологических процессах в лучевом изображении. – СПб.: СПбМАПО, 2001. – 37 с.
6. Ищенко Б.И., Бисенков Л.Н., Тюрин И.Е. Лучевая диагностика для торакальных хирургов: рук. для врачей. – СПб.: Деан, 2001. – 344 с.
7. Тимофеева Л.А. Анализ и протоколирование рентгенограммы органов грудной клетки: метод. указания к практ. занятиям. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2010. – 28 с.

Поступила 09.11. 2020

УДК 612.12,616-07+616.19-004

OG‘IZ BO‘SHLIG‘I KASALLIKLARIDA DAVOLOVCHI O‘TLARNI QO‘LLASH (ADABIYOTLAR RO‘XATI)

Avezova S.M.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Maqolada og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kasalliklarini davolashda stomatologlar amaliyotida dorivor o‘tlardan foydalanish bo‘yicha adabiyot ma'lumotlari ko‘rib chiqilgan. Klinik amaliyotda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kasalliklari bilan murojat qilgan bemorlarga tashxis qo‘yish va davolash stomatologiyada eng qiyin muammolaridan biri xisoblanadi. Hozirgi kunda shunday kasalliklarning profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlar ishlab chiqilmaganligi sababli muammo yanada murakkablashadi. So‘nggi o‘n yil davomida og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining surunkali kasalliklarining oldini olish va davolash muammosi mahalliy va horijiy tadqiqotchilar tomonidan katta e'tiborga olingan.

Kalit so‘zlar: og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kasalliklari, dorivor o‘tlar, halk tabobati, stomatologiya, fitopreparatlar.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ТРАВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Авезова С.М.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье предоставлен обзор данных литературы об использовании лечебных трав в практике стоматолога при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.

В повседневной клинической практике, пациенты, обратившиеся за стоматологической помощью с заболеваниями слизистой оболочке полости рта (СОПР), представляют одну из наиболее сложных проблем в стоматологии из-за трудностей в диагностике и лечении. Проблема усложняется еще и тем, что до настоящего времени каких-либо мер коммунальной профилактики болезней СОПР не разработано. В течение последнего десятилетия проблеме профилактики и лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта уделяется значительное внимание отечественных и зарубежных исследователей.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, лечебные травы, альтернативная медицина, стоматология, фитопрепараты.

APPLICATION OF HEALING HERBS IN DISEASES OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY (LITERATURE REVIEW)

Avezova S.M.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article provides an overview of the literature data on the use of medicinal herbs in the practice of a dentist in the treatment of diseases of the oral mucosa.

In everyday clinical practice, patients who seek dental care for diseases of the oral mucosa present one of the most difficult problems in dentistry due to difficulties in diagnosis and treatment. The problem is further complicated by the fact that so far no measures have been developed for the community-based prophylaxis of oral diseases. Over the past decade, the problem of prevention and treatment of chronic diseases of the oral mucosa has been given considerable attention by domestic and foreign researchers.

Key words: diseases of the oral mucosa, medicinal herbs, alternative medicine, dentistry, herbal remedies.

Актуальность

В повседневной клинической практике, пациенты, обратившиеся за стоматологической помощью с заболеваниями слизистой оболочке полости рта (СОПР), представляют одну из наиболее сложных проблем в стоматологии из-за трудностей в диагностике и лечении. Проблема усложняется еще и тем, что до настоящего времени каких-либо мер коммунальной профилактики болезней СОПР не разработано [2]. В течение последнего десятилетия проблеме профилактики и лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта уделяется значительное внимание отечественных и зарубежных исследователей [17].

Заболевание слизистой оболочки полости рта (СОПР) являются важным разделом терапевтической стоматологии, причем не только для стоматологов, но и для врачей других специальностей. СОПР отражает состояние многих органов и систем организма [3]. Нарушение гормонального фона также может стать причиной возникновения осложнений на слизистой [22].

В последнее время возрос интерес стоматологов к фитотерапевтическим средствам, которые обладают многими необходимыми для лечения свойствами, они безвредны и достаточно дешевы, а эффективность их воздействия не уступает синтетическим препаратам [1,6]. В составе лечебных паст для лечения глубокого кариеса выраженное противовоспалительное,

противомикробное, пластикостимулирующее действие оказывают: юглон, масло эвкалипта, экстракт бадана толстолистного [10].

Фитотерапия в стоматологии применяется со времен самого зарождения медицины, и до сих пор является актуальным методом при лечении стоматологических заболеваний [1]. На протяжении долгого времени в арсенале стоматологов были только растительные лекарственные средства, применявшиеся при лечении целого ряда патологий. В стоматологической практике с большой эффективностью применяются следующие фармакопейные препараты на основе растительного сырья: мараславин, сангвиритрин (линимент, спиртовые и водные растворы), новоиманин, хлорфиллипт и др. [7, 15].

В лечении инфекционных заболеваний кожных покровов и слизистых используется большой арсенал препаратов. Наиболее перспективными, являются препараты из биологически активных соединений лекарственных растений, обладающих антимикробной активностью (настойки, экстракты, мази), а также малой токсичностью, мягким терапевтическим эффектом, доступностью и дешевизной сырья [15,21].

Незрелые ягоды винограда применяют при ангинах, стоматитах [19]. В современной научной медицине отвар коры дуба применяют как вяжущее средство при заболеваниях полости рта - стоматитах, парадонтозах, при кровотечениях из дёсен, тонзиллитах в виде полосканий [7,8,16]. Экспериментальные исследования показали, что прием корня имбиря стимулирует выделение слюны [18]. Широко препараты каланхоэ применяются в стоматологической практике [14].

Жидкий экстракт эстрагона применяют для улучшения аппетита, лечения стоматитов [9]. Рандомизированные, клинические, контролируемые исследования показали, что полоскание настоем роз эффективно при лечении афтозного стоматита [20]. Водные настои шалфея применяют как противовоспалительное и бактериостатическое средство для полосканий при стоматитах, гингивитах, ангинах, пародонтозе [5].

Известны различные способы и препараты для лечения пародонтоза путем непосредственного воздействия на десны, позволяющие улучшить кровоснабжение и питание мышц пародонта, в частности, воздействием на десны и слизистую оболочку. Для лечения пародонтоза травами используются растения, обладающие вяжущим, кровоостанавливающим, сильным бактерицидным и противовоспалительным действием [8,11,16].

У значительного числа больных пародонтитом выявляются аллергические заболевания и другие сопутствующие патологические процессы, резко ограничивающие возможности использования антибактериальной химиотерапии. Методом выбора являются препараты лекарственных растений. Масляные растворы и взвеси трав (масло облепихи, шиповника, полифитовое, каротолин) оказывают противовоспалительное действие, ускоряют эпителизацию, поэтому они применяются в пародонтологии [9,13].

Бактерицидные и ранозаживляющие свойства полевого хвоща используются для лечения стоматитов, ран и кожных заболеваний. На его основе готовят мази, отвары, компрессы и средства для наружного применения [1]. Активные вещества, которыми богат зверобой, сделали его "травой от 99 недугов". В официальной врачебной практике используют как высушенное сырье -траву зверобоя, так и лекарственные препараты, сделанные на ее основе. Растение применяется при воспалительных заболеваниях полости рта (воспаление десен, ангина, фарингит, стоматит) [8,13]. Настой зверобоя применяют при лечении и профилактике гингивитов и стоматитов, для устранения плохого запаха изо рта и укрепления десен [4,9]. Цветки ромашки содержит эфирные масла, в том числе хамазулен, терпен, сесквитерпен, сесквитерпеновые спирты, кадинен, каприловую, нониловую и изовалерьяновую кислоты. Кроме того, в составе экстракта ромашки имеются апигенин, герниарин, кверцимеритрин, прохамазуленматрицин, матрикарин, диоксикумарин, триакантан, таракастерол, холин, фитостерин, салициловая, никотиновая, аскорбиновая кислоты, каротин, глицериды жирных кислот (олеиновой, линолевой, пальмитиновой и стеариновой), азулен, горечи, слизи, камедь [11,13,16,21].

В целом, состав ромашки обеспечивает противовоспалительное, антисептическое, противоаллергическое, вяжущее, заживляющее, противоспастическое и болеутоляющее действие. Цветки календулы лекарственной. Ее антисептические свойства превосходят даже медицинские препараты такие, как стрептомицин и пенициллин, оно уничтожает и подавляет рост стафилококков, стрептококков, трихомонад. Если прополоскать рот препаратами из календулы, то через час в слизистой оболочке рта полностью исчезнут все вирусы, поэтому препарат календулы применяют при профилактике вирусных и инфекционных заболеваний, а также для ингаляций [8,12,23].

Таким образом, анализируя выше изложенное, можно сказать, что при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта можно применять лечебные травы, которые обладают более щадящим воздействием, практически не обладая противопоказаниями. Такие средства могут показать высокую эффективность в профилактических целях предупреждения заболеваний слизистой. Также их можно комбинировать при системном подходе лечения заболеваний полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авезова С.М. Особенности протекания процессов в полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите с применением фитосодержащих средств для полости рта// Тиббиётда янги кун 2/1 (30/1) 2020. С. 194-196.
2. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика. - СПб. - 2005. - 92 с
3. Боровский Б.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - Москва: МЕДпресс, 2001. - С.112-120.
4. Бургонский В.Г. Использование лечебных свойств пряностей и специй с целью профилактики и комплексного лечения стоматологических больных - Терапевтическая стоматология 2012, 1, 24-25.
5. Галеева Р.Р., Егорова Е.Г., Галеев Р.В. Лечебные свойства шалфея лекарственного и пчелиного воска, направленные на профилактику и лечение стоматологических заболеваний у детей с ДЦП - Современные проблемы науки и образования 2015, 6, 227.
6. Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С., Никишаева А.В. Использование фитопрепаратов в стоматологии детского возраста -Научный результат. Серия "Медицина и фармация" 2016, 2, 2 (8), 17-21.
7. Гонтарев С.Н., Чернышова Ю.А., Федорова И.Е., Гонтарева И.С. Фитотерапия в практике врача-ортодонта - Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация, 2013, 22(11 (154)), 34-36.

8. Гончарова Е.И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта // Российский стоматологический журнал №3 2013. С. 48-52.
9. Гончарова Е.И. Препараты лекарственных растений в лечении заболеваний слизистой оболочки рта - Российский стоматологический журнал 2015, 19, 4, 55-57.
10. Джиоева Р.Ф., Лалиева З.В., Ходова Е.Л. Фитотерапия в комплексном лечении хронического пародонтита - Труды Молодых Ученых Владикавказского Научного Центра РАН 2015, 15, 1, 5364.
11. Кароматов И. Ж., Наврузова У. О., Авезова С.М. Перспективы применения лекарственных трав в практике стоматологии// Биология и интегративная медицина №10 - ноябрь (27) 2018. С. 25-40.
12. Кражан И.А., Гаража Н.Н. Лечение хронического катарального гингивита с применением календулы, иммобилизованной на полисорбе - Стоматология 2001, 80, 5, 11-13.
13. Мамедова А.А. Лечение детских пародонтитов с использованием растительного противовоспалительного средства. Вестник науки и образования №20 (74) Часть 2 2019. С. 92-96.
14. Маринина Т.Ф., Савченко Л.Н., Саушкина А.С. Изучение возможности комплексного использования растения каланхоэ перистое - Известия Самарского Научного Центра Российской Академии Наук 2015, 17, 5-1, 143-148.
15. Субанова А.А. Фитотерапия в стоматологии - Вестник Кыргызско-Российского славянского университета 2016, 16, 3, 190-194.
16. Убашеев И.О. Природные лекарственные средства при повреждениях органов и тканей. -Улан-Удэ, 1998.-224 с
17. Хабибова Н.Н., Авезова С.М. Характерные особенности процессов перекисного окисления липидов и антиокислительной активности слюны в полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите// Биология и интегративная медицина №3 - март (31) 2019. - С. 116-125
18. Bakhshi. M., Taheri J.B., Shabestari. S.B., Tanik. A., Pahlevan. R. Comparison of therapeutic effect of queous extract of garlic and nystatin mouthwash in denture stomatitis - Gerodontology. 2012, Jun., 29(2), e680-684.
19. Cheah K.Y., Howarth G.S., Bastian S.E. Grape seed extract dose-responsively decreases disease severity in a rat model of mucositis; concomitantly enhancing chemotherapeutic effectiveness in colon cancer cells - PLoS One. 2014, Jan 21, 9(1), 85184.
20. Hoseinpour H., Peel S.A., Rakhshandeh H., Forouzanfar A., Taheri M., Rajabi O., Saljoghinejad M., Sohrabi K. Evaluation of Rosa damascena mouthwash in the treatment of recurrent aphthous stomatitis: a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial -Quintessence. Int. 2011 Jun., 42(6), 483-491.
21. Howshigan J., Perera K., Samita S., Rajapakse P.S. The effects of an Ayurvedic medicinal toothpaste on clinical, microbiological and oral hygiene parameters in patients with chronic gingivitis: a doubleblind, randomised, placebo-controlled, parallel allocation clinical trial -Ceylon. Med. J. 2015, Dec., 60(4), 126-132. Doi: 10.4038/ cmj.v60i4.8219.
22. Khayrullaeva D. Kh., Avezova S.M. Changes in hormonal in adverse environmental condition//World Journal of Pharmaceutical Research. - 2020. - Vol.9 Issue 5. - 2450-2458.
23. Noumi E., Snoussi M., Hajlaoui H., Valentin E., Bakhrouf A. Antifungal properties of Salvadora persica and Juglans regia L. extracts against oral Candida strains - Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2010, Jan., 29(1), 81-88.

Поступила 09.11.2020

УДК 611.1.615-2

ЁШ БОЛАЛАРНИ ЛИМФАРИНГЕАЛ ҲАЛҚАНИНГ ПАТОЛОГИЯСИ БИЛАН КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ФИТОПРЕПАРАТЛАРИ

Алимова Н.П., Хасанова Д.А., Камалова Ш.М., Асадова Н.Х.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Rezyume***

Hozirgi vaqtda yosh avlodning sog'lig'ini mustahkamlashga katta e'tibor qaratilmoqda, chunki bugungi kunda bolalarning sog'lig'i ko'rsatkichlari ertaga mehnatga layoqatli aholining sog'lig'ini aks ettiradi. Bolalarning sog'lig'ining yomonlashuvi muammosi nafaqat ota-onalarni, balki o'qituvchilarni, shifokorlarni, davlatni ham tashvishga solmoqda

Kalit so'zlar: maktabgacha yoshdagi bolalar, bodomsimon bezlar gipertrofiya, fitoterapiya.

СОВРЕМЕННЫЕ ФИТОПРЕПАРАТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЛИМФАРИНГЕАЛЬНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ

Алимова Н.П., Хасанова Д.А., Камалова Ш.М., Асадова Н.Х.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Гипертрофия нёбных и глоточных миндалин у дошкольников - наиболее часто выявляемая патология и потому представляет собой не узкоспециальную, а общепедиатрическую проблему. Значимость лимфоидных органов для растущего организма и возможность их возрастной инволюции заставляет пересмотреть подходы к хирургическому лечению и разрабатывать консервативные органосберегающие методы лечения.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, гипертрофия миндалин, фитотерапия.

MODERN PHYTOPREPARATIONS IN COMPLEX TREATMENT OF LYMPHARYNGEAL RING PATHOLOGY IN CHILDREN

Alimova N.P., Khasanova D.A., Kamalova Sh.M., Asadova N.Kh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Hypertrophy of the palatine and pharyngeal tonsils in preschoolers is the most frequently detected pathology and therefore is not a highly specialized, but a general pediatric problem. The importance of lymphoid organs for a growing organism and the possibility of their age-related involution makes us reconsider approaches to surgical treatment and develop conservative organ-saving methods of treatment.

Key words: preschool children, tonsil hypertrophy, herbal medicine.

Долзарблиги

Иммунитет тизимининг органлари бўлган фарингеал ва бодомсимон безлар, периферик лимфа тугунлари бола танасини юқумли касалликлардан ҳимоя қилишда муҳим рол ўйнайди, озиқ-овқат аллергенларига нисбатан чидамлиликни шакллантиришда иштирок етади ва бундан ташқари уларнинг эндокрин фаолияти сўнгги ўн йилликларда чуқур ўрганилди. Ушбу органларнинг тўсиқ вазифаси, айниқса, мактабгача ёшдаги боланинг ижтимоий доирасида сезиларли даражада кескинлашади. Табиийки, бундай фаол "иш" билан лимфоид органларнинг гипертрофиясини ривожланиш ҳавфи сезиларли даражада ошади.

Фарингеал ва бодомсимон безларининг гипертрофияси бурун нафасини қийинлаштиради, баъзан еса ютиш вируслар ва бактерияларнинг сақланиб қолиши учун қулай кўприк ҳисобланади [1-4].

Ҳозиргача лимфарингеал ҳалқа органларининг патологияси муаммосига муносабат ноаниқ бўлиб қолмоқда. Мактабгача ёшдаги болаларда фарингеал ва бодомсимон безларининг гипертрофияси иммунитет, конституция, аллергия ва юқори нафас йўлларининг тез-тез яллиғланиш касалликлари билан боғлиқлиги исботланган. Патология бўлмаса, 5-7 ёшдан бошлаб, қоида тариқасида, ушбу лимфоид тўқималарнинг табиий инволюцияси бошланади (тимусга ўхшаш) [3-5].

Мактабгача ёшдаги болалар орасида ушбу патологиянинг кенг тарқалиши бизни ушбу муаммо юқори даражада иҳтисослашган ва умумий педиатрик ҳусусиятга ега деган ҳулосага келишимизга имкон беради, чунки педиатр биринчи мурожат қилинадиган шифокори, биринчи навбатда унга ушбу патологияга ега болалар мурожат қилишади.

Иммуномодуляторлар, антибиотиклар, яллиғланишга қарши ва антиоксидант дорилар ёрдамида лимфофаренгеал ҳалқа органларининг функционал ва сурункали яллиғланиш касалликларини патогенетик жиҳатдан асосли консерватив терапиясининг кўплаб усуллари кутилган натижаларга олиб келмайди. Аденотомия ва тонзиллектомия мақсадга мувофиқлиги ноаниқ бўлиб қолмоқда [1-6].

Шундай қилиб, лимфофаренгеал ҳалқанинг бола танасининг ўсиши ва ривожланиши учун аҳамияти масалалари ва ушбу патологиянинг муаммолари тўлиқ ҳал қилинмаган. Консерватив усулларни такомиллаштириш лимфоид тўқималарининг ёшга боғлиқ инво-

ляцияси бошланишидан олдин жарроҳлик даволаш зарурлигини олдини олади. Ушбу патологияга ега болалар учун соғлиқни сақлаш дастурларини ишлаб чиқишда қуйидаги мезонларни ҳисобга олиш керак: истеъмолчиларнинг кенг доирасига кириш, фойдаланиш қулайлиги, ножўя таъсирларнинг йўқлиги, чидамлилик.

Бир қатор муҳим афзалликларга ега бўлган ўсимликлардан фойдаланиш истиқболли йўналишлардан бири ҳисобланади. Ўсимликдаги биологик фаол моддалар табиий равишда метаболик жараёнларга синтетик моддаларга қараганда кўпроқ киради. Бунинг натижаси шундаки, уларнинг бардошлилиги, ён таъсир ва асоратларнинг нисбатан кам ривожланиши ҳисобланади. Усулнинг афзаллиги доривор ўсимликларнинг катта танловидан ва улар таркибидаги кимёвий бирикмаларнинг кенг ассортиментидан иборат. Ҳозирги вақтда ўсимликларни нисбий зарарсизлиги, ҳаракатнинг юмшоқлиги, қулайлиги, самарадорлиги туфайли онгли равишда танланаётган даволаш воситаси айланмоқда [8].

Замонавий фармацевтика саноатининг ривожланиш даражаси стандартлаштирилган миқдордаги фаол моддаларни ўз ичига олган юқори сифатли кўпкомпонентли фитопрепаратлар ишлаб чиқаришга имкон беради, бу еса ўсимлик воситаларининг ҳавфсизлиги ва самарадорлигини таъминлайди [8].

Шифокорлар аденоидларни лазер ёрдамида даволашни маслаҳат беришади. Бугунги кунда аденоидларни муваффақиятли даволашга ёрдам берадиган фаол халқ даволаниш усулларидан кенг фойдаланиш маълум.

Шундай қилиб, гўшт майдалагич орқали майдаланган, илдизлари, гуллари, пўстлоғи ва пояси билан янги чигит гулидан тайёрланган дамлама аденоидларни жарроҳликсиз даволашга ёрдам беради. Шу тарзда олинган шарбат банкада маҳкам ёпилади. Идишни бир ҳафта ичида 15 - 20 дақиқадан кўпроқ очиш керак, кейин уни қоронғи жойга қўйинг. Шу тарзда олинган эритма ҳар бурун бурчагига кунига 3 марта томизилади. Кичкина болалар учун эритмани қайнатилган сув билан 1:1 нисбатда суюлтириш яхшироқдир.

Яна бир усул - бурунга ётишдан олдин 8 томчи туя мойини томизиш. Бундай даволаш курси бир ҳафта давом этади, бир ҳафта танаффусдан кейин уни такрорлаш мумкин. Ушбу рецепт даво сифатида самарали восита енг қўлланилади.

Аввалига шуни таъкидлаш керакки, кўп болаларда аденоидлар ўзига ҳос даволашсиз ўз-ўзидан ўтиб кетади. Аммо, агар аденоидларнинг кўпайиши болада муаммо туғдирса, антибиотик билан даволаш керак бўлади. Агар касаллик ривожланган шаклда бўлмаса, қуйидаги халқ табобати даволаниш усуллари ёрдам бериши мумкин:

Асал ва лимон шарбати. Бир стакан қайнатилган илиқ сув, бир чой қошиқ асал ва уч томчи лимон шарбати, яхшилаб аралаштириш зарур. Ушбу ичимлик аденоидлар билан боғлиқ симптомларни енгиллаштиради.

Сут ва зарчава. Бир стакан қайнатилган илиқ сутга ярим чой қошиқ зарчава қўшинг, яхшилаб аралаштиринг. Ичимлик аденоид симптомларини енгиллаштиради, бола кечги ҳуррак отишини тўҳтатади, яхши терапевтик таъсири бор.

Оддий кўк чой. Оддий кўк чойни кунига 2-3 марта чайиш воситаси сифатида қўллаш мумкин.

Саримсоқ пиёз. 2-3 тиш саримсоқни майдаланади, бир ош қошиқ асал билан аралаштирилади, болага кунига бир марта, яхшиси кечқурун, кечки овқатдан кейин берилади. Табиий иммунитетни кўтариб, касалликларга чидамлиликни оширади.

Сабзи ва бодринг. Битта сабзи ва битта бодрингни тозалади. Уларни энг майда қирғичидан ўтказилади ва аралаштирилади. Унга бироз майдаланган лавлаги қўшилади. Олинган бўтқа болага кунига икки марта икки ош қошиқ берилиши керак. Бу бўтқа витаминлар бойлиги учун бола организмига тетиклаштирувчи таъсир кўрсатади.

Кечки ҳаммом. Кечқурун болангизга 10-15 дақиқа давомида илиқ ванна қабул қилиши керак, бу симптомларни енгиллаштиради ва лимфоид тўқималарининг шишишини камайтиради.

Асал билан лавлаги шарбати. Ушбу маҳсулот учун табиий асал ва янги лавлаги керак бўлади. Тайёрланиши жуда осон ва жуда самарали рецепт ҳисобланади.

Эвкалипт ва ромашка дамламаси. Жуда оддий рецепт бўлиб, ромашка гуллари, қайин барглари ва эвкалиптни ўз ичигаолади. Бу дамлама табиий яллиғланишга қарши восита ҳисобланади.

Ҳулоса

Халқ табобати даволаш усулини бошлашдан олдин, албатта, яхши оториноларинголог, педиатр шифокорларига мурожаат қилишингиз керак. Имкон даражасида, фарзандларингизнинг соғлиғига ҳавф солмайдиган энг қулай ва самарали усулни танлашни маслаҳат берамиз.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Быкова В. П. Морфофункциональная организация нёбных миндалин как лимфоэпителиального органа // Вестник оториноларингологии. - 1998. - № 1. - Р. 41-45.
2. Гаращенко Т. И., Богомильский М. Р., Шишмарева Е. В. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей // Детские инфекции. - 2004. - № 1. - Р. 36-40.
3. Гаращенко Т. И., Володарская В. Г. Профилактика и лечение хронического тонзиллита у часто и длительно болеющих детей // Детские инфекции. - 2007. - № 1. - Р. 56-59.
4. Зиборова Н. В., Маккаев Х. М. Опыт применения фитопрепаратов "Синупрет" и "Тонзилгон Н" для лечения ЛОР заболеваний у детей // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. - 2006. - Т. 3, № 2. - Р 77-80.
5. Намазова Л. С., Ботвиньева В. В., Торшхоева Р. М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах // Детские инфекции. - 2007. - № 2. - Р. 49-52.
6. Пальчуна В. Т. Оториноларингология. Национальное руководство / Под ред.- М.: Гэотар-Медиа, 2008. - 954 с.
7. Радциг Е. Ю. Новые возможности местной терапии аденоидов у детей // Лечащий врач. - 2006. - № 6. - Р. 81-83.
8. Самсыгина Г. А., Брашкина Н. П. Респираторные заболевания у детей. Основные принципы фитотерапии. - М., 1999. - 24 с.

Поступила 09.11.2020

УДК 61.616-03.617

PROGRESSIV MYOPIYA DAVOLASHIDAGI INTEGRATIV YONDASH

Aprelev A.E., Serebryakova P.E., Aprelev A.A.,

Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining Federal davlat byudjet muassasasi
Orenburg davlat tibbiyot universiteti, Orenburg, Rossiya.

✓ ***Rezyume***

Miyopiya - bu eng keng tarqalgan kasallanish bolib, uning rivojlanishi bilan ko'rish organidan bir qator jiddiy asoratlar yuzaga keladi, bu esa mehnatga layoqatli yoshdagi nogironlikka olib keladi, chunki miyoplarning 70% 20-40 yoshdagi odamlarda uchraydi. Miyopiya to'r pardaning ko'chib tushishi, glaukoma, katarakta va makulopatiya kabi ko'zning asoratlari bilan bog'liq. Fizioterapiya va akupunktur kombinatsiyasi engil miyopiyada samarali ekanligi isbotlangan. O'rtacha miyopiyada eng yaxshi natija fizioterapiya jarayonida akupunktur va bo'yin mushaklarining izometrik bo'shashishidan iborat kompleks davolash kombinatsiyasi bilan namoyon bo'ldi.

Kalit so'zlar: miyopiya, glaukoma, katarakta, fizioterapiya, akupunktura.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ

Апрелев А.Е., Серебрякова П.Е., Апрелев А.А.,

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Высшего Образования Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, город Оренбург, Россия.

✓ ***Резюме***

Миопия является наиболее частой аномалией рефракции, при прогрессировании которой возникает ряд серьезных осложнений со стороны органа зрения, приводящих к инвалидности лиц молодого трудоспособного возраста, так 70% миопов составляют лица в возрасте 20-40 лет. Близорукость связана с такими осложнениями глаза как отслойка сетчатки, глаукома, катаракта, изменениями диска зрительного нерва и макулопатией. Доказана эффективность комбинация физиотерапии и акупунктуры при миопии слабой степени. Наилучший результат при миопии средней степени показало комплексное лечение комбинация акупунктуры и постизометрической релаксации мышц шеи на фоне физиотерапии.

Ключевые слова: миопия, глаукома, катаракта, физиотерапия, акупунктура.

INTEGRATIVE APPROACH IN THE TREATMENT OF PROGRESSIVE MYOPIA

Aprelev A.E., Serebryakova P.E., Aprelev A.A.,

Federal State Budgetary Institution of Higher Education Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Orenburg, Russia.

✓ ***Resume***

Myopia is the most common refractive error, with the progression of which there are a number of serious complications from the organ of vision, leading to disability in young people of working age, as 70% of myopes are people aged 20-40 years. Myopia is associated with eye complications such as retinal detachment, glaucoma, cataracts, changes in the optic nerve head and maculopathy. The combination of physiotherapy and acupuncture has been proven to be effective in mild myopia. The best result in moderate myopia was shown by a complex treatment combination of acupuncture and post-isometric relaxation of the neck muscles during physiotherapy.

Key words: myopia, glaucoma, cataract, physiotherapy, acupuncture.

Актуальность

Миопия является наиболее частой аномалией рефракции, при прогрессировании которой возникает ряд серьезных осложнений со стороны органа зрения, приводящих к инвалидности лиц молодого трудоспособного возраста, так 70% миопов составляют лица в возрасте 20-40 лет. Близорукость связана с такими осложнениями глаза как отслойка сетчатки, глаукома, катаракта, изменениями диска зрительного нерва и макулопатией (Ikuno Y. 2017). Установлено, в 2000 году близорукость была диагностирована у 1,4 миллиарда человек по всему миру, и далее прогнозируется, что к 2050 году их число достигнет 4,8 миллиарда (Holden B.A., с соавт. 2016). Частота встречаемости миопии колеблется в пределах 20-50% среди взрослого населения стран США и Европы, в странах Азии этот показатель достигает 60-90% раз (Cooper J, et al.,2012). В странах с высоким показателем распространенности некоррегированой миопии и такого осложнения миопии как макулярная дегенерация, прогнозируется потенциальная потеря производительности труда, так в 2015 году в США эта цифра составила 250 миллиарда долларов (Naidoo K.S. et al. 2018). Среди причин слепоты и слабовидения близорукость занимает третье ранговое место. 36% инвалидов вследствие близорукости являются инвалидами III группы, 54,1% - инвалидами II группы, 9,9% - инвалидами I группы (Либман Е.С., 2001).

Тенденция к увеличению числа пациентов с миопией напрямую связана с бурным прогрессированием науки и техники, а также повсеместной урбанизацией и как следствие возрастанием зрительных и психологических нагрузок. Современный рост близоруко-

сти объясняется тем, что дети тратят много времени за компьютерами и смартфонами (Wu P.C. et al., 2018).

Среди выпускников школ в России частота миопии достигла 26 %, гимназий и лицеев - 50 %, при этом на долю миопии высокой степени приходилось 10 - 12 % всех случаев миопии (Проскурина О.В. 2018).

Наиболее эффективными являются патогенетически обусловленные лечебные воздействия, так как на ранних стадиях прогрессирования близорукости ведущим в патогенезе являются нарушение деятельности аккомодационного аппарата, вызванных нарушением региональной гемодинамики и вегетативными расстройствами (Кузнецова М. В., 2005).

Акупунктура является методом как местного, сегментарного так и генерализованного воздействия на органы и системы организма, нормализующие в них кровоснабжение и микроциркуляцию и улучшающие трофику за счет активации вегетативной нервной системы (Агасаров Л.Г., 2002).

В связи с широким распространением миопии и связанными с ней осложнениями, необходим интегративный подход к лечению данной патологии, включающий в себя методики как традиционной, так и нетрадиционной медицины, позволяющие осуществлять эффективную коррекцию функциональных нарушений зрительной системы в целях повышения "качества зрительной жизни" и зрительной работоспособности за счет нормализации аккомодации, гемодинамику и баланс вегетативной иннервации.

Цель

Оценить результаты комплексного лечения прогрессирующей миопии слабой и средней степени.

Материал и методы

В исследование включены 2 группы пациентов по 40 человек в возрасте до 20 лет с приобретенной близорукостью слабой и средней степени, в обеих группах проводилось физиотерапию (магнитофорезом раствора тауфона 4% (аппарат "АМО-АТОС" частота модуляций 1-2 ГЦ в пульсирующем режиме магнитного поля) и лазеротерапией (аппарат Лот -01, насадка НГ-01 с преобразователем формы КС, мощность лазерного излучения от 0,3 до 3,0 мВТ, длина волны 0,63±0,03мкм) по 10 сеансов) на фоне которого в первой группе пациентов применялась акупунктура (10 сеансов), во второй группе - комбинация акупунктуры (10 сеансов) и постизометрической релаксацию мышц шеи (1 сеанс). Курсы лечения в группах повторялись через полгода. Все больные наблюдались до лечения сразу после лечения, через 3,6,12,18 месяцев, 2 года и 3-5 лет после лечения. Всем больным в указанные сроки производилось измерение корригированной и некорригированной остроты зрения, субъективной и объективной рефракции по общепринятым методикам.

Результаты обсуждение

У пациентов обеих групп при миопии слабой степени происходило увеличение остроты зрения с коррекцией и без коррекции, а также снижение субъективной и объективной рефракции с сохранением статистически достоверных данных до 3-5 лет.

В группе 1 - при средней степени близорукости не корригированная острота зрения достоверно ($p < 0,05$) увеличивалась с 0,11±0,02 до 0,22±0,01 при контрольном осмотре в 3 месяца не корригированная острота зрения составляла - 0,23±0,02, с последующим увеличением до 0,30±0,02 к 6 месяцам, затем происходит снижение данных к 3-5 годам до 0,28±0,02, при этом достоверность ($p < 0,05$) оставалась выше, чем до лечения.

Группа 2 - при средней степени близорукости не корригированная острота зрения достоверно ($p < 0,05$) увеличивалась после лечения с 0,12±0,01 до 0,20±0,02 с последующим снижением к 3-5 годам до 0,15±0,06, но оставалась достоверно ($p < 0,05$) выше по отношению к исходным данным.

Острота зрения с коррекцией в 1 группе - при миопии средней степени острота зрения с коррекцией увеличивалась ($p < 0,05$) с 0,80±0,02 до 0,91±0,02 с последующим увеличением к 3 месяцам и 6 месяцам до 0,94±0,02, затем происходило снижение к году 0,93±0,03, затем к 1,5 годам происходило достоверное ($p < 0,05$) увеличение, сохраняющееся до конца срока наблюдения - 0,96±0,02.

Во 2 группе - при миопии средней степени острота зрения с коррекцией достоверно ($p < 0,05$) увеличивается после лечения с 0,90±0,01 до 0,98±0,01 с увеличением до 1,00±0,03 к 6 месяцам с сохранением достоверно ($p < 0,05$) увеличенного результата до 3-5 лет - 1,00±0,02.

Субъективная рефракция в 1 группе при миопии средней степени субъективная рефракция достоверно ($p < 0,05$) снижалась с 4,18±0,12Д до 3,76±0,13Д после лечения с уменьшением данных к контрольному осмотру в 3 месяца до 3,74±0,18Д и сохранением показателей до 6 месяцев с увеличением к году до 3,77±0,21Д, затем происходило дальнейшее увеличение к концу срока наблюдения до 4,45±0,22Д.

Во 2 группе происходило достоверное ($p < 0,05$) снижение субъективная рефракции с 4,41±0,19Д до 3,86±0,23Д после лечения, с уменьшением к 3 месяцам до 3,67±0,31Д с увеличением к 6 месяцам до 3,93±0,36Д, оставаясь достоверно сниженными по отношению к исходным данным ($p < 0,05$) с последующим уменьшением ($p < 0,05$) до 3,56±0,64Д к концу срока наблюдения.

Объективная рефракция: в 1 группе происходило достоверное ($p < 0,05$) снижение с 4,37±0,12Д до 3,77±0,13Д после лечения с незначительным увеличением до 3,87±0,25Д к контрольному осмотру в 3 месяца, с сохранением достоверных ($p < 0,05$) данных до года 4,00±0,19Д, затем происходило увеличение до 4,56±0,23Д к концу срока наблюдения.

Во 2 группе объективная рефракция достоверно ($p < 0,05$) уменьшается с 3,94±0,24Д до 3,41±0,21Д после лечения, к 3 месяцам 3,50±0,27Д, оставаясь достоверно сниженным по отношению к исходным данным, затем к 6 месяцам увеличивалась до 3,64±0,29Д с последующим снижением к концу срока наблюдения до 3,40±0,34Д с сохранением достоверности ($p < 0,05$).

Выводы

1.Доказана эффективность комбинация физиотерапии и акупунктуры при миопии слабой степени.

2. Наилучший результат при миопии средней степени показало комплексное лечение комбинация акупунтуры и постизометрической релаксации мышц шеи на фоне физиотерапии.

3. Сочетание в комплексе традиционных методов лечения с физиотерапией позволяет успешно восстанавливать зрительные функции при прогрессирующей миопии слабой и средней степени на длительный срок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Ikuno, Y. Overview of the complications of high myopia. /Y. Ikuno/ / Retina. - 2017. - №37. - P. 2347-2351.
2. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050 / B.A. Holden, T.R. Fricke, D.A. Wilson, M. Jong, K.S. Naidoo, P. Sankaridurg, T.Y. Wong, T.J. Naduvilath, S. Resnikoff // Ophthalmology. - 2016. - №5. - P.1036-1042.
3. Cooper, J. Current status on the development and treatment of myopia. /J. Cooper, E. Schulman, N. Jamal// Optometry. - 2012. - №5. - P. 179-199.
4. Potential lost productivity resulting from the global burden of myopia: systematic review, meta-analysis, and modeling. / K.S. Naidoo, T.R. Fricke, K.D. Frick, T.J. Naduvilath, S. Resnikoff, P. Sankaridurg //Ophthalmology. - 2018.-№126. - P. 338-346.
5. Либман Е.С., Шахова Е.В., Вервельская В.М. Клинико-социальные аспекты инвалидизирующей близорукости // Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата. Труды международного симпозиума. Москва, 2001. - С.55-56.
6. Myopia prevention and outdoor light intensity in a school based cluster randomized trial /P.C. Wu, C.T. Chen, K.K. Lin, C.C. Sun, C.N. Kuo, H.M. Huang, Y.C. Poon, M.L. Yang, C.Y. Chen, J.C. Huang, P.C. Wu, I.H. Yang, H.J. Yu, P.C. Fang, C.L. Tsai, S.T. Chiou, Y.H. Yang // Ophthalmology. 2018. - №125. - P.1239-1250.
7. Распространенность миопии у школьников некоторых регионов России / О.В. Проскурина, Е.Ю. Маркова, В.В. Бржеский, Е.Л. Ефимова, М.Н. Ефимова, Н.В. Хватова, Н.Н. Слышалова, А.В. Егорова // Офтальмология. - 2018. - №3. - С.348-353.
8. Кузнецова, М. В. Причины развития близорукости и ее лечение / М. В. Кузнецова. - Казань: МЕД пресс-информ, 2005. - 176 с.
9. Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия) М., Арнебия,2002. - С.208.

Поступила 09.11.2020

УДК 61.1. 616.441-008.6

GIPOTITOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARINING XUSUSIYATLARI

Axmedova G.I.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston.

Rezyume

Gipotireoz - bu sindrom, tiroid gormonlarining past darajalariga reaktsiya bilan bog‘liq bo‘lgan tananing o‘ziga xos holati. Gormonlar darajasi qoplanganda, odatda bu alomatlar yo‘qoladi. Gipotireoz tiroid gormonlarining funktsional etishmovchiligi yoki gormonal metabolizmga ta'sir qiluvchi patologik jarayonlar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Kalit so‘zlar: arterial gipertenziya, P-Q interval, gemodinamik ko‘rsatkichlar.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИТЕОЗОМ

Ахмедова Г.И.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Резюме

Гипотиреоз - это синдром, специфическое состояние организма, связанное с реакцией на низкий уровень гормонов щитовидной железы. Когда уровень гормонов компенсируется, эти симптомы обычно исчезают. Гипотиреоз может быть связан с функциональным дефицитом гормонов щитовидной железы или с патологическими процессами, влияющими на гормональный обмен.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, P-Q интервал, гемодинамические показатели.

FEATURES OF INDICATORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Akhmedova G.I.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

Resume

Hypothyroidism is a syndrome, a specific condition of the body associated with a reaction to low levels of thyroid hormones. When hormone levels are compensated for, these symptoms usually disappear. Hypothyroidism can be associated with a functional deficiency of thyroid hormones or with pathological processes that affect hormonal metabolism.

Key words: arterial hypertension, P-Q interval, hemodynamic parameters.

Introduction

Hypothyroidism is a syndrome, a specific condition of the body associated with a reaction to low levels of thyroid hormones. When hormone levels are compensated for, these symptoms usually disappear. Hypothyroidism can be associated with a functional deficiency of thyroid hormones or with pathological processes that affect hormonal metabolism. For the first time, hypothyroidism as a disease was described in 1873, and the term "myxedema" (mucous edema of the skin) in relation to severe forms of hypothyroidism began to be used since 1878. Hypothyroidism in Uzbekistan occurs at approximately 19 per 1000 in women and 21 per 1000 in men.

Subclinical hypothyroidism is the most common thyroid disorder. The most significant complications threatening the life of patients with hypothyroidism are caused by pathological changes in the cardiovascular system: arterial hypertension, myocardial dystrophy, circulatory failure, rhythm and conduction disturbances, etc. [3]. In hypothyroidism, blood pressure is usually lowered by systolic pressure. Diastolic pressure can be normal or even elevated [4]. According to Garkunov A.V. et al. (2005), on the contrary, in patients with hypothyroidism, arterial hypertension (AH) is often noted, according to their own data, about 6% of cases are associated with diseases of the endocrine glands [5].

Materials and methods

100 patients (20 men and 80 women) aged from 17 to 69 years (mean age 42.3±4.02 years) were followed up. Of these, 19 patients had subclinical hypothyroidism, 37 had moderate hypothyroidism, and 44 had severe hypothyroidism. To assess the functional state of the cardiovascular system in patients with hypothyroidism, an ECG was analyzed for the following indicators: heart rate (HR), the position of the electrical axis of the heart, the duration of the P wave, the PQ and QT intervals, the QRS complex, the presence of conduction disorders, hypertrophy of the heart, changes in the final part of the ventricular complex. an ultrasound diagnostic method, echocardiography, was also performed. the functional state of the pituitary-thyroid system was evaluated by determining thyroid hormones.

Research result

All patients were divided into 2 groups: group I-patients with hypothyroidism and arterial hypertension-

27 (27%) patients, group II-hypothyroidism without arterial hypertension - 73 (73%) patients. of group I patients with grade 3 hypertension, 22 (75%) patients had grade 2 hypertension, and 25% of 7 patients had grade 2 hypertension. in group II, 45 (63.5%) patients had normal blood pressure, 22 (30.9%) patients had low blood pressure, and 4 (5.6%) patients had high normal blood pressure (pre-hypertension).

Clinical characteristics of patients

When questioned, patients with hypothyroidism in combination with arterial hypertension complain of: headaches (65%), heart pain (stabbing, aching) of various duration (48%), shortness of breath during exercise (69%), flickering of flies before the eyes (35%), general weakness(58%), drowsiness(35%), memory loss (52%). in patients with manifest hypothyroidism, complaints of general weakness (62%), fatigue (67%), memory loss (68%), absent-mindedness (32%), headaches(24%), swelling around the eyes (37%), swelling of the tongue (88%), dry skin (62%), aching heart pain (11%), shortness of breath during exercise (67%) according to the table, in group I of patients with hypothyroidism combined with arterial hypertension, complaints of headaches, dizziness, pain in the heart (stabbing, aching) of various duration, shortness of breath during exercise, dry skin prevailed.

Clinical evaluation of ECG shows that in group I patients, changes in ECG parameters are present in all patients. At the same time, 14 patients (48%±9.27) had bradycardia, 1 patient (3.4%±0.63) had tachycardia, the remaining 14 patients (48%±9.27) had a normal rhythm, 2 patients (6%±4.41) had atrial extrasystoles, atrial fibrillation was noted in 1 patient (3.4%±0.63), lengthening of the PQ interval in 2 (6%±4.41), reduction, smoothness Of the t wave in the V1-4 leads 11 (37%±8.96) patients. In group I with hypothyroidism with arterial hypertension, left ventricular hypertrophy is in the first place according to changes in ECG indicators, and diffuse myocardial changes are in the second place, which are significantly more common than in group II ($P<0.001$)

In group II of patients suffering from hypothyroidism and who did not have an increase in blood pressure, changes in ECG indicators were not registered in 9 patients (12.6%), in the remaining 62 patients (87.3%) they are present in various combinations. At the same time, 43 patients (61%±5.78) had bradycardia, 3 patients (4.0%±2.32) had tachycardia, the remaining 25 patients (35.21%±5.12) had a normal rhythm, 2 patients (6%±4.41) had atrial extrasystoles, 3 patients (4.0%±2.32) had an elongation of the PQ interval in 5 (7%±3.02), incomplete blockage of the right leg of the GIS bundle was observed in 8 patients (11%±1.11). In the second group of patients, bradycardia is in the first place, a decrease in the amplitude of the ventricular complex teeth in standard leads is in the second place, and diffuse changes in the myocardium are in the third place, which is characteristic of hypothyroidism. When evaluating EchoCG, changes in indicators occur in both groups, but in group I all changes in indicators occur more often than in group II. Thus, the features and differences of the above complaints, ECG and Echocardiography studies in patients with hypothyroidism with and without arterial hypertension indicate the presence of hemodynamic changes. When combined with arterial hypertension, these changes are aggravated and burdened, which requires the need for a pathogenetic explanation of their development.

Conclusions

1. Among patients with hypothyroidism, changes in the level of blood pressure are common and account for 29% of cases, which dictates the need for early diagnosis of arterial hypertension in them.

2. Changes in ECG indicators are present in 91% of patients with hypothyroidism. When hypothyroidism is combined with arterial hypertension, an inter-burden occurs, which is reflected more characteristic of hypertension and manifested by left ventricular hypertrophy and diffuse changes in the myocardium, and in the absence of arterial hypertension, ECG changes remain characteristic of hypothyroidism, manifested by more frequent occurrence of bradycardia, prolongation of the PQ interval, and low-free ECG.

3. Echocardiographic changes occur in both groups, but 1.8 times more often in the group of patients with hypothyroidism with arterial hypertension. At the same time, in patients with hypothyroidism with arterial hypertension, changes in EchoCG parameters are associated with hyperdynamic changes characteristic of arterial hypertension.

4. The Revealed changes in hemodynamic parameters suggest a more differentiated approach to the diagnosis and treatment of patients with hypothyroidism in combination with arterial hypertension.

LIST OF REFERENCES:

1. Yu. P. Sych, V. Yu. Kalashnikov, A. L. Syrkin/ Disorders of the functional state of the cardiovascular system in subclinical hypothyroidism.//Clinical medicine. - 2003. - No. 11. - P. 4-8
2. Baranov V. G., Nikolenko N. R. thyroid Disease./ Manual of internal diseases. Diseases of the endocrine system. - M.: 1966. - P. 45-46.
3. Levina L. I. Heart in endocrine diseases-M.: 1989. - P. 50-52
4. Garkunova A.V., Ametov A. S. Comparative evaluation of the effectiveness of angiotensin converting enzyme inhibitors and antihypertensive drugs of other groups in patients with hypothyroidism in combination with arterial hypertension / / Cardiology- 2005-No. 9. - Pp. 79-80.
5. Richards A.M., Nicholls M. G., Espiner E. D. Hipertension in hypothyroidism: arterial pressure and hormone relationships. Clin. Exp. Hipertens. 1985. -11: - P. 1499-1514.
6. Shustov S. B., Yakovlev V. A. Features of hemodynamics in thyroid disorders. //Clinical medicine. - 2000. - No. 8. - P. 61-65.
7. Tereshchenko I. V., Goldyreva T. P. heart Condition in patients with hypothyroidism according to the results of echocardiography / / Clinical medicine. - 2000. - No. 1. - S. 28-30 6. Shustov S. B., Yakovlev V. A. Features of hemodynamics in thyroid disorders. / /Clinical medicine. - 2000. - No. 8. - P. 61-65.
8. 7. Tereshchenko I. V., Goldyreva T. P. heart Condition in patients with hypothyroidism according to the results of echocardiography / / Clinical medicine. - 2000. - No. 1. - P. 28-30
9. Slavina L. S. Heart in endocrine diseases. - M.: 1979. - P. 40-44.

Entered 09.11.2020

УДК 58.581.1

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ ЦИКОРИЯ ОБЫКНОВЕННОГО CICHORIUM INTYBUS L., ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В АДАМОВСКОМ И НОВОСЕРГИЕВСКОМ РАЙОНАХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Бондаренко А.И., Першина Д.А., Кузьмичева Н.А., Михайлова И.В.,

Оренбургский государственный медицинский университет, город Оренбург, Российская Федерация.

✓ ***Резюме***

В статье описан цикорий обыкновенный, широко распространенный на территории Российской Федерации. Произрастает как сорно-рудеральное растение на территории Оренбургской области, охватывая обширный ареал обитания, и широко используется в народной медицине.

Ключевые слова: цикорий, фенольные соединения, флавоноиды.

ORENBURG VILOYATINING ADAMOVSKIY VA NOVOSERGIEVSKIY TUMANLARIDA UCHRAYDIGAN SACHRATQINING BIOLOGIK FAOL MODDASINI TAHLIL QILISH

Bondarenko A.I., Pershina D.A., Kuzmicheva N.A., Mixaylova I.V.,

Orenburg davlat tibbiyot universiteti, Orenburg, Rossiya Federatsiyasi.

✓ ***Rezyume***

Maqolada Rossiya Federatsiyasi hududida keng tarqalgan sachratqi haqida ma'lumot berilgan. U Orenburg viloyati hududida begona o'simlik sifatida o'sadi, keng yashash joyini qoplaydi va xalq tabobatida keng qo'llaniladi.

Kalit so'zlar: sachratqi, fenol birikmalar, flavonoidlar.

ANALYSIS OF THE CONTENT OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES IN THE GRASS OF CICHORIUM INTYBUS L., GROWING IN THE ADAMOVSKY AND NOVOSERGIEVSKY DISTRICTS OF THE ORENBURG REGION

Bondarenko A.I., Pershina D.A., Kuzmicheva N.A., Mikhailova I.V.,

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

✓ ***Resume***

The article describes common chicory, widespread in the Russian Federation. It grows as a weed-ruderal plant on the territory of the Orenburg region, covering a vast habitat, and is widely used in folk medicine.

Key words: chicory, phenolic compounds, flavonoidsю.

Актуальность

Цикорий обыкновенный (Cichorium intybus L.) - многолетнее травянистое растение семейства Астровые (Asteraceae). Широко распространено на территории Российской Федерации. Произрастает как сорно-рудеральное растение на территории Оренбургской области, охватывая обширный ареал обитания, и широко используется в народной медицине.

По данным литературы, трава C. intybusL. содержит фенольные соединения, органические кислоты (в том числе аскорбиновую кислоту). Таким образом, учитывая, что в состав данного лекарственного растительного сырья (ЛРС)входит большой комплекс биологически активных веществ (БАВ), сырьё данного растения может оказывать ряд физиологических эффектов на организм. При этом любая физиологическая активность ЛРС может быть обусловлена антиоксидантной активностью данного сырья. Следовательно, актуально исследование содержания БАВ, которые определяют антиоксидантную активность травы C. intybusL. По данным литературы, такими БАВ являются аскорбиновая кислота, а также фенольные соединения. Образование фенольных соединений (к примеру, дубильных веществ, флавоноидов), содержащихся в сырье C. intybusL., осуществляется по единому пути биосинтеза, ключевым этапом которого является образование коричной кислоты. За счёт сохраняющихся ненасыщенных фрагментов в структуре молекулы фенольные соединения могут вступать во взаимодействие со свободными радикалами, реализуя тем самым антиоксидантную активность [2; 5].

Содержание фенольных соединений и аскорбиновой кислоты в траве C. intybusL. и, как следствие, биологические эффекты находятся в зависимости от региона произрастания растения. Это обусловлено климатическими факторами, особенностями почвы, оказывающими влияние на накопление БАВ в траве C. intybusL. Следовательно, актуально изучение закономерностей накопления БАВ в исследуемом ЛРС в конкретных районах Оренбургской области. Такое изучение позволит создать теоретическую базу по обоснованию наиболее перспективных районов для формирования сырьевой базы C. intybusL. в Оренбуржье.

Цель

Анализ содержания суммы фенольных соединений и аскорбиновой кислоты в траве C. intybusL., произрастающей в Адамовском и Новосергиевском районах Оренбургской области.

Материал и методы

Объектом исследованияпослужило ЛРС - трава C. intybusL., собранная в августе 2019 г. в Адамовском и Новосергиевском районах Оренбургской области. По данным литературы Адамовский район, который находится на востоке Оренбургской области, характеризуется резко континентальным климатом, а Новосергиевский район, располагающийся на западе региона, обладает континентальным климатом. Различия в климатических условиях районов могут обусловливать различия в процессах накопления исследуемых БАВ. Сбор сырья производился в период максимального накопления БАВ в местах вдали от города, автомобильных и железных дорог, промышленных предприятий и отстойных сооружений [4].

Количественное определение содержания суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту в траве C. intybusL. проводили методом дифференциальной спектрофотометрии на приборе спектрофотометр APEL PD-303 UV. Для этого сырьё C. intybusL. измельчали до размера частиц, проходящих сквозь сито с диаметром отверстия 0,5 мм. Около 1 г (точная навеска) измельчённого сырья помещали в коническую колбу вместимостью 200 мл и добавляли 100 мл спирта этилового 50%-ного, колбу закрывали пробкой и взвешивали с точностью до 0,01 г. Колбу присоединяли к обратному холодильнику и нагревали на кипящей водяной бане в течение 60 мин с момента закипания растворителя. Колбу охлаждали до комнатной температуры, доводили растворителем до первоначальной массы, перемешивали. Извлечение пропускали через бумажный складчатый фильтр "белая лента" (раствор А).

В мерную колбу вместимостью 25 мл помещали 0,5 мл раствора А и доводили объём раствора до метки спиртом этиловым 50%-ным, перемешивали (раствор Б). Оптическую плотность раствора Б измеряли на спектрофотометре APEL PD-303 UV при длине волны 328±2 нм в кюветах с толщиной поглощающего слоя 1 см. Содержание суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту и абсолютно сухое вещество (X, %) вычисляли по формуле:

$$X = \frac{A \cdot a_0 \cdot 100 \cdot 25 \cdot 0{,}5 \cdot 100 \cdot 100}{A_0 \cdot a \cdot 0{,}5 \cdot 25 \cdot 25 \cdot (100 - W)},$$

где A — оптическая плотность испытуемого раствора; a — масса навески цикория обыкновенного травы, г; W — потеря в массе при высушивании сырья, в процентах;

A_0 = 782 (удельный показатель поглощения для раствора стандартного образца с концентрацией 1% и толщиной слоя кюветы 1 см); a_0 = 12,5 г; a = 1 г [2].

Количественное определение аскорбиновой кислоты в исследуемом ЛРС проводили алкалиметрическим методом. Для этого исследуемое сырьё измельчали, и из грубо измельченной пробы взятого на анализ сырья брали навеску массой 20 г, помещали в фарфоровую ступку, где тщательно растирали со стеклянным порошком (около 5 г), постепенно добавляя 300 мл воды, и настаивали 10 мин. Затем смесь размешивали и извлечение фильтровали.

В коническую колбу вместимостью 100 мл вносили 1 мл полученного фильтрата, 1 мл 2% раствора хлористоводородной кислоты, 13 мл воды, перемешивали и титровали из микробюретки раствором 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия (0,001 моль/л) до появления розовой окраски, не исчезающей в течение 30-60 с. Титрование продолжали не более 2 мин. Было определно заранее, что в случае интенсивного окрашивания фильтрата или высокого содержания в нем аскорбиновой кислоты [расход раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия (0,001 моль/л) более 2 мл], обнаруженного пробным титрованием, исходное извлечение разбавляется водой в 2 раза или более.

Содержание аскорбиновой кислоты в пересчете на абсолютно сухое сырьё в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$X = \frac{V \cdot 0{,}000088 \cdot 300 \cdot 100 \cdot 100}{m \cdot 1 \cdot (100 - W)},$$

где 0,000088 - то количество аскорбиновой кислоты, которое соответствует 1 мл раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия (0,001 моль/л), в граммах;

V — объём раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия (0,001 моль/л), пошедшего на титрование, в миллилитрах; m — масса сырья в граммах; W — потеря в массе при высушивании сырья в процентах [1; 3].

Результаты обсуждение

Спектрофотометрический метод показал (табл. 1), что содержание суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту в траве C. intybusL., собранной в Новосергиевском районе Оренбургской области, составило 4,46±0,04 %, а в траве C. intybusL., собранной в Адамовском районе Оренбургской области, составило 5,72±0,07 %.

Таблица 1

Метрологическая характеристика метода количественного определения суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту в траве C. intybusL.

Район заготовки	n	*f*	x□	S^2	S	P,%	t (P,f)	Δx□	E %
Новосергиевский	15	14	4,46	0,0413	0,064	95	2,15	0,04	0,83
Адамовский	15	14	5,72	0,0139	0,118	95	2,15	0,07	1,19

При установлении метрологической характеристики спектрофотометрического метода количественного определения суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту было определено отсутствие грубых промахов в проанализированной выборке (выборка однородна). Показано, что относительная ошибка опыта составляет 0,83 % для травы, собранной в Новосергиевском районе, и 1,19 % для травы, собранной в Адамовском районе.

Алкалиметрический метод показал (табл. 2), что содержание аскорбиновой кислоты в траве C. intybusL., собранной в Новосергиевском районе

Оренбургской области, составило 1,27±0,12 %, а в траве C. intybusL., собранной в Адамовском районе Оренбургской области, составило 1,15± 0,12 %.

Таблица 2

Метрологическая характеристика метода количественного определения аскорбиновой кислоты в траве C. intybusL.

Район заготовки	n	*f*	x□	S^2	S	P,%	t (P,f)	Δx□	E %
Новосергиевский	15	14	1,27	0,0456	0,214	95	2,15	0,12	6,78
Адамовский	15	14	1,15	0,0425	0,206	95	2,15	0,12	10,29

При установлении метрологической характеристики алкалиметрического метода количественного определения аскорбиновой кислоты было определено отсутствие грубых промахов в проанализированной выборке (выборка однородна). Показано, что относительная ошибка опыта составляет 6,78 % для травы, собранной в Новосергиевском районе, и 10,29 % для травы, собранной в Адамовском районе.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что выявленные различия в накоплении биологически активных веществ (суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту, аскорбиновой кислоты) травы Cichorium intybus L., произрастающей в Адамовском и Новосергиевском районах Оренбургской области, обусловливаются различиями климатических условий в данных районах.

Выводы

1. В траве C. intybusL., произрастающей в Новосергиевском районе Оренбургской области, определено содержание суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту 4,46±0,04 % и содержание аскорбиновой кислоты 1,27±0,12 %.

2. В траве C. intybusL., произрастающей в Адамовском районе Оренбургской области, определено содержание суммы фенольных соединений в пересчёте на цикориевую кислоту 5,72±0,07 % и содержание аскорбиновой кислоты 1,15±0,12 %.

3. Трава C. intybusL., произрастающая в Адамовском районе, может рассматриваться в качестве потенциального источника фенольных соединений, поскольку содержание этой группы БАВ превосходит аналогичный показатель, характеризующий траву C. intybusL., произрастающую в Новосергиевском районе.

4. Трава C. intybusL., произрастающая в Новосергиевском районе, может рассматриваться в качестве потенциального источника аскорбиновой кислоты, поскольку содержание этого БАВ превосходит аналогичный показатель, характеризующий траву C. intybusL., произрастающую в Адамовском районе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беликов, В.Г. Фармацевтическая химия. В 2 ч.: Ч 1. Общая фармацевтическая химия; Ч.2. Специальная фармацевтическая химия [Текст]: учеб. для вузов. / В.Г. Беликов. - М.: МЕД-пресс-информ, 2007. - 624 с.
2. Биохимическая характеристика и элементный состав цикория салатного (Cichorium intybus L.) сорт Конус [Текст] / Н.А. Голубкина [и др.] // Овощи России. - 2019. - № 3(47). - С. 80-86.
3. Государственная фармакопея Российской Федерации [Электронный ресурс]. В. 3 т. / М-во здравоохранения Рос. Федер. - 14 изд. - Режим доступа: http://www.femb.ru/femb/pharmacopea.php
4. Куркин, В.А. Фармакогнозия [Текст]: учебник для студентов фармацевтических колледжей и ВУЗов. / В.А. Куркин. - Самара: ООО "Офорт", ГОУВПО "СамГМУ", 2007. - 728 с.
5. Разработка методики количественного анализа биологически активных веществ и оценка динамики их накопления в зависимости от фазы вегетации цикория обыкновенного (Cichorium intybus L.) [Текст] / О.Л. Сайбель [и др]. - Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. - 2016. - № 6. - С. 20-24.

Поступила 09.11.2020

УДК 61. 616.61-004.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМ ПОЧКАМИ

Гаффоров С.А., Абдуллаев Ш. Р.,

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Связь между заболеваниями полости рта и общесоматическими заболеваниями организма широко освещена в зарубежной и отечественной литературе, особенно в хронической болезни почек. Клиническая тяжесть заболевания частично освещена у 30 пациентов. Для местного лечения полости рта использовались "Масло алоэ вера", "Имбирь", "растение Мирра" и "Твоздичным эфирным маслом".

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, полость рта.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGIDA AFTOZ STOMATITNING KECHISHI VA QAYTALANISH XUSUSIYATLARI

G‘afforov S.A., Abdullaev Sh.R.,

Toshkent tibbiyotni takomillashtirish instituti, Toshkent, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Makolada xorijlik va yurtimiz adabiyotlarida og‘iz bushligi kasalliklarini, organizmning umumiy somatik kasalliklari bilan o‘zaro bog‘liqligi keng yoritilgan. Ayniqsa surunkali buyrak xastaliklari xaqida to‘liq ma'lumot berishga tayangan. Kasallikni klinik kechishidagi og‘irlik ko‘rsatgichi, 30 nafar bemorlar misolida qisman bayon etilgan. Og‘iz bushlig‘i maxalliy davolashda, xalk tabobatidan keng qullaniluvchi shifobaxsh dorivor usimliklardan, "Aloe vera moyi", "Imbir", "Mirra moyi" va "Gvozdik efir moyi" giyoxlaridan foydalanilgan.

Kalit so‘zlar:surunkali buyrak xastaliklari, og‘iz bo‘shlig‘i.

FEATURES OF THE COURSE AND RECURRENCE OF APHTHOUS STOMATITIS IN RELATION TO CHRONIC KIDNEY DISEASE

Gafforov S.A., Abdullaev Sh.R.,

Tashkent Institute for Advanced Medical Studies, Tashkent, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The relationship between diseases of the mouth and general somatic diseases of the body is widely covered in foreign and domestic literature, especially in chronic kidney disease. The clinical severity of the disease is partially covered in 30 patients. For local treatment of the oral cavity, "Aloe Vera Oil", "Ginger" and "Mirra "medicinal plants.

Key words: chronic kidney disease, oral cavity.

Актуальность

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) в настоящее время представляет одну из актуальных проблем современной стоматологии в связи с широкой распространенностью, как в Узбекистане, так и во всем мире. Известно, что ХРАС характеризуется недостаточностью клеточного и гуморального звеньев иммунитета, повышенной сенсибилизацией организма, хронического течения заболевания. Этиология и патогенез этого заболевания, несмотря на многочисленные исследования, до сих пор остаются до конца не изученными. Существует нейрогенная, иммунная, инфекционно-аллергическая теория происхождения ХРАС [1, 2,5]. Цель: Изучить частоту встречаемости, особенности клинического течения и повысить эффективность лечения ХРАС у больных хроническими болезнями почек. Материалы и методы: Обследовали 30 лиц с ХРАС на фоне хронических заболеваниях почек. Пациенты обращаются за помощью в период обострения. Появления афт, выраженный болевой синдром, апатия, нарушение сна, головная боль, канцерофобия, что, конечном итоге, приводит к снижению качества жизни пациентов. По данным зарубежных авторов (Boldo A .2008), ХРАС имеет три основных проявления: малые афты (афты Микулича), размером не более10 мм, большие афты (болезнь Сеттона), герпетиформные язвы -множественные афты. ХРАС может

быть одним из симптомов генерализованного афтоза (большой афтоз Турена) и признаком болезни Бехчета.

У больных ХРАС тяжесть клинического проявления заболевания оценивали по балльной системе, разработанной Х.П.Камиловым и У.А.Шукуровой. (2008) Учитывались основные симптомы и проявления заболевания: общее состояние больных, температура тела, состояние региональных лимфатических узлов, размер и количество афт, состояние краев и дна афт, степень болезненности, частоту рецидивов. Индекс тяжести заболевания

(ИТЗ) учитывался как средний балл выбранных показателей. ИТЗ в пределах от 0,5 до 1,0 принимался как легкое течение заболевания; величины ИТЗ - 1,1-2,0 и 2,1-3,0 оценивались соответственно, как среднее и тяжелое течение РАС. В целом из 30 больных с

ХРАС у 15 диагностировали РАС средней тяжести; у 11 - течение оценивалось как легкое и 4 больных имели тяжелое течении ХРАС.

В связи с выявлением иммунного дисбаланса, обосновано включение в комплексное лечение ХРАС препаратов, обладающих иммуно- корригирующими свойствами: Галавита, с угнетением местного иммунитета и необходимостью его коррекции рекомендовали Имудон, в качестве средств неспецифической десенсебилизации использовали гистаглобин антигистаминные препараты кальция. В местном лечении на полости рта(ПР) фитотерапевтические [3,4] полоскания ПР "Гвоздичным эфирным маслом", "Имбир", "Растение Мирра" и "Масло алоэ вера".

Результаты исследований: У больных, получавших традиционное лечение, вышеуказанное препаратом ускорилась эпителизации, длительное реммисия и улучшилось качестве жизни. Лечение ХРАС представляет трудную задачу ввиду того, что этиология и патогенез окончательно не выяснены. Подбор индивидуальной комплексной патогенетической фармакотерапии в соответствии с особенностями течения процесса и учетом соматического состояния пациента обеспечивает успех лечения. Необходимо углубленное обследование больного и консультации смежных специалистов (нефрологов и урологов), так как афты на СОПР могут возникать как симптомы общих заболеваний. Местное использовании природными лечебными лекарственными растениями "Гвоздичным эфирным маслом", "Имбир", "Растение Мирра" и "Масло алоэ вера" с применением комплексный санация полости рта статистически значимо повышает эффективность терапии, не ведет к аллергизации и развитию аутоиммунной патологии, снижает отрицательное влияние инфекции на организм, риск развития побочных эффектов и осложнений.

Выводы. Таким образом, ХРАС в настоящее время представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. На современном этапе существует большое количество средств и методов лечения ХРАС, однако польной алгоритм комплексной терапии не разработан, отсутствуют методики поддерживающей терапии, что по-прежнему остается актуальной и требует дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопова Л.В. Клинико-биохимическая оценка эффективности местной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита// Автореф. дисс.. .к. м. н. Краснодар, 2015.-19с.
2. Алимова Д.М. Повышение эффективности лечения, рецидивирующего афтозного стоматита с применением озона//Автореф.дисс□к.м.н. Ташкент, 2018. -19 с.
3. Дегтярь Э.А. Клинико-биохимическое обоснование эффективности местной терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта при стоматите зубных рядов // Автореф. дисс. □к.м.н.-Краснодар, 2015. - 19с.
4. Никонов Г.К., Майнуйлов Б.М. "Основы современной фитотерапии" //www.e-stomatology.ru., 2018г.
5. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции. Автореф. док. мед. наук. 45 с. Нижний Новгород 2015.

Поступила 09.11.2020

УДК 61. 616.1

SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGI BILAN KASALLANGAN EMORLARNI IBN SINO USULLARI BILAN TANANI TOZALASH

Jabbarova M.B., Qodirova Sh.S.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Hozirgi vaqtda yurak ichi va markaziy gemodinamikasini, mikrosirkulyatsiyani, organizmning neyrogumoral tizimlari faoliyatini, yurak ritmining buzilishi, to‘satdan yurak o‘limini, tromboembolik sindromni normallashtiradigan surunkali yurak etishmovchiligini (CHF) davolash tamoyillari ishlab chiqilgan. Ko‘p sonli ma'lumotlar turli kasalliklarni davolashda girudoterapiyaning yuqori samaradorligini tasdiqlaydi. Surunkali yurak yetishmovchiligining klinik kursiga girudoterapiyaning ijobiy ta'siri yaxshi o‘rganilgan. Ko‘pgina tadqiqotlarda tibbiy zuluklar bilan davolash jarayonida akrotsianoz, nafas qisilishi, shish, gepatomegaliya kamayganligi aniqlandi.

Kalit so‘zlar: surunkali yurak etishmovchiligi bilan kasallangan bemorlarni ibn sino usullari bilan tanani tozalash.

ОЧИСТКА ОРГАНИЗМА ПО МЕТОДАМ ИБН СИНО У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Джаббарова М.Б., Кодирова Ш.С.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В настоящее время разработаны принципы медикаментозного лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН), нормализирующие внутрисердечную и центральную гемодинамику, микроциркуляцию, активность нейрогуморальных систем организма, профилактику и терапию нарушений сердечного ритма, внезапной сердечной смерти, тромбоэмболического синдрома. Многочисленные данные подтверждают высокую эффективность гирудотерапии при лечении различных заболеваний. Положительное действие гирудотерапии на клиническое течение хронической сердечной недостаточности хорошо изучено. Во многих работах выявлено уменьшение акроцианоза, одышки, отеков, гепатомегалии при курсовом лечении медицинскими пиявками.

Ключевые слова: очистка организма по методам ибн сино у больных хронической сердечной недостаточностью.

CLEANSING THE BODY ACCORDING TO THE METHODS OF IBN SINO IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Djabbarova M. B., Qodirova Sh.S.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Currently, the principles of drug treatment of chronic heart failure (CHF) have been developed, which normalize intracardiac and central hemodynamics, microcirculation, activity of the body's neurohumoral systems, prevention and therapy of cardiac arrhythmias, sudden cardiac death, thromboembolic syndrome. Numerous data confirm the high efficiency of hirudotherapy in the treatment of various diseases. Numerous data confirm the high efficiency of hirudotherapy in the treatment of various diseases. The positive effect of hirudotherapy on the clinical course of chronic heart failure has been well studied. In many studies, a decrease in acrocyanosis, dyspnea, edema, hepatomegaly was revealed during the course of treatment with medical leeches.

Key words: cleansing the body according to the methods of ibn sino in patients with chronic heart failure

Introduction

Now the principles of drug treatment of the chronic heart failure (CHF) meaning normalization of an intracardial and central hemodynamics, microcirculation, activity of neurohumoral systems of an organism, prevention and therapy of disturbances of a heart rhythm, sudden cardiac death, thromboembolic syndrome are defined (Belenkov Yu.A., Mareev V.Yu., 2000; Braunvald E. et al., 2005). Wide use of ACE inhibitor, blockers of adrenergic receptors, diuretics allowed to improve considerably quality and life expectancies of patients with chronic heart failure. Despite obvious achievements of the last years in the field of studying of a pathogeny, diagnostics and treatment, chronic heart failure remains widespread, heavy and predictively an adverse complication of many diseases of a cardiovascular system (Almazov V. A., Shlyakhto E.V., 2001; Cleland J., 2004). The prevalence of chronic heart failure constantly grows and is in the European population from 0.4% to 2% (Cowie M.R. et al., 1997). In Russia in 2002 revealed more than 8 million patients with clinical manifestations of chronic heart failure (Belenkov Yu. N and соав. 2003).

In recent years became more active to be applied the non-drug methods of treatment of chronic heart failure based on impact on an organism by electromagnetic radiation (laser therapy, therapy by waves of millimetric range), extracorporal removal of components of blood (hemodilution, blood ultrafiltration), synchronization of work of auricles and ventricles of heart, surgical correction of pathology of heart, influence as a secret of sialadens of a bloodsucker and others (Baskova I. P.,-2003; Korochkin

I.M., 2001; Bart of VA., Boyle A., Bank A.J., 2005; Constanzo \M.R. et al., 2007).

Numerous data confirm high performance of hirudotherapy at treatment of various diseases. Positive action of hirudotherapy on the clinical current of chronic heart failure is well studied. In many works reduction of a acrocyanosis, pant, hypostases, hepatomegalias is revealed at course treatment by medical bloodsuckers (Baskova I. P., 2006; We Promise N.I. 2003). At patients with coronary heart disease, the arterial hypertension noted positive action of hirudotherapy on indicators of the central hemodynamics, variability of a warm rhythm, a lipidic range of blood, fibrinogen level, functional activity of thrombocytes (Pine-forest E.P. Sviridkina L.P., 2006; Magk\gags of P., 2002). At the same time at purpose of hirudotherapy sick chronic heart failure did not carry out the tool assessment of systolic and diastolic function of a myocardium of a left ventricle, a condition of a system of a hemostasis that does the offered subject relevant.

Research objective

To estimate influence of hirudotherapy on a clinical current of chronic heart failure, at patients with coronary heart disease with the raised ABP.

Research problems.

1. To estimate influence of hirudotherapy on clinical manifestations of chronic heart failure at patients with the raised ABP.
2. To estimate influence of hirudotherapy on indicators of systolic and diastolic function of a left ventricle at ischemic heart disease patients with chronic heart failure and the normal ABP.
3. To estimate influence of hirudotherapy on indicators of systolic and diastolic function of a left ventricle at ischemic heart disease patients with chronic heart failure and an arterial hypertension.
5. To estimate influence of hirudotherapy on hemostasis indicators at ischemic heart disease patients with chronic heart failure and an arterial hypertension.

Materials and methods

100 patients with chronic heart failure of the II-III functional class on classification of NYHA aged from 55 till 77, 80 men and 20 women are investigated. From them at 71 patients II functional class chronic heart failure, at 29 - the III FC chronic heart failure was revealed. Development of chronic heart failure was the reason: postinfarction cardiosclerosis (78 patients) and fine-focal cardiosclerosis (22 patients). The diagnosis was established on the basis of a clinical picture of a disease, the anamnesis, data of definition of a distance of six-minute walking. The arterial hypertension was diagnosed for 54 patients.

Patients with diseases of the blood, connective tissue, an oncopathology, a hemorrhagic syndrome, a diabetes mellitus of the I type expressed by renal and hepatic pathology did not join in a research. Patients were observed in out-patient conditions and after receiving the informed consent were distributed by means of draw on two groups: the 1st group - 70 patients receiving hirudotherapy course, the 2nd group (control) - 30 patients who were not receiving treatment by medical bloodsuckers. Depending on existence of an arterial hypertension in the anamnesis patients of both subgroups were divided into two subgroups (Table 1). Groups of patients were comparable on age, existence of associated diseases and the accepted medicinal therapy.

Standard therapy of chronic heart failure included APF inhibitors, blockers of beta adrenergic receptors, diuretics, acetylsalicylic acid. During observation of a dose of medicines did not change.

The technique of carrying out hirudotherapy at patients with chronic heart failure included use not less than 5 pieces of medical bloodsuckers on one procedure by Abu Ali ibn Sino‘s methods. The number of procedures was 10 sessions at an interval of the 2 days. hirudotherapy renders the reflexogenic, anti-coagulating, anti ischemic, anti-hypoxemic, hypotensive, immunostimulating, anti-inflammatory, analgesic, anti-sclerous, regenerator action, causes a exsanguination, a dekongestion of internals, protective anti-thrombotic effect, elimination of microcirculation violations.

Before treatment and upon termination of the observation period (6 weeks) estimated a clinical condition of patients, defined a distance of six-minute walking, carried out the daily monitoring of arterial blood pressure (DMABP), ultrasound examination of heart with assessment of systolic and diastolic function of heart, hemostasis indicators. In the main group the condition of a hemostasis was estimated in addition next day after the fifth session of hirudotherapy (2-3 weeks). The assessment of a clinical course of a disease was carried out on change of manifestations of chronic heart failure (weakness, an asthma at a usual exercise stress, interruption in cardiac performance and/or heartbeat, peripheral hypostases, a hepatomegalia) and functional class chronic heart failure according to a distance of six-minute walking.

Measurement was taken through a 20-minute interval in the afternoon (from 7:00 till 23:00) and through 30-minute - at night (from 23:00 till 7:00). The index of time was defined how the percentage of number of measurements during which systolic arterial blood pressure exceeded the level of 140 mm Hg. in the afternoon and 120 mm Hg. at night, and diastolic arterial blood pressure exceeded respectively 90 and 80 mm Hg, to the total number of measurements. Were estimated average daily systolic and diastolic arterial blood pressure (in mm Hg.) and the index of time for systolic and diastolic arterial blood pressure (in %).

The test of six-minute walking was carried out in a hospital corridor which length was precisely measured. After acquaintance with the forthcoming test of the patient quietly went along the corridor. After fifteen-minute rest, the patient within 6 minutes went along the corridor, trying to overcome the longest distance. The test was stopped at emergence of the expressed discomfort (pant, dizzinesses, sharp weakness). In 30 minutes the test was repeated and took average value of two tests.

The aggregation ability of thrombocytes was studied on the two-channel laser analyzer of aggregation of thrombocytes of "Biol" (Russia) by a turbidimetric method and assessment of the average size of platelet units in real time. As the inductor used 0.5 microns of ADF. For spontaneous aggregation normal values varied from 1.0 to 1.4 units, for ADF - the induced aggregation from 1.5 to 3.5 units.

At statistical processing of the received results standard methods of the variation analysis were used. Intergroup distinctions were estimated by confidential criterion of Stjyudent. Statistical processing of the obtained data was carried out by means of the computer Excel program.

Results of a research and their discussion

The 1st group. Influence of hirudotherapy on the clinical course of a disease at sick chronic heart failure with the normal level of arterial blood pressure is investigated at 42 ischemic heart disease patients. To the termination of hirudotherapy improvement of a clinical state is noted at 33 patients (78.5%) that was expressed in reduction of functional class chronic heart failure according to test results of six-minute walking. The I FC chronic heart failure was diagnosed for 12 patients with initially verified II FC chronic heart failure to the termination of a course of treatment that was followed by a tendency to increase in a distance of six-minute walking.

At patients of 2nd group: We revealed reliable decrease in systolic arterial blood pressure on average in group for 10% ($p < 0.01$) and the index of time of systolic arterial blood pressure by 1.5 times ($p < 0.05$) that demonstrates hypotensive effect of hirudotherapy. Reliable influence on the size of diastolic arterial blood pressure of course treatment by medical bloodsuckers is not revealed. At 5 patients after the first statement of medical bloodsuckers and at the 3rd patient after the second procedure rise in systolic arterial blood pressure on 10 - 15 mm Hg was noted. With the subsequent decrease to reference values within 30 minutes. Decrease in systolic arterial blood pressure is lower than 100 mm Hg. it is noted. In general on group reduction of systolic arterial blood pressure to the termination of a course of hirudotherapy on 5 - 20 mm Hg. it is registered at 26 of 33 patients, diastolic arterial blood pressure on 5 - 10 mm Hg. - at 18 patients.

Influence of hirudotherapy on indicators of the central hemodynamics was depending on the level of arterial blood pressure. In group of patients with an arterial hypertension reliable decrease in average daily systolic arterial blood pressure and the index of time of systolic arterial blood pressure, a tendency to reduction of size of diastolic arterial blood pressure is revealed. The hypotensive effect of hirudotherapy was confirmed in Maksyutkin N.A. works. (2003) and Gantimurova O.G. (2005).

In case of successful treatment of heart failure at patients improvement of inotropic ability and diastolic relaxation of a myocardium is noted (Braunvald E., 2005). In group of patients with an arterial hypertension reduction of weight of functional class chronic heart failure was combined with a tendency to reduction of end-diastolic volume, reliable decrease in end-systolic volume and reliable increase in ejection fraction of a left ventricle. In our opinion it is caused by reliable decrease in size of systolic arterial blood pressure at patients in the course of treatment at the expense of what there is a reduction of postload of a myocardium. The combined reduction before - and postloads of a myocardium also leads to increase in a stroke output, fraction of exile and demonstrates improvement of pump function of heart at sick chronic heart failure with the increased ABP level.

Dynamics of diastolic filling of a left ventricle in the course of hirudotherapy was unidirectional in both groups of patients. At most, of patients at whom decrease in functional class chronic heart failure was noted reduction of severity of diastolic dysfunction of a myocardium of a left ventricle was revealed. The positive effect of hirudotherapy on relaxation of a myocardium of a left ventricle at ischemic heart disease patients can be caused by anti-ischemic effect of secretion of sialadens of a bloodsucker, improvement of indicators of an intracardial and central hemodynamics. Interesting results were received when studying influence of hirudotherapy on indicators of a plasma hemostasis and functional activity of thrombocytes. We did not reveal reliable differences in the activated partial thromboplastin time, international normalized ratio level before treatment by medical bloodsuckers. On the other hand, to the termination of a course of treatment the level of fibrinogen and RKMF decreased to normal amounts that speaks about reduction of a trombinemia. We also found initial increase in spontaneous aggregation of thrombocytes in patients of the main and control groups. To the termination of a course of hirudotherapy spontaneous aggregation of thrombocytes was normalized while remained raised with patients of control group. Thus, it is possible to draw a conclusion on existence of antithrombocytic effect of hirudotherapy at patients with chronic heart failure.

Conclusions

1. Use of hirudotherapy by Abu Ali ibn Sino‘s methods at the same time with "standard" drug treatment is followed by reduction of clinical manifestations of chronic heart failure at patients with coronary heart disease. At the same, time the tolerance to an exercise stress (according to a distance of six-minute walking) at sick II and III functional classes of chronic heart failure increases.

2. At use of hirudotherapy in complex treatment of chronic heart failure at 25% of patients reduction of diastolic dysfunction of a myocardium of a left ventricle according to a Doppler research of heart is observed.

3. Has hirudotherapy a positive impact on hemostasis indicators at sick chronic heart failure that is expressed in normalization of concentration of fibrinogen and soluble fibrin monomer complexes, increase in content of plasminogen in blood, decrease spontaneous and ADF - the induced aggregation of thrombocytes.

LIST AND REFERENCES:

1. Abu Ali ibn Sino "Canon of medical science", Publishing house of "Fan", T., 1979.
2. Almazov V. A., Shlyakhto E.V. Cardiology for the general practitioner. St. Petersburg., publishing house СПбГМУ, 2001. - T.1-127C.
3. Ardashev A.V., Zhelyakov E.G., Kuznetsov Yu. In, etc. Influence of the resynchronizing electrocardiostimulation on quality of life of patients with chronic heart failure. Cardiology. 2007.-№2. - Page 31-38
4. Baskova I. P. Ways of improvement of a method of hirudotherapy. Girudo2003. Under the editorship of Baskova I. P. - Moscow.-2003. - S.Z-5
5. Baskova I. P. Phenomenon of a medical bloodsucker. Mat. The IX scientific and practical conference of Association of girudologists of Russia. Balakovo.-2006. - Page 22-23
6. Isakhanyan G.S. About the reflex mechanism of action of hirudotherapy. Treatment by medical bloodsuckers and drugs from them. The collection of articles on materials of scientific conferences of Association of girudologists of 1992-1997 Lyubertsy. 2003. - prince 1. - Page 22-23
7. Smirnova A.F. Experience of the combined use of hirudotherapy and girudofarmakologiya. Relevance of a post-aggressive syndrome. Mat. The IX scientific and practical conference of Association of girudologists of Russia. Balakovo.-2006. - Page 51-55
8. Smirnova L.M., Petrova R.V., Yakovleva of V.V. hirudotherapy and cardiovascular pathology. Girudo-2003. Under the editorship of Baskova I. P. - Moscow.-2003. - Page 11-13
9. Cleland J.G.F. Management of thrombosis in heart failure. Heart Failure.-Philadelphia: D.L.Mann-Saunders. 2004. - P.653-681
10. Cleand J.G.F., Daubert J-C., Erdmann T. et al. for the Cardiac resynchronization-Heart Failure (CARE-HF) Study Investigators. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. N. Engl. J. Med. 2005; 352:1539-1549

Entered 09.11. 2020

УДК 61. 615.5

VITILIGONI IBN SINO USULLARI BILAN DAVOLASH

Jabbarova M.B., Qodirova Sh.S.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Maqolada Abu Ali ibn Sinoning teri kasalliklaridan vitiligoni paydo bo'lish sabablari, bundan tashqari uni kelib chiqish tabiati haqidagi nazariy va amaliy ta'limoti bayon etilgan. Vitiligoni jins va yosh bo'yicha tarqalishi to'g'risida ham ma'lumotlar berilgan. Bemorlarni ovqatlanish tartibiga e'tibor berilgan bo'lib, asosan davolashda ibn Sino bo'yicha to'liq ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit so'zlar: vitiligoni ibn sino usullari bilan davolash.

ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО ПО МЕТОДАМ АВИЦЕННЫ

Джаббарова М.Б., Кодирова Ш.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье описаны причины возникновения, факторы, влияющие на появление витилиго по взглядам Абу Али ибн Сино, также его теоретические и практические учения о природе его происхождения. Приведены данные о распространенности витилиго по полу и возрасту. Большое внимание уделяется диете пациентов, режим питания при данном заболевании.

Ключевые слова: лечение витилиго по методам авиценны.

TREATMENT OF VITILIGO ACCORDING TO AVICENNA'S METHODS

Djabbarova M.B., Qodirova Sh.S.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article describes the causes of occurrence, factors influencing the appearance of vitiligo according to the views of Abu Ali ibn Sino, as well as his theoretical and practical teachings about the nature of its origin. The data on the prevalence of vitiligo by sex and age are presented. Much attention is paid to the diet of patients, the diet for this disease.

Key words: treatment of vitiligo according to avicenna's methods.

Introduction

Consumption of beef leads to white macular disease in the body. When eggplant is consumed regularly, it causes a black bile illness, it also blends the face and skin, brightens the color, and creates the freckles on the face. Al-Kundur-Kundur al-Ghazwiliyya (Boswalliya) the excessive consumption of this causes leprosy, whose smoke then changes the colour of skin, destroying it. When An-Naniha-Jo'wana (Ajgon) and caraway drunk or smeared on the skin, it can turn yellow the face and body. Furthermore, on the body of the person who consumes too much caraway bile may reveal itself. Milk - too much drinking of this liquid is often causes leprosy.

White and black spots. Be aware that the macules are thin white spots that appear on the surface of the body (at the top). Its consequence gradually causes leprosy. The sign of white macules is that they are not very white, but are close to skin colour. These spots do not annex the body, nor effuse on the skin. If white macules are punctured with a needle, the bleeding occurs. White macules sometimes appear and disappear quickly.

However, black macules can change the color of the body to black. If the skin is rubbed, something that looks like a dandelion drops, and the rubbled region of the skin becomes red. This is a symptom of bile inflammation and a tendency toward an organism's schizophrenia. These situations often occur in young people.Its Cure: By using methods that help alleviate a black bile illness, black spots can be eliminated by means of interior cleaning methods. This information is also reflected in the works of Samarkandiy.In the book Al-Luqat, the method of treating black macules is the samewith the treatment of leprosy. However, the density of the black macules is less, and when there is an increase of spots on the body, the risk of getting leprosy will be greater.

Another way to treat it is to consume sputum, in which case bdelygmia and vomiting are of paramount importance. Likewise, those with illnesses, exhausted people, physically employed, and those who are exposed to the sun should be careful not to eat sputum, heat or dried food such as fish and milk.Treatment of black spots.If the spots are too bloody, bleeding is necessary for extirpation of bile and blood which are like black cranberries. People with such illnesses should avoid eating foods which stimulates production of phlegm such as fish and milk, and should avoid eating foods that enhance their black bile illness. If you are consuming something that boosts your black bile, then you can benefit from the onion that is softened with a bit vinegar and consuming it at sunny heat.The next type of the treatment: For macules, arugula and sulfur are added in the same amount and mixed,

after which substances are crushed till the consistence will be like the flour's, then kneaded with vinegar, and smeared on the freckles as well as white and black macules appeared places of the skin. (in modern medicine, it is also used as a sulfur-effective medicine for removing white skin from the body). To remove white macules, carefully squeeze the cabbage and vinegar, and then knead with vinegar, then ready natural medicine is smeared on the skin. Al-Hisham mentions the above information in his own work.Dammul-khavain-Khuni Seovashon (grass tree's glue) is thoroughly granulated, crushed and then treated with vinegar and then if smeared on the macules of the body,it will make them vanished.If you crush onion, knead with honey, and then smear on black spots on your body, you lose the macules with completely (that is, incinerate the root of the spots). Simpler treatments for the loss of smells.

Garlic - It is also useful for macules and removes it from body.

Al-Fawwa (tu) - The roots of the mountain musk - it is heated by vinegar and is rubbed to the body's macules.

Sedan is a good for treating macules when rubbed on the spots of the body. It will be useful if you smear a sedan added with vinegar to the macular surface of the body. This treatment is mentioned in many medical books.

Aloe vera - Yellow tree - helps to eliminate spots if it is drunk or rubbed.

Al-Asal - If added to the natural remedies used for the removal of macules and leprosy, it will accelerate the cure and improve the somatic side effects of these natural remedies.Birch-dropper - The goat's dried dung - When the goat's dung is cooked, crushed and added to sulfur powder and rubbed to white macules on the body till its removed, it will definitely affect positively macules and takes them away.

Natural remedies for exposure of wounds and scars Pomegranate bark - it is mixed with honey and rubbed on the place of skin where the sign of smallpox is left, and if it is done for several consecutive days by replacing pomegranate bark on each procedure, the sign of smallpox will be completely removed.

Arsenic is a very useful natural material for treating the sign of severe beating, massacre and scratching.Al-Juljulon (the Crocus) - eliminates the crevices (consequences) caused by beating, massacre and falling. It is useful for rubbing off consolidated blood, abovementioned crevices, black bile illnesses, cruelty and diseases occurred in animals to use seed of coriander for bandaging.

Radishes - it is beneficial to all the illnesses and pains, as well as the consequences of the beatings. These diseases are bandaged with radishes. In other circumstances, for eliminating the consequences of clubbing blow sesame is used when bandaging and it is said to be very beneficial in this case.

Az-Zirnih al-asfar - Arsenic- If it is rubbed on the surface of the body, it will be useful.al-Baras- (leprosy sickness) Leprosy disease is often in white colour. Its appearance connected to phlegm. Sometimes the colour is black. Its etiology is black bile. Its types(character) are despicable, itchy, scarred. If they are scratched, squama will fall like scruf.

This disease is divided into two types.The first type is not amenable to the treatment. If the needle is punched to it, then white water will come out of it.The second type is hard to deal with. If the needle is punched to it, then it red water flows out of it.

Treatment: The patient is treated with procedures that help to remove black bile disease out of the patient. If a person with a leprosy needs oil, he should be greased with olive oil. It is better to eat honey than candies.

It is also important to avoid the hardly digested heavy meat of wild animals. The deer's meat can be eaten, but four kinds of meat should be avoided to eat and avoid consuming any kind of fat.What you need to eat: It is important to eat foods like baked bread, honey, olive oil, egg yolk and poultry, and eat foods that are more digestive and can produce good blood (which improves blood circulation and increase amount of blood).

Marriage with them is futile.One of the guidelines that some of the health books have to offer is beneficial for people diagnosed with leprosy: bossy's (unbreeded cows) urine is applied to the body.It is bread and butterfat that people diagnosed with leprosy consume. If this discipline is observed for a period of forty days, greasing the urine of cow, rubbing the equal amount of henna and mustard with warm water on the whitened area of the skin, it is then dried with dry cloth. This procedure should be done till getting rid of disease.

LIST AND REFERENCES:

1. Abu Ali ibn Sino. Medical Laws. Books I, II, III. 1980, Tashkent. Medical publishing house.
2. Abu Ali ibn Sino. Medical booklets. 1987 Tashkent. Medical publishing house.
3. Abu Ali ibn Sino. Medical Laws. Book IV. 1994, Tashkent. Public publishing house.
4. Abu Ali ibn Sino. Medical Laws. Book V. 1994, Tashkent. Public publishing house.
5. Abu Ali ibn Sino. Medical laws. VI book. 1994, Tashkent. People heritage publishing house.
6. Abu Bakr Ar-Razi. History of Diseases. 1994 Tashkent. Meros.
7. Abu Bakr Ar-Razi. The fast-paced diseases. 1992 Tashkent. Meros
8. A.Madraximov. Ibn Sina speaks about healing plants. 1990 Tashkent. Cocktail Publishing
9. Yu.Nuraliev. Luqmani Hakim. 1991 y. Dushanbe. Irfan publishing house.
10. M.Nabiev. The essence of vegetables berries. 1990 Tashkent. Cocktail Publishing.
11. Professional pallets. 1993 Tashkent
12. Hamidjon Zohidov. Xazinai is a medical past. 1990 Dushanbe, Irfon publishing house.
13. X.Holmatov, R.Sobirov. Medicinal herbs used by Abulgazi. Tashkent. 1996
14. M.Shodmonov. Medicinal herbs in Samarkand. 1993 Samarkand. Sogdiana.

Enteret 09.11.2020

УДК 30.001

TURLI XILDAGI MORFOLOGIK DARSLAR

Jalilova Zarnigor Obidovna,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada atamalarni shakllantirishning nutqning morfologik qismlari bilan lingvo-funktsional aloqalari, shuningdek, 20 va 21-asrlarning turli taniqli tilshunoslari va faylasuflarining ushbu ilmiy muammoga yondashuvlari tahlil qilingan.

Kalit so‘zlar: Terminologiya, terminologik elementlar. So‘zni termin hosil qiluvchi qismlar, foydalanish sohalari va fiksatsiya sohalari.

РАЗЛИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КЛАССЫ (НА ПРИМЕРЕ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ)

Джалилова З.О.,

Бухарский государственный медицинский институт имени
Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В данной статье анализируется лингво-функциональная взаимосвязь образования терминов с морфологическими частями речи, а также подходы различных выдающихся лингвистов и философов 20-21 веков к данной научной проблеме.

Ключевые слова: Терминология, терминологические элементы, терминообразующие части речи, области использования и области фиксации.

CONCERNING THE ISSUE OF TERMS, HAVING A PLACE WITH VARIOUS MORPHOLOGICAL CLASSES (IN VIEW OF THE EXAMPLE OF THE TERMINOLOGIAL ARRANGEMENT OF SOCIAL ACTION)

Djalilova Z.O.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The given article analyzes the linguistic-functional relationship of the formation of terms with the morphological parts of speech, as well as the approaches of various prominent linguists and philosophers of the 20-21 centuries toward this scientific issue.

Key words: Terminology, terminological elements, term-forming parts of speech, areas of use and areas of fixation.

Introduction

In modern linguistics and terminology, in particular, the question of the existence of a term in the form of one part of speech (namely, a noun) or the possibility of its belonging to different parts of speech has not yet received a definite answer. Intense discussions on this issue were conducted among linguists in the XX century. In the 30s of the 20th century, G. O. Vinokur put forward a provision on the stressed nominativity of the term, which implied the existence of the term only as a noun or as a phrase based on it [3, p. 3-54]. Although the scientist admits that a lot of verbs are used in a technical language, he insists that they enter directly into the terminology in the form of an abstract noun.This line of thought was shared by many linguists at one time (O.S. Akhmanova, N.A. Shcheglova, O.D. Mitrofanova, etc.) and was applicable not only to verbs, but adjectives and adverbs. A.A. Reformatsky partially supported the ideas of O. G. Vinokur, but recognized that along with nouns, terms can include verbs, adjectives and adverbs. Of course, he gave priority to the noun and considered them preferable. In his opinion, the rest of the speech could be included in the terminology if they could not undergo a synonymous substitution with a noun. However, even under such conditions, the terminable concepts are much broader than the semantic capabilities of the noun as a means of expressing these concepts [6, 128-136].

The adjective in terminology is most often used in its classifying function and acts, as a rule, as a terminological element in phrases. The terminology of adjectives leads to a change in lexical and grammatical and lexical and semantic properties: the shades of quality are lost, the semantic and morphological properties of relative adjectives are acquired, resulting in the impossibility of forming degrees of comparison and short form [2, p. 304]. Shamsutdinova R.R., examining the medical terms of the Tatar language, suggests that adjectives in terminology seek to express the genus-species relationship between concepts, performing the function of refinement. V.P. Danilenko, analyzing the relationship between the name and the verb regarding the sphere of use and the sphere of fixation, writes about the possibility of using various parts of speech as terms in the sphere of functioning, since although the semantics of the verb are not equivalent to the semantics of the term noun, nevertheless, the term verb gives a more narrowed meaning the volume, in comparison with the name, the concept of a specific

process, the phenomenon described in this particular situation: "terms can be considered verbs that ... name an important basic concept in ki, it is called the main processes of this discipline " [4, p. 246]. During the study of the system of terms of social work, it seems possible to consider in its composition 4 significant parts of speech: nouns and adjectives, verbs and adverbs. Noun terms are the most important lexical and grammatical means for expressing the concept of processes, states, actions, figures, objects, qualities. Nouns used as terms have the same grammatical categories as general literary nouns: number, case (care's task, child's (material) circumstances, children's legislation, children's resource center, Down's child, survivor's benefit).

As well as nouns from the general vocabulary, terms-nouns in form can be simple (abuse, adult, age, anger, and case), derivatives (disempowerment, education, ex-partner, ex-spouse, hospitalization, immobility, incapacity, isolation, masculinity, medication) and composite, including complex derivatives (alcohol-addicted, anxiety-depression, asylum seeker, birthrate / birth rate, boarding school, checklist). Animation value can be transmitted using affixes --er, -or, -ist, -holic, -ian, -ant, -ent, -ee, (abuser, alcoholic, assessor, autist, clinician, dependant / dependent, earner, employee) It should be noted that there are similar root pairs of noun and verb terms: abuse - to abuse, advocate - to advocate, care - to care, convict - to convict, disadvantage - to disadvantage, discharge - to discharge, divorce - to divorce, harm - to harm, neglect - to neglect, nurse - to nurse, support - to support, witness - to witness. In this case, there is a conversion, one of the morphological methods of term formation, with the direction of conversion according to the model N => V. As a result, the term system is replenished with terms-verbs, which, as shown by the analysis of the terms used in special literature for social workers, can express a professional concept and act as a term. Most often, verb terms are related to the same root noun term, from which it follows that in the terminology of social work, verb terms mainly exist on the basis of a noun term corresponding to the verb (to adopt - adoption, to befriend - befriender, to bring up - upbringing, to child-sit - child-sitting, to cohabit - cohabitation, to depress - depression, to diagnose - diagnosis). In the sphere of functioning, the term-verb demonstrates the presence of the same grammatical categories as the verb of the general literary language: time, type, voice, mood. Both personal forms of the verb are used, as well as non-personal forms (communion, gerund, infinitive). As for the terms-adjectives, in the field of functioning their properties are really somewhat limited in comparison with the adjectives of the general literary language. Adjectives perform the function of clarifying a concept, being markers of generic relationships between objects, concepts, and phenomena [1, p. 3-12]. Accordingly, most often the adjective term is a term element of a nominative terminological phrase (intellectual development, interpersonal development, inter-professional approach, interventive work, investigative approach, investigatory procedure, male-dominated occupation, marital breakdown, maternal health). As in the general literary language, the term system under study has a process of substantivating adjectives. Among the selected examples of terms, the following LUs are used as a substantive adjective and adjective (adolescent, bi-sexual, blind, contraceptive, disabled, elderly, heterosexual, homeless, individual, infant, lesbian, male, minor, old, peer, professional) The term system of social work presents derivative terms-adverbs formed from the basis of adjective terms using the -ly affix. Adverbs formed with the help of other affixes, or complex adverbs consisting of two bases, are not identified in the studied corpus of terms. This feature stems from the functioning of the term-adverb, which in the studied examples consists in syntactic connection with the adjective, indicating the attribute of the latter or clarifying it. Only adverbs, which are derivatives of adjectives, can act in such a function, and the suffix -ly is the most recognizable and often used to produce an adverb precisely from an adjective, and not from a noun, pronoun or numeral. The following examples of terminological phrases with an adverb term include: (cognitive-behaviourally oriented therapist, mentally disordered offender, psychoanalytically oriented psychiatrist, socially excluded member, sexually transmitted disease). At the stage of considering the terms belonging to different morphological classes, the question arises of distinguishing between complex words (complex derivatives of nouns such as boarding school, asylum seeker, etc., verbs of type bring up, child-sit, kick out, etc.) and syntactic phrases. Since such formations are a single whole from the point of view of semantics, have a common emphasis on phonetics and a single or hyphenated spelling, quite often separate spelling on the part of spelling, in this paper they are referred to complex words-terms. It should be noted that for commonly used complex words of this type, spelling or hyphenation is more often characteristic, less often separate [6, p. 128-136].

A feature of the studied terminology is the presence of a large number of separately formed complex words-terms. One of the reasons for this state of affairs is that the term, expressing a special, sometimes rather narrow concept, inevitably builds up its sonographic envelope, taking shape, including in a complex derivative word. The next reason for this seems to be the terminology of social work belonging to the class of scientific terminologies of social and human sciences, the terms of which are mainly definition terms [5, p. 414-419]. Such definition terms, in contrast to the nomenclature terms of the exact sciences, are directly related to the concept of a particular field and do not have a certain stability of the nomenclature term. Complicated words-terms perfectly meet the above specifics and, accordingly, can be attributed to either noun terms or verb terms. So, as the research material shows, nouns are not the only means of expressing a special concept in the field of social work, but the fact that nouns are the main, predominant part of speech for expressing a scientific or applied concept remains indisputable. The corpus of social work terms has a predominantly nominal character, representing scientific and applied knowledge about processes, conditions, actions, figures, objects, qualities. Also, in the corpus of social work terms, a large number of adjective terms are presented, which are necessary for constructing terminological phrases and transmitting a narrow special concept with their help. A feature of this terminology is the quantitative predominance of verb terms over adverb terms, which, being formed on the basis of an adjective term, occur singly. The terms-adverbs function and can be considered only within the terminological phrase, where they perform the function of refinement [7, p. 95-97]. Most of the terms in this area are consubstantial terms, i.e. in form they coincide with common words, which once again proves that this

term system (like any other) is a part, a subsystem of the literary language, while ensuring communication in the field of scientific and professional activity and knowledge. An analysis of the scientific literature on this issue and the study of a specific system of social work terms confirm that at the present stage of the development of terminology, it seems legitimate for scientists to include various morphological classes in the composition of terminological systems. In this case, the core of any terminology system will be nouns or nominative phrases. As for the quantitative distribution between the three other parts of speech (adjective, adverb, verb), each specific corpus of terms should be considered separately.

LIST AND REFERENCES:

1. Golovin B. N. "Term and word" // Term and word. Interuniversity collection. Gorky: ed. GSU named after N.I. Lobachevsky, 1980, p. 3-12.
2. Grinev-Grinevich S.V. Terminology: a textbook for students of higher educational institutions / S.V. Grinev-Grinevich. - M.: Publishing Center "Academy", 2008. - p. 304.
3. Vinokur G. O. On some phenomena of word formation in Russian technical terminology. // Proceedings of the Moscow Institute of History, Philosophy and Literature. T.5. Collection of articles on linguistics. M., 1939. - p. 3-54.
4. V.P. Danilenko "Russian terminology" / V.P. Danilenko. - M.: Nauka, 1977.-p. 246.
5. Sadullaev D. B. (2020). Historical reality concepts. ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (84), pp. 414- 419.
6. Denis Bakhtiyorovich Sadullaev, "problems of understanding philosophical text as a linguistic phenomenon", journalnx - a Multidisciplinary peer reviewed journal, volume 6, issue 6, issn: 2581-4230, page no. 128-136
7. Sadullaev Denis Bakhtiyorovich 2020. Concerning the history, formulation and interpretation of the conversion's issue in English language. International Journal on IntegratedEducation. 3, 3 (Mar. 2020), 95-97.

Enteret 09.11.2020

УДК 61. 616.614.4

АБУ АЛИ ИБН СИНОНИНГ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ТАДБИРЛАРИДА ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗН ВА СЕМИЗЛИКНИ КАМАЙТИРИШНИ ЙЎЛЛАРИ

Джумаев Б.З.,

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

✓ ***Rezyume***

Buxoro viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot markazida statsionar sharoitda davolangan, ortiqcha tana vazniga ega 102 nafar bemorlar tekshirildi. Ortiqcha tana vaznining darajasiga bog‘liq holda genlar tarqalishining tahlili o‘tkazildi. Birinchi darajali ortiqcha tana vazni bo‘lgan bemorlarda biroz ko‘proq ADRB3 (rs4994) Trp 64 Arg genining 1ta genotipi Trp/Trp 55% holatda, ikkinchi darajali ortiqcha tana vazni bo‘lgan bemorlarda ADRB2 (rs1042713) A>G, AG genotipi 53,8% holatda va Trp/Trp genotipi eng ko‘p 100% holatlarda uchradi. Uchinchi darajadagi ortiqcha tana vazni aniqlangan bemorlarda PPARG2 (rs1801282) genining C/C genotipi eng ko‘p 84,6% holatda uchraganligi qayd qilindi, G/G genotip esa deyarli uchramadi.

Kalit so‘zlar: ortiqcha tana vazni, nutrigenomika, gen ADRB3 (rs 4994), gen ADRB2 (rs1042713), gen PPARG2 (rs1801282), semizlik.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПО МЕТОДАМ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ

Джумаев Б.З.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Обследовано 102 больных с избыточной массой тела, получавшие стационарное лечение в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре. Проводили анализ встречаемости распространения генов в зависимости от степени избыточной массы тела. При первой степены избыточной массы тела наиболее часто встречался ADRB3 (rs4994) Trp 64 Arg Trp/Trp генотип 55% случаях, при избыточной массы тела второй степени оказалось ADRB2(rs1042713)A>G, генотипы AG 53,8% и Trp/Trp - в 100% случаях, а при избыточной массе тела третьей степени более часто регистрировали PPARG2 (rs1801282) генотип C/C в 84,6% случаях и генотип G/G практически не встречался.

Ключевые слова: избыточный вес, нутригеномика, ген ADRB3 (rs4994), ген ADRB2 (rs1042713), ген PPARG2 (rs1801282), ожирение.

METHODS FOR TREATMENT OF OBESITY BY THE METHODS OF ABU ALI IBN SINA

Dzhumaev B.Z.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

A total of 102 overweight patients were examined who received inpatient treatment at the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center. An analysis was made of the incidence of gene distribution depending on the degree of overweight. In the first degree of overweight, ADRB3 (rs4994) Trp 64 Arg Trp / Trp was the most common genotype in 55% of cases, in overweight of the second degree ADRB2 (rs1042713) A> G, AG genotypes 53.8% and Trp / Trp-100% of cases, and overweight of the third degree more often recorded PPARG2 (rs1801282) genotype C / C in 84.6% of cases and the genotype G / G was practically not found.

Key words: overweight, nutrigenomics, ADRB3 gene (rs4994), ADRB2 gene (rs1042713), PPARG2 gene (rs1801282), obesity.

Долзарблиги

Бугунги кунда ортиқча тана вазни ва семизлик иқтисодий ривожланган мамлакатларда энг кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади. Дунёнинг 1/4 қисми аҳолисида ортиқча тана вазни аниқланади, аҳолининг 15% дан ортиғида семизлик учрайди. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига кўра 2,7 миллиард инсонларда ортиқча тана вазни рўйхатга олинган, бу тахминан дунёнинг 30% аҳолисини ташкил этади. Семизлик 10-25% гача Европа аҳолиси орасида учрайди, Америка аҳолисининг эса 1/3 қисмида, 502 млн кишида ортиқча тана вазни кузатилган. Семизликнинг учраш даражаси 2020 йилга келиб 9,1% ни ташкил қилади. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тахминий таҳлилларига кўра 2025 йилларда тахминан 300 млн аҳолига етиб қолади [3.5].

Ортиқча тана вазни индекси турли даражаларида генларнинг тарқалиши Ўзбекистонда тўлиқ ўрганилмаган. Ортиқча тана вазни ва семизлик нафақат этник муаммо ҳисобланади, бу ўз навбатида атеросклерозни, ЮИК, артериал гипертония, ишемик инсульт, II типдаги қандли диабет, эркаклар ва аёллар бепуштлигига олиб келувчи хавфли омиллар ҳисобланади. Бу ўз навбатида ортиқча тана вазни ва семизликда генларнинг тарқалишини ўрганиш, илмий изланишларни давом этиришни талаб қилади.

Мақсад: Ибн Синонинг соғлиқни сақлаш тадбирларида ортиқча тана вазн ва семизликни камайтириш йўлларини ўрганиш.

№	ГЕН	Генотип	учраш сони	%	урт. ёши	Эркак		Аёл		урт.бўйи	урт.танаогирлиги	урт.танавазни индекс
							%		%			28
1	ADRB2(rs1042713)A>G	A/A	6	46,15	40	3	23,08	3	23,08	169,16	80,6	28
		A/G	7	53,85	53,7	2	15,38	5	38,46	162,5	75,1	28
2	ADRB3(rs4994)_Trp64Arg	Trp/Trp	13	100	47,3	5	38,46	8	61,54	165,6	77,6	28
		Trp/Arg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	PPARG2(rs1801282)_C34G	C/G	2	15,38	31,5	2	15,38	-	-	171	82,5	28
		C/C	11	84,62	50,8	3	23,08	8	61,54	164,6	76,8	28
		G/G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Жами		13	100	44,66	5	38,46	8	61,54	166,57	78,52	28

Материал ва усуллар

Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг турли бўлимларида ётиб даволанган ортиқча тана вазнига эга бўлган 102 нафар беморлар текширишдан ўтказилди. Текширишдан ўтган 102 нафар беморнинг 30 нафари назорат гуруҳида, 72 нафари асосий гуруҳда тақсимланди.72 нафар асосий гуруҳдаги беморлар ортиқча тана вазни индексига қараб 3 гуруҳга бўлинди. 20 нафар беморда ортиқча тана вазнининг биринчи даражаси, 13 нафарда иккинчи даражаси ва 11 нафарда эса учинчи даражаси аниқланди. Юқорида кўрсатилган беморларда бўйи, тана оғирлиги, ортиқча тана вазни индекси, қондаги холестерин, кичик зичликдаги липопротеидлар (ЛПНП) ва юқори зичликдаги липопротеидлар (ЛПВП), қондаги 3 хил турдаги генлар ва уларнинг 7 хил генотиплари аниқланиб натижалар таҳлил қилинди.

Натижа ва таҳлил

Абу Али Ибн Синонинг соғликни сақлаш тадбирларидан бадан тарбия ва овқатланиш тадбирлари жуда катта ахамятга эга. Асосий гуруҳдаги 20 нафар беморда танқия (инсон организмини тозалаш), жисмоний тарбия, кўпроқ ҳаракатда бўлиш ва овқатланиш тадбири ўтқазилган беморларда даволашдан олдин тана вазни индекси 28 тенг, беморлар қонини биокимёвий текширилганда қондаги холестерин миқдори 7.2 ммоль/л, кичик зичликдаги липопротеидлар (ЛПНП)-6.1ммоль/л ва юқори зичликдаги липопротеидлар (ЛПВП)-2.9ммоль/л миқдори даволашдан олдин. Даволашдан кейин эса тана вазни индекси 27 тенг беморлар қонини биокимёвий текширилганда қондаги холестерин миқдори 4.2 ммоль/л, кичик зичликдаги липопротеидлар (ЛПНП)-3.1ммоль/л ва юқори зичликдаги липопротеидлар (ЛПВП)-1.9ммоль/л миқдорга тенг бўлди. Назорат гуруҳидаги 20 нафар беморда эса тана вазни индекси, қондаги биокимёвий кўрсатгичларда деярли ўзгаришлар кузатилмади. Ортиқча тана вазнининг иккинчи даражасида генотипларнинг учраш сони % ҳисобида Ортиқча тана вазни индекси 28 га тенг бўлганда яъни иккинчи даражали ADRB2 (rs1042713)A>G, генотипи AG-53,8% учради ва Trp/Trp- 100% генотипи энг кўп учради. PPAR G2 (rs1801282)_C34 G генининг C/G-15,3%, бу геннинг ичидан энг кам учрайди, C/C генотипи - 84,6%ҳолатда яъни энг кўп ҳолда учради, учинчи генотип эса G/G- мутлақо учрамади

Хулоса

Текшириш натижалари шуни кўрсатадики асосий гурухдаги 20 нафар бемор тана вазни индекси ва қондаги холестерин, юқори ва паст зичликдаги липопротеидларнинг камайиш ҳолати даволангандан кейин кузатилди. Назорат гуруҳида эса деярли ўзгаришлар кузатилмади. Демак Абу Али Ибн Синонинг соғликни сақлаш тадбирларидан жисмоний тарбия, кўп ҳаракат қилиш ва овқатланиш тадбирлари - ўз вақтида камкам овқатланиш ва кўпроқ овқатга мева -сабзаватларни қўшиш жуда катта ахамятга эга экан.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Бессесен Д. Г., Кушнер Р. Избыточный масса и ожирение: Профилактика, диагностика и лечение. - М.: ЗАО"Изд-во БИНОМ". - 2004; 240-241 [Bessesen D. G., Kushner R. Izbitochniy ves i ojirenie: Profilaktika, diagnostika i lechenie. - M.: ZAO"Izd-vo BINOM". 2004; 240-241] [InRuss].
1. 2.Бирюкова Е. В.Молекулярно-генетические, гормонально-метаболические и клинические аспекты метаболического синдрома. Авт. дис... докт. - М. 2009; 40. [Biryukova E. V. Molekulyarno-geneticheskie, gormonalno-metabolicheskie i klinicheskie aspekti metabolicheskogo sindroma. Avt. dis... Dokt. - M., 2009; 40.].

2. 3.Ожирение и избыточный масса. Информационный бюллетень ВОЗ. №311. Май 2014 г. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/. Ссылкаактивнана 29.06.2016. [Obesity and overweight. Fact sheet. Updated June 2016. WHO Media centre. 2016.]
3. 4.Абу Али ибн Сино. Тиб қонунлари III китоб 1994й. Тошкент. Халқ мероси нашриёти.
4. Flores-Mateo G, Rojas-Rueda D, Basora J, Ros E, Salas-Salvado J.Nut intake and adiposity: meta-analysis of clinical trials.American Journal of Clinical Nutrition. 2013; 97(6): 1346-55. doi:10.3945/ajcn.111.031484
5. Mart?nez - Gonz?lez MA, Bes-Rastrollo M. Nut consumption, weight gain and obesity: Epidemiological evidence. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases.2011; 21: S40-S5. doi:10.1016/j.numecd.2010.11.005
6. Nurboev F. E., Djumaev B.Z. DETERMINATION OF EPIDEMIOLOGY OF GENE AND GENOTYPES DETERMINING BODY WEIGHT BY KETLE INDEX INDICATOR: 1-5 www.iejrd.com E-ISSN NO:-2349-0721
7. Nurboev.F.E., Djumaev B.Z. The role of genes in the human body in overweight and obesity. Bukhara, New Day Journal in Medicine.2019.№3 / 27.B. 206-211
8. Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, et al. Sugar-Sweetened beverages, Weight Gain, and Incidence of Type 2 Diabetes in Young and Middle-Aged Women. JAMA 2004; 292(8): 927. doi:10.1001/jama.292.8.927

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 00.001.6

O‘ZBEKISTONDA KOREYA AN'ANAVIY TIBBIYOTI: TOSHKENT TIBBIY AKADEMIYASI MA'LUMOTLARIGA MUVOFIQ

Youngil Song,

O‘zbekiston-Koreya sharq tabobati markazi, Toshkent, O‘zbekiston Respublikasi.

✓ ***Rezyume***

Ushbu tadqiqotning maqsadi sharq tabobatining hozirgi ta'lim muhitini o‘rganish va kelajakda Koreys an'anaviy tibbiyotining O‘zbekistondagi o‘quv dasturini ishlab chiqish edi. Ushbu tadqiqotda foydalanilgan so‘rovnoma amaldagi o‘quv dasturiga asoslangan. Ushbu tadqiqot sharqona tibbiy bilimlarga erishishda kurs samaradorligini o‘rganish maqsadida 120 talabaga (O‘zbekistondagi Toshkent Tibbiyot Akademiyasining 5-kurs talabalari) so‘rovnomalarini tarqatish orqali o‘tkazildi.

Kalit so‘zlar: koreys an'anaviy tibbiyoti, ta'lim muhiti.

ОБЗОР ОБРАЗОВАНИЯ КОРЕЙСКОЙ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В УЗБЕКИСТАНЕ: СООТВЕТСТВИЕ ДАННЫМ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Ёнгил Сонг,

Узбекско-корейский центр восточной медицины, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Целью этого исследования было изучить текущую образовательную среду восточной медицины и разработать ориентированную на будущее учебную программу корейской традиционной медицины в Узбекистане. Анкета, использованная в этом исследовании, была основана на действующей учебной программе. Это исследование было проведено путем раздачи анкет 120 студентам (5-й курс Ташкентской медицинской академии в Узбекистане) с целью изучения эффективности курса для достижения восточных медицинских знаний.

Ключевые слова: традиционная корейская медицина, образовательная среда.

A SURVEY OF THE EDUCATION OF KOREAN TRADITIONAL MEDICINE IN UZBEKISTAN: WITH REFERENCE TO THE DATA IN TASHKENT MEDICAL ACADEMY

Youngil Song,

Uzbek-Korean Center for Oriental Medicine, Tashkent, Republic of Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The aim of this study was to investigate the current educational environment of Oriental medicine and to develop a future-oriented curriculum for Korean traditional medicine in Uzbekistan. The questionnaire used in this research was based on the current curriculum.This study was carried out by distributing questionnaires to 120 students (5th year in Tashkent medical academy in Uzbekistan) in order to examine the course's efficacy for the attainment of oriental medical knowledge.

Key words: traditional Korean medicine, educational environment.

Introduction

Integrative medicine in the 21st century organically utilizes the best treatments in mainstream medicine and complementary and alternative medicine in order to obtain the best therapeutic effect. Research on this has been conducted not only in oriental medicine colleges and medical schools, but also in various medical science-related institutions and health care-related institutions.

In the 1990s, the interests of the US Congress and the government on complementary and alternative medicine became an opportunity to rediscover the traditional medicine of each country around the world, and in particular, Northeast Asian countries tried to advance the traditional medicine of each country to the world stage based on accumulated knowledge resources. The Korean government is also expected to lead the world's complementary and alternative medicine field in the future by recognizing this trend and distributing some of the R&D budgets of each ministry, including the Ministry of Health and Welfare, the Ministry of Science and Technology, and the Ministry of Commerce, Industry and Energy to the field of oriental medicine research. In order to establish a traditional medicine system suitable for the future society in the rapidly changing trend of oriental medicine, a strategic plan must be established based on the future situation and technology forecast related to health care and traditional medicine.

Therefore, this study introduces the results of a survey on Korean Traditional medicine education based on the experience of teaching 'Korean Traditional Medicine' to students of the Tashkent Medical University in Uzbekistan, and suggests problems and improvement plans through analysis.

Materials and methods

"Korean Traditional Medicine" in this study is part of a subject at Tashkent medical academy in Uzbekistan, established under the subject of 'Expanding students' knowledge of Western medicine and traditional medicine treatment methods'. The lecture has been held since 1996 at the Tashkent medical academy. Although the proportion

of the medical school curriculum is not high, it is a mandatory subject. The Korean Traditional Medicine course was opened for 3 hours for the 5th grade students of Tashkent medical academy, and there is no test to evaluate learning comprehension.

The purpose of this lecture was to look at traditional medicine with a macroscopic point of view, and to understand the changes and directions of world medicine, rather than learning fragmentary treatments. In particular, while focusing on a specific field of Korean traditional medicine, the emphasis was placed on cultivating the active ability to develop the traditional medicine of Uzbekistan. A named questionnaire for analysis of this lecture was conducted after the lecture was over. The content of the questionnaire consists of eight questions on whether you are interested in traditional medicine, the validity of the lecture, the difficulty of the lecture, and the selection of the subject for an in-depth lecture. Among the 120 survey results for the questionnaire, if there were errors, meaningless values, or non-response, data were deleted.

Results

Before taking this course, 46.4% of Tashkent Medical Academy students took related lectures about traditional medicine. And 23.2% of students said they had read related books. 69.6% of all students showed interest in oriental medicine including Korean Traditional medicine (Fig. 1).

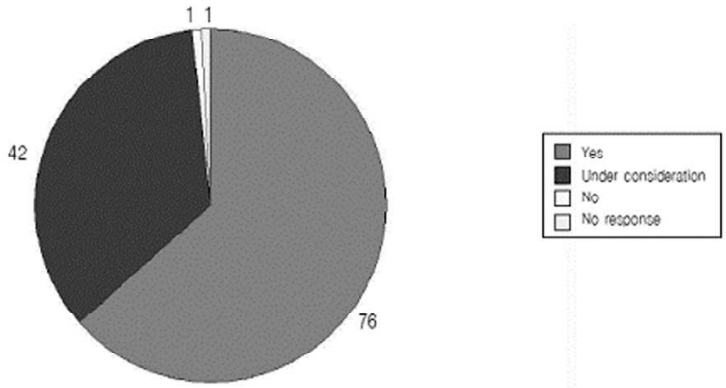


Fig. 5. Responses of the question about desire to have more specific studies in traditional Korean medicine.

88.3% (Fig. 2-A) of students answered positively to the question of whether this course reflects the course opening goal well (Question 2). Therefore, through this course, Korean Traditional Medicine was introduced and it can be seen that the the lecture achieved satisfactory results. 81.6% of the students were asked whether the lecture was helpful in understanding Korean Traditional medicine (Question 3).They replied that they were helped by this understanding (Fig. 2-B). However, there were far more 'yes (68.3%)' answers than 'very helpful (0.75%)', and some replies 'was insufficient (17.5%)'. From these results, it can be seen that although this course is helpful in understanding Korean traditional medicine, there are still shortcomings.

To the question (Question 4) asking about the difficulty of this course, they responded in the order of 'slightly difficult' (50.8%), 'normal' (34.1%), and 'easy' (12.5%) (Fig. 3-A). This can be said to show that the level of difficulty that students experience about Korean Traditional medicine lectures is not that high. To the question (Question 5) that asked about difficulties in the lecture, they answered in the order of' 'short of time' (51.1%), 'the concept is unfamiliar' (27.06%), and 'the lecture was through an interpreter' (9.7%). (Fig. 3-B). If more than half of the respondents say 'there was not enough time', it can be seen that more time than the current lecture is required to understand lectures in Korean traditional medicine. And this lecture is with korean-russian interpretation. The interpreter may not have been completed because the lecture was provided through an Asian language interpreter, and Uzbek students may not have a complete understanding of Russian due to the Uzbek language environment. But with the initial concern about the lecture, the response that the lecture was difficult because it was through an interpreter showed a relatively low percentage.

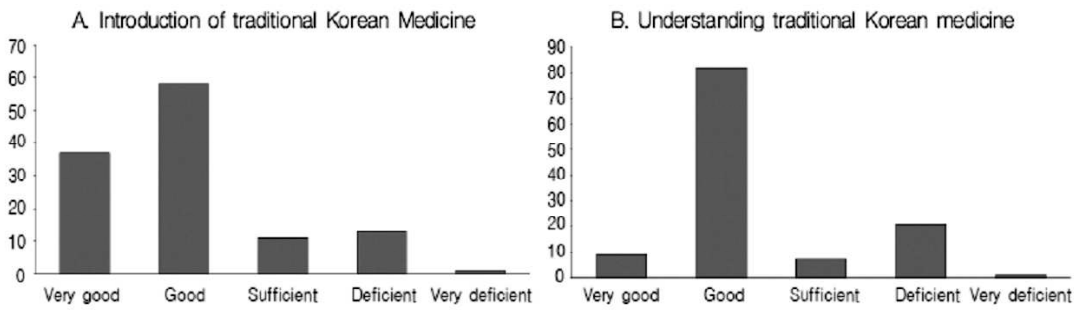


Fig. 2. Implementation of the class goals.

A. The class was fit to the purpose of this class (introduction of traditional Korean medicine).
B. The class was helpful for understanding traditional Korean Medicine.

As for the answer to which field of Korean Traditional medicine they are most interested in (Question 6), 64.9% of students chose acupuncture, 38.4% of students took herbal medicine, and 35% of students answered that they were interested in Traditional Korean internal medicine. (Fig. 4). Interestingly, 26.6% of interest in pharmacological acupuncture also appeared. In this regard, acupuncture is a field that is widely known in Uzbekistan. However, it is believed that this is because oriental doctors who previously worked in Uzbekistan, performed a lot of pharmacological acupuncture, and the preference of local patients in Uzbekistan is very high.

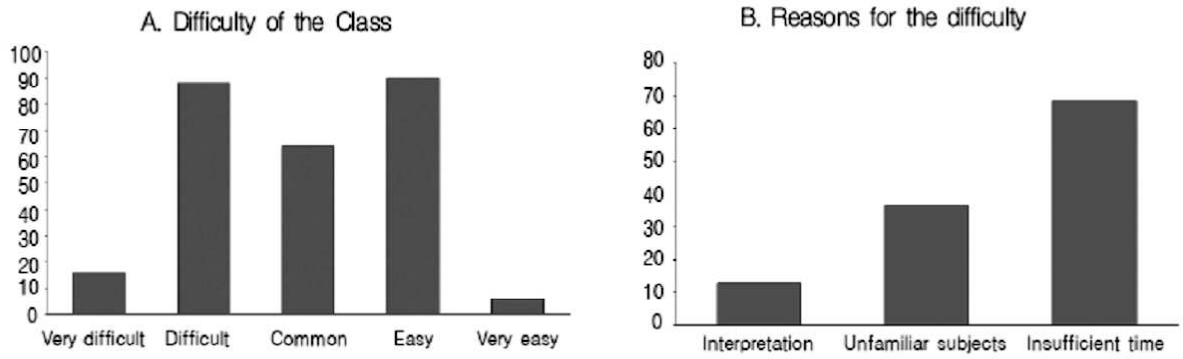


Fig. 3. Difficulty of the class and its reasons.
A. Difficulty of the class. B. Reasons for the difficulty.

When it comes to taking in-depth lectures on Korean traditional medicine (Question 7), the most respondents answered 'I will take it' (63.3%), and 'I will think about it' (35%) and 'I will not take it' and no response. Each responded one person (Fig. 5). Looking at this, it can be seen that more than half of the students of Tashkent Medical Academy have a willingness to learn about Korean Traditional Medicine.

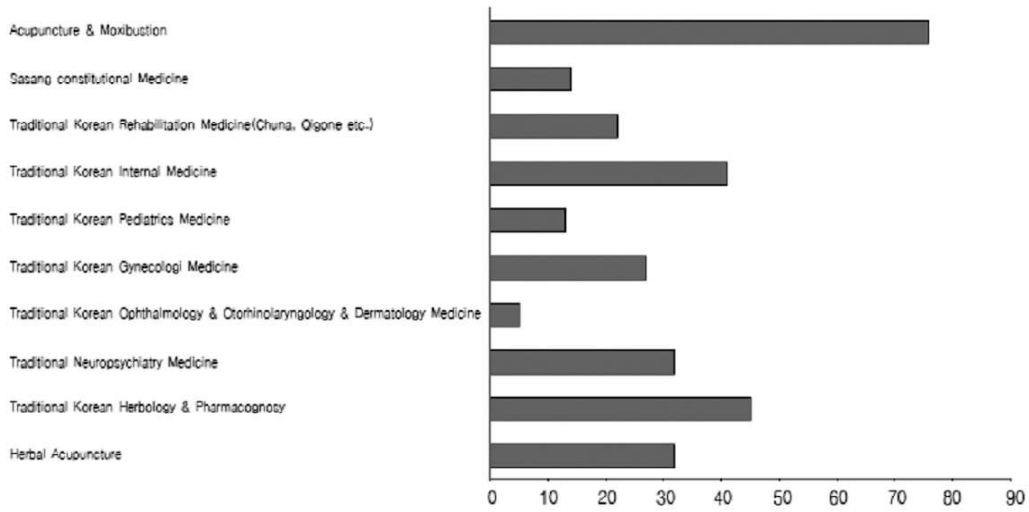


Fig. 4. Preference Choice By Students.

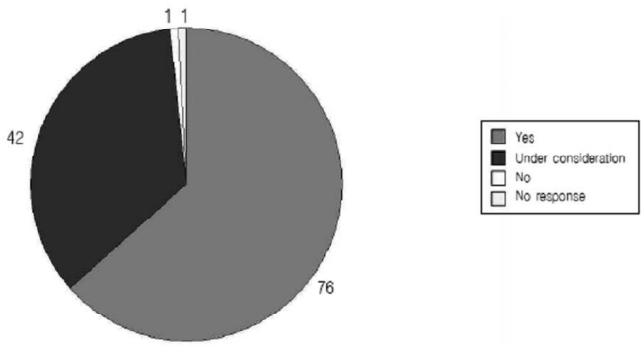


Fig. 5. Responses of the question about desire to have more specific studies in traditional Korean medicine.

Findings

Existing studies for the globalization of oriental medicine 6,8) include expanding English education, expanding personal exchanges with foreign research or educational institutions, revitalizing foreign journal learning, securing teachers to teach oriental medicine in English, and fostering overseas specialized oriental doctors, etc. are suggested as an alternative, but there has been no research on oriental medicine education in countries non-english speaking countries. Since the globalization of oriental medicine is not necessarily the Englishization of oriental medicine, it is the time for a future-oriented alternative to plan and operate oriental medicine curriculum suitable for the situation of each country, not english speaking. In Uzbekistan, since the first medical school was established in Tashkent, the capital city in 1919, there are now a total of six independent medical schools. And in 1996, a curriculum on oriental medicine was opened at the Tashkent Medical Academy, and now all medical schools in Uzbekistan are giving lectures on oriental medicine.

It is urgent to translate books representing Korean Traditional medicine into Uzbek and Russian languages, along with the development of textbooks for Uzbek medical students. In addition, it is possible to expand and develop university curriculum in Uzbekistan only when students experience clinical effects on their own through the practice of Korean Traditional medicine practice and develop curriculum consistent with their interests and levels of learning. In addition, if Korean Traditional medicine education is not just a liberal arts education, but a professional and standard education system aimed at actual clinical use, it is believed that there should be institutional legal support this. In this area, more in-depth research is required.

In addition, further research is needed on how long this lecture will continue to help students after graduation. As suggested in the questionnaire response, it seems necessary to supplement the contents of the course through a follow-up survey on how to study Korean Traditional medicine lectures in the future.

LIST AND REFERENCES:

1. Eisenberg D. Complementary and Integrative medical therapies. Current status and future trends. International Scientific Conference on Complementary, Alternative and Integrative medical Research; 2002 April 12-14; Boston Marriot Copley Place.
2. Yeom YK. A planning study on the long-term growth and development of Traditional Medicine R&D. Seoul, Korea: Korea health industry development institute; 2006.
3. Ahn DH, Shin TY, Uhm MJ, Kim HS. Future socio-economic issues and needs for technology foresight. Seoul, Korea: Science and technology policy institute; 2003.
4. Lee KG, Bae SH, Shin HK. Assessment on Forecasting Study of Traditional Chinese Medicine (1990~2010). J Korean Oriental Med. 2007; 28 (1):118.
5. Shin Hyun-gyu. Five-Year Comprehensive Plan for Oriental Medicine Promotion (The 1st, 2006-2010). Daejeon: Korea Institute of Oriental Medicine. 2005.
6. Korea Health Industry Promotion Agency. Mid- and long-term oriental medicine promotion measures establishment study. Seoul: Korea Health Industry Promotion Agency 2002.
7. Институт проблем высшего и среднего специального образования. Типовая программа высшего образования по дисциплине народная медицина. Ташкент. 2002:4.
8. ShinHK. The research on the strategy for the globalization of the oriental medicine. Daejeon, Korea: Korea Institute of Oriental Medicine; 2001.
9. Evidencs Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-5.
10. Meng KH. Medical Education Plan for the Twenty-first Century in Korea: Hopes and Challenges. Korean J medical education. 2004; 16(1):1-11.
11. Lee SJ, Park SZ, Shin SW, Chae H. Development of Complementary and Alternative Medicine Curriculum for Undergraduate Students at College of Oriental Medicine. J Korean Oriental Med. 2008;29(1):25-38.
12. Chaehan. Essential institution of professional graduate school. Seoul: Korean Oriental Medical Association. 2007.
13. Lee Seon-dong. National Oriental Medicine Graduate School Model Establishment Study. Seoul: Korean Oriental Medicine Association. 2007.

Enteret 09.11.2020

УДК 61.616-01

GIPOMAGNEMIYA, GIPOTASSEMIYA VA ULARNI IPAK BILAN TUZATISH

Jalolova V.Z., Rahmatova M.R., Klichova F.K., Mustafaeva Sh.A.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Resyume***

Kaliy va magniy yetishmovchiligining rivojlanishi turli yurak-qon tomir kasalliklari bilan birga keladi, bu holat ayniqsa, yurak va qon tomir kasalliklari bo'lgan, keksa yoshdagilarda, hamda antiaritmik, diuretik dorilarni qabul qiladigan bemorlarda ko'proq uchraydi. Tut tindirmasini tavsiya qilish o'rnini bosuvchi terapiya bo'lib, ushbu elektrolitlar ishtirokida yuzaga keladigan fiziologik jarayonlarni tiklashga qaratilgan. katta miqdordagi muhim mikroelementlarni o'z ichiga olgan o'simlik preparati-tut tindirmasi keksalarda yurak-qon tomir kasalliklarini davolashda samarali vosita hisoblanadi.

Kalit so'zlar: gipomagniemiya, gipokaliemiya,tut tindirmasi, davolash, samarali vosita.

ГИПОМАГНЕМИЯ, ГИПОТАССЕМИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НАСТОЙКОЙ ШЕЛКОВИЦЫ

Джалолова В.З., Рахматова М.Р., Кличова Ф.К., Мустафаева Ш.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Развитие дефицита калия и магния сопровождается различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, что особенно характерно для пожилых людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также у пациентов, принимающих антиаритмические, диуретические препараты. Рекомендация настойки шелковицы - это заместительная терапия, направленная на восстановление физиологических процессов, происходящих в присутствии этих электролитов. Растительный препарат -настойки шелковицы, содержащий большое количество необходимых микроэлементов, является эффективным средством лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей.

Ключевые слова: гипомагнемия, гипокалиемия, настойкашелковицы, лечение, эффективные средства.

HYPOMAGNEMIA, HYPOPOTASSEMIA AND THEIR CORRECTION WITH TINCTURAE MORUS

Jalolova V.Z., Rakhmatova M.R., Klichova F.K., Mustafayeva Sh.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The development of potassium and magnesium deficiency is accompanied by various cardiovascular diseases, which is especially common in the elderly with cardiovascular disease, as well as in patients taking antiarrhythmic, diuretic drugs. Recommendation of tincturae morus is a replacement therapy aimed at restoring the physiological processes that occur in the presence of these electrolytes. An herbal preparation- tincturae morus containing large amounts of essential micronutrients is an effective tool in the treatment of cardiovascular disease in the elderly.

Key words: hypomagniaemia, hypopotassemia, tincturae morus, treatment, effective means.

Introduction

Minerals are necessary to ensure the normal functioning of the body. They maintain a constant internal environment, acid-base balance, water-salt metabolism. Almost all chemical elements of the periodic table Mendeleev participate in the physiological and pathological processes of man. The human body is 60% water, 34% organic matter and 6% inorganic matter. Scientists have long drawn attention to the fact that many diseases are associated with a lack of a chemical element in the body (hypoelementosis). Hypoelementosis can cause not only temporary disorders in the body, but also contribute to the development of serious diseases. In recent years, there has been growing interest in studying the biological role of macro and micronutrients. Particular attention is not accidentally given to potassium and magnesium as one of the most common in the human body. Potassium and magnesium in ionized form are positive ions - cations, respectively, with one (K +) and double positive charges (Mg2 +). These are some of the most common elements on Earth. Especially a lot of potassium and magnesium in the water of the oceans, the electrolyte composition of which is close to the electrolyte composition of blood serum [1,2,12]. Potassium is the main intracellular cation of tissues of various organs, approximately 98% of it is concentrated inside the cells. Under normal conditions, it contains 150-160 mmol / L in the cell, and 3.7-5.5 mmol / L in the blood serum. Most of the potassium in the body is intracellular, therefore, a significant loss of intracellular potassium is possible without large changes in its content in serum. Potassium plays a significant role in the implementation of the bioelectric activity of cells and the maintenance of neuromuscular excitability and conduction. Under normal conditions, potassium comes from food and is absorbed through the gastrointestinal tract (GIT), followed by excretion of the excess through the kidneys. Hypokalemia - a persistent decrease in serum potassium concentration (less than 3.5 mmol / l). Adult bodya weight of 70 kg contains 136.85 g or 3500 mmol of potassium.

Causes of hypokalemia: 1. Insufficient (less than 10 meq / day) intake of potassium in the body with food (with starvation or restriction of intake of products containing potassium, decreased intestinal absorption). 2. Excessive excretion of potassium from the body as a result of: - chronic profuse diarrhea (intestinal secrets contain a large amount of potassium);

- repeated vomiting (the potassium content in the gastric juice is low, but the development of hypovolemia causes secondary hyperaldosteronism and increased excretion of K + ions by the kidneys); - increased excretion of potassium by the kidneys with improper use of diuretics, primary and secondary hyperaldosteronism, renal tubule defects, tubular tubular syndrome (Bartz syndrome acidosis), damage to the kidney tissue with nephrotoxic substances, including drugs (penicillins, gentamicin, amphotericin B), hypomagnesemia (with not only contributes to the release of potassium from the cells, but also increases its excretion in the urine). 3. Redistribution of potassium ions from the blood and / or intercellular fluid into cells under the following conditions: - an increase in the level of insulin in the blood; - hypercatecholaminemia (as a result of the use of adrenaline, norepinephrine, dopamine, with pheochromocytoma, acute stress);

- an overdose of folic acid or vitamin B12 (these substances stimulate the proliferation of cells and their consumption of potassium ions). The symptomatology of potassium homeostasis disorders depends on its content in the body (in this case, the concentration indicators of plasma potassium do not accurately reflect the state of potassium balance, although they have a rather narrow range of fluctuations). The main manifestations of hypokalemia are associated with a violation of the electrical properties of the membranes of excitable tissues. Complaints and symptoms accompanying a decrease in potassium levels in the body are varied and unspecific. Specific, which allows us to talk not about the clinical picture, but about the numerous clinical masks of hypokalemia. The most common ones are neuromyopathic and psychoemotional disorders, cardiac syndrome, polyuria and polydipsia syndrome. An imbalance of potassium leads to a violation of the polarization and depolarization of cell membranes, a violation of the function of folin esterase. The main result of these changes is a disorder in the process of transferring excitation from nerve to muscle, which is clinically expressed by fatigue, muscle weakness, leg muscle spasms, paresthesias in the limbs, and extinction of tendon reflexes in old age [3,5,11]. Non-specific symptoms of hypokalemia - loss of appetite, loss of concentration, apathy. Hypokalemia is also manifested by disorders of cardiovascular activity, characterized by inhibition of the contractile function of the myocardium, the occurrence of systolic murmur at the apex of the heart and the expansion of its cavities, and a decrease in blood pressure [4,6]. The cardiopulmonary effect of the deficiency of potassium ions in the body early affects the ECG, and therefore it can be used as an indicator of latent hypokalemia. Permanent, albeit non-specific ECG signs - frequent ventricular extrasystoles, prolongation of QRS, ST segment decline, depression or inversion of T wave, pronounced U wave. Patients taking cardiac glycosides are especially sensitive to hypokalemia [8,10]. In relation to gastroenterology and urology, this means that damage to smooth muscles leads to intestinal paresis, weakening of intestinal sounds, vomiting, flatulence, constipation, urinary bladder [7,9]. Chronic hypokalemia is accompanied by functional and structural damage to the central and peripheral nervous system. CNS dysfunction is realized by psychoemotional disorders in the form of superficial asthenic, anxiety-depressive or hypochondriacal syndromes. Polymorphic sensory disturbances are represented by mild paresthesia of the face and limbs, or loss of pain and tactile sensitivity, or, conversely, severe hyperesthesia. Neuromotor symptoms usually correlate with the depth and duration of hypokalemia, ranging from limb muscle weakness and low tendon reflexes to general paralysis, including respiratory muscles [5]. Magnesium is a cofactor of many enzymes involved in intracellular biochemical reactions. In addition, magnesium, a natural physiological calcium antagonist, a universal regulator of biochemical and physiological processes in the body, provides ATP hydrolysis, reducing the dissociation of oxidation and phospholation, regulates glycolysis, and reduces the accumulation of lactate. Magnesium contributes to the fixation of potassium in cells, providing polarization of cell membranes, controls the spontaneous electrical activity of the nervous tissue and the cardiac conduction system, and controls the normal functioning of cardiomyocytes at all levels of subcellular structures [3]. Clinical manifestations of magnesium deficiency - increased heart rate, increased diastolic blood pressure, sleep disturbance, increased irritability, chronic fatigue syndrome. A low concentration of magnesium in red blood cells is combined with increased blood pressure at rest and under stress, as well as spasm of the coronary arteries. On an ECG, magnesium deficiency manifests itself as a slowdown in atrioventricular conduction, broadening of the QRS complex, lengthening of the QT interval, nonspecific decrease in the ST interval, flattening of the T wave and the formation of a pronounced U wave. Potential magnesium deficiency in clinical practice is quite often a rhythm disturbance cardiac activity [2]. One of them is atrial fibrillation (AF), characterized by uncoordinated electrical foci of excitation of the atrial myocardium with a deterioration in their contractile function. AF tends to increase with age, can be accompanied by severe hemodynamic disorders, and in the vast majority of cases is a result of disturbances in the intracellular potassium-magnesium balance in cardiomyocytes [4]. AF is observed in approximately 1% of patients under 60 years of age and more than 6% is older than 80 years, and adjusted for age, the prevalence of AF is higher in men. Paroxysms of AF as a reason for hospitalization of CVD patients account for more than 1/3 of all hospitalizations for cardiac arrhythmias. AF is most often associated with coronary heart disease (CHD), chronic heart failure (CHF), arterial hypertension (AH). In the restoration of sinus rhythm in AF, the state of potassium-magnesium balance is important sintering membrane stabilizing effect. Another variety of supraventricular and ventricular arrhythmias due to a lack of potassium and magnesium is extrasystole [5]. The appearance of extrasystoles is influenced by the state of the nervous system: they are often observed with neurosis and emotional stress (joy, anger, fear, fear, etc.), accompanied by an intense loss of potassium and magnesium. Magnesium deficiency can be decisive in the occurrence of foci of ectopia, especially in patients taking cardiac glycosides [1]. Chronic magnesium deficiency adversely affects the course of coronary heart disease. This is due to impaired endothelial

function, activation of peroxidation processes, accelerated progression of atherosclerosis, increased ectopic myocardial activity [6]. In coronary heart disease, many different factors are involved in the mechanisms of the protective effect of ischemic preconditioning. To maintain a normal intracellular energy-phosphate balance, the leading role is played by mitochondrial Ca2 + -activated K + channels and their effect on oxidative phosphorylation in mitochondria [3]. The pharmacological discovery of ATP-dependent K + channels using membrane-stabilizing potassium-magnesium preparations reproduces the protective effect of ischemic preconditioning - the protection of cardiomyocytes from ischemic damage [5]. In addition, chronic magnesium deficiency increases the basal tone of the coronary vessels and their tendency to vasospasm [4]. Based on the described role of magnesium and potassium in CVD, the timely replenishment of their reserves in the body is an urgent task. Given the anti-atherogenic effects of magnesium preparations, correction of its deficiency can help slow the progression of coronary heart disease [7]. In a study by The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) after 4-7 years of follow-up, 13,922 patients were recorded risk factors showed that hypomagnesemia is associated with the development of ischemic heart disease [10]. The most pronounced magnesium deficiency is in individuals with a high content of atherogenic lipids [9]. Recent studies of the role of magnesium and potassium in CVD can open up new possibilities for their preparations. However, far from always with the modern rhythm of life, we manage to pay due attention to our diet and daily include foods rich in potassium and magnesium. Thus, the optimal ratio of potassium and magnesium is the basis for the normal functioning of the body. As part of a large-scale strategic campaign in the field of health care, which is carried out by specialists to preserve the health of the population and the progression of chronic CVD, much attention is paid to lifestyle modification, as well as the use of herbal preparations.

The fruits of the mulberry tree contain a huge number of elements, are a rich source of natural antioxidant. The great scientist Abu Ali ibn Sino described in his treatises the useful and healing properties of the mulberry. The fruits of the mulberry tree contain many vitamins and minerals necessary for the body, such as Calcium - 39 mg, Iron - 1.85 mg, Magnesium - 18 mg, Phosphorus - 38 mg, Potassium - 194 mg, Sodium - 10 mg, Zinc - 0.12 mg Mulberry tincture (Tincturae Morus) are an alcohol-water extract from plant materials of mulberry fruits. It is used for hypokalemia, hypomagnesemia and their correction in the elderly. Application Tincturae Morus is possible as a preventive measure in patients with vegetovascular dystonia, arterial hypertension, diabetes mellitus, chronic heart failure, as well as for the correction of endothelial dysfunction and atherosclerosis [8]. The content of Tincturae Morus tincture of the natural antioxidant resviratol has a positive metabolic effect on myocardial metabolism, and potassium and magnesium reduce the toxicity of glycosidic drugs in the treatment of heart failure, without adversely affecting their positive inotropic effect. Indications for the use of Tincturae Morus are mineral deficiency states, as part of complex therapy in the treatment of heart failure, myocardial infarction, metabolic syndrome (obesity, hypertension, impaired glucose tolerance, type 2 diabetes mellitus).

Conclusion

The development of potassium and magnesium deficiency is accompanied by a variety of cardiovascular disorders, especially in patients who already have heart and vascular diseases, taking antiarrhythmic, diuretic drugs in old age. The appointment of the plant tincture Tincturae Morus is a kind of replacement therapy and aims to restore the physiological processes that occur with the participation of these electrolytes. Herbal preparation containing a huge amount important trace elements, it is considered effective in the combination therapy of cardiovascular disease in the elderly.

LISN AND REFERENCES:

1. Баратова М.С., Атаева М.А., Жалолова В.З., Рахматова М.Р. Эффективность тиотриазолина при аритмиях // Вестник СМУС74. 2016. №2 (13).
2. Джумаева Г. А., Рахматова М. Р., Жалолова В. З., Мустафаева Ш. А. Сравнительная оценка влияние бисопралола и физиотенза на эндотелий зависимую тромбоцитопатию у больных гипертонической болезнью //Биология и интегративная медицина. 2020. №1 (41). стр 15-32
3. Жалолова В.З., Жумаева Г.А.2, Рахматова М.Р., Мустафаева Ш.А Состояние эндотелиальных факторов у больных гипертонической болезнью// Тиббиётда янги кун - 2020. №2 (30/2)- С.147-150
4. Жалолова В.З., Жумаева Г.А., Рахматова М.Р., Кличова Ф.К. Клинико фармакологические подходы лечения гипертонической болезни // Тиббиётда янги кун - 2020. - №1- С.26-30
5. Жумаева Г.А., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Нурова З.Х. Достигнутые успехи в изучении патогенеза и диагностики гипертонической болезни // Тиббиётда янги кун - 2020. - №1- С.30-34
6. Жумаева Г.А., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., "Бисопролол и физиотенз при артериальной гипертензии" /монография LAP LAMBERT academic publishing RU 2020
7. Жумаева Г.А., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Характер влияния физиотенза и конкора на функциональное состояние эндотелия и тромбоцитарное звено системы гемостаза у больных артериальной гипертензией // Биология и интегративная медицина. 2019. №10 (38). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/harakter-vliyaniya-fiziotenza-i-konkora-na-funktsionalnoe-sostoyanie-endoteliya-i-trombotsitarnoe-zveno-sistemy-gemostaza-u-bolnyh- С. 13-56
8. Кароматов И.Д., Рахматова М.Р., Жалолова В.З.,"Лекарственные растения и медикаменты" //монография LAP LAMBERT Academic publishing 2020
9. Насирова С.З., Мусаева Д.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З. Коррекция дефицита калия и магния в пожилом возрасте // Терапевтический вестник Узбекистана, 2019 г. №1 -С. 147-151
1. 10.Насырова С.З., Очилова Г.С., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Кличова Ф.К.Дефицит магния и калия и его коррекция растительной настойкой TincturaMorus // Университетская наука: Взгляд в будущее Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. 7 февраль 2020 год Том 1 - С. 747-752
10. Орзиев З.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Насирова С.З. Развитие железодефицитной анемии в зависимости от региона // Хабаршысы вестник том №7 №4(84), 2018г. - С.74-76
11. Хамидова З.Н., Рахматова М.Р., Шаджанова Н.С. Частота распространения гипертензивной нефропатии и особенности её течения у женщин фертильного возраста с артериальной гипертензией // Вестник СМУС74. 2016. №4 (15)- С. 55-58

Enteret 09.11.2020

УДК 58.58002

SHOLG‘OMNING SHIFOBAXSH XUSUSIYATLARI

Jumaeva Sh.B., Mustafaeva M.I.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Sholg‘om xalq orasida qadimdan qator kasalliklarga davo sifatida qo‘llanib kelinadi. Sholg‘omdan bir qator kasalliklar, jumladan xalq tibbiyotida o‘pka nafas yo‘li bilan bog‘liq bo‘lgan kasalliklarni davolashda, harorat xuruj qilganda, yurak betoqatligida foydalaniladi. Sholg‘om jigar faoliyatini yaxshilaydi, o‘t pufagi suyuqligining ishlab chiqarilishini me'yorlashtiradi va qovuqda toshlarning paydo bo‘lishiga to‘sqinlik qiladi. Tarkibidagi tsellyuloza ichaklar faoliyatini faollashtiradi. Me'da-ichak tizimi faoliyatiga ijobiy ta'sir ko‘rsatadi. Qolaversa, qondagi xolesterin miqdorini kamaytiradi. Qadimdan sholg‘om sil va moxov kasalligining oldini oluvchi sabzavot sanalgan. Undan tayyorlangan murabbo immunitetni ko‘taradi. Sholg‘om qaynatmasi esa angina (bodomcha bezlari yallig‘lanishi) va tish kasalliklarida foydalidir. Bu sabzavot pishirilganda uning shifobaxshligi yanada ortadi. Chunki, sholg‘om pishirilish jarayonida undagi glyukozid moddasi xantal moyiga aylanadi. U ishtahani yaxshilaydi.

Kalit so‘zlar: sholg‘om, murabbo, glyukozid moddasi.

ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА РЕПЫ

Джумаева Ш.Б., Мустафаева М.И.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Репа издавна использовалась в народе как средство от ряда болезней. Репа используется в народной медицине при лечении ряда заболеваний, в том числе заболеваний дыхательных путей, лихорадки, сердечной нестабильности. Репа улучшает работу печени, нормализует выработку жидкости желчного пузыря и препятствует образованию камней в мочевом пузыре. Содержащаяся в нем клетчатка активирует деятельность кишечника. Положительно влияет на деятельность желудочно-кишечного тракта.Он также снижает уровень холестерина в крови. С давних времен репа считалась овощем, предотвращающим туберкулез и проказу. Варенье из него повышает иммунитет. Отвар репы полезен при ангине (воспалении миндалин) и стоматологических заболеваниях. Когда этот овощ готовится, его лечебные свойства еще больше усиливаются. Это связано с тем, что глюкозид репы во время приготовления превращается в горчичное масло. Улучшает аппетит.

Ключевые слова: репа, варенье, глюкозид.

HEALING PROPERTIES OF REPA

Dzhumaeva Sh.B., Mustafaeva M.I.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The turnip has long been used by the people as a remedy for a number of diseases. Turnip is used in folk medicine to treat a number of diseases, including respiratory diseases, fever, and heart instability. Turnip improves liver function, normalizes the production of gallbladder fluid and prevents the formation of stones in the bladder. The fiber contained in it activates the intestines. It has a positive effect on the activity of the gastrointestinal tract. It has a positive effect on the activity of the gastrointestinal tract. It also lowers blood cholesterol levels. Since ancient times, turnip has been considered a vegetable that prevents tuberculosis and leprosy. Jam from it increases immunity. Turnip decoction is useful for sore throat (inflammation of the tonsils) and dental diseases. When this vegetable is cooked, its medicinal properties are further enhanced. This is because turnip glucoside turns into mustard oil during cooking. Improves appetite.

Key words: turnip, jam, glucoside.

Долзарблиги

Маҳаллий аҳолига куз ва қиш фаслларида шолғомни кундалик овқатланиш рационига қўшишни тавсия этиш.

Шолғом инсон саломатлиги учун жуда фойдали сабзавотдир. Буюк табиб Абу Али ибн Сино шолғомдан томоқ оғриғи, нафас йўлидаги шамоллаш ва пешоб йўлидаги муаммоларни бартараф этишда фойдаланган.

Бу илдиз мевали сабзавот яра ва жароҳатларни тез битирувчи, пешоб ҳайдовчи, шамоллашни олувчи, антисептик ва оғриқ қолдирувчи хусусиятга эга. Шифобахшлигини билгач, инсоният шолғомни маданийлаштирган ва уни парлаб, димлаб, қовуриб, қайнатиб ва ниҳоят, шундай ҳолатда салатларга солиб, ёғ билан, квас билан истеъмол қилишга одатланган.

Унинг таркибига В гуруҳидаги барча витаминлар, бета-каротин, С, Е, А, РР каби витаминлар ҳамда кальций, магний, натрий, калий, фосфор ва темир микроэлементлари сақланади.

100 грамм шолғомда 32 ккал, 1,5 фоиз оқсил, 0,1 фоиз ёғ, 7 фоиз углевод ва 9 фоиз қанд моддаси бор.

Шолғомнинг шифобахш хусусиятларига келганда организмни шлаклардан аъло даражада тозаловчи сабзавотдир. Илдиз мевали сабзавотлар ичида шолғом таркибидаги ҳаддан зиёд кўп сақланадиган С витамини билан ҳам ажралиб туради. Ҳудди шунинг учун у инфекцион касалликларга қарши курашишда ёрдам беради.

Шолғомдаги В1, В2, В5, РР ҳамда А провитамини (асосан сариқ шолғомда) унинг организмга тез сингиб кетишига ёрдам беради ва бу билан ошқозон-ичак фаолиятини енгиллаштиради. Шолғом таркибидаги стерин эса атеросклероздан ҳалос бўлишни осонлаштиради.

Бундан ташқари, шолғом таркибида меваларда кам учрайдиган саратонга қарши глюкорафанин ва сульфорофан элементлари ҳам сақланади.

Шунингдек, таркибидаги лизоцим туфайли шолғом халқ табобатида антибиотик сифатида қўлланилади. Бу эса шолғомнинг тери касалликларига ҳам шифо эканидан далолатдир. У паст калорияли бўлишига қарамай, витаминларга бойлиги билан жуда фойдали. Унинг таркибидаги эфир мойи ва минерал тузлар уни универсал комплекс сифатида саломатлигимиз учун ҳизмат қилишига сабаб бўлади.

Таркибида темир моддаси етарлича бўлгани боис анемиядан ҳалос бўлишингизга ёрдам беради. Шунинг учун баҳорги авитаминозни енгиш учун шолғомдан фойдаланиш тавсия этилади. У организмда модда алмашинувини яхшилайди. Ўз таркибидаги бактерицидлар ёрдамида соч, тиш, суяк ва тирноқлар мустаҳкамлигига жавоб беради ҳамда ошқозонни дезинфекциялайди. Қандли диабетга ҳам фойдалиҳисобланади. У паст калориялилиги ҳисобига юракни ёғ босишидан сақлайди. Уни ҳар қандай ҳолатда истеъмол қилиш билан ошқозон ва ичак фаолиятини яхшилаш мумкин.

Бундан ташқари, шолғом шарбати ўт қопи, буйрак ва пешоб йўлидаги тошларни сидириб туширишда, юрак-қон томирлари фаолиятини меъёрлаштиришда, мушакларни тозалашда ва ревматик касалликларни даволашда энг яҳши дармондори. Шолғом шарбатидан халқ табобатида организмдаги тузни ҳайдаб чиқариш учун ҳам фойдаланилади.

Организмга кальцийнинг сингиб кетишига ёрдам бериши эвазига қайнатилган шолғом оғриқ қолдирувчи ва суякларни қувватлантирувчи дармондорига айланади. Шунинг учун подагра (бўғимлардаги оғриқ) касали зўрайганда қайнатилган шолғомни бўғимлар устига қўйиб чиқилса, оғриқ босилади ва бемор тинчланади.

Шолғом қайнатилган сув иссиқлигида оёқлар ванна қилинса, бўғимлардаги оғриқдан қутулиши, чарчоқни енгиши мумкин.

Ана шу сув билан оғизни ғарғара қилинса, тиш оғриғи босилади.

Ҳудди шундай ғарғара қилганингизда томоқ йўли ва оғиз бўшлиғидаги яллиғланишни даволайди.

Шолғом қайнатилган сувга ингаляция қилиш орқали эса томоқ оғриғи, бронҳит, лорингит ва астмадан ҳалос бўлиш мумкин. Шунингдек, бу қайнатма буғи томоқ йўлини юмшатиб, балғам кўчишини енгиллаштиради.

Шолғомнинг мантиқасқонда димлаб пиширилгани организмдаги замбуруғларнинг ўсишига йўл қўймай, эзиб ташлайди. Бундан ташқари, стафилококклар ва ичак касалликларини келтириб чиқарадиган таёқчасимон микробларни енгишда ёрдам беради. Бунинг учун димлаб пиширилган шолғомнинг биттасини бешга бўлиб, кун давомида 1 бўлакдан майда чайнаб истемол ыилиш тавсия этилади.

Мазкур баргдан тайёрланган дамлама тиш, милк ҳамда суякларни мустаҳкамлайди. Бунинг учун 20 г қуритилган шолғом барги кукунини термосга солиб ва устидан 1 стакан қайноқ сув қуйиб, 30 дақиқага бостириб қўйилади. Дармондори тайёр бўлгач, у билан оғзини ғарғара қилиш ва кунига 3 маҳал овқатдан олдин 0, 5 стакандан ичиш тавсия этилади.

Ҳулоса

Шолғом барги ҳам витамин ва минералларга бой. У ўзидаги темир, йод, бета-каротин, магний, кальций ва С витаминининг мавжудлиги билан шифобахшликда тенгсиз. Шолғомда ўта ноёб ва нодир микроэлемент ҳамда металлардан мис, темир, фосфор, марганец, магний, рух, целлюлоза, йод, олтингугурт ва бошқалар сақлананиши боис қонни тозалашда, ўт қопи, буйрак ва пешоб йўли тошларини майдалаб туширишда, юрак-қон томирлари фаолиятини яхшилашда, сариқ касалидан ҳалос бўлишда, организмда ҳолестерин миқдорини камайтиришда, атеросклероз-нинг олдини олишда, ошқозон-ичак фаолиятини меъёрлаштиришда бошқа илдиз мевали сабзавотлардан устун туради. Шу сабали маҳаллий аҳолига куз ва қиш фаслларида шолғомни кундалик овқатланиш рационига қўшишни тавсия этамиз. Эслатма: Тавсияларни қўллашдан олдин шифокор билан маслаҳатлашиш зарур.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Абу Али ибн Сино "Тиб қонунлари". - Тошкент. - Фан. 1982 й.
2. Абу Али ибн Сино "Тиббий ўгитлар" - Тошкент.-Мехнат 1991 й.
3. Абу Али ибн Сино "Тиббий рисолалар" - Тошкент. -Фан 1987 й.
4. М. Хасаний "Табобат дурдоналари" - Тошкент, Ибн Сино. 1990 й.
5. К. Х. Хожиматов "Шифобахш гиёҳлар дардга малҳам". - Тошкент, 1. -Ўзбекистон. 1995 й.
6. Холида Мирфаёз кизи. С. М. Маҳкамов "Мижозингизни билиб-даволанинг" - Тошкент. - Ибн Сино. 1997 й.

Келиб тушган иақти 09.11.2020

УДК 61.616.1

SPORTSMENLARDA YURAK KASALLIKLARINI SKRINING QILISH

Ismoilova M.Yu.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Aholi va tibbiyot xodimlari o'rtasida sportning sog'liqqa ta'siriga munosabat tubdan farq qiladi. Oddiy odamlar o'tasida sportchilar, albatta, sog'lomgi bilan ajralib turadi, degan fikr bor, shifokorlar esa sportsmenlardagi nomuntazam yuqori intensivdagi zo'riqishilar organizimning barcha tizimiga asosan yurak qon-tomir tizimiga ta'sir etishini ta'kidlab aytadilar. Sportchilarda yurak-qon tomir tizimining patologiyasi ularning umumiy kasalligi tarkibida birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Ushbu maqolada sportchilarda yurak-qon tomir kasalliklarini erta aniqlashda asosiy tekshiruvi usullari ko'rsatib o'tilgan.

Kalit so'zlar: sport, skrining, vasovagal hushdan ketish, kardiomiopatiya

СКРИНИНГ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ

Исмоилова М.Ю.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Отношение населения и специалистов в области здравоохранения к влиянию занятий спортом на здоровье радикально отличается. Среди обычных людей бытует мнение, что спортсмены определенно более здоровы, а врачи говорят, что нерегулярный высокоинтенсивный стресс у спортсменов влияет на всю сердечно-сосудистую систему, в основном на организм. У спортсменов патология сердечно-сосудистой системы занимает одно из первых мест в структуре их общего заболевания. В этой статье описаны основные методы скрининга для раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний у спортсменов.

Ключевые слова: спорт, скрининг,вазовагальные обмороки, кардиомиопатия.

SCREENING OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN ATHLETES

Ismoilova M.Yu.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Attitudes towards the health effects of sports are radically different between the population and health professionals. There is a perception among ordinary people that athletes are definitely healthier, and doctors say that irregular high-intensity stress in athletes affects the entire cardiovascular system, mainly the body. In athletes, pathology of the cardiovascular system occupies one of the first places in the structure of their general disease. This article outlines the basic screening methods for early detection of cardiovascular disease in athletes.

Key words: sports, screening, vasovagalsyncope, cardiomyopathy.

Актуальность

Отношение к влиянию спорта на здоровье у населения и у медицинских работников принципиально отличается. Среди обывателей бытует мнение, что спортсмены - это люди, непременно отличающиеся крепким здоровьем, в то время как врачи полагают, что спорт подразумевает нагрузки, способные разрушить организм. За торжеством спортивных достижений наблюдают миллионы людей, в то время как неутешительная статистика известна немногим специалистам. Патология сердечно-сосудистой системы у спортсменов занимает одно из первых мест в структуре их общей заболеваемости.Традиционно, большинство эпидемиологических исследований, в т.ч. касающихся заболеваемости у спортсменов, проводится в США, соответственно, основным источником информации для данной статьи стали преимущественно они. Исследовательская группа Harmon K.G. и др. [1] 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 [2], 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 [3], захватившим период 1980 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. Практика обследования спортсменов перед соревнованиями существует давно, но долгое время она не была унифицированной и базировалась на локальных протоколах клинического обследования. В 1996 Американская ассоциация сердца разработала и внедрила рекомендации для скрининга кардиоваскулярных заболеваний у спортсменов, которые в 2007 году почти без изменений вновь были одобрены и приняты этой организацией [5,6,16].

Рекомендации 2007 года состоят из 12 пунктов (8 из них относятся к жалобам и анамнезу и 4 - к результатам физикального обследования):

Жалобы и анамнезъ

1. Боль/дискомфорт в грудной клетке при физической нагрузке
2. Необъяснимые обмороки/предобморочные состояния□
3. Выраженная/необъяснимая одышка при физической нагрузке
4. Ранее выявляемый шум в области сердца
5. Артериальная гипертензия
6. Преждевременная смерть (внезапная или неожиданная) в возрасте до 50 лет вследствие сердечно-сосудистого заболевания у> 1 родственника
7. Заболевание сердца у близких родственников в возрасте <50 лет
8. Наличие у близких родственников следующих сердечно-сосудистых заболеваний: гипертрофическая или дилатационная кардиомиопатия, синдром удлиненного интервала QT или другие каналопатии, синдром Марфана, или клинически значимые аритмии
9. Шум в области сердца
10. Пульсация на бедренных артериях (для исключения коарктации аорты)
11. Внешние признаки синдрома Марфана
12. Измерение АД на верхних конечностях (сидя)

Примечания: *при обследовании юных спортсменов рекомендуется присутствие родителей при сборе анамнеза и жалоб необходимо исключить нейрокардиогенную природу обмороков (вазовагальные обмороки), особое внимание необходимо уделить обморокам, возникающим при физической нагрузке. Аускультация должна проводиться как лежа, так и стоя (или с применением маневра Вальсальвы), особенно при подозрении на динамическую обструкцию выносящего тракта ЛЖ желательно измерять на обеих верхних конечностях. Наличие одного и более позитивных критериев скрининга указывает на необходимость проведения углубленного кардиоваскулярного обследования. В то время как американские рекомендации не рассматривают электрокардиограмму (ЭКГ) в качестве обязательного этапа скрининга, Европейское общество кардиологов и Международный олимпийский комитет считают это исследование необходимым [7,8]. В работе Corrado D. и соавторов приводится обширный перечень патологических изменений на ЭКГ, которые могут быть своевременно выявлены при скрининге [9]. Информация авторами представлена в виде громоздкой таблицы, которую мы воспроизводить не будем, ограничившись замечанием, что все изменения ЭКГ (кроме тех, которые являются результатом непосредственно спортивных нагрузок) требуют дальнейшего углубленного кардиоваскулярного обследования. Кстати, итальянские ученые в своей статье приводят примеры и доброкачественных изменений ЭКГ у спортсменов - это, в частности, синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада 1 степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром ранней реполяризации миокарда, изолированные вольтажные QRS критерии гипертрофии левого желудочка. Выявление только этих изменений не требует дополнительного обследования. В свою очередь, обсуждая так называемые "Лозаннские рекомендации" международного олимпийского комитета по скринингу кардиоваскулярных заболеваний (2004), Hamilton B. и соавторы резонно замечают, что эхокардиография (ЭхоКГ) может быть чувствительнее, чем ЭКГ при диагностике сердечно-сосудистых заболеваний (в частности, гипертрофической кардиомиопатии) [10]. Тем не менее, в настоящее время ЭхоКГ остается в числе методов углубленного кардиоваскулярного обследования. Интересно, что в то время, как в ряде европейских стран (Германия, Франция, Великобритания, Норвегия, Польша, Бельгия, Нидерланды, Люксембург) ЭКГ считается обязательным методом скрининга, в некоторых странах (Испания, Швеция, Греция) это исследование лишь "рекомендуется". Кроме клинической ценности на использование ЭКГ при скрининге влияет и финансовая составляющая проблемы. Maron B.J. и соавторы на основании теоретических расчетов делают вывод, что в масштабах США обязательное ЭКГ-исследование увеличит расходы на скрининг лиц, занимающихся спортом, на 500 миллионов долларов в год, лишь незначительно улучшив диагностику кардиоваскулярных заболеваний [6]. В то же время другие американские исследователи считают использование ЭКГ для скрининга финансово оправданным и эффективным [11]. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов [7], если углубленное обследование сердечно-сосудистой системы не выявило заболеваний - спортсмен допускается к занятиям спортом без ограничений. Если же была выявлена кардиоваскулярная проблема - возможны три варианта решений: 1) при

незначительных нарушениях - занятия спортом возможны без ограничений, 2) при умеренных нарушениях занятия спортом возможны с ограничением динамических и статических нагрузок, 3) при выраженных нарушениях - занятия спортом противопоказаны. В европейских рекомендациях подробно описаны методы оценки тяжести кардиоваскулярных заболеваний, а также алгоритм принятия решения о возможности занятий спортом. В то же время, несмотря на наличие подробных рекомендаций, окончательное решение в каждом индивидуальном случае остается за врачом.

Заключение

Спортсмены требуют повышенного внимания со стороны врачей. Это связано с большей частой внезапной сердечной смерти в данной популяции. Кроме того, скрининговое обследование спортсменов должно проводиться согласно унифицированной процедуре опроса и физикального исследования, а также включать проведение ЭКГ. Лица, у которых при скрининге было заподозрено или выявлено заболевание сердечно-сосудистой системы, должны пройти углубленное обследование, по результатам которого принимается решение о возможности занятий спортом. Учитывая, что большинство случаев внезапной сердечной смерти у атлетов возникают во время занятий спортом, медицинский и тренерский персонал, обслуживающий соревнования и тренировки, должен быть готов к проведению сердечно-легочной реанимации с использованием дефибрилляторы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Harmon K.G. AsifI.M., MaleszewskI J.J. Etal. Incidence, cause, and comparative frequency of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association Athletes // Circulation. - 2015. - Vol. 132. - P. 10-19.
2. 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 Coll Cardiol. - 2014. - Vol. 63. - P. 1636-1643.
3. 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.
4. 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.
5. 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 Coll Cardiol. - 2003. - Vol. 42. - P. 1959-1963.
6. Maron B.J., Thompson P.D., Ackerman M.J., et al. Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. // Circulation. - 2007. - Vol. 115(12). - P. 1643-1655.
7. Maron B.J., Thompson P.D., Puffer J.C., et al. Cardiovascular preparticipation screening of competitive athletes: astatement for Health Professionals from the Sudden Death Committee (Clinical Cardiology) and Congenital Cardiac Defects Committee (Cardiovascular Disease in the Young), American Heart Association. // Circulation. - 1996. - Vol. 94. - Vol. 850-856.
8. Pelliccia A., Fagard R., Bj?rnstad H.H., et al. European Society of Cardiology consensus document: recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease. // Eur Heart J. - 2005. - Vol. 26. - P. 1422- 1445.
9. Oswald D., Dvorak J., Corrado D. et al. Sudden cardiovascular death in sport. Lausanne recommendations: preparticipation cardiovascular screening. http:// multimedia. Olympic. org/ pdf/ en_report_886.pdf
10. Corrado D., Basso C., Schiavon M., Pelliccia A., Thiene G. Pre-Participation Athletic Screening // Journal of the American College of Cardiology. - 2008. - Vol. 52, No. 24. - P. 1981-1989.
11. Hamilton B., Jaques R., Budgett R. Observations on the -Lausanne Recommendations? on sudden cardiovascular death in sport / / Br J Sports Med. - 2007. - Vol. 41(2). - P. 1-2.
12. Wheeler M.T., Heidenreich P.A., Froelicher V.F., Hlatky M.A., Ashley E.A. Cost-effectiveness of preparticipation screening for prevention of sudden cardiac death in young athletes. // Ann Intern Med. - 2010. - Vol. 152(5). - P. 276-286.
13. 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.
14. To A.C.Y., Dhillon A., Desai M.Y. Cardiac Magnetic Resonance in Hypertrophic Cardiomyopathy //J Am Coll Cardiol Img. - 2011. - Vol. 4 (10). - P. 1123-1137.
15. Silvia G. Priori S.G., Carina Blomstrom-Lundqvist C., Mazzanti A., et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death // European Heart Journal. - 2015. - 87 p.
16. EARLY DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN ATHLETES M Yu IsmoilovaInternational Engineering Journal For Research & Development.2020/6/24Vol.5 Issue.4 (6-6)www.iejrd.com

Поступила 09.11.2020

УДК 61.616.008

МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Раджабова Г.Б., Джаббарова М.Б., Саломова Н.К.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье показаны современные статистические показатели по такому распространенному заболеванию как хроническая обструктивная болезнь легких, подробно разобраны внутренние и внешние факторы риска, меры профилактике и лечении данного заболевания.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких. эпидемиология ХОБЛ, факторы риска ХОБЛ.

O‘PKA SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIKLARINI OLDINI OLISH USULLARI

Radjabova G.B., Djabborova M.B., Salamova N.K.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Maqolada surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi kabi keng tarqalgan kasallik uchun mavjud statistik ko‘rsatkichlar ko‘rsatilgan bo‘lib, bu kasallikning oldini olish, profilaktik chora-tadbirlar va davolashda yordam beradigan ichki va tashqi xavf omillarini batafsil tahlil qiladi.

Kalit so‘zlar: surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi epidemiologiyasi, surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi uchun xavf omillari.

MEASURES TO PREVENT THE RISK FACTORS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Radjabova G.B., Dzhabbarova M.B., Salomova N.K.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article shows the current statistical indicators for such a common disease as chronic obstructive pulmonary disease, analyzes in detail the internal and external risk factors, the fight against which will help in the prevention and treatment of this disease.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease. epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease, risk factors for chronic obstructive pulmonary disease.

Актуальность

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. По данным ряда исследований распространенность ХОБЛ среди взрослого населения составляет 5-9% (1,2). ХОБЛ является частой причиной обращений к врачу, госпитализаций в стационар и отделения интенсивной терапии. Это единственная болезнь, смертность от которой продолжает увеличиваться. Летальность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин смерти в общей популяции, что составляет около 4% в структуре общей летальности [1].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает одно из ведущих мест среди причин заболеваемости и смертности взрослого населения, приводящая к значительному экономическому и социальному ущербу (17,19).

Как отмечают эксперты GOLD - Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (2008 г.), ХОБЛ является одной из важнейших проблем здравоохранения. Данные эпидемиологических исследований, проведённых в течение последнего десятилетия, свидетельствуют о высокой распространённости этой патологии. В России в структуре распространённости болезней органов дыхания ХОБЛ занимает лидирующее положение, составляя свыше 55% патологии респираторной системы (10).

При этом продолжительность жизни больных в России ниже на 10-15 лет по сравнению с жителями стран Западной Европы. Прогнозы специалистов в отношении данной патологии остаются неблагоприятными: так, по мнению экспертов ВОЗ, к 2020 году ХОБЛ будет занимать пятое место среди обшей заболеваемости в мире и третье среди причин смертности (1,15).

Важно отметить, что особенностью ХОБЛ является неуклонно прогрессирующая обструкция дыхательных путей, которая под воздействием современных методов лечения является лишь частично обратимой (2,10).

Курение - главенствующаяпричинаХОБЛ (The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services, 2006). У курильщиков табака риск развития заболевания равен 80-90%. Возраст

начала курения, его продолжительность, количество и качество выкуриваемого, социальный статус курильщика могут служить прогностическими признаками ХОБЛ - предвестниками смерти (2,10,15). Проведено большое количество эпидемиологических исследований, которые свидетельствуют - через 15-20 лет курения наступают легочные изменения как бронхолитического, так и эмфизематозного характера. Определение курения сигарет в качестве наиболее распространенного фактора риска развития ХОБЛ привело к превращению программ отказа от курения в ключевой элемент профилактики ХОБЛ, а также в важный метод лечения пациентов, уже страдающих этим заболеванием (15,17,21). Но курение не единственным фактором риска ХОБЛ, и данные эпидемиологических исследований неоднократно показали, что у некурящих лиц также возможно развитие хронического ограничения скорости воздушного потока.

Курение ведет к 10-кратному увеличению содержания нейтрофилов в дистальных отделах респираторной системы (2,5). Процессы повреждения и репарации, происходящие при ХОБЛ вследствие вдыхания поллютантов, составляют суть хронически текущего воспаления, регулируются громадным количеством экзогенных и эндогенных противовоспалительных медиаторов и проявляются на всех уровнях респираторной системы: уровень защитной слизи, уровень эпителиальных клеток и интерстициальная ткань.

Борьба с курением табака - едва ли не самая сложная задача в общей схеме ведения больных ХОБЛ, и обучающие программы играют важную роль в побуждении к отказу от курения. Однако ХОБЛ имеет определенные отличия, влияющие на организацию обучающего процесса. Это, прежде всего, особенности течения заболевания: неуклонно прогрессирующая обструкция, низкая клиническая эффективность лечебных инициатив, наличие системных эффектов, таких как системное воспаление и дисфункция скелетной мускулатуры, которые ухудшают прогноз заболевания.

Роль пола как фактора риска ХОБЛ остается неясной. Последние данные, касающиеся развитых стран, говорят о том, что распространенность болезни почти одинакова и мужчин, и у женщин, что возможно связано с изменением характеристик курения табака (20).

Весьма существенна роль экологии жилища в развитии ХОБЛ: высокая влажность воздуха в сочетании с повышенным содержанием двуокиси азота, образующейся при горении природного газа, топке каминов, курении, использовании различного твердого топлива без адекватной вентиляции приводит к образованию озона и других "раздражающих" соединений, и, следовательно, к развитию ХОБЛ (10,20).

К профессиям с повышенным риском развития ХОБЛ помимо шахтеров, контактирующих с кадмий- и кремнийсодержащей пылью, относятся строители (контакт с цементом), рабочие металлургической промышленности (горячая обработка металлов), железнодорожники, рабочие, занятые переработкой зерна, хлопка, производством бумаги (5,7,8,21,22). При этом курение усиливает неблагоприятное действие профессиональных факторов. Загрязнение воздуха внутри и вне жилищ является доказанным фактором риска ХОБЛ. При этом неизвестно, какой из поллютантов окружающей среды является наиболее опасным.

Показано, что риск развития ХОБЛ находится в обратной зависимости от социально-экономического статуса (15). Однако, по- прежнему остается невыясненным, связано ли это со скученностью людей, недостаточным питанием, контактом с поллютантами или загрязнением воздуха внутри жилища.

Инфекции (вирусные и бактериальные) могут вносить свой вклад в патогенез и прогрессирование ХОБЛ; бактериальная колонизация, связанная с воспалением в дыхательных путях, также может играть значимую роль в развитии обострений (2,10,12). Перенесенная в детстве тяжелая респираторная инфекция может приводить к снижению функции легких и более частым респираторным симптомам во взрослом возрасте (11,13).

Основываясь на современных знаниях, рабочее определение можно сформулировать следующим образом: ХОБЛ - заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, способными дополнительно отягощать течение болезни у некоторых пациентов. Ее легочный компонент характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop report updated 2010).

В приведенном определении ХОБЛ появились новые положения:

— заболевание можно предупредить и лечить;

— заболевание имеет системные проявления.

К основным системным проявлениям ХОБЛ относятся: снижение питательного статуса, дисфункция скелетных мышц (ДСМ), остеопороз, анемия, депрессия и сердечно-сосудистые эффекты (1,3). Механизмы, лежащие в основе данных системных проявлений, достаточно многообразны и пока изучены недостаточно. Важное место среди них занимают гипоксемия, курение, малоподвижный образ жизни и системное воспаление (4,9,18).

ХОБЛ имеет различное течение заболевания, и у разных людей оно неодинаково. Однако общим является прогрессирование ХОБЛ, особенно если продолжается воздействие на пациента патогенных агентов (1,4,5). Прекращение влияния этих агентов, даже если имеется значительное ограничение скорости воздушного потока, может привести к некоторому улучшению функции легких и, безусловно, замедлит или даже остановит прогрессирование болезни. Однако развившуюся ХОБЛ и связанные с ней сопутствующие заболевания нельзя полностью устранить, и, следовательно, они требуют постоянной терапии. Лечение ХОБЛ может уменьшить выраженность симптомов, улучшить качество жизни, уменьшить частоту обострений и, возможно, снизить смертность (14).

Но ХОБЛ характеризуется не только хроническим ограничением скорости воздушного потока, патологическими изменениями в легких, внелегочными проявлениями, но и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ у некоторых пациентов.

По мнению экспертов, GOLD (2008), ХОБЛ следует считать заболеванием легких, но для более точного определения ее степени тяжести и правильного выбора терапии следует также учитывать сопутствующие заболевания, к которым относятся артериальная гипертензия, остеопороз, депрессия, ишемическая болезнь сердца и др. (1,2). Прогноз наиболее неблагоприятен при сочетании ХОБЛ с группой сердечно-сосудистых заболеваний. Больные, страдающие тяжелыми формами ХОБЛ, относятся к группе высокого риска внезапной смерти (4,9,18).

Таким образом, при лечении ХОБЛ следует также уделять большое внимание сопутствующим заболеваниям и их влиянию на качество жизни пациента. У каждого пациента с хроническим ограничением скорости воздушного потока необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику и точную оценку степени тяжести сопутствующих заболеваний (Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической об- структивной болезни легких, 2008).

Важным шагом на пути развития стратегии профилактики и лечения любой болезни является идентификация факторов риска. При ХОБЛ играют роль как внутренние, так и внешние факторы, и возникновение болезни обычно зависит от взаимодействия между ними. К внутренним факторам относятся генетические патологии. Основными внешними факторами являются курение табака, профессиональная пыль и химикаты, а также поллютанты, как атмосферные, так и внутри жилищ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеев С.Н. Системные эффекты у больных ХОБЛ // Врач. 2006. №12. С. 3-8.
2. Васильева О.С., Гусаков А.А., Гущина Е.Е., Кравченко Н.Ю. Хроническая обструктивная болезнь легких. Пульмонология, - 2013; -№3, -С,49 - 55.
3. Кароли Н.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология: клинико-функциональные взаимоотношения и прогнозирование течения: /Автореф. дис... докт. мед. наук. Саратов, 2007,- 45с.
4. Козлова Л.И. Хронические обструктивные заболевания легких и ИБС: некоторые аспекты функциональной диагностики // Пульмонология, -2001. -№2. -С. 9-12.
5. Колосов В.П., Перельман Ю.М., Кожаева В.Б., Колосов А.В Клинико-микробиологические особенности течения хронической обструктивной болезни легких у фермеров. Благовещенск, 2005. -164 с.
6. Марченко В.Н. Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких. //Профессиональные заболевания органов дыхания. Национальное руководство. Серия "Национальные руководства". Под ред. Н.Ф. Измерова, А.Г. Чучалина. М.: GEOTAR, 2015, - С. 293 - 338
7. Разумов А.С., Масенко Я.Л. Распространенность хронической обструктивной болезни легких у работников химического производства. //Медицина труда и пром. Экология, -2005;
8. Терещенко Ю. А., Канн И.Н. Распространенность ХОБЛ среди работников
9. Хамаева А.А., Белялов Ф.И. Клинико-функциональные особенности у больных с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких // Вопросы клинической и экспериментальной медицины. Иркутск, 2008. С. 50-52.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: ООО "КолорИт Студио",2004. -64с.
11. Br?ske I., Thiering E., Heinrich J., Huster K., Nowak D.. Biopersistent granular dust and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2013;8(11):80977.
12. Buch P., J.Friberg, H. Scharling, P. Lange, E. Prescott: Reduced lung function and risk of atrial fibrillation in the Copenhagen City Heart Study // Eur. Resp. J. 2003. Jun; Vol. 21(6). P. 1012-1016.
13. C.M., Young C., Wight J., Blanc P.D., Fishwick D. Chronic obstructive pulmonary disease among residents of an historically industrialised area. Thorax 2012; 67(10):901-7.
14. Cherrie J.W., Brosseau L.M., Hay A., Donaldson K. Low-toxicity dusts: current exposure guidelines are not sufficiently protective. Ann Occup Hyg 2013; 57(6):685-91.
15. Darby A.C., Waterhouse J.C., Stevens V., Billings C.G., Billings C.G., Burton Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2017 // www.goldcopd.com. (http://www.goldcopd.com)
16. Graber J.M., Stayner L.T., Cohen R.A., Conroy L.M., Attfield M.D. Respiratory disease mortality among US coal miners; results after 37 years of follow-up. Occup Environ Med 2014; 71(1):30-9.
17. Hoppin J.A. Pesticides and respiratory health: where do we go from here? Occup Environ Med 2014;71(2):80.
18. Huiart L. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD // Chest. 2005. Vol. 128. P. 2640-2646.
19. M?hner M., Kersten N., Gellissen J.. Chronic obstructive pulmonary disease and longitudinal changes in pulmonary function due to occupational exposure to respirable quartz. Occup Environ Med 2013; 70(1):9-14.
20. Oh C.M., Oh I.H., Lee J.K., Park Y.H., Choe B.K., Yoon T.Y., Choi J.M. Blood cadmium levels are associated with a decline in lung function in males. Environ Res. 2014; 132:119-25.
21. Sin D.D., Man S.F. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality // Proc. Am. Thorac. Soc. 2005. Vol. 2. P. 8-11.
22. S?yseth V., Johnsen H.L., Kongerud J. Respiratory hazards of metal smelting.Curr Opin Pulm Med 2013;19(2):158-62.

Поступила 09.11.2020

УДК 618.39-06-055.28

XALQ VA QO‘SHIMCHA TABOBATNI SOG‘LIQNI SAQLASH TIZIMIGA INTEGRATSIYASI

Qayumov X.N.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Maqolada Xalq va qo‘shimcha tabobat (XvaQT)ni sog‘likni saqlash tizimiga uyg‘unlashtirish borasida O‘zbekiston respublikasida amalga oshirilgan amaliy tadbirlar yoritilgan. Xalq va qo‘shimcha tabobat sohasida mutaxassislar tayyorlash, malakasini oshirish va qayta tayyorlash tizimini yo‘lga qo‘yilganlik holati, qo‘llanilishi borasida me'yor va qoidalar ishlab chiqilganlik va amaliyotga tadbiq etilganlik darajasi tahlil qilingan.

Kalit so‘zlar: Xalq va qo‘shimcha tabobat, an'anaviy tabobat, qo‘llanilishi, strategiyasi, sog‘likni saqlash tizimiga uyg‘unlashtirish.

ИНТЕГРАЦИЯ НАРОДНОЙ И ДОПОЛЬНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каюмов Х.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье описаны практические меры, принимаемые в Республике Узбекистан по интеграции традиционной и дополнительной медицины (ШМТ) в системе здравоохранения. Проанализировано состояние системы подготовки, повышения квалификации и переподготовки специалистов в области народной и дополнительной медицины, уровень разработки и выполнения норм и правил по их применению.

Ключевые слова: народная и дополнительная медицина, традиционная медицина, применение, стратегия, адаптация к системе здравоохранения.

INTEGRATION OF FOLK AND ADDITIONAL MEDICINE INTO THE HEALTHCARE SYSTEM

Kayumov Kh.N.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article describes the practical measures taken in the Republic of Uzbekistan to harmonize traditional and complementary medicine (CMT) in the health care system. The state of the system of training, advanced training and retraining of specialists in the field of traditional and complementary medicine, the level of development and implementation of norms and rules for their application are analyzed.

Key words: traditional and complementary medicine, traditional medicine, application, strategy, adaptation to the health care system.

Долзарблиги

Халқ табобати аксарият аҳоли фойдаланиши мумкин бўлган тиббий ёрдам турига киради. Халқ табобатидаги даволаш усуллари кўпчилик инсонлар учун бирламчи тиббий ёрдам сифатида ишлатилади. Бунинг асосий сабаблари яшаш ҳудудига яқинлиги, миллий-маданий қарашлар, ишончнинг юқорилиги ва иқтисодий қулайлигидир. Айниқса тиббий ҳизмат қимматлашган даврда халқ табобати воситаларини иқтисодий қуллайлиги кўп миллионли аҳолини ўзига жалб этади. Кўпгина сурункали касалликларни ўсиб бораётганлиги ҳам халқ табобатига эътиборни янада ошишига сабаб бўлмоқда(4,5).

Ҳозирги даврда халқ табобати кўпгина давлатларда кенг ишлатилиб келинмоқда, бошқаларида эса оҳирги йилларда унга бўлган эътибор ошиб бормоқда. Ер юзининг кўпгина ҳудудларида сиёсатчилар, тиббий ҳизмат ҳодимлари ва жамоатчилик "Халқ ва қўшимча табобатни" (ҲваҚТ) асрашда, бошқаришда, фойдаланишда, сифати, самарадорлиги ва ҳавфсизлиги масалаларида муаммоларга учрашмоқда. Унга бўлган қизиқиш фақат унинг махсулотлари билан чекланмасдан, кўпроқ амалий ҲваҚТ ҳамда анъанавий табиблар амалиётига бўлган этиборга қаратилган.

ЖССТ берган тарифга кўра Халқ табобати" узоқ тариҳга эга бўлган, маҳаллий ҳалқлар ва турли маданият вакилларининг назариялари, эътиқодлари асосида тўпланган билим, кўникма ва амалий тажрибаларнинг умумий ҳулосаси бўлиб, биз уларни тушунтира олишимиз ёки тушунтира олмаслигимиздан қатъий назар саломатликни сақлашда, шунингдек жисмоний ва руҳий бузилишларда профилактика, диагностика ва даволаш мақсадларида ишлатилади" (3).

Халқ табобатига мурожаатни сабабидан қатъий назар, унга бўлган қизиқиш кундан-кунга ошиб бормоқда ва бундан кейин ҳам янада ошиши кузатилади. Бу тенденцияни инобатга олган ҳолда халқ табобати амалиётчиларини фаолиятини профессионал даражада уйғунлаштириш ва ҳавфсизлигини таъминлаш зарур бўлади. Бундан ташқари халқларни ва маҳаллий жамиятни интеллектуал мулкга ҳуқуқини сақлаб қолиш, халқ табобати усулларини илмий ўрганиш, инновацион ғояларни қўллаб-қувватлаш муҳим аҳамиятга эга.

Энг асосийси халқ табобатини соғлиқни сақлаш тизими билан уйғунлаштириш, касалликларни профилактикаси, диагностикаси ва даволашда замонавий тиббиёт билан халқ табобати ўртасидаги ҳамкорлик ва интеграцияни таъминлаш ҳозирги даврда асосий вазифалардан биридир(4,5).

Юқорида баён этилганлардан келиб чиқиб ЖССТ "Халқ табобати соҳасида 2014-2023йй стратегияси"ни ишлаб чиқди. Бу стратегияни асосий мақсадлари қуйидагилардан иборат(3):

1) Халқ табобатининг потенциал имкониятларидан инсонлар саломатлигини сақлашда, яшаш даражасини яхшилашда, тиббий-санитария ёрдами кўрсатишда фойдаланиш.

2) Халқ табобати соҳасини меъёр ва қоидаларини белгилаш, илмий изланишлар олиб бориш ва соғликни сақлаш тизими билан интеграциясини таъминлаш орқали уни ҳавфсиз ва самарали ишлатилишига эришиш (3).

Кўпгина ҳалқлар табобати сингари ўзбек халқ табобати ҳам бой тариҳий анъаналарга ва ноёб меросга эга.ҲваҚТ сифати ва ҳавфсизлигини таъминлаш учун миллий соғликни сақлаш тизимида мамлакатда қўлланиладиган ҲваҚТ шаклларига аниқ талаб ва истакларини акс эттирувчи стратегия ва сиёсат ишлаб чиқиш талаб этилади. Бу соҳада бошқа мамлакатлар халқ табобати шаклларини қўлланилишига соғликни сақлаш тизимини тайёрлигини таъминлаш зарур. Бундан ташқари ҲваҚТ борасида миллий стратегияни, меъёр ва қоидаларни ишлаб чиқишда, уларни амалиётга тадбиқ этишда бошқа мамлакатлар тажрибаси ва амалиётидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ(4,5). Ҳ ва ҚТ қўлланилиш моделларини нисбатан уч турга бўлиш мумкин(3):

1. Халқ табобати асосий тиббий - санитария ёрдами кўрсатувчи манба сифатида қўлланиладиган мамлакатлар. Бу соғликни сақлаш тизими яҳши ривожланмаган мамлакатларга ҳос бўлиб, уларда врачлар танқислиги мавжуд. Буларга Африка қитъасида давлатларни мисол қилиб айтиш мумкин. Уларда бир табиб 500 аҳолига, бир врач 40000 аҳолига тўғри келади.

2. Халқ табобати анъанавий маданият таъсири натижасида қўлланиладиган мамлакатлар. Бундай давлатларга Сингапур ва Корея Республикасини мисол қилиб кўрсатиш мумкин. Бу давлатларда замонавий тиббиёт яҳши ривожланганлигига қарамасдан 76 ва 78% аҳоли Халқ табобатига мурожаат қилиб келмоқда.

3. Халқ табобати қўшимча табобат сифатида қўлланиладиган мамлакатлар. Бу ҳолат асосан соғликни сақлаш тизими ривожланган давлатларда - тиббий ҳизмат юқори даражада йўлга қўйилган Шимолий Америка ва Европа мамлакатларида учрайди.

Бу борада республикамизда муайян ишлар амалга оширилмоқда. Айниқса Ўзбекистон Республикаси президентининг 2018 йил 12 октябрдаги " Ҳзбекистон Республикасида халқ табобати соҳасини тартибга солиш чора-тадбирлари тўғрисида" №3968-сонли қарори бу йўналишда амалга оширилиши зарур бўлган вазифаларни ҳал этишда муҳим омил бўлди. Қарорда Халқ табобати фаолиятини тартибга солиш, тўпланган тажриба ва салоҳиятдан самарали фойдаланиш, ушбу соҳадаги меъёрий-ҳуқуқий базани шакллантириш ҳамда халқ табобатининг усуллари ва ютуқларидан самарали ва ҳавфсиз фойдаланиш учун шарт-шароит яратиш мақсадида, биринчидан халқ табобати аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг қўшимча усули сифатида эътироф этилди, иккинчидан халқ табобати усулида хизмат кўрсатиш бўйича фаолиятни лицензиялаш тиббий фаолиятни лицензиялаш учун белгиланган тартибда амалга оширилиши белгиланди, учунчидан халқ табобати усулларидан фойдаланган ҳолда тиббий хизмат кўрсатувчи шаҳслар ўз фаолиятининг натижалари бўйича тиббиёт ҳодимлари учун қонун ҳужжатларида назарда тутилган ҳажмда жавобгарлиги белгиланди, тўртинчидан тиббий ҳизмат кўрсатишга нисбатан қўйилган талаблар халқ табобати усулларидан фойдаланган ҳолда тиббий ҳизмат кўрсатиш билан шуғулланадиган шаҳсларга ҳам татбиқ этилиши қайд этилди(1).

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги халқ табобати усулларини қўллаган ҳолда тиббий фаолиятни амалга ошириш учун зарур бўлган талабларни, шунингдек, ҳизмат кўрсатиш ҳажми ва тартибини белгиловчи ваколатли орган этиб белгиланди.

Республикада халқ табобатини ривожлантиришнинг асосий йўналишлари сифатида халқ табобати соҳасидаги фаолиятни тартибга солиш ва назорат қилишни назарда тутувчи меёрий-ҳуқуқий базани шакллантириш ҳамда халқ табобати усулларидан фойдаланган ҳолда тиббий хизмат кўрсатувчи шахсларнинг ҳуқуқий мақомини ва улар томонидан кўрсатилган хизматлар оқибати учун жавобгарлигини белгилаш, халқ табобати усулларидан фойдаланган ҳолда тиббий ҳизмат кўрсатувчи ташкилотлар ва мутаҳассислар, уларнинг иш тажрибаси, кўрсатадиган ҳизмат турлари ҳақидаги маълумотларни ўз ичига олган ягона маълумотлар базасини шакллантириш, кўрсатилаётган тиббий ҳизматлар сифатини ошириш ҳамда аҳолига тиббий ҳизматдан фойдаланишда онгли равишда танлаш имкониятини яратиш учун халқ табобатининг кўп йиллик кўникмалари ҳамда амалиётда тасдиқланган ижобий ютуқларини замонавий тиббиётга интеграциялаш орқали унинг салоҳиятидан фойдаланиш, халқ табобати соҳасида етакчи маҳаллий ва чет эл тиббиёт муассасалари ҳамда соғломлаштириш амалиёт марказлари билан яқин ҳамкорлик қилиш асосида халқ табобати мутаҳассисларини тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тизимини яратиш такидланган ва республикада халқ табобатини ривожлантиришнинг устивор чора-тадбирлар дастури тасдиқланди(1).

Дастурда маҳаллий соғлиқни сақлаш тизимида халқ табобатининг ролини ошириш, халқ табобати усулларини қўллаган ҳолда ҳизмат кўрсатувчи ҳусусий тиббиёт муассасалари фаолиятини қўллаб-қувватлаш, соғлиқни сақлаш тизимининг амбулатор ва стационар муассасаларида халқ табобати усулларини қўллаш билан касалликларни даволаш бўйича маҳсус бўлимлар ташкил этиш, халқ табобати дори воситаларини сотиш билан шуғулланувчи дориҳоналар тизимини ташкил этиш (ривожлантириш), халқ табобати соҳасида кадрлар тайёрлаш, халқ табобатини янада оммалаштириш бўйича илмий-тадқиқот ишларини олиб бориш учун шароит яратиш, халқ табобатидан кенг фойдаланиладиган ҳорижий мамлакатлар билан фаол ҳамкорлик қилиш каби устивор йўналишларни амалга ошириш меҳанизми кўрсатиб берилди.

Шу билан бирга ҳозирги кунда республикамизда тиббий фаолиятни лицензиялаш учун назарда тутилган тартибда халқ табобати усулларини қўллаш би-

лан кўрсатиладиган ҳизмат фаолиятини лицензиялаш, халқ табобати воситаларини реклама қилиш, шунингдек, алқ табобати усулларини қўллаш бўйича фаолиятни ҳуқуқий тартибга солувчи қонунчиликни такомиллаштириш борасида ишлар олиб борилмоқда. Халқ табобати соҳаси тартибга солиниши муносабати билан хизматчиларнинг асосий лавозимлари ва касблар Классификаторига ўзгартириш ва қўшимчалар киритилди.

Ўзбекистон республикаси президентининг 2020 йил 10 апрелдаги "Ўзбекистон Республикасида халқ табобатини ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар" №4668-сонли қарорида халқ табобатининг касалликларни профилактика қилиш, ташхис қўйиш ва даволаш бўйича самарали усулларини замонавий тиббиёт амалиётига жадал интеграциялаш, фуқаролар саломатлигини янада мустаҳкамлаш, ушбу соҳада мутаҳассислар тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳамда илмий-тадқиқот ишларини ўтказиш тизимини йўлга қўйиш бўйича асосий вазифалар белгилаб берилди(2).

Қарорга асосан Ўзбекистон Республикаси Давлат бюджети маблағлари ҳисобидан молиялаштириладиган, давлат муассасаси шаклидаги юридик шаҳс мақомига эга Республика халқ табобати илмий-амалий маркази ташкил этилиб, вилоятлардаги тиббиёт олий таълим муассасаларида ва Абу Али ибн Сино номидаги жамоат саломатлиги техникумларида юридик шаҳс мақомига эга бўлмаган ҳудудий марказлар ташкил этилди.

Республика марказининг асосий вазифалари этиб қуйидагилар белгиланган (2):

Халқ табобати усулларидан, шу жумладан ўзбек халқ табобатининг тариҳий анъаналари ва ўзига ҳос меросидан фойдаланган ҳолда касалликларни профилактика қилиш, ташхис қўйиш ва даволаш, шунингдек, бошқа тиббий хизматлар кўрсатишнинг самарадорлигини таҳлил қилиш ва ўрганиш;

Халқ табобатининг асосий йўналишларини (фитотерапия, акупунктура, аюрведа, гомеопатия, йога, моксотерапия, натуропатия, остеопатия, термал тиббиёт, ҳиро-амалиёт, цигун ва бошқалар) ривожлантириш, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлашда ва замонавий тиббиётда уларни қўллаш бўйича ўқув-методик адабиётлар тайёрлаш;

Халқ табобатини касалликларни профилактика қилиш, ташхис қўйиш ва даволаш масалаларида замонавий тиббиётга интеграциялаш бўйича, шу жумладан илмий-тадқиқот ва лаборатория тадқиқотлари ўтказиш орқали таклифлар тайёрлаш;

Халқ табобатида фойдаланиладиган ўсимликларни ўстириш ва ўсимлик кўринишида бўлмаган ҳомашё тайёрлашни, ушбу йўналишда лаборатория ва илмий тадқиқотлар ўтказишни ташкил этиш, шунингдек, халқ табобатида энг кўп ишлатиладиган ўсимликлар ва ҳомашёни ўстиришни маҳаллийлаштириш бўйича таклифлар тайёрлаш;

Халқ табобати бўйича мутахассисларни, тиббиёт ҳодимларини ва тиббий маълумотга эга бўлмаган шахсларни Ҳудудий марказларда тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини оширишни ташкил этиш;

Фуқаролар саломатлигини таъминлашда алқ табобатининг ролини ошириш борасидаги муаммоларни ўрганиш ва таклифлар тайёрлаш юзасидан илмий-тадқиқот муассасалари, давлат ва хўжалик бошқаруви органлари, шунингдек, бошқа ташкилотлар билан ўзаро ҳамкорлик қилиш;

Ҳорижий мамлакатларнинг халқ табобати вакили бўлган ташкилотлари билан яқин ҳамкорлик қилиш, мамлакатимизда халқ табобатини янада ривожлантириш масалалари бўйича биргаликда анжуманлар, форумлар ва бошқа тадбирлар ўтказиш.

Бухоро Давлат тиббиёт институтида ўзбек халқ табобатини, айниқса Абу Али ибн Синонинг тиббий меъросини ўрганиш бўйича амалий ва илмий изланишлар олиб борилмоқда. 20 йилдан ортиқ давр мобайнида барча йўналишларда ички имкониятлардан келиб чиққан ҳолда, ўқув режалардаги қўшимча соатлар ҳисобидан улуғ аллома, тиббиёт илмини султони Абу Али ибн Синонинг "Тиб қонунлари" асари асосида "Ибн Сино таълимоти " фани жорий этилиб, талабаларга ўқитилиб келинмоқда. Институтда 1999-2000 ўқув йилидан "Халқ табобати " кафедраси фаолият олиб бормоқда. Фаннинг намунавий ўқув дастури кафедра ҳодимлари томонидан ишлаб чиқилиб Соғликни Сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқлаб берилган. "Ибн Сино таълимоти" фани бўйича дастурга мос ҳолда талабалар учун ўқув адабиётлари тайёрланиб чоп этилган.

Ҳулоса қилиб шуни таъкидлаш мумкинки, Ўзбекистон республикаси президентининг юқорида қайд этилган қарорлари халқ табобати фаолиятини тартибга солиш, тўпланган тажриба ва салоҳиятдан самарали фойдаланиш,, ушбу соҳадаги меърий-ҳуқуқий базани шакллантириш ҳамда халқ табобатининг усуллари ва ютуқларидан самарали ва ҳавфсиз фойдаланиш учун шарт-шароит яратишга замин яратди.

АДАБИЁТЛАР РЎҲАТИ :

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 12 октябрдаги "Ўзбекистон Республикасида халқ табобати соҳасини тартибга солиш чора-тадбирлари тўғрисида" ПҚ-3968-сон қарори.
2. Ўзбекистон Республикаси президентининг 2020 йил 10 апрелдаги "Ўзбекистон Республикасида халқ табобатини ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар" №4668-сонли қарори.
3. "Стратегии ВОЗ в области народной медицины 2014-2023гг." ВОЗ. 2013г.
4. Қаюмов Х.Н. Халқ табобатини ривожлантириш истиқболлари. Тиббиётда янги кун. 2(30) 2020й, 134-137 б.
5. Қаюмов Х.Н. Халқ ва қўшимча табобатни соғликни сақлаш тизимига уйғунлаштиришдаги халқаро тажрибалар. Тиббиётда янги кун. 2(30) 2020й, 400-402 б.

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 61.616.616.7

BOLALARDAGI SKOLIOZNI XALQ TABOBATI USULI BILAN DAVOLLASH

Kamalova Sh.M., Xasanova D.A., Alimova N.P.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Inson hayoti harakatsiz tavvur qilib bo‘lmaydi. Afsuski, zamonaviy hayot tarzi harakatni cheklaydi. Noto‘g‘ri o‘tirgan holatda ishlash, kam harakatlilik skoliozga olib keladi. Bu osteoxondroz, radikulit kabi umurtqa pog‘onasining boshqa bir qator patologiyalarining rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan jiddiy kasallik. Bolalar skoliozida jismoniy mashqlar paytida umurtqada og‘riq paydo bo‘lishi bilanoq, uning harakatchanligi yomonlashadi, ushbu holat skolioz allaqachon rivojlanganidan dalolat beradi. Mazkur maqolada sharq tabobati tomonidan taklif qilingan skoliozni davolash usullari keltiriladi.

Kalitso‘zlar: umurtqapog‘onasi, skolioz, bolalar, xalq tabobati.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Камалова Ш.М., Хасанова Д.А., Алимова Н.П.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Человеческая жизнь наполнена движением, без которого просто невозможно существование. Но к сожалению, современная деятельность ограничивает движение. Сидячий образ жизни, неправильное положение тела, приводит к сколиозу. Это серьезное заболевание, которое может быть причиной развития остеохондроза, радикулита и ряда других патологий позвоночника. При сколиозе у детей, как только появляется боль в позвоночнике при физической активности, ухудшается его подвижность, значит, сколиоз уже атаковал. В этой статье приводятся способы лечения сколиоза, предлагаемые восточной медициной

Ключевые слова: позвоночный столб, сколиоз, дети, народная медицина.

FOLK MEDICINE AS A METHOD OF TREATMENT IN CHILDREN WITH SCOLIOSIS

Kamalova Sh.M., Khasanova D.A., Alimova N.P.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Human life is filled with movement, without which existence is simply impossible. Unfortunately, modern activities are limiting movement. A sedentary lifestyle, improper posture, leads to scoliosis. This is a serious disease that can cause the development of osteochondrosis, radiculitis and a number of other pathologies of the spine. With scoliosis in children, as soon as there is pain in the spine during physical activity, its mobility deteriorates, which means that scoliosis has already attacked.This article describes the methods of treating scoliosis offered by oriental medicine

Key words: spinal column, scoliosis, children, traditional medicine.

Актуальность

Сколиоз, как правило, приобретенное заболевание и чем быстрее оно будет выявлено, тем быстрее можно будет привести в норму позвонки и не допустить появления осложнений. Это патология часто встречаемое заболевание опорно-двигательного аппарата, которое характеризуется многоплоскостной деформацией позвоночного столба и грудной клетки. Выраженная деформация грудной клетки затрудняет полноценную экскурсию ее во время дыхания, что сопровождается нарушением функций органов и систем организма [1]. В то время как 20% случаев сколиоза можно отнести к нервно-мышечным, синдромальным или врожденным расстройствам, до 80% всех сколиозов называют "идиопатическими" или неизвестной этиологии [2,3,4]. Основними причинами этого заболевания, по мнению ряда авторов, являются генетическая предрасположенность и метаболические нарушения в организме [5, 6].Показатель распространенности идиопатического сколиоза колеблется в пределах 0,47-5,2%, в среднем 2-3% от общей численности населения. Согласно современной литературе, тяжесть и распространенность сколиоза у девочек выше, чем у мальчиков [7]. Но некоторые авторы утверждают, что у 2-9% детей и подростков сколиоз встречается в возрасте до 16 лет, распространенность этого тяжелого заболевания у детей школьного возраста достигает 15-30% и более [8, 9]. Из литературных источников известно, что примерно в 75% случаев сколиоз у детей диагностируется в возрасте 7-12 лет, т.е. в периоде полового созревания, именно в этом периоде наблюдается развитие роста физических параметров детей. К параметрам физического развития детей относятся длина тела, масса тела и окружность груди. [10, 11, 12]. По данным литературы обнаружено, что девочки с идиопатическим сколиозом были в целом выше и тяжелее, чем здоровые дети [13]. Другие исследования показали, что девочки со сколиозом были в целом выше, с более длинным размахом рук, но с более низким индексом массы тела, чем здоровые дети контрольной группы. Было установлено, что девочки со сложной степенью сколиоза были значительно ниже ростом и размахом рук в возрасте

12 лет, но догнали и обогнали контрольную группу в возрасте от 14 до 16 лет [14, 15, 16].

Для исправления кривизны позвоночникаиспользуются разные народные методы лечения. Поэтому, терапия проходит в несколько этапов: механическое воздействие на деформацию позвонков исправление кривизны позвоночника закрепление правильного положения. Лечение первых двух этапов не занимает много времени, но вот последний самый долгий, и потребуется много времени, чтобы привыкнуть держать спину в правильном положении. Параллельно с этим можно использовать нижеуказанные методы народной медицины:

Мануальная терапия. Избавляет от острых болевых ощущений, восстанавливает осанку. Врач мануальной терапии с помощью нехитрых манипуляций восстанавливает в правильное положение диски позвонков. Лечение должно происходить в комплексе. После того как позвонки восстановлены, назначают массаж, специальные оздоровительные упражнения, фитотерапию. Все лечение обязательно должно происходить в комплексе.

Китайский точечный массаж. Используется точечный массаж, сначала проводит поглаживание (прямолинейное, поперечное), затем "выжимание", разминание. При тяжелых ситуациях может потребоваться курс из 10-12 процедур. Китайский точечный массаж избавляет от болевых ощущений, снимает спазм зажатых мышц и напряжение в области позвоночника. В итоге постепенно устраняется основной фактор заболевания - спазмированные мышцы, держащие позвоночник в неправильном положении.

Иглоукалывание. Направленное на сколиоз профилактику и лечение, предусматривает не только снятие болевых симптомов, а непосредственно воздействует на причину боли, расслабляет мышцы. При сильных болевых ощущениях, врач купирует боль, снимет напряжение. После ряда процедур напряжение будет снято, и пойдет восстановительный процесс.

Мышечно-фасциальная терапия. Имеет дело непосредственно со спазмированными участками, которые локализованы в мышцах, и в фасциях. Фасциии - уникальные структуры человека. Это своего рода непрерывный чехол, который распространяется от головы до кончиков пальцев. Они покрывают каждый орган, каждую мышцу. Расслабление спазмированных мышц ведет к улучшению кровообращения, ускоряется нервная проходимость. Все это благотворно влияет на позвонки, помогает восстановить их правильное положение. Так же мышечно-фасциальная терапия необходима для поддержания позвоночника в правильном положении и закреплении результатов лечения.

Фитотерапия. Природа богата на целебные травы, которые позволяют в комплексе проводит лечение сколиоза. Фитотерапия нормализует давление, улучшает кровообращение, устраняет различные отеки, застойные явления и воспалительные процессы. Является обязательным при комплексном лечении сколиоза.

Таким образом, китайский массаж в комплексе с иглоукалыванием, мышечно - фасциальной терапией - путь избавления от сколиоза. Доктора рекомендуют сочетать весь комплекс упражнений с корректирующими и укрепляющими позвоночник, видами спорта. К ним можно отнести плавание, занятие йогой. Не стоит забывать о массаже, он играет огромную роль при лечении. При запущенном состоянии, западные врачи вынуждены прибегать к крайним мерам - оперативному лечению сколиоза. У специалистов восточной медицины иной взгляд на оперативное лечение. Больного не отправят на операцию, а применят знания и методы восточной медицины, эффективные и безопасные.

СПИСОК ЛЕТЕРАТУРЫ:

1. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в травматологии и ортопедии. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015 г. 416 с. [Epifanov V. A., Epifanov A.V. Rehabilitation in traumatology and orthopedics. Moscow: GEOTAR-Media, 2015 416 p. In Russ.]
2. Di Felice F, Zaina F, Donzelli S, Negrini S. The Natural History of Idiopathic Scoliosis During Growth: A Meta-Analysis. // Am J Phys Med Rehabil. 2018 May;97(5):346-356.
3. Maja Fadzan,Josette Bettany-Saltikov. Etiological Theories of Adolescent Idiopathic Scoliosis: Past and Present. // Open Orthop J. 2017; 11: 1466-1489. doi: 10.2174/1874325001711011466.
4. Zhang W, Sha S, Xu L, Liu Z, Qiu Y, Zhu Z. The prevalence of intraspinal anomalies in infantile and juvenile patients with "presumed idiopathic" scoliosis: a MRI-based analysis of 504 patients. // BMC Musculoskelet Disord. 2016 Apr 27;17:189.
5. Dayer R, Haumont T, Belaieff W, Lascombes P. Idiopathic scoliosis: etiological concepts and hypotheses. // J Child Orthop. 2013;7(1):11-16. https://doi.org/10.1007/s11832-012-0458-3
6. Рустамова Н.Б., Тешаев Ш.Ж. Морфометрический анализ физических параметров детей правшей и левшей I-II периода детства // Проблемы биологии и медицины. № 4.2 (115) 2019. С. 241-245. [Rustamova N.B., Teshayev Sh.J. Morphometric analysis of the physical parameters of right-handed and left-handed people of the I-II period of childhood // Problems of biology and medicine. No 4.2 (115) 2019. Pp. 241-245. In Russ.]
7. Konieczny M.R., Senyurt H., Krauspe R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. // J. Child. Orthop. 2013;7(1):3-9. doi: 10.1007/s11832-012-0457-4.
8. Гончарова О.В., Ачкасов Е.Е., Соколовская Т.А., Штейнердт С.В., Горшков О.В. Состояние здоровья студентов вузов Российской Федерации по данным диспансерного обследования 2011 г. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013; (3): 10-4. [Goncharova O. V., Achkasov E. E., Sokolovskaya T. A., Shteynerdt S. V., Gorshkov O. V. The state of health of students of higher education institutions of the Russian Federation according to the data of a medical examination in 2011 / / Medico-social expertise and rehabilitation. 2013; (3): 10-4. In Russ.]
9. Скиндер Л.А., Герасевич А.Н., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. Физическая реабилитация детей с нарушением осанки и сколиозом: Учебно-методическое пособие. Брест: БрГУ; 2012: 210 с. [Skinder L. A., Gerasevich A. N., Polyakova T. D., Pankova M. D. Physical rehabilitation of children with impaired posture and scoliosis: Educational and methodological guide. Brest: Brgu; 2012: 210 p. In Russ.]
10. Камалова Ш.М., Тешаев Ш.Ж. Анатропометрические праметры детей и подростков со сколиозом. // Проблемы биологии и медицины. № 4.2 (115) 2019. С. 225-229. [Kamalova Sh.M., Teshaev Sh.J. Anthropometric parameters of children and adolescents with scoliosis. // Problems of biology and medicine. no. 4.2 (115) 2019. Pp. 225-229. In Russ.]
11. Файзуллаева Д.К., Тешаев Ш.Ж. Сравнительная характеристика физического развития и антропометрических показателей разных частей тела детей, занимающихся плаванием. / / Новый день в медицине. 2/1 (30/1) 2020 С. 58-63. [Fayzullayeva D.K., Teshayev Sh.J. Comparative characteristics of physical development and anthropometric indicators of different parts of the body of children engaged in swimming. // New day in medicine. 2/1 (30/1) 2020 Pp. 58-63. In Russ.]
12. Тешаев Ш.Ж., Исматова М.И., Рустамова Н.Б. Сравнительная характеристика антропометрических показателей спортсменок занимающихся художественной гимнастикой. // Новый день в медицине. 2/1 (30/1) 2020 С.93-96. [Ismatova M.I., Teshayev Sh.J., Rustamova N.B. Comparative characteristics of anthropometric indicators of female athletes engaged in rhythmic gymnastics. // New day in medicine. 2/1 (30/1) 2020 Pp.93-96. In Russ.]

13. Edyta Matusik, Jacek Durmala and Pawel Matusik. Association of Body Composition with Curve Severity in Children and Adolescents with Idiopathic Scoliosis (IS) // Nutrients 2016, 8, 71; doi:10.3390/nu8020071.
14. Jeon K, Kim DI. The Association between Low Body Weight and Scoliosis among Korean Elementary School Students. // Int J Environ Res Public Health. 2018 Nov 22;15 (12). doi: 10.3390/ijerph15122613.
15. Scheffler C, Greil H, Hermanussen M. The association between weight, height, and head circumference reconsidered // Pediatr Res. 2017 May;81(5):825-830. doi: 10.1038/pr.2017.3
16. Knoops, P. G., Beaumont, C. A., Borghi, A., Rodriguez-Florez, N., Breakey, R. W., Rodgers, W., Dunaway, D. J. (2017). Comparison of three-dimensional scanner systems for craniomaxillofacial imaging. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 70(4), 441-449.

Поступила 09.11.2020

УДК 378.147.34

PROFESSIONAL KO‘NIKMALAR HOSIL QILISHDADIDAKTIK O‘YIN USULLARINING SAMARADORLIGI

Klichova F.K., Raxmatova M.R., Jalolova V.Z., Mustafaeva Sh.A.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Maqolada didaktik o‘yin, hamda uning talabalarda aynan professional ko‘nikmalar hosil qilish va ular sifatini oshirishdagi roli haqida so‘z yuritiladi. Ushbu ta'lim ko‘rinishi yordamida amaliy mashg‘ulot darslari o‘tkazilganda fanlar bo‘yicha bilimning mustahkamlanishi bilan bir qatorda talabalarda o‘tilayotgan mavzu bo‘yicha kelgusi professional faoliyat bilan bog‘liq bilim va tegishli amaliy ko‘nikmalar hosil bo‘lishiga erishiladi. Bu esa o‘z o‘rnida mashg‘ulotlarning sifati hamda samaradorligini oshirishda o‘zining ijobiy samarasini berishda yordamlashadi.

Kalit so‘zlar: amaliy mashg‘ulot, didaktik o‘yin usullari, professional ko‘nikmalar, bilimning mustahkamlanishi.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДАКТИЧЕСКОЙ ИГРЫ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ

Кличева Ф.К., Рахматова М.Р., Джалолова В.З., Мустафаева Ш.А.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В статье рассматривается дидактическая игра, а также ее роль в развитии профессиональных навыков студентов и повышении их качества. С помощью такого образовательного подхода практические занятия используются для укрепления знаний по предмету, а также для формирования у студентов знаний и соответствующих практических навыков, связанных с будущей профессиональной деятельностью по теме. Это, в свою очередь, помогает повысить качество и эффективность обучения.

Ключевые слова: практические занятия, методы дидактической игры, профессиональные навыки, закрепление знаний.

EFFICIENCY OF METHODS OF DACTIC PLAYING IN DEVELOPING PROFESSIONAL SKILLS

Klicheva F.K., Rakhmatova M.R., Dzhalolova V.Z., Mustafaeva Sh.A.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The article discusses the didactic game, as well as its role in developing professional skills in students and improving their quality. With the help of this educational approach, practical lessons are used to strengthen the knowledge of the subject, as well as the formation of students' knowledge and relevant practical skills related to future professional activities on the topic. This, in turn, helps to have a positive effect on improving the quality and effectiveness of training.

Keywords: practical training, didactic game methods, professional skills, consolidation of knowledge.

Долзарблиги

Профессионал мактабда ўқитиш процессини активлаштиришнинг энг асосий буғинларидан бири дидактик ўйиндир. Дидактик ўйин процессида талаба ўз профессионал фаолиятига мос ҳаракатни бажаради. Натижада талабанинг билимининг, актуализацияси ва олинган билимнинг кўникма ва бажара олишга трансформацияланишига сабаб бўлиб, тажриба тўпланиши ва ривожланишига олиб келади [1,12]. Дидактик ўйин теҳнологияси 3 этапдан иборат:1. Талабаларни дидактик ўйинга жалб қилиш.2. Профессионал фаолиятни ўйин тарзида ўрганиш. 3.Ўйин модули остида касбни тўлалигича эгаллаш.

Амалиёт ёрдамида ўз касбига оид вазифаларни бажариш- Ўқитишнинг фаол методларидан бири бўлиб, бунда профессионал фаолият модел тариқасида олиниб талаба ўзи танлаган профессионал фаолиятига оид вазифани бажаради. Бу уйиннинг асосий шарти ушбу фаолиятни талаба ўкитувчи бошчилигида келажакда ўз профессионал вазифасини ўтайдиган жойда (масалан тиббиёт олийгоҳи талабаси касалҳонада) бажаради[2,5,8,13].

Иммитацион тренинг- профессионал кўникмамалар ва билимларни турли ҳил теҳник воситалар ёрдамида ўрганиш. Масалан тиббиёт олийгоҳи талабалари кўникмамаларини турли ҳил муляжларда ўтказишлари ёки профессионал фаолиятлари учун зарур бўладиган тиббий асбоб ускуналардан фойдаланишни ўрганишлари мумкин [3,6,7].

Ўйинли проектлаштириш бу талабани амалий машғулотларга ва келажакда танлаган касбига қизиқтиришнинг яна бир кўриниши бўлиб, бунда талабалар ўз профессионал фаолиятларидан келиб чиқган ҳолда турли ҳил проектлар, янгиликлар ҳақида фикрлаб, ушбу соҳанинг ривожланишига замин яратувчи ғоялар ўйлаб чиқадилар. Билим олишнинг интерактив ўқитиш теҳнологиясини қўллаш мобайнида билим берувчи ва билим олувчи орасида роллар алмашинуви, ҳамда маълумот ролининг ўзгариши содир булади [9,14,19]. Ушбу роллар алмашинуви типик ишчи уйинларидан бири бўлиб ўз-ўзини бошкариш интерак-

тив усули ҳисобланади. Бунда талабалардан бири виртуал ўқитувчи сифатида танланиб амалий машғулот ўтказилишидан бир кун олдин ушбу талаба огоҳлантирилади. Танланган виртуал ўқитувчи ўтиладиган мавзу юзасидан талабаларни қизиқтириш учун турли ҳил интерактив ўйинлар тайёрлаб келиб дарсни ўтказади[10,15,18]. Дарс ўйин тариқасида ўтказилганлиги ва роллар алмашинуви содир бўлганлиги сабаб талабаларнинг дарсга бўлган қизиқишлари, шунингдек виртуал ўқитувчи гуруҳ талабаларидан бири бўлгани сабаб талабаларнинг дарсда ўзларини эркин тутишлари мавзуни баҳс мунозара кўринишида ўтилиб, унинг тўлиқроқ эгалланишига эришилади. Дарсни бу тариқа ўтказилиши айниқса келажакда педагог касбини танлаган талабаларда мавзуни тўлалигича эгаллаш билан бир қаторда ўз касбларига оид кўникма ва билимларнинг шаклланишига олиб келади[8,17]. Мисол тариқасида ушбу интерактив усул тиббиёт олийгоҳлари тиббий педагогика факультети йўналиши талабалари учун фойдаланилганда уларда мавзу бўйича кўникма эгалланиши билан бир қаторда келажакда танлаган тиббий педагог касбини мукаммал эгаллашларига замин яратилган бўлар эди[11,16].

Ҳулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, дидактик ўйин талабада айнан профессионал кўникмалар ҳосил қилиш ва улар сифатини оширишга йуналтирилган бўлиб, ушбу таълим кўриниши ёрдамида амалий машғулот дарслари ўтказилганда фанлар бўйича билимнинг мустаҳкамланиши билан бир қаторда талабаларда ўтилаётган мавзу бўйича келгуси профессионал фаолият билан боғлиқ билим ва тегишли амалий кўникмалар ҳосил бўлишига эришилади. Бу эса ўз ўрнида машғулотларнинг сифати ҳамда самарадорлигини оширишда ўзининг ижобий самарасини беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Жалолова В.З., Рахматова М.Р., Кличова Ф.К., Назаров С.Э. Роль инновационных методов обучения на развитие уровня знаний студентов// Тиббиётда янги кун 4 (28) 2019, С 32-35
2. Орзиев З.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Кличова Ф.К. Критерии эффективности уровня знаний студентов, приобретенных интерактивными методами обучения//"Дневник казанской медицинской школы" 2019, июнь С 38-42
3. Орзиев З.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З.Влияние интерактивных методов обучения на формирование уровня клинических знаний // Вестник Международного Университета Кыргызстана 2018 №3 С 163-167
4. Орзиев З.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З.Влияние интерактивных методов обучения на формирование уровня клинических знаний //Вестник Международного Университета Кыргызстана 2018 №3 С 163-167
5. Орзиев З.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З. Интерактив методларни бирлаштирган холда дарс утиш самарадорлиги// "Современное состояние, проблемы и перспективы медицинского образования" международная учебно-научно-практическая конференция С 92-95
6. Рахматова М.Р., Жалолова В.З. Effectiveness of the combined application of interactive methods "debats" and "a weak link" in the conduct of the lesson // Биология и интегративная медицина. 2018. №4. С 225-131
7. РахматоваМ.Р., Жалолова В.З. "The place of innovative technologies in training of highly qualified personnel in the highest medical educational institutions" // Биологияинтегративнаямедицина, №. 3, 2018, С. 234-247.
1. 8 .Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Мустафаева Ш.А., Нурова З.Ҳ..."Малакали тиббий кадрлар тайёрлашда инновацион педагогик технологияларнинг ўрни" // Тиббиётда янги кун 2020 №1(29) январь март
8. Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Кличова Ф.КПрименение интерактивных технологий case-study и "слабое звено" для обучения в медицинских вузах//"Современное состояние, проблемы и перспективы медицинского образования" международная учебно-научно-практическая конференция С 100-102
9. Рузиева М.Х., Юлдашева М.М., Турсунбаева М.Т.Малакали кадрларлар тайёрлашда интерактив таълим усулларидан фойдаланган ҳолда дарс ўтиш устиворлиги //Электронный научный журнал "Биология и интегративная медицина" №1 - январь-февраль (41) 2020 С 86-98
10. Рузиева М.Х. Амалий машғулот дарсларида интерактив усулларни қўллаш устиворлиги//Тиббиётда янги кун - 2020. - № 2(30/2). - С. 67-71
2. 12.Шарафутдинова Р.И., Муратова Г.С., Турсунбаева М.Т.Экологик таълим ва тарбия тушунчаларини шакллантириш тамойиллари //Электронный научный журнал "Биология и интегративная медицина" №1 - январь-февраль (41) 2020 С 98-105
12. Шарафутдинова Р.И., Муратова Г.С., Турсунбаева М.Т. Талабаларда экологик тафаккур ва тарбия тушунчаларини шакллантириш // "Тиббиётда янги кун" - 1 (29) 2020ISSN 2181-712X. С 105-107
13. Шарафутдинова Р. И., Муратова Г.С., Жумаева Г.А., Мустафаева Ш.А.Спорт тиббиёти фанидан амалий машғулотлар ўтказишда ҳамкорлик таълими усулларидан фойдаланиш// "Тиббиётда янги кун" -2 (30) С 261-265
14. Юлдашева М.М., Рузиева М.Х., Юлдашева Н.М.Тиббиёт институтида ўзбек тили фанидан амалий машғулотлар ўтказишда "кучсиз ҳалқа" ҳамда "дискуссия" интерактив таълим усулларни биргаликда қўллашнинг афзалликлари / Электронный научный журнал "Биология и интегративная медицина" №1 - январь-февраль (41) 2020 С 105-113
15. Юлдашева М.М. "Заиф бўғин" ва "давралар" интерактив таълим усулларни биргаликда қўллаш унумдорлиги //Тиббиётда янги кун - 1 (29) 2020 С 107-109
16. Rakhmatova M.R., Jalolova V.Z., Jumaeva G.A., Nazarov C.E. The level of knowledge of students acquired in interactive ways "Blitz method" and "Case study" //"Тиббиётдаянгикун" 4 (28) 2019 С 69-73
17. Sharafutdinova R.I., Muratova G,S., Tursunbayeva M.T. Concepts of ecological thinking and education and their formation in the minds of students //Электронныйнаучныйжурнал "Биологияинтегративнаямедицина" №4 - июль-август (44) 2020 С 156-161
18. Sharafutdinova R.I., Muratova G.S., Mustafayeva SH.A., Tursunbayeva M.T., Collaborative learning methods and their application during practical exercises //Электронныйнаучныйжурнал "Биологияинтегративнаямедицина" №4 - июль-август (44) 2020 С 162-173

Келиб тушган вақти09.11.2020

УДК 616.14

VARIKOZ KENGAYISHI BO‘LGAN HOMILADOR AYOLLARDA ENDOTELIAL DISFUNKTSIYA BELGILARINING O‘ZGARISHI

Komilova M.S., Komilov S.O.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Biz 21 yoshdan 35 yoshgacha bo‘lgan 50 nafar homilador ayolni 32-40 haftalik homiladorlik muddatida tekshirdik. Shundan, pastki muchalarning varikoz kengaygan tomirlari bo‘lgan 30 ta homilador ayollar (1-guruh) va 32-40 haftalik homiladorlik muddati bo‘lgan 20 ta sog‘lom homilador ayollar (nazoratguruhi). Pastki muchalarning varikoz kengayishi bo‘lgan homilador ayollar qon zardobida endothelial omillarning markerlari: Villebrand (vFW) va qon tomir endothelial o‘sish omillari (EFRS) o‘rganildi. Nazorat guruhiga nisbatan 1-guruhdagi homilador ayollarda vFWda sezilarli o‘sish kuzatildi: vFW - mos ravishda 103,6 ± 6,06% va 74,5 ± 3,74%. EFRSning 14,2 ± 0,73 pg / mlga ko‘payishi homilador ayollarning 1-guruhida aniqlandi. Asosiy guruhda homiladorlikning to‘xtashi xavfi 56,7 ± 3,9% ni, homilador ayollarning 36,7 ± 3,1% da fetoplatsentar yetishmovchilik kuzatildi. Qon zardobida vFW va EFRSning ko‘payishi, homiladorlik paytida asoratlarning: homiladorlikning to‘xtashi xavfi yoki fetoplatsentar yetishmovchilik boshlanishini ko‘rsatish aniqlandi.

Kalit so‘zlar: homiladorlik, vena qon-tomirlarining varikoz kengayishi, Villebrand va qon tomir endotelial o‘sish omillari.

ИЗМЕНЕНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Комилова М.С., Комилов С.О.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Бухарский Государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Обследовано 50 беременных возрасте от 21 до 35 лет со сроком 32-40 нед. Из них 30 беременных (1-я группа) с варикозным расширением вен нижних конечностей и 20 беременных практически здоровых сроком геста-ции 32-40 нед. (контрольная группа). Изучена маркеров эндотелиальные факторы: фактор Виллебранда (vFW) и эндотелиальный фактор роста сосудов (ЭФРС) у беременных с варикозным расширенным вен нижних конечностей. Установлена существенное увеличение vFW в 1- группе беременных по сравнению с контрольной группой: vFW - 103,6±6,06% и 74,5±3,74% соответственно. Выяввлено достоверное увеличение ЭФРС 14,2±0,73 пг/мл в 1- группе беременных. Угроза прерывания беременности в основной группе была у 56,7±3,9%, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока у 36,7±3,1% беременных. Установлена что, повышение vFW и ЭФРС в сыворотке крови, свидетельствует о начинающихся осложнение во время беременности такие как: угрожающее прерывание беременности, нарушение маточно-плацентарно плодового кровотока.

Ключевые слова: беременность, варикозное расширение вен, фактор Виллебранда, эндотелиальный фактор роста сосудов.

CHANGES IN MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN WITH VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

Komilova M.S., Komilov S.O.,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

We examined 50 pregnant women aged 21 to 35 years with a period of 32-40 weeks. Of these, 30 pregnant women (group 1) with varicose veins of the lower extremities and 20 practically healthy pregnant women with a gestational age of 32-40 weeks. (Control group). Markers of endothelial factors have been studied: von Willebrand factor (VFW) and vascular endothelial growth factor (EGF) in pregnant women with varicose veins of the lower extremities. There was a significant increase in VFW in group 1 pregnant women compared with the control group: VFW - 103.6 ± 6.06% and 74.5 ± 3.74%, respectively. A significant increase in EGFR of 14.2 ± 0.73 pg / ml was revealed in the 1st group of pregnant women. The threat of termination of pregnancy in the main group was in 56.7 ± 3.9%, impaired uteroplacental-fetal blood flow in 36.7 ± 3.1% of pregnant women. It was found that an increase in VFW and EGF in the blood serum indicates the onset of complications during pregnancy, such as threatening termination of pregnancy, impaired uteroplacental fetal blood flow.

Key words: pregnancy, varicose veins, von Willebrand factor, vascular endothelial growth factor.

Актуальность

Варикозная болезнь вен нижних конечностей - одна из самых распространенных заболевание периферических сосудистой венозной системы [2,4]. Проблема варикозного расширения вен нижних конечностей и вен бассейна малого таза, возникшего у женщин в связи с беременностью и родами, решено далеко не окончательно. Согласно данным современной литературы, различные формы варикозной бо-

лезны встречаются у 25-41% женщин репродуктивного возраста [2,3,5].

Заболевание вен у женщин часто осложняет течение беременности, родов и послеродового периода и ведет к увеличению материнской заболеваемости и смертности [2,6,9].

Высокая частота варикозной болезни у беременных и родильниц объясняется возникновением в период гестации множества предрасполагающих факторов. К ним относится: Увеличение массы циркулирующий крови и минутного объема сердца, повышение венозного давления и замедление скорости кровотока в нижних конечностях, гормональная перестройка организма, изменения микроциркуляции и гемостаза.

Существенный роль в развитие прогрессировании варикозной болезни играет дисфункция эндотелия (ДЭ) и изменения системы гемостаза в частности гиперкоагуляция. ДЭ приводит к изменению сосудистой реактивности, активации каскада внутрисосудистого свертывания и нарушению целостности сосуда. [2,4,6]. Основными маркерами ДЭ служат снижения продукции простациклина, относительное увеличение тромбак-сана, а также большой интерес в последнее время вызывают такие факторы эндотелиальной дисфункции как фактор Виллебранда (vFW), оксид азота (NO) и фибронектин (ФН). ДЭ создает "благоприятную среду" для формирования хронической плацентарной недостаточности (ПН) и угроза прерывания беременности [1,2,6,8].

Цель исследования: оценка маркеров эндотелиальной дисфункции у беременных при варикозной болезни вен нижних конечностей. Материалы и методы: Обследовано 50 беременных со сроком 32-40 нед. Из них 30 беременных (1-я группа) с варикозным расширением вен нижних конечностей и 20 беременных практически здоровых сроком геста-ции 32-40 нед. (контрольная группа). Возраст беременных от 21 до 35 лет. Многоплодная беременность имело 1,8%, тазовое предлежание плода - у 3,2% беременных. Среди беременных преобладали домохозяйки 66,7% среди клинических форм варикоза в основном преобладали рассыпной и магистральный тип варикоза. У 70% беременных варикозное расширение вен (ВРВ) была в стадии субкомпенсации, в 17% случаев в стадии компенсации и 13% случаев выявлены - декомпенсации.

Всем беременнам с ВРВ нижней конечности (НК) и малого таза, кроме клинически, диагноз установлен с помощью ультразвуковой доплерографией (УЗДГ) или ультразвуковой ангиосканированием (УЗАС) [9]. В лечении ВРВ НК у бременных применено консервативное методы направленный на улучшение венозного оттока, флебопротекторов и др.

В сыворотке крови у беременных определяли эндотелиальные факторы: фактор Виллебранда и эндотелиальный фактор роста сосудов (ЭФРС). Уровень vFW и ЭФРС определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих иммуноферментных тест систем.

Полученные результаты подвергали статической обработке с использованием компьютерной программы Эxcel-2012. Статическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялось по критерию Стьюдента (t).

Результат и обсуждения

Среди соматических заболеваний у беременных с варикозным расширением нижних конечностей ЖДА имела место у 56,7± 3,5%, заболевания щитовидной железы - у 26,7± 3,1%, заболевания ЖКТ - у 13,3%±2,4%, с ожирением разной степени были - у 11,9±1,8%. Обращает на себя внимание, что среди беременных с варикозным расширением нижних конечностей у 26,7%±3,2% были воспалительные заболевания органов малого таза. Причем, носители инфекций, передаваемых половым путем, составляли 13,3± 0,7%. Угроза прерывания беременности I и II половины беременности (в основной группе) была у 56,7±3,9% женщин. Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока у 36,7±3,1% беременных с варикозным расширением вен НК. Установлена существенное увеличение vFW в 1- группе беременных по сравнению с контрольной группой: vFW - 103,6±6,06% и 74,5±3,74% соответственно. Выяввлено достоверное увеличение ЭФРС 14,2±0,73 пг/мл в 1- группе беременных. Следует сказать, что роль факторов роста в развитии различных патологических состояний беременности давно дискутируются в научной литературе. Изменение баланса эндогенных регуляторов ангиогенеза и соединений, контролирующих тонус сосудов вен очевидно, вносит существенный вклад в нарушение кровотока варикозных вен, между матерью и плодом, следовательно, влияет на весь ход обменных процессов между ними.

Возникающий дисбаланс определяется концентрацией вазоактивных веществ (вазодилятаторов и вазоконстрикторов), между которыми в нормальных условиях существует зависимость и определенное равновесие. Сдвиг равновесия может приводить к усилению или ослаблению сосудистого тонуса, агрегации-дезагрегации клеток крови, увеличению или уменьшению числа сосудистых элементов.

Выводы

Повышение vFW и ЭФРС в сыворотке крови у крови беременных, возможно, еще на доклиническом этапе варикозной болезни вен НК что свидетельствует о начинающихся процессах срыва гомеостаза. Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются: угрожающее прерывание беременности, преждевременные роды, нарушение маточно-плацентарно плодового кровотока. Всех беременных с варикозной болезнью необходимо отнести в группу риска по развитию этих осложнений и своевремено проводит их профилактику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Безнощенко Г.Б., Кравченко Е.Н., Цуканов Ю.Т., Кропмаер К.П., Цыганкова О.Ю., Владимирова М.П. Плацентарные нарушения и венозная недостаточность. Российский вестник акушера-гинеколога. 2015; 15: 5: 50-55.
2. Джобава Э.М., Судакова Г.Ю., Доброхотова Ю.Э. Факторы дисфункции эндотелия и состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с варикозной болезнью и хронической венозной недостаточностью. Журнал акушерства и женских болезней. 2012; 61:2: 72-76.
3. Зильбер М.Ю., Кротова А.А., Подходы к оценке степени тяжести хронической венозной недостаточности у беременных. Уральский медицинский журнал. 2009; 10; 165-168.

4. Носенко Н.С., Храмченко Н.С., Течение неосложненный варикозной болезни вен нижних конечностей во время беременности. Журнал Акушерство и гинекологии.2017;10;140-144.
5. Потапов М.П., Потапов П.П., Ставер Е.В., Мазепина Л.С. Варикозная болезнь вен нижних конечностей как проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Ангиология и сосудистая хирургия. 2016;22(1):97-102.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность: клинико-диагностические аспекты. Москва: Знание. 2000; 127. SidorovaIS, MakarovIO. Fetoplatsentarnayanedostatochnost': kliniko-diagnosticheskieaspekty. . Moscow: ZnaniePubl. 2000;127.
7. Фомина Е.Е. Ультразвуковое дуплексное сканирование в диагностике и оценке результатов хирургического лечения варикозной болезни вен малого таза. Автореф. дис. канд. мед. наук. Казань; 2012.
8. Цуканов Ю.Т., Кропмаер К.П., Безнощенко Г.Б., Цуканов А.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей, малого таза при беременности и кровоток в системе "мать-плацента-плод". Флебология. 2012; 6: 1: 20-28.
9. Champaneria R., Shah L., Moss J., Gupta J.K., Birch J., Middleton L.J., Daniels J.P. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. Health Technol Assess 2016; 20(5), 1-108, https://doi. org/10.3310/hta20050.

Поступила 09.11.2020

UDK 617.617.7

KO‘ZDAGI KAMALAK PARDA RANGIGA QARAB TALABALARGA FIZIOLOGIK XARAKTERISTIKA BERISH

Komilova B.O., Shodieva M.S.,

Buxoro davlati tibbiyot instituti, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ko‘zning kamalak pardasi ko‘zga nafaqat 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 oladigan redikulyar farmastiya va kamalak parda o‘rtasida murakkab aloqa borligini ifodalaydi.

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

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ ПО ЦВЕТУ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА

Комилова Б.О., Шодиева М.С.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Радужная оболочка не только притягивает взгляд, но и дает информацию о здоровье внутренних органов. Появление пятен на радужной оболочке или недостаток света в глазу связано с некоторыми проблемами в органах тела. указывает Изменения состояния сетчатки глаза указывают на сложную взаимосвязь между ретикулярной аптекой и радугой, которые получают информацию о функционировании различных систем органов.

Ключевые слова: строма, радуга, экзогенный, секреция, пигмент, гипоксия, аккомодация.

PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS BY THE COLOR OF THE IRIS

Komilova B.O., Shodieva M.S.,

State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

It is known that the environment around us is very diverse in types, sounds, smells, temperature. The human body is constantly in close reciprocal relationship with the environment. This relationship is provided through the senses. One of these organs is the organ of vision, the visual analyzer. The article presents the data of experiments on the dependence of the psycho-physiological state of a person on eye color, the determination of blood group, systole and blood pressure diastole.

Key words: sensor, fibrosis, hydrophil, conjunctiva, accommodation, diaphragm, radial, apple of the eye, circular, gene, melanin, iris.

Dolzarbligi

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, boshqa mamlakatlar va ularning madaniyatini turli rasm va ko‘rsatuvlar orqali taniymiz. Odam uchun tashqi muhit holati va o‘zgarishlari haqida muntazam axborot qabul qilish, bu axborotni qayta ishlash va uning asosida bo‘lajak faoliyat rejasi va dasturlarini tuzish zaruriy shartlaridan biridir. Organizmga tashqi va ichki muhit to‘g‘risidagi axborotni kelib turishi hayotiy muhim ko‘rsatgichlardan biri bo‘lgan gomeostazni ta’minlab turish uchun zarur. Bu axborotlarni markaziy asab tizimiga analizatorlar yetkazib beradi.

Ko‘ruv sensor tizimi boshqa analizatorlar orasida muhim o‘rin tutadi. Bu tizim miyaga tashqi muhitdan olinadigan axborotlarning 90% ini etkazadi. 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 suyuqliklarga chiqaradi. Demak, shox parda yuqori gidrofillik qobilyatiga ega bo‘lganligi sababli kon’yugativa xalta-siga tomizilgan dorilar uchun yuksak o‘tkazuvchandir. Fibroz pardaning qolgan qismini oqsilli parda tashkil etadi va u himoya vazifasini bajaradi.

Ko‘zning o‘rtanchi tomirli pardasi ko‘zni oziqlantirib turadi va qon tomirlarga boy. U uch qism: tomirli pardaning xususiy qismi, kiprikli tana va kamalak pardadan iborat. Oqsilli parda kiprikli tana bilan kiprikli muskul orqali bog‘langan. Kiprikli muskul ko‘z akkomodatsiyasida ishtirok etadi. Kiprikli tana qon tomirlari bilan birgalikda ko‘z suyuqligini hosil qilib turadi. Kamalak pardada ko‘zning rangini aniqlab turuvchi pigmentli hujayralar mavjud, uning o‘rtasida ko‘zga kiradigan yorug‘lik nurlari uchun diafragma rolini bajaruvchi teshik-ko‘z qorachig‘i joylashgan.

Kamalak pardada ikki muskul bor: qorachiqni toraytiruvchi halqasimon muskul va qorachiqni kengaytiruvchi tolalari radius bo‘ylab joylashgan muskul. Kamalak

pardadagi halqasimon mushak ko‘zni harakatlantiruvchi nerv tarkibidagi parasimpatik tolalardan nervlanadi va qorachiqni toraytiradi. Radial mushakka simpatik nervlar keladi va bu mushak qorachiqni kengaytiradi. Shunga mos holda atsetilxolin va ezerin qorachiqni toraytiradi, adrenalin kengaytiradi. Simpatik tizim qo‘zg‘alishi bilan kechadigan emotsiyalar (qo‘rquv, jahl) da va og‘riqdan qorachiq kengayadi. Qorachiq kengayishi qator patologik holatlar belgisidir. Qorachiq og‘riqdan kelib chiqqan shok va gipoksiyada ham kengayadi,

Shuning uchun narkoz vaqtida qorachiq kengayishi gipoksiyadan darak beradi va hayot uchun xavflidir. Yaqindagi narsalarga qaraganda akkomodatsiya va ikkala ko‘z ko‘ruv o‘qlari o‘zaro yaqinlashuvi bilan birgalikda qorachiq ham torayadi Ikkala ko‘z qorachig‘i sog‘lom kishilarda bir xil kattalikda bo‘ladi. Bir ko‘z yoritilganda ikkinchi ko‘z qorachig‘i ham torayadi. Bunday reaktsiya hamdo‘stlik reaktsiyasi deyiladi.

Kamalak parda muskullari muxitning yoritilganlik darajasiga qarab qorachiq diametrini o‘zgartirib turadi. Kiprikli tana qon tomirlari bilan birgalikda ko‘z su-yuqligini hosil qilib turadi. Kamalak parda ko‘zdagi orticha ko‘z yoshi suyuq-liklarni chiqarib, ko‘zni turli endo va ekzogen omillardan himoya qiladi. Ko‘z yoshi suyuqligining sekretsiyasi oshganda kamalak parda orqaga harakatlanadi, natijada oldingi kamera biroz qiyshayib, ko‘z yoshi suyuqligini chiqishi jadalashadi.

Hammamiz hayotimizda ko‘plab inson ko‘zining rangi qora, jigarrang, ko‘k, yashil va hokazo ekanligiga guvohimiz. Tomirli qavatining stromasidagi pigment-lar kamalak pardaning yagona donachalar bo‘lishi yoki pigmentli qavat bo‘ylab tarqalgan bo‘lishi mumkin. 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 qobiqning asosiy qismida redikulyar hujayralar sonini haddan tashqari ortiqcha yoki me’yoridan kam bo‘lishi uning bir butunlik darajasini keskin o‘zgartiradi. Stromadagi biriktiruvchi to‘qima tolalar qalinligining kamayishi odatda kamalak parda oldingi to‘siq qobig‘ining ruduktsiyasida kuzatiladi. Bunday o‘zgarishlar ranglarning xilma - xilligini kuchaytiradi. Shu bilan birga kamalak pardadagi rasmlarni aniqlaydi.

Kamalak pardaning har bir sektorida muayyan organning maydoni joylashgan bo‘lib, organlar faoliyatining buzilishi kamalak parda rangining o‘zgarishiga olib keladi. Kamalak pardani turli qismlarida ichki organlarning holati o‘z aksini topgan. Organizmda kuzatiladigan qator kasalliklarda kamalak pardadagi rasmlar o‘zgargan. 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.

Vengriyalik olim Ignase Peksenining ta’kidlagandek " Ko‘z nafaqat 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. Shu bilan birga ko‘zimizning kamalak pardasi organizmdagi turli organlarda boshlanayotgan yoki kechayotgan kasalliklarni ham o‘zida aks etirar ekan. Bundan ko‘rinadiki, kamalak pardaning shaklli aks etgan rasmlarga qarab turli tuman kasalliklarni aniqlash mumkin. Simon kamalak pardaning shaklli aks etgan rasmlarga qarab buyrak kasalliklarni aniqlagan.

Sog‘lom odamlarda kamalak pardada aks etgan rasmlar inson hayoti davomida (agarda travma va jarrohlik amaliyoti bajarilmagan bo‘lsa) o‘zgarmaydi. 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. Bu esa muhim klinik ahamiyat kasb etadi. Demak, ilk yoshdan boshlab organizmda kuzatiladigan kasalliklarni 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‘ insonlarda 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 strukturalarning buzilishidan dalolat beradi.

Kamalak pardadagi siyrak biriktiruvchi tolalar organizmning zaiflashganligi va turli noqulay sharoitlarga chidamlilik pasayganda kuzatiladi. Zich biriktiruvchi tolalar esa ichki organlar faoliyati va inson turmush tarzining yaxshiligini ifoda-laydi. Agarda organizm toksin moddalar bilan to‘lgan bo‘lsa va moddalar almashinuvining buzilish belgilari bo‘lsa, u holda kamalak pardada yaltiroq dog‘lar yoki nutalar, pushti yoki jigar rangli chiziqlar va xollar paydo bo‘ladi. Bosh aylanishi va umumiy charchoqlikda ko‘zda quyosh nuriga o‘xshab qora radial chiziqlar paydo bo‘lishi kuzatiladi. Organizmdan yuqoridagi holatlar bartaraf etilsa, bu nutalar va qora radial chiziqli nurlar yo‘qoladi.

Kamalak parda va undagi pigmentli hujayralarni faoliyati irsiyatga bog‘liq. Bizga ma’lumki, organizmdagi har qanday irsiy belgi gen bilan aniqlanadi. Shu bilan birga har 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.

Yuqoridagi ma’lumotlarga asoslanib, 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 - 2018 yillarda tajriba olib borildi. Tekshiriluvchilarning barchasida ko‘z kamalak pardasining rangi oddiy usulda aniqlandi. Ko‘zi-ning 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. Adabiyotlar sharhidan ma’lumki,ko‘zning rangini belgilaydi kamalak parda organizmdagi turli organlar-da boshlanayotgan yoki kechayotgan kasalliklarni o‘zida aks ettiradi. Shundan kelib chiqib, ishning maqsadi issiq iqlimli sharoitimizda kamalak parda rangining organizmdagi fiziologik funktsiyalar holatini qay darajada belgilashini tajribada o‘rganish.

Biz ko‘zning ko‘rish o‘tkirligi, qon guruhi va arterial qon bosimi singari fiziologik funktsiyalarni baholashga muyassar bo‘ldik. Barcha guruhdagi talabalar-da ko‘zning o‘tkirligi Sivtsev-Golovin jadvali yordamida aniqlandi.

Arterial pulsi pul'patsiya usuli yordamida aniqlandi. Arterial qon bosimi Korotkov usuli yordamida o‘lchandi. Qon guruhi surishtirish asosida aniqlandi. Olingan barcha ma’lumotlar matematik yo‘l bilan statistik qayta ishlandi va xatoliklari aniqlandi.

Ko‘zning ko‘rish o‘tkirligini guruhlar bo‘yicha taxlil qilganimizda, quyidagi natijalarni oldik. Ko‘zining kamalak pardasi jigar rangli bo‘lgan talabalarda ko‘rish o‘tkirligi normal bo‘lgan talabalar 50 % ni yaqindan ko‘rishlar 33,4% ni va uzoqdan ko‘rish esa 16,6% ni tashkil etadi. Ko‘zining kamalak pardasi ko‘k rangli bo‘lgan talabalarda ko‘rish o‘tkirligi normal bo‘lgan talabalar 66,6% ni yaqindan va uzoqdan ko‘rishlar esa bir xil, ya’ni 16,7% ni tashkil etadi. Ko‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarda ko‘rish o‘tkirligi normal bo‘lgan talabalar 66,6 % ni va uzoqdan ko‘rishlar 33,4% ni tashkil etadi. Bu guruhdagilarda yaqindan ko‘rish qayd etilmadi. Shunday qilib, ko‘rish o‘tkirligi ko‘zining kamalak pardasi ko‘k va qora bo‘lgan talabalarda kamalak pardasi jigar rang bo‘lgan talabalarga nisbatan yuqori bo‘lar ekan.

Olib borilgan tajribalarning natijalariga ko‘ra, 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‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarda 3 ta qon guruhi (birinchi, ikkinchi va uchunchi guruhi)ning borligi aniqlandi(1-jadval). Olingan natijalardan ko‘rinib turibdiki, ko‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarning qon guruhlari domintlik qilyapti.

1-jadval.

Ko‘zdagi kamalak pardaning rangiga qarab qon guruhining taqsimlanishi

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

Arterial qon bosimini guruhlar bo‘yicha taxlil qilganimizda, quyidagi natijalarni oldik. Ko‘zining kamalak pardasi jigar rangli bo‘lgan talabalarda arterial qon bosimi o‘rtacha 100 / 70 ni, ko‘zining kamalak pardasi ko‘k rangli bo‘lgan talabalarda esa arterial qon bosimi o‘rtacha 90/60 ni tashkil etdi. Ko‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarda arterial qon bosimi o‘rtacha 120/75 ni tashkil etadi. Ko‘zining kamalak pardasi qora rangli bo‘lgan talabalarda qonning sistolik va diastolik bosimlari ko‘zining kamalak pardasi jigar rang va ko‘k bo‘lgan talabalarga qaraganda ancha yuqoriligi olingan natijalarda ko‘rinib turibdi.

Organizmning normal holati haqidagi ma’lumotlarni kamalak pardaning ichki qirrasi va qorachiqdagi jiyaklardan ham bilsa bo‘ladi. Kamalak pardaning ichki qirrasi odatda donachalar shaklida, surunkali kasalliklarda orolsimon bo‘ladi. Bu ko‘z yoritilgan vaqtda, ya’ni qorachiq torayganda ko‘rinadi. 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 yanada tor bo‘ladi. Bu organizmda moddalar almashinuvining pastligini bildiradi.

Xulosa qilib aytadigan bo‘sak, kamalak parda va undagi pigmentli hujayralar faoliyatini ta’minlaydigan irsiy belgi genga bog‘liq. Har bir gen ko‘p belgiga ta’sir etadi. Kamalak pardani rangi, pigmentlarning shakllanishiga va u bilan bog‘liq bo‘lgan fiziologik holatlarga kamalak pardadagi B va C gen javobgar hisoblanadi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI :

1. Agadjanyan N.A, Vlasova i Dr. Osnovi fiziologii cheloveka. Moskva. 2000g
2. D. X'yubel "Glaz, mozg, zrenie". Izdatel'stvo "Mir", 2003 god, Moskva;
3. Borobeva A.I. Gematologiya. Niadiamed 2002 g. T.1-280 s.
4. Komilova B.O,Shodiyeva M.S.Physiological and Psychological Characteristics of the Student Depending on the Color of Eye IrisAmerican Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(2): 121-123
5. Campbell F. W. (1957). The depth of field of the human eye. Journal of Modern Optics, 4(4), 157-164.
6. Campbell F. W., & Gregory A. H. (1960). Effect of size of pupil on visual acuity. Nature, 4743, 1121-1123.
7. Crawford B. H. (1936). The dependence of pupil size upon external light timulus under static and variable conditions. Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, 376-395.
8. Denton E. J. (1956). The responses of the pupil of Gekko gekko to external light stimulus. Journal of General Physiology, 40(2), 201-216.
9. Ebitz R. B., & Moore T. (2017). Selective modulation of the pupil light reflex by prefrontal cortex microstimulation. Journal of Neuroscience, 2433-16.

Kelib tushgan vaqti: 09.11.2020

УДК 616.89-008.428.1

SHIZOFRENIYADA KOGNITIV VA NEGATIV BUZILISHLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI

Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ruhiy salomatlikni asrash butun dunyo olimlarining diqqat markazida bo‘lib, O‘zbekiston Respublikasida sog‘liqni saqlashning ustuvor yo‘nalishlaridan biri hisoblanadi. Kognitiv buzilishlarning xususiyatlari va shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni davolashning zamonaviy usullari muhim tibbiy va ijtimoiy muammo hisoblanadi. Kognitiv funktsiyalar shizofreniya bilan kasallangan bemorlar holatining muhim ko‘rsatkichlari bo‘lib, kasallikning ijtimoiy prognozini, ish darajasi va bemorlarning ijtimoiy noto‘g‘ri ishlashini oldindan belgilab beradi. Klinik va ijtimoiy omillarni o‘rganish hamda ularning kognitiv buzilishlarni baholashdagi ahamiyatini o‘rganish shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni davolashning zamonaviy usullarini aniqlashda katta ahamiyatga ega. Kasallikning klinik va sotsiologik parametrlari dinamikasini hisobga olgan holda, kognitiv buzilishlarning turli xil ko‘rinishlari uchun differentsial terapiya va taktikaning yangi yo‘nalishlari ishlab chiqildi.

Kalit so‘zlar: shizofreniya, kognitiv kasalliklar, ijtimoiy noto‘g‘ri moslashuv, salbiy alomatlar, davolash taktikasi, antipsikotiklar.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ КОГНИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Кучкоров У.И., Тилавов М.Т.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Охрана психического здоровья населения находится в центре внимания ученых всего мира и является одним из приоритетных направлений здравоохранения Республики Узбекистан. Особенности когнитивных расстройств и современные методы лечения больных с шизофренией представляет собой важную медико-социальную проблему. Когнитивные функции являются важными индикаторами состояния больных шизофренией и предопределяют социальный прогноз заболевания, степень трудовой и социальной дезадаптации больных. Изучение клинико-социальных факторов и их значимости в оценки когнитивных расстройств, особенности когнитивных расстройств имеет большое значение для определение современные методы лечения больных с шизофренией. Разработано новые направления дифференцированной терапии и тактики при различных проявлениях когнитивных расстройств с учетом динамики клинико-социологических параметров заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивные расстройства, социальная дезадаптация, негативные симптомы, тактика лечения, нейролептики.

FEATURES OF THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF COGNITIVE AND NEGATIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Mental health protection of the population is in the center of attention of scientists all over the world and is one of the priority areas of public health in the Republic of Uzbekistan. Features of cognitive disorders and modern methods of treatment of patients with schizophrenia is an important medical and social problem. Cognitive functions are important indicators of the state of patients with schizophrenia and predetermine the social prognosis of the disease, the degree of work and social disadaptation of patients. The study of clinical and social factors and their importance in assessing cognitive disorders, especially cognitive disorders is of great importance for determining modern methods of treatment of patients with schizophrenia. New directions of differentiated therapy and tactics have been developed for various manifestations of cognitive disorders, taking into account the dynamics of the clinical and sociological parameters of the disease.

Key words: schizophrenia, cognitive disorders, social maladjustment, negative symptoms, treatment tactics, antipsychotics.

Актуальность

Особенности когнитивных расстройств и современные методы лечения больных с шизофренией представляет собой важную медико-социальную проблему. Параметры когнитивного функционирования являются важными индикаторами уровня социального функционирования больных шизофренией, независимо от их клинического статуса и предопределяют социальный прогноз заболевания, степень трудовой и социальной дезадаптации [1,3]. Когнитивные показатели являются важными индикаторами функционального состояния у больных шизофренией и предопределяют социальный прогноз заболевания, степень трудовой и социальной дезадаптации больных [6,7].

В последнее время в отечественных и зарубежных исследованиях возрастает интерес к более глубокому и детальному изучению нейрокогнитивного дефицита, в котором наряду с дефицитом основных познавательных функций (слухоречевой и зрительной памяти), праксиса (произвольные движения), гнозиса (зрительный, оптико-пространственный, акустический невербальный и тактильный), мышления (вербальное, невербальное, вербально-логическое и дискурсивное) [4]. По данным авторов нейрокогнитивный дефицит обнаруживается уже при первом психотическом эпизоде у большинства больных шизофренией и в большей степени нарастает на начальных этапах болезни. Таким образом, не только изучения данных расстройств, диагностика и лечение также, повышение социальной компетентности больных остаётся малоизученным.

Цель исследования. Определить особенности когнитивных и негативных расстройств при шизофрении и разработать современные методы лечения данной категории больных.

Задачи исследования

Изучение клинико-социальных факторов и их значимости в оценки когнитивных расстройств. Обосновать корреляционную взаимосвязь клинико-социальных факторов в диагностике степени тяжести когнитивных расстройств. Разработать новые направления дифференцированной терапии итактики при различных проявлениях когнитивных расстройств с учетом динамики клинико-социологических параметров заболевания. На основе полученных результатов разработать алгоритм диагностики и лечения с учётом степени тяжести когнитивных расстройств.

Материал и методы

В исследование включали мужчин и женщин в возрасте от 30 до 50 лет с давностью болезни 10 лет и более, которые соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 для шизофрении. Обследовано 199 больных шизофренией. Больным проведена общеклинические и функциональные методы исследования. Когнитивная функция у больных оценивалось Монреальской шкалой, который состоит из 15 подтверждений. На каждого больного заполнялась анкета с включением социально-демографических показателей (пол, возраст, место жительства, образование, семейный статус, занятость/инвалидность), анемнестические данные (начало и длительность шизофрении, наследственная отягощенность, черепно-мозговые травмы, суицидальные попытки в анамнезе).

Результат и обсуждение

Диагноз больных установлено согласно по МКБ-10 Шизофрения непрерывная, шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом, шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом. В исследование было включено 199 пациента, из которых 70 получали рисперидон, 60 - кветиапин и 69 - оланзапин. Длительность наблюдения - 6 мес. В основной группе больным назначено АН (рисперидон, кветиапин, оланзапин) +ноотропы, в контрольной группе назначено отечественные нейролептики без ноотропов. Когнитивные функции было оценено в начале и к концу курса лечения. Динамика состояния когнитивных функций, оцениваемых по выполнению больными показали улучшение в процессе терапии в обеих группах. Изменения суммарной среднегрупповой оценки по шкале MMSE оказались достоверными в контрольной группе к окончанию по сравнению с исходной оценкой, в основной группе достоверное улучшение отмечалось уже через месяц терапии и сохранялось до окончания лечения. У 90% больных отмечалось улучшение распределения внимания. Увеличилась продуктивность зрительной памяти, но снизились: объем рабочей памяти с 7,9 до 7,3 слов; устойчивость - с 4,9 до 3,5 слов при отсроченном воспроизведении, продуктивность зрительной памяти - с 5,5 до 4,4 баллов. Соотношение типов динамики при этом показывает, что у половины испытуемых уровень выполнения методик остался прежним. В первые месяц терапии рисперидоном обнаруживалась статистически значимая положительная динамика большинства когнитивных функций за исключением слухоречевой памяти, нейродинамики и произвольной регуляции, которые статистически достоверно улучшились в течение 3 месяца. Невербальное мышление статистически достоверно улучшилось только через 5 месяц терапии рисперидоном. Сравнительный анализ динамики когнитивного функционирования в группах в зависимости от течения болезни показал, что в основной группе изменения результатов обследования в конце курса лечения занимают более благоприятное положение в отношении большинства показателей, и достигает до степени статистической значимости.

Отечественные антипсихотические препараты малорезультативны в когнитивных областях и часто приводят к экстрапирамидным побочным эффектам, которые требовали антихолинергического лечения. При лечение атипичными антипсихотическими препаратами с включением ноотропов показатели когнитивных функций достоверно улучшились, интенсивность экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков снизилась. В ходе исследования обнаружено, что приспособляемость больных шизофренией к хроническому патологическому процессу, условиям жизни, в семье и обществе является одной из благоприятных предикторов для временного улучшения когнитивных функций.

Нарушение когнитивных расстройств больных шизофренией зависит от клинических форм заболевания, преобладания негативной или позитивной симптоматики и оптимального соотношения психофармакотерапии.

Несмотря на клиническую стабилизацию психического состояния больных, особенности их когнитивного функционирования характеризовались выраженными нарушениями. Результаты обследования показали, что 17,8% больных шизофренией имели комплексную оценку когнитивного функционирования в пределах нормы. В большинстве случаев было обнаружено снижение темпа работоспособности и выработки навыка, а также рабочей, слухоречевой и зрительно-моторной памяти (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика когнитивного функционирования больных

Показатель когнитивного функционирования	Шизофрения непрерывная	Шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом	Шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом
Конструктивные способности	55,2±19,3	53,1±17,1	52,2±13,6
Кратковременная зрительно-моторная память	44,1±11,0	41,1±7,8	41,1±13,0
Долговременная зрительно-моторная память	42,2±12,1	40,8±11,7	40,7±8,8
Вербальная память	44,1±14,3	41,4±14,3	39,9±11,1
Рабочая память	41,1±13,2	43,8±12,7	45,1±11,2
Моторные навыки	47,8±15,2	49,3±14,7	49,5±11,7
Речевая беглость	49,0±5,8	46,7±3,9	43,0±3,5
Планирование, проблемно-решающее поведение	64,8±2,6	62,1±4,3	56,6±4,6

Лёгкие когнитивные нарушения преобладали у больных с диагнозом Шизофрения непрерывная и составило 16%. Умеренные когнитивные нарушения встречались у 72% больным с диагнозом Шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом. Тяжёлые когнитивные нарушения преобладали у 23% больных с диагнозом Шизофрения непрерывная. Установлены взаимообусловленность и сочетание внутренних (патодинамических) и внешних (социально-средовых) влияний на формирование тяжести когнитивных расстройств.

Изучались особенности оценки когнитивных расстройств и при различных клинических формах заболевания, поведения больных с различными негативными расстройствами. Атипичные нейролептики регулируют и контролируют состояние психики, блокируя возникновение психопатологических нарушений. Более быстрая и выраженная положительная динамика когнитивной деятельности наблюдалась в основном группе больных, получавших комбинированную терапию атипичными нейролептиками и ноотропами. В большей степени для развития когнитивных нарушений большую роль играет не только манифестация болезни, но и клинико-социальные факторы. На фоне терапии все когнитивные параметры, моторные навыки и исполнительная функция достоверно изменились в положительную сторону.

Обнаружено ряд характерных особенностей влияния ноотропных препаратов на динамику когнитивного дефицита при шизофрении. Своевременная диагностика, тактика лечения, семейная и социальная поддержка больных приводит к повышению когнитивных функции.

Вывод

Настоящее исследование показало, что при сочетанном применении атипичных нейролептиков и ноотропных препаратов положительно влияет на когнитивные функции и приводит к значительным, длительным и клинически значимым улучшениям когнитивного функционирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зайцева Ю.С., Саркисян Г.Р., Саркисян В.В., Сторожакова Я.А. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 2. С. 5-11. 8.
2. Корнетов А.Н., Корнетова Е.Г., Голенкова А.В., Козлова С.М., Аржаник М.Б., Самойленко Ж.А., Бойко А.С., Семке А.В. Нейрокогнитивный дефицит в клиническом полиморфизме шизофрении: типология, выраженность и синдромальные перекрытия. Бюллетень сибирской медицины. 2019.V.18(2). P.107-118. DOI:10.20538/1682-0363-2019-2-107-118
3. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивныйтренингдлябольныхшизофрениейирасстройствамишизофреническогоспектра// Социальнаяиклиническаяпсихиатрия. - 2014. - Т. 24, №3. - С. 33-36
4. Руденко С.Л., Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 1. С. 27-33.
5. Янушко М.Г., Иванов М.В., Сорокина А.В. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода //Социальная и клиническая психиатрия 2014, т. 24, № 1. С. 90-95.
6. Adams R.A., Napier G., Roiser J.P., Mathys C., Gilleen J. AttractorOlike dynamics in belief updating in schizophrenia// JNeurosci. - 2018. - P.3163-3117. - DOI: 10.1523/J Neneurosci.3163O17.2018
7. Dienel S.J., Lewis D.A. Alterations in cortical interneurons and cognitive function in schizophrenia// Neurobiol Dis Elsevier.- 2018.- No.January.- P.0-1.- DOI: 10.1016/j.nbd.2018.06.020

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616-009.12

INSULTDAN KEYINGI SPASTIKLIKNI DAVOLLASHDA ERGOTERAPIYANING IMKONIYATLARI

Madjidova Y.N., Ergasheva N.O., Raxmonova G.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Insultdan keyingi spastika, hamda uning tashxisoti va ergoterapiya qo‘llash orqali davolash yoritildi. Ergoterapiyaning harakat buzilishlari bilan insult o‘tkazgan bemorlarda samaradorligi o‘rganildi.

Kalit so‘zlar: instult, ergoterapiya.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭРГОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Маджидова Ё.Н., Эргашева Н.О., Рахмонова Г.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Описаны патогенез постинсультной спастичности, а также ее диагностика и лечения с применением эрготерапии. Обсуждаются эффективности эрготерапии у больных перенесших инсульта с двигательными расстройствами.

Ключевые слова: инстульт, эрготерапия.

POSSIBILITIES OF ERGOTHERAPY IN TREATMENT OF SPASTITY AFTER STROKE

Madzhidova Y.N., Ergasheva N.O., Rakhmonova G.,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Describes the pathogenesis of post-stroke spasticity, as well as its diagnosis and treatment with the use of ergotherapy. Discusses the effectiveness of ergotherapy in stroke patients with movement disorders.

Key words: instult, occupational therapy.

Актуальность

Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения. Треть перенесших сто больных нуждаются в посторонней помощи, еще 20% не могут лишь каждый пятый способен вернуться к трудовой деятельности [2].

Проблема постинсультной спастичности становится все более актуальной в связи с высокой частотой цереброваскулярной патологии среди населения. Клиническими проявлениями мышечной спастичности являются повышение тонического рефлекса растяжения (мышечного тонуса) усиление сухожильных рефлексов (часто с клонусами) и разгибательный подошвенный рефлекс Бабинского. Данная симптоматика лежит в основе всех определении спастичности, согласно которым - это моторное расстройство, характеризующееся зависимым от скорости увеличением тонических рефлексов растяжения (мышечного тонуса) с повышенными сухожильными рефлексами вследствие гипервозбудимости рефлекса растяжения как компонента синдрома поражения верхнего мотонейрона [1,2].

Диагностика спастичности после инсульта в клинических условиях не вызывает затруднений и представляет собой четко отработанный набор качественных и количественных оценок, шкал, тестов и т.д. среди их модифицированная шкала Эшворта для оценки мышечного тонуса, тониометрия, определение мышечной силы; подвижности суставов (объема движений); интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале [1,4].

Основные принципы реабилитации хорошо разработаны и продолжают активно развиваться. Прежде всего это раннее начало реабилитационных мероприятий. Восстановление движений при параличе происходит последовательно, в определенном порядке: вначале восстанавливаются движения в проксимальном отделе конечности, а затем в дистальном; движения ноги восстанавливаются раньше, чем движения руки [3].

Эрготерапия (лат. ergon - труд, занятие, и греческого therapia - лечение) - это реабилитация через труд и деятельность при помощи тренажеров, развивающих социальные навыки, основная цель которой двигательная и социальная адаптация пациента к повседневной жизни [1].

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность эрготерапии (ЭТ) в реабилитации больных с двигательными расстройствами (ДР).

Материал и методы

Под наблюдением находились 70 пациентов перенесших инсультов с спастическим парезом. 1-я группа включали 40 больных с ДР, получавших стандартную медикаментозную терапию. Во 2-й группе (n=30) пациентов получали стандартную медикаментозную терапию и проводили ЭТ.

Для оценки лечебной эффективности использовали данные объективного неврологического исследования, исследования двигательного расстройства (шкала Бартеля, Эшворта), исследования нейропси-

хологического статуса (шкала Спилберга, Рэнкин), результаты применения инструментальных методов исследования (допплерография, МРТ, КТ).

Результаты обсуждение

Известно, что тренировка мелкой моторики у пациентов, перенёсших инсульт, является одной из актуальных проблем программы реабилитации, так как слабость и неловкость движения пальцев и кистей рук служит одной из причин, затрудняющих овладение простейшими, необходимыми по жизни умениями и навыками самообслуживания, а их механическое развитие влияет на восстановлении речи и когнитивных функций [2].

В исследование вошли пациенты старше 18 лет, перенесшие инсульт более 6 мес назад и имеющие фокальную спастичность мышц запястья и пальцев.

После окончания лечения больными ДР было отмечено улучшение показатели соответственно на 30% и 60%. А также, на фоне эрготерапии у большинства наблюдаемых отмечено улучшение психоэмоционального состояния и адаптации.

Заключение

Таким образом, использование эрготерапии в сочетании с базисными лечебными и реабилитационными мероприятиями ускоряет процесс восстановления мелкой моторики и владения кистью у больных с инсультом. Отсюда, можно сделать вывод об эффективности и безопасности эрготерапии при лечении больных с постинсультной спастичностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Колева И., Стоилова Д., Шотеков П. Нейрореабилитация для улучшения качества жизни больных рассеянным склерозом. Ж. Неврологических наук, 2013, с. 72.
2. Никитин М.В., Шонгина Н.Н., Чукина И.М. Восстановление речи и других высших психических функций у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, на стадии реабилитации в условиях санаторного комплекса. Collogium-journal, 5(29), 2019. p. 37-39.
3. Fiedorova K., Baladova V., Peter L. Analysis of upper limb movement for biofeedback in rehabilitation. IFAC-PapersOnLine, 2019.
4. Voitenkov V., Smirnov N.A., Ekusheva E., Skripchenko N. Neurophysiology methods in the assessment of the efficacy of rehabilitation of sensomotor disturbance due to spinal cord lesions. J. oftheNeurologicalSciences, 2017, p.86.

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.89-072.8: 616.127-005.8

KARDIYOVASKULYAR KASALLIKLARGA CHALINGAN BEMORLARNING IJTIMOIY XUSUSIYATLARIGA DEPRESSIYANIG TA'SIRI

Muxtorova X.Q., Muxamadieva N.B., Atoev J.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Hozirgi vaqtda ruxiy tushkunlik va somatik kasalliklarning, xususan, yurak-qon tomir patologiyasi profilaktikasi muammosi juda dolzarbdir. Ushbu tadqiqot infarktdan keyingi depressiyani shakllantirishga olib keladigan omillarni muhokama qiladi, infarktdan keyingi depressiyani tavsiflaydi.

Kalit so'zlar: depressiv kasalliklar, miokard infarkti, bemorlarning ish qobiliyati.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мухторова Х.К., Мухамадиева Н.Б., Атоев Ж.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В настоящее время крайне актуальна проблема коморбидности депрессии и соматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистого профиля. В данном исследовании рассматриваются факторы, предрасполагающие к формированию постинфарктной депрессии, дается характеристика собственно постинфарктной депрессии.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, инфаркт миокарда, трудоспособность больных.

DEPRESSION ON SOCIAL CHARACTERISTICS INFLUENCE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Mukhtorova Kh.K., Mukhamadieva N.B., Atoev Zh.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Currently, the problem of comorbidity of depression and somatic diseases, in particular, of the cardiovascular profile, is extremely urgent. This study discusses factors predisposing to the formation of post-infarction depression, characterizes the actual post-infarction depression.

Key words: depressive disorders, myocardial infarction, working capacity of patients.

Актуальность

Высокая распространенность психической патологии отмечена как среди контингента поликлинических учреждений, так и в многопрофильных больницах, где в основном психические расстройства представлены амбулаторными "невротическими" формами, среди которых преобладают соматизированные тревожно-депрессивные расстройства. Депрессия, независимо от её происхождения, развившаяся на фоне имеющегося тяжёлого соматического заболевания, значительно отягощает его течение и реабилитацию больного (1,3,6). В ряде исследований установлено, что симптомы депрессии являются достоверными прогностическими показателями смертности от сердечно-сосудистых заболеваний после перенесенного инфаркта миокарда (5,7). Нервные и психические расстройства при инфаркте миокарда связаны в значительной степени с нарушением мозгового кровообращения, чаще функционального характера, а иногда вследствие тромбоза или тромбоэмболии мелких сосудов головного мозга. Уже в острейшем периоде инфаркта миокарда может появляться страх смерти, сопровождающийся беспокойством, тревогой, тоской. Некоторые больные молчаливы, неподвижны, другие, напротив, крайне раздражительны (4,10). В клинике психопатологических нарушений при инфаркте миокарда большое место занимают эмоциональные расстройства. В первые дни инфаркта миокарда чаще всего обнаруживается тревожно-депрессивный синдром (2,8,9). Страх смерти, тоска, тревога, тревожная депрессия могут сменяться психомоторным возбуждением. Больные в таком состоянии пытаются встать с постели, ходить, много говорят. В связи с актуальностью и частой встречаемостью депрессий у больных после перенесенного инфаркта миокарда было предпринято клинико-психопатологическое исследование указанного контингента, находящегося на лечении в Бухарском областном кардиологическом диспансере.

Целью исследования явилась анализ влияния депрессивных расстройств на социальные характеристики больных инфарктом миокарда.

Материал и методы

Было обследовано 121 больных в кардиологическом диспансере. Больные были разделены на две группы: первую группу составили 88 больных, перенесших острый инфаркт миокарда, у которых в последующем развились депрессивные расстройства, вторую группу - 33 больных, также перенесших инфаркт миокарда, но без симптомов депрессии. Методами ис-

следования были: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, достоверность результатов оценивалась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты обсуждение

При характеристике клинических особенностей депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде необходимо отметить выделенные варианты депрессий: тревожные (77,3%), меланхолические (11,2%), дисфорические (4,8%), маскированные (6,7%). Независимо от варианта депрессии в беседе пациенты в первую очередь предъявляли жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной, иррадиирущие в характерные зоны, и ноющие, колющие в левой половине грудной клетки. Пациенты высказывали переживания по поводу своего физического состояния, болевых ощущений, перспектив на будущее. Из субъективных жалоб, указывающих на депрессивные расстройства, отмечены подавленность, упадок сил, ощущение безнадежности. В переживаниях с одинаковой частотой отражались страх повторения инфаркта, пессимистические взгляды на будущее и низкая самооценка. Лица с высшим образованием чаще встречаются во 2 группе, обследованных (72,7%), среднее специальное образование более характерно для больных 1 группы (45,4%). Очевидно, имеет значение тот факт, что человек, занимающийся умственным трудом, не думает о возможной потере работы, тогда как человек, занимающийся больше физической работой, вынужден после перенесенного инфаркта миокарда ограничить нагрузки и сменить деятельность, что ведет к снижению или смене квалификации и может изменить не только привычный ритм жизни больного, но и повлиять косвенно на материальный достаток. Убеждает в этом и то, что причиной депрессий у больных с инфарктом миокарда в большей части случаев (81,8%) является настоящее соматическое заболевание (таблица № 1).

Таблица № 1

Причины развития депрессий

Причины развития депрессий	1 группа	
	Абс	%
Отсутствует	0	-
Психотравма	14	15,9±3,90
Настоящее соматическое заболевание	72	81,8±4,11
Физическое напряжение	0	-
Умственное перенапряжение	2	2,3±1,60
Психическое заболевание	0	-
Всего	88	100

Начало депрессии в первые дни после инфаркта миокарда (40,9% - в течении 1 - 7 дней, 37,5% - в течении 8 - 30 дней) подтверждает мысль о том, что для больного диагноз инфаркта миокарда и связанные с этим изменение отношения к себе, своей привычной активной жизни, является самым серьезным психотравмирующим фактором. Очевидно, работа врача-интерниста, кардиолога в ранний постинфарктный период должна быть направлена на преодоление стигмы по поводу тяжести перенесенного инфаркта миокарда, на выработку рационального понимания болезни, возможность логического переосмысления жизни после инфаркта миокарда.

Коморбидность инфаркта миокарда и депрессии, возникающей как следствие перенесенного инфаркта, отражается на трудоспособности больных (таблица № 2). Так, у 27,3% больных 1 группы и 69,7% больных 2 группы (p <0,001) трудоспособность снижена, тогда как потеря трудоспособности достоверно чаще наблюдается у больных 1 группы (соответственно 52,3% и 9,1% больных (p <0,001)). Это может служить очевидным доказательством отрицательного влияния присоединившейся депрессии на социально-трудовую адаптацию больных.

Таблица № 2

Трудоспособность больных

Трудоспособность	1 группа		2 группа		P
	абс	%	абс	%	
Сохранена	18	20,4+-4,30	7	21,2±7,15	
Снижена	24	27,3+-4,75	23	69,7±7,80	0,001
Потеряна	46	52,3+-5,32	3	9,1±5,01	0,001
Повышена	0	-	0	-	
Всего	88	100	33	100	

В связи с потерей трудоспособности у 30,7% больных 1 группы и 57,6% больных 2 группы (p <0,01) снизилась квалификация, тогда как 35,2% больных 1 группы и 6,1% больных 2 группы (p <0,001) не смогли продолжить трудовую деятельность в связи с потерей квалификации (таблица № 3).

Таблица № 3

Квалификация больных после перенесенного инфаркта миокарда

Квалификация	1 группа		2 группа		P
	абс	%	абс	%	
Прежняя	16	18,2+-4,11	4	12,1±5,68	
Снижена	27	30,7+-4,92	19	57,6±8,60	0,01
Потеря	31	35,2+-5,09	2	6,1±4,17	0,001
Смена	14	15,9+-3,90	8	24,2±7,46	
Всего	88	100	33	100	

Необходимо отметить, что больные 2 группы чаще меняли квалификацию, вид деятельности, чтобы сохранить работоспособность (15,9% больных 1 группы и 24,2% больных 2 группы), тогда как больные 1 группы предпочитали не работать.

Таким образом, для большинства больных с инфарктом миокарда сам факт наличия тяжелого соматического заболевания является причиной развития депрессивных расстройств, среди которых чаще встречаются тревожные депрессии. Коморбидность инфаркта миокарда и депрессий приводит к снижению трудоспособности и активности больных.

Выводы

1. Необходимо оптимизировать оказание специализированной (психиатрической) помощи больным с инфарктом миокарда.

2. В ранний постинфарктный период работа с больным должна быть направлена на преодоление стигмы по поводу тяжести перенесенного инфаркта миокарда, на выработку рационального понимания болезни.

3. Важное значение приобретают организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи в кардиологических стационарах, а также разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакотерапии для кардиологов, кардиохирургов и других специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васюк Ю. А. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: всё только начинается. Часть I / Ю. А. Васюк, А. В. Лебедев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2007. - № 3. - С. 41-51.
2. Васюк Ю. А. Диагностика и лечение депрессий при сердечно-сосудистой патологии / Ю. А. Васюк, Г. В. Довженко Е. Н. Ющук и др. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.
3. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
4. Смулевич А., Дробижев М., Иванов С., Научный центр психического здоровья РАМН. Современныепроблемыпсихокардиологии. М.2003.
5. Muxamadieva N.B. Features of formation and clinic of depressive frustration at the patients who have transferred the heart attack of the myocardium. European Science Review. Vienna, №3-4, 2016. - 181-183.
6. Muxamadieva N.B. Depressive disorders in patients after myocardial infarction. European Science Review. Vienna, №9-10, 2016. - 119-120
7. Grubb NR, Newby DE. Cardiology. Second Edition. ElsevierChurchillLivingstone 2006.
8. Мухамадиева Н.Б., Туксанова З.И. Влияние течения инфаркта миокарда на развитие депрессивных расстройств // "Молодой ученый" научный журнал. №11 (91) июнь 2015 г. С. 681-683.
9. Ismoilva M.Yu., Tuksanova Z.I. To the issue of development of cardiovascular diseases at athletes // World Journal of Pharmaceutical Research Volume 9, 2020. Issue 3, 331-338.
10. Muxamadieva N.B., Tuksanova Z.I. Integrated assessment of risk factors of post- infarction depression Central Asian journal of Pediatrics. 2 (2) 2019. C.101-110.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.36-002.2

JIGARNING SURUNKALI KASALLIKLARIDA PATOLOGIK SINDROMLAR BO‘YICHA TURLI XIL GEPATOPROTEKTORLARNING TA'SIRI VA ULARNING VAZNINI ANIQLASH

Nurboev F.E.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqola gepatoprotektorlarning turli guruhlarining surunkali gepatit rivojlanishiga ta'sirini o‘rganadi.

Kalit so‘zlar: surunkali gepatit, dorilar, gepatoprotektorlar.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ НА ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ГРУПП ЛЕКАРСТВЕНЫХ СРЕДСТВ

Нурбаев Ф.Э.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В данной статье рассматривается влияние различных групп гепатопротекторов на течение хронического гепатита.

Ключевые слова: хронические гепатиты, лекарственные средства, гепатопротекторы.

INFLUENCE OF DIFFERENT HEPATOPROTECTORS ON PATHOLOGICAL SYNDROMES IN CHRONIC LIVER DISEASES AND DETERMINATION OF THE SPECIFIC WEIGHT OF DRUG GROUPS

Nurbaev F.E.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

This article examines the influence of various groups of hepatoprotectors on the course of chronic hepatitis.

Key words: chronic hepatitis, drugs, hepatoprotectors.

Актуальность

Хронические гепатиты, циррозы печени и их последствия остаются глобальной медико-социальной проблемой в мире. В клинической практике прежних-лет в качестве средств патогенетической терапии применялись самые разные препараты, многие из которых оказались малоэффективными и вышли из употребления. Вместе с тем, широко известные данные о способности ткани печени к регенерации позволяют достаточно высоко оценивать перспективы и потенциальные возможности патогенетической терапии хронических гепатитов и цирроза печени с использованием гепатопротекторов [1.2.5].

Лекарственная терапия больных патологией печени должна всегда быть максимально экономной. В каждом случае необходимо сопоставлять степень необходимости назначения препарата и потенциальную опасность его побочного действия. При лечении больных с заболеваниями печени полипрагмазия является крайне нежелательной, а назначаемые дозы, как правило, не должны превышать средних терапевтических и курсовых [9.14.19].

Ведение больных с хроническими заболеваними печени (ХЗП) требует значительных материальных затрат - это не только оплата за лечение, но так же и непрямые затраты, связанные с временной и стойкой утратой трудоспособности пациента. Данный факт обусловливает необходимость использования врачами современных и эффективных методов диагностики, профилактики и лечения ХЗП [7.8.18.].

Сегодня не один новый метод лечения ХЗП не может быть принят, если не доказано его положительное влияние на выявляемость больных. Этот метод оценки эффективности и безопасности применяемых лекарственных средств и способ их лечения получил название "Медицина, основанная на доказательствах" [2.3.5].

К фармакотерапии ХЗП предъявляется ряд требований: она должна основываться на результатах доказательной медицины, быть комбинированной, проводиться малыми дозами препаратов и приводить к улучшению качества жизни пациента.

Цель работы: влияние различных гепатопротекторов на некоторые патологические синдромы при хронических заболеваниях печени и определение удельного веса групп лекарственых средств.

Задачи

Мы перед собой поставили следующие задачи:

1. Анализ стоимости групп лекарственных препаратов используемых для лечения хронических гепатитов

2. Определитьудельного веса групп лекарственых средств используемые при лечение хронических гепатитов.

3. Определить эффективность назначаемого лекарственного препарата исходя от превалирующего паологического синдрома в печени

Материал и методы

Проведён ретроспективный анализисторий болезни 340 больных с хроническими заболеваниями печени, получивших стационарное лечение в Бухарском и Навоинском областных многопрофильных медицинских центрах, Бухарской областной инфекционой больнице в период за2014 - 2017гг .

По данным литературы эффективность действия гепатопротекторов неодинакова при различных патологических синдромах наблюдающихся при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени(ЦП). Как видно из табл-1, при цитолитическом синдроме, сопровождающимся повышением ферментов АСТ и АЛТ наиболее эффективны эссенциале и карсил, при холестатическом синдроме - УДХК, а синтетической недостаточности - лив-52 и гептрал.

Влияние различных гепатопротекторов на некоторые патологические синдромы при заболеваниях печени

	Препарат	Цитолитический (АСТ, АЛТ)	Холестатический (билирубин, ЩФ, ГГТ)	Синтетическая недостаточность (снижение альбумина, протромбина, фибриногена)	Печеночно-клеточная недостаточность
1	**Эссенциале**	++	0	+	+
2	**Урсодеоксихолевая кислота**	±	++	+	+
3	**Гептрал**	±	±	++	0
4	**Лив.52**	±	0	++	0
5	**Легалон, карсил**	++	0	+	±

Однако эссенциале и УДХК оказались с более широким спектром действия и проявляли свое положительное влияние при синтетической и печеночноклеточной недостаточности.

Результаты обсуждение

В зависимости от этиологических причин ХГ патологические синдромы встречаются в различной степени. Так, при ХГВ наиболее часто проявляются цитолитический и холестатический синдромы как изолировано, так и в комбинации, тогда как ХГС почти в половине случаев протекает без проявления лабораторно-значимых синдромов. Невирусные ХГ почти в равном соотношении проявляются всеми синдромами и их отсутствием.Характерной особенностью ЦП является более частое выявление синтетической недостаточности независимо от этиологических причин цирроза (рис-2). Для ЦП-В частота выявления всех синдромов еще более увеличилась относительно ХГВ, при ЦП-С - частота цитолитического синдрома и отсутствия синдромов уменьшилась соответственно в 2 и 3 раза, а холестатического не изменилась. Для невирусного ЦП частота цитолитического и холестатического синдромов была одинакова, но составляла менее половины частоты синтетической недостаточности.

Следовательно, свыше 80% назначаемых при ХЗП гепатопротекторов (эссенциале в инъекционной форме и карсил) оказывают основное влияние на цитолитический синдром, тогда как наблюдающееся в 29% ХГ и почти в 2\3 ЦП синдром синтетической недостаточности скорее всего был купирован, помимо лив-52 и гептрала (6-7% гепатопротекторов) назначением метаболиков. Вместе с тем, для купирования холестатического синдрома, встречающегося почти в 1\3 случаев недостаточно было назначение УДХК (всего 5% от гепатопротекторов).

Анализ стоимости групп лекарственных препаратов, используемых для лечения ХГ показал, что самыми дорогими являются инфузионные растворы и метаболики (32,4% и 30,3%), а гепатопротекторы были лишь на 3-м месте. В целом стоимость этих 3-х групп препаратов составляла 86,2%.

Стоимость лечения ЦП была более дорогой в основном за счет увеличения числа и цены метаболиков, составляющей 59,2%. При этом из-за возрастания общей стоимости всех препаратов более чем в 2 раза, доля инфузионных растворов, используемых в том же объеме как при ХГ, снизилась до 15,2%. А суммарная стоимость 3-х основных групп препаратов составила 92,7%.

Выводы

Делая выводы, можно сказать, что обострения ХГ с преобладанием клинико-лабораторного синдрома является цитолитический, встречающийся при хронических формахHBV в более чем 50% случаев, при хронических гепатитах невирусной этиологии их наличие и отсутствие проявляются с относительно равной частотой, а при хронических формах HCV в более чем половине случаев эти синдромы выявляются совместно, а у остальных отсутствуют. Анализ стоимости групп лекарственных препаратов, используемых для лечения ХГ показал, что самыми дорогими являются инфузионные растворы и метаболики, а на 3-месте гепатопротекторы, для ЦП показал, метаболики и гепатопротекторы, на 3-месте инфузионные растворы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. 2-е изд. - М.iООО "Изд. дом "М-Вести", 2005. -536 с.
2. Zollner G., Marschall H.U., Wagneretal. Role of nuclear receptors in the adaptive response to bile acids and cholestasis pathogenetic and" therapeutic considerations // Mol. Pharm. 2006. - Vol. 3(3). - P. 231251.
3. Lindor K.D., Talwalkar J.A., editors. Cholestatic liver disease. New Jersey: Humana Press, 2008, - 188 p.
4. Makino ғ Tanaka H. От холеритического препарата до иммуномодулятора: исторический обзор применения урсодезоксихолевой кислоты\\ЛікиУкраіни.- 2009. - №6. - С.102-105.
5. Яковенко Э.П. Современные подходы к выбору гепатопротекторов при хронических заболеваниях печени //Укр. мед. часопис. - 2008. - № 6. - С. 16-19.
6. Руденко Н.Н. О синдроме холестаза, урсодезоксихолеой кислоте и не только // Сқмейна медицина. - 2007. -№4. - С. 74-79.
7. Beuers U. Drug Insight: mechanisms and sites of action ofursodeoxycholia acid in cholestasis. Nature Clinical Practice// Gastroenterol. Hepatol. - 2006. - Vol. 3. - P. 318-328.
8. ТопорковА.С. Применениеурсодезоксихолевойкислотыприхронических заболеванияхпечени // Вестн. Семейной медицины. - 2006. -№ 6. - С. 42-47.
9. Дроговоз С.М. Особенности фармакотерапии урсодезоксихолевой кислоты // Провизор. - 2008. - № 9. - С.17-19.
10. Колесников Е.В. Урсодезоксихолевая кислота - "урсолизин": применение в настоящем и будущем // Укр. тер.журн.- 2008. - № 4. - С. 96-101.
11. Широкова Е.Н., Кузнецова Е.Л., Маевская М.В. и др. Эффективность урсодезоксихолевой кислоты в лечении больных холестатической формой алкогольной болезни печени и первичным билиарным циррозом // Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2007. -№ 3. - С. 52-58.
12. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Эффективность урсодезоксихолевой кислоты при холестерозе желчного пузыря //Тер.-архив. - 2003. - № 2. - С. 35-38.
13. Щербина М.Б., Бабец М.И., Кудрявцева В.И. Влияние "Урсофалька" на иммунный статус с холестерозом желчного пузыря в зависимости от показателя общего холестерина сыворотки крови // Сучаснагастроенторол. - 2008. - №1. -С. 62-66.
14. Щербина М.Б., Фатеева Т.В. "Урсолизин" в арсенале украинских врачей // Сучаснагастроентерол. - 2008. - № 4. -С. 52-56.
1. 29. Лейшнер У. Новые аспекты терапии с использованием урсодезоксихолевой кислоты // Сучаснагастроентерол. - 2004. - № 3. - С. 60-61.
15. КозькоВ.Н., АнцыферовaН.В., Соломенник А.О. и др. Клиническая эффективность урсодезоксихолевой кислоты у больных хроническим гепатитом С\\Научные ведомости I | Серия Медицина. Фармация. -2013. - № 11. - Выпуск 22. - С.123-127.
16. ЗарецкийМ.М., ЧерниковаН.М., Лобачевская Т.В. Возможности применения урсодезоксихолевой кислоты в лечении желчнокаменной болезни \\Сучасна гастроентерологқя, - 2011. - № 2. -С.136-140.
17. ФедосьинаЕ.А., МаевскаяМ.В.Применениеурсодезоксихолевой кислоты при неалкогольном и алкогольном стеатогепатите\\РЖГГК. -2010. -№ 3. - С.29-36.
18. Кушнир И.Э., Чернова В.М., СоломенцевТ.А. Критерии диагностикии терапевтические подходы при холестатических заболеваниях печени\\Острые и неотложные состояния в практике врача. -2013. -№ 2-3. - С.19-24.
19. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации. - М., 2008. - 182 с.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.43

ORTIQCHA TANA VAZN VA SYEMIZLIKKA MOYIL BO‘LGAN BEMORLARDA GEN VA GENOTIPLAR POLIMORFIZMI, LIPIDLAR SPEKTIRINI ANIQLASH.

Nurboev F.E., Djumaev B.Z.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Buxoro viloyat ko‘p tarmaqli kilinik kasalxonasini turli bo‘limlarda 2019 yilda yotib davolangan ortiqcha tana vazniga ega bo‘lgan 46 nafar bemor ustida tadqiqot ishlari olib borildi. Bular uch guruhga bo‘lib o‘rganildi va olingan natijalar quyidagicha. Tayanch harakat tizimi kasalliklarida va yurak qon tizimi kasalliklarida gen va genotiplarning polimorfizmida 3ta gening 7 turdagi genotiplari ichida ADRB3(rs4994)_Trp64Arg gening Trp/Trp genotipi asosiy va nazorat guruhlarida eng ko‘p uchradi, PPARG2(rs1801282)_C34G genining C/C genotipi asosiy nazorat guruhida nisbatan o‘rtacha uchradi. ADRDB2 (rs1042713) A^G gening A/A genotipi Trp/Trp va C/C genotiplarga nisbatan kam uchradi. Qolgan PPARG2 (rs1801282) _C34G genining G/G genotipi asosiy guruhda 1 nafar bemorda uchradi, nazorat guruhida esa 2 nafar bemorda uchradi. PPARG2 (rs1801282) _C34G genining G/G genotipi kolgan C/G va C/C genotiplari nisbatan bir necha barobar kam uchradi ikkala tizim kasalliklarida ham. Shunday qilib yurak qon tomir tizimi kasalliklarida uchta gening 7ta genotipining barchasida xolesterin, HDL va LDL miqdori asosiy guruhda ko‘rsatgichlari yuqori darajani tashkil qilsa, nazorat guruhlarida esa past ko‘rsatgichlarni namoyon qildi. Demak tayanch harakat tizimi kasalliklariga nisbatan xolesterin, HDL, LDL miqdori yurak qon tomir tizimi kasalliklarda eng yuqori ko‘rsatgichlarni tashkil qildi

Kalit so‘zlar: Ortiqcha tana vazni, semizlik, HDL va LDL, gen va genotiplar, yurak qon-tomir tizimi, tayanch-harakat tizimi, lipidlar.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОВ И ГЕНОТИПА ПОЛИМОРФИЗМА, ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Нурбоев Ф.Э., Джумаев Б.З.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Исследование было проведено на 46 пациентах с избыточной массой тела, госпитализированных в 2019 году в различные отделения Бухарской областной многопрофильной клинической больницы. Они были изучены в трех группах, и были получены следующие результаты.Среди 7 типов генотипов 3 генов в полиморфизме генов и генотипов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы, Trp / Trp генотип ADRB3 (rs4994) _Trp64Arg ген был наиболее распространенным в первичных и контрольных группах, Генотип C / C гена PPARG2 (rs1801282) _C34G был относительно умеренным в основной контрольной группе. Генотип A / A гена ADRDB2 (rs1042713) A ^ G встречался реже, чем генотипы Trp / Trp и C / C.Генотип G / G оставшегося гена PPARG2 (rs1801282) _C34G был обнаружен у 1 пациента в основной группе и у 2 пациентов в контрольной группе. Генотип G / G гена PPARG2 (rs1801282) _C34G был в несколько раз менее распространен, чем остальные генотипы C / G и C / C при обоих системных заболеваниях.Таким образом, во всех 7 генотипах трех генов сердечно-сосудистых заболеваний уровни холестерина, ЛПВП и ЛПНП были выше в базовой группе и ниже в контрольной группе.Таким образом, количество холестерина, ЛПВП, ЛПНП при заболеваниях сердечно-сосудистой системы было самым высоким при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, HDL и LDL, гены и генотипы, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, липиды.

DETERMINATION OF GENES AND GENOTYPE OF POLYMORPHISM, LIPID SPECTRUM IN PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

Nurboev F.E., Dzhumaev B.Z.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The study was conducted on 46 overweight patients hospitalized in 2019 in various departments of the Bukhara Regional Multidisciplinary Clinical Hospital.They were studied in three groups and the following results were obtained.Among the 7 types of genotypes, 3 genes in the polymorphism of genes and genotypes in diseases of the musculoskeletal system and cardiovascular system,Trp / Trp genotype ADRB3 (rs4994) _Trp64Arg gene was the most common in primary and control groups, C / C genotype of PPARG2 gene (rs1801282) _C34G was relatively moderate in the main control group.The A / A genotype of the ADRDB2 gene (rs1042713) A ^ G was less common than the Trp / Trp and C / C genotypes. The G / G genotype of the remaining PPARG2 gene (rs1801282) _C34G was found in 1 patient in the main group and in 2 patients in the control group. The G / G genotype of the PPARG2 (rs1801282) _C34G gene was several times less common than the other C / G and C / C genotypes in both systemic diseases.Thus, in all 7 genotypes of the three genes of cardiovascular diseases, the levels of cholesterol, HDL, and LDL were higher in the base group and lower in the control group. Thus, the amount of cholesterol, HDL, LDL in diseases of the cardiovascular system was the highest in diseases of the cardiovascular system.

Key words: overweight, obesity, HDL and LDL, genes and genotypes, cardiovascular system, musculoskeletal system, lipids.

Долзарблиги

Семириб кетиш ҳозирги кунда дунёда соғлиқни сақлаш соҳасидаги энг муҳим муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Ортиқча вазн ва семириб кетиш нафақат эстетик муаммо, балки атеросклероз ва юрак қон томир касалликлари, артериал гипертензия, ишемик инсульт ва бошқа ички органларнинг жиддий муаммоларидир. Бундан ташқари, ортиқча тана вазни эндокрин тизимига салбий таъсир қилади ва қандли диабет учун қўшимча ҳавф омилидир, бундай ҳолатларда тана тўқималарининг инсулинга қаршилиги ва глюкоза истеъмолининг бузилишига олиб келади. Бундан ташқари, семириш эркак ёки аёлнинг бепуштлигининг мустақил ёки қўшимча салбий оқибатларга олиб келиши мумкин. Турмуш тарзига боғлиқ бўлган аниқ сабабларга қўшимча равишда, беморнинг баъзи ирсий ҳусусиятлари, метаболик синдромнинг ривожланишида сабаб бўлиши мумкин [1,5,].

Ҳар бир инсоннинг ўзига ҳос генетик вариантлари мавжуд, уларни аниқлаш ва таҳлил қилиш "қўшимча вазнни бошқариш имкониятлари" га олиб келадиган турмуш тарзи ва жисмоний фаолиятни ўзгартириш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга имкон беради. "Ген таҳлили умр бўйи бир марта ўтказилади, чунки у ёши ўтиши билан ўзгармайди. Шунинг учун генетик маълумотларни таҳлил қилиш асосида ортиқча овқатланишнинг олдини олишга қаратилган овқатланиш тартибини шакллантириш керак. Бу узоқ умр кўришни таъминлайди ва юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ ногиронликни камайтиради" [4,5,6].

Семириб кетиш - бу ирсий ва атроф-муҳит омилларининг комплекс ў'заро та'сири натижасида ҳосил бўлган жинсигенетик касаллик ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ортиқча вазн ва семириб кетиш ўлим ҳавфининг асосий беш омилига киради. Семириб кетиш сурункали такрорланадиган касаллик бўлиб, кўплаб касалликларга олиб келади ва узоқ, баъзан умрбод даволанишни талаб қилади. Статистик маълумотларга кўра, ҳар йили камида 3,4 миллион катталар ортиқча вазн ёки семириб кетиш туфайли вафот этадилар. Бундан ташқари, ортиқча вазн 44% қандли диабет, 23% юрак қон томир ва 7% - 41% гача саратон касаллиги билан боғлиқлиги аниқланди [2,3].

Жаҳон соғликни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра 1980 - 2013 йилгача дунё бўйича, эркаклар орасида семириб кетганлар сони 28,8% - 36,9% гача, аёллар орасида 29,8% - 38% гача ўсди. Болалар ва ўсмирлар орасида семиришнинг тарқалиши ривожланган мамлакатларда сезиларли даражада ўсиб бормоқда ва ўғил болалар орасида 23,8% ва қизлар орасида 22,6% ни ташкил қилади. Россияда меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларнинг таҳминан 25 фоизи семиз ва 30 фоизи ортиқча вазнга эга. Ушбу вазиятдаги прогнозлар 2030 йилга келиб, 2 миллиарддан ортиқ одам ортиқча вазн ва 1 миллиард семизликка дучор бўлади [3,5].

Патогенетик нуқтаи назардан, семириб кетиш ёки ортиқа тана вазни ёғ тўқимасида триглицеридларнинг кўп тўпланиши ва эркин ёғ кислоталар шаклида чиқарилиши натижасида ҳосил бўлади, аммо бу параметрларнинг ўзгариш чегаралари генотип томонидан бошқарилади (Bernhard et al., 2013). Семириб кетишнинг генетик таркибий қисми мавжудлиги эгизаклар бўйича ўтказилган бир қатор тадқиқотлар билан тасдиқланган, бунда тана массасининг индекслари каби белгининг ирсиятлилик даражаси 40-70% ни ташкил қилган. Шунга ўхшаш ирсий қобилият баъзи антропометрик кўрсаткичлар учун аниқланган (Stunkard et al., 1986). Генетик таркибий қисмни ҳисобга олган ҳолда семиришнинг қуйидаги шакллари ажратилади: лептин, проопио-меланокортин (POMC), 3 ва 4 меланокортин ретсепторлари (MC3R ва MC4R) генларидаги мутатсиялар натижасида юзага келадиган моноген ҳисобланади.

Муаллифларнинг фикри ва тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ҳозирда ортиқча тана вазни ёки семириб кетган беморларга даволовчи шифокор билан мунтазам тушунтириш ишлари олиб бориш, овқатланиш режимига риоя қилиш, жисмоний тарбия билан доимий шуғулланиш тана вазнининг пасайиши, шунингдек, ортиқча вазн ва семириш билан боғлиқ баъзи юрак-қон томир хавф омиллари бартараф этилади. Бундан ташқари, муаллифлар семизлик ёки ортиқча вазн билан оғриган беморларда вазн йўқотишга ҳисса қўшадиган психологик жиҳатларга эътиборни қаратиш учун клиник амалиётни такомиллаштириш зарур бўлиши мумкинлигини таъкидламоқда [1,3,5.7].

Шундай қилиб адабиётлардаги маълумотларга қараганда ортиқча тана вазн ва семизлиги бор бўлган инсонларда генларнинг моҳияти тўлиқ ўрганилмаган ва бу генларнинг ўрганиш тўғрисида қатор муаммолар ўз ечимини кутмоқда. Булардан энг асосий глобал муаммолардан бири ортиқча тана вазни ва семизликда жавоб берадиган генларни ўрганишдир. Ўзбекистон тиббиёт амалиётида ортиқча тана вазн ва семизликда генларни аниқлаш ва коррекция қилиш йўллари ишлаб чиқилмаган ва амалиётда қўлланилмайди. Юқорида қайт этилган камчиликларни бартараф этиш учун ортиқча тана вазни ва семизликда генларни аниқлаш ва келтириб чиқарадиган касалликларни олдини олиш тиббиёт амалиётига катта аҳамятга эга бўлганлиги учун илмий изланишларни давом этиришни талаб қилади.

Мақсад: Ортикча тана вазн ва семизликка мойил бўлган беморларда Абу Али ибн Синонинг пархез, ген ва генотипларнинг полиморфизмини аниқлаш.

Материал ва услуллар

Бухоро вилоят кўп тармақли килиник касалҳонасини турли бўлимларда 2019 йил ётиб даваланган ортиқча тана вазнига эга бўлган 46 нафар бемор устида тадқиқот ишлари олиб борилди. Тадқиқот ўтқазилган 46 нафар беморнинг 15 нафари назорат гуруҳида, 16 нафари асосий гуруҳда таянч -ҳаракат тизими тақсимланган. 15 нафар асосий гуруҳдаги беморлар юрак қонтомир тизими касалликлари. Юқорида кўрсатилган беморларда бўйи, тана оғирлиги, ортиқча тана вазн индекси, қондаги 3хил турдаги генлар ва уларнинг 7 хил генотиплари аникланди.

Натижа ва тахлил

Таянч -ҳаракат системаси биринчи жадвалдан кўриниб турибтики таянч -ҳаракат тизими касалликлари ген ва генотиплар полиморфизми 16 нафар беморда ўрганилганда беморларнинг ўртача 47.4 ёшни ташкил этади,булардан 7 нафари эркак,9 нафари аёл, ўртача бўйи 166.8 см ни ташкил этади,тана оғирлиги 83.7 кг,ортиқча тана вазни индекси ўртача 29.9 ташкил қилади,кўпчилик беморларимизда ортиқча тана

1-жадвал

Таянч -ҳаракат системаси касалликларида

№	Ген номлари	генотип	Ёши		Учраш сони		жинс				бўйи		Оғирлиги		Тана масса индекси	
							эркак		аёл							
			Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ
1	ADRB2(rs1042713)A>G	A/A	47.4	27.5	7	8	3	4	4	4	168.1	167.3	47.4	77.6	30.4	27.5
		A/G	50.1	25.6	9	7	4	4	5	3	165.7	171.4	81.3	79.1	29.4	27.3
2	ADRB3(rs4994)_ Trp64Arg	Trp/Trp	40.5	26.5	12	13	5	6	7	7	166.3	169.2	82.6	77.8	29.8	27.4
		Trp/Arg	47.3	27	4	2	2	2	2	0	168.5	169	85.5	81.5	30.5	27.5
3	PPARG2(rs1801282)_C34G	C/G	46.3	23.5	4	4	2	3	2	1	165.8	170	84.5	79.8	30.8	27.3
		C/C	50.6	28.7	11	9	4	4	7	5	167.2	167	82.4	77	29.4	27.5
		G/G	41	23	1	2	1	1	0	1	167	177.5	89	81.5	32	27
жами			46.2	26	16	15	7	8	9	7	166.9	170.2	79	79.2	30.3	27.4

вазни 3даражали учрайди ва 10 нафар беморда 1даражали семизлик учрайди.

Асосий гуруҳда ADRDB2(rs1042713)A^G генинг A/A генотипи асосий гуруҳда 7 нафар беморда учради,9 нафарда эса A/G генотипи учради, назорат гуруҳида эса ADRDB2(rs1042713)A^G генинг A/A генотипи 7 нафар беморда учради 8 нафар беморда эса A/G генотипи учради, демак иккала гуруҳларда ҳам ADRDB2(rs1042713)A^G генинг A/A генотипи нисбатан кам учради, A/G генотипи эса кўп учради. Асосий гуруҳда ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Arg генотипи 4 нафар беморда учради, Trp/Trp генотипи эса 12 нафар беморда учради, назорат гуруҳида эса ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Arg генотипи иккала гуруҳда ҳам бир хил сондаги кам беморда учради, Trp/Trp генотипи эса 12 нафар беморда асосий гуруҳда учради,назорат гуруҳида 13 нафар беморда учради.Асосий гуруҳда:PPARG2(rs1801282)_C34G генининг учта генотипи мавжуд: C/G генотипи 3 нафар беморда учради, G/G генотипи 2 нафар беморда учради, колган 11 нафар беморда эса C/C генотипи учради.Назорат гуруҳида эса PPARG2(rs1801282)_C34G генининг учта генотипи : C/G генотипи иккала гуруҳда бир ҳил, G/G генотипи 1 нафар беморда учради, колган 9 нафар беморда эса C/C генотипи учради.

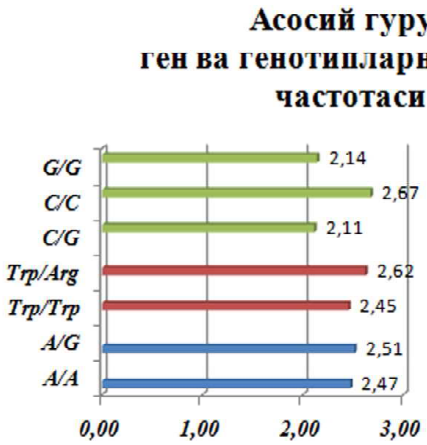
2-жадвал

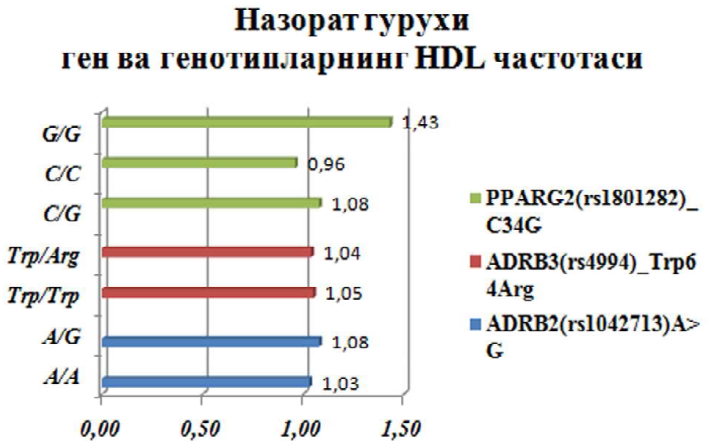
Таянч-ҳаракат система

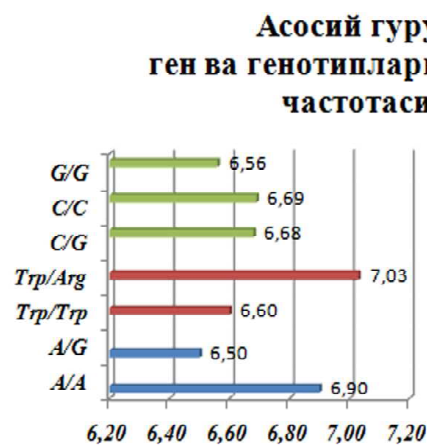
№	Ген номлари	генотип	Ёши		Учраш сони		жинс				холестирин, 3,1 до 5 ммоль/л,		ЛПВП от 0,72 до 1,63 ммоль/л		ЛПНП 2,02 до 4,79 ммоль/л	
							эркак		аёл							
			Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ
1	ADRB2(rs1042713)A>G	A/A	47.4	27.5	7	8	3	4	4	4	6.5	4,3	2.47	1.03	6.9	2.54
		A/G	50.1	25.6	9	7	4	4	5	3	6.6	4.1	2.51	1.08	6.5	2.31
2	ADRB3(rs4994)_ Trp64Arg	Trp/Trp	40.5	26.5	12	13	5	6	7	7	6.6	4.2	2.45	1.05	6.6	2.41
		Trp/Arg	47.3	27	4	2	2	2	2	0	6.5	4.5	2.62	1.04	7.03	2.60
3	PPARG2(rs1801282)_C34G	C/G	46.3	23.5	4	4	2	3	2	1	6.8	3.9	2.11	1.08	6.68	3.0
		C/C	50.6	28.7	11	9	4	4	7	5	6.5	4.3	2.67	0.96	6.69	2.29
		G/G	41	23	1	2	1	1	0	1	6.1	4.4	2.14	1.43	6.56	3.35
жами			46.2	26	16	15	7	8	9	7	6.5	4.2	2.42	1.10	6.71	2.64

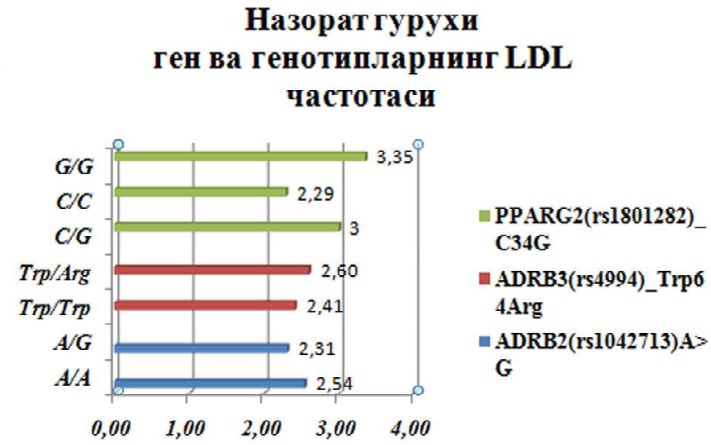
Иккинчи жадвалдан кўриниб туриптики асосий гуруҳда ADRDB2 (rs1042713)A^G генинг A/A генотипи асосий гуруҳда беморларда холестерин миқдори 1.2 ммоль/л,HDL -1.44ммоль/л, LDL -4.36 ммоль/л назорат гуруҳига нисбатан кўп учради,шу геннинг A/G генотипида холестерин миқдори- 2.5ммоль/л, HDL -1.43ммоль/л, LDL -4.19 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради. Асосий гуруҳда ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Arg генотипи асосий гуруҳда беморларда ҳолестерин миқдори -2 ммоль/л,HDL -1.58ммоль/л, LDL -4 ммоль/л назорат гуруҳига нисбатан кўп учради, шу геннинг Trp/Trp генотипида ҳолестерин миқдори - 3.4 ммоль/л, HDL -1.4 ммоль/л, LDL -4.62 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради.Асосий гуруҳда:PPARG2(rs1801282)_C34G генининг учта генотипи мавжуд: 1) C/G генотипида ҳолестерин миқдори- 2.2 ммоль/л, HDL -1.03ммоль/л, LDL -3.68 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради. 2) C/C генотипида ҳолестерин миқдори -2.5 ммоль/л, HDL -1.71ммоль/л, LDL -4.4 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради. 3) G/G генотипида ҳолестерин миқдори- 1.3 ммоль/л, HDL -0.71ммоль/л, LDL -3.21 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради.Шундай қилиб учта генинг 7та генотипининг барчасида ҳолестерин, HDL ва LDL миқдори асосий гуруҳда кўп, назорат гуруҳларида

кам миқдорда учради. Айниқса ADRB3(rs4994)_ Trp64Arg генинг Trp/Trp генотипида ҳолестерин, HDL, LDL миқдори энг юқори кўрсатгичларни намоён қилди.









3-жадвал

Юрак қон-томир системаси касалликлари

№	Ген номлари	генотип	Ёши		Учраш соно		жинс				бўйи		Оғирлиги		Тана масса индекси	
							эркак		аёл							
			Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух
1	ADRB2(rs1042713)A>G	A/A	53	27.5	7	8	4	4	3	4	167.6	167.3	86.3	77.6	31	27.5
		A/G	52.3	25.6	8	7	4	4	4	3	167.1	171.4	81	79.1	28.9	27.3
2	ADRB3(rs4994)_ Trp64Arg	Trp/Trp	52.1	26.5	14	13	7	6	7	7	166.9	169.2	83.2	77.8	29.7	27.4
		Trp/Arg	59	27	1	2	1	2	0	0	167	169	87	81.5	32	27.5
3	PPARG2(rs1801282)_C34G	C/G	53.3	23.5	6	4	5	3	1	1	166.5	170	82.8	79.8	29.8	27.3
		C/C	51.5	28.7	8	9	3	4	5	5	167.1	167	83.6	77	29.9	27.5
		G/G	57	23	1	2	0	1	1	1	168	177.5	86	81.5	30	27
жами			54.03	26	15	15	8	8	7	7	167.2	170.2	84.3	79.2	30.2	27.4

Учинчи жадвалдан кўриниб турибтики юрак қон тизими касалликлари ген ва генотиплар полиморфизми 15 нафар беморда ўрганилганда беморларнинг ўртача 54 ёшини ташкил этади,булардан 8 нафари эркак,7 нафари аёл, ўртача бўйи 166.9 см ташкил этади,тана оғирлиги 83.5 кг,ортиқча тана вазни индекси ўртача 30 ташкил қилади, 4 нафар беморларимизда ортиқча тана вазни 3 даражаси ва 4 нафар беморда 1даражали семизлик учрайди.

ADRDB2(rs1042713)A^G генинг A/A генотипи асосий гуруҳда 7 нафар беморда учради,назорат гуруҳида эса 8 нафар беморда учради. ADRDB2 (rs1042713)A^G генинг A/G генотипи 8 нафар беморда нисбатан кўп учради, назорат гуруҳда эса 7 нафар беморни ташкил этади ва асосий гуруҳга нисбатан кам учради. ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Arg генотипи асосий гуруҳда 1 нафар беморда ва назорат гуруҳида эса 2 нафар беморда нисбатан кўп учради. ADRB3

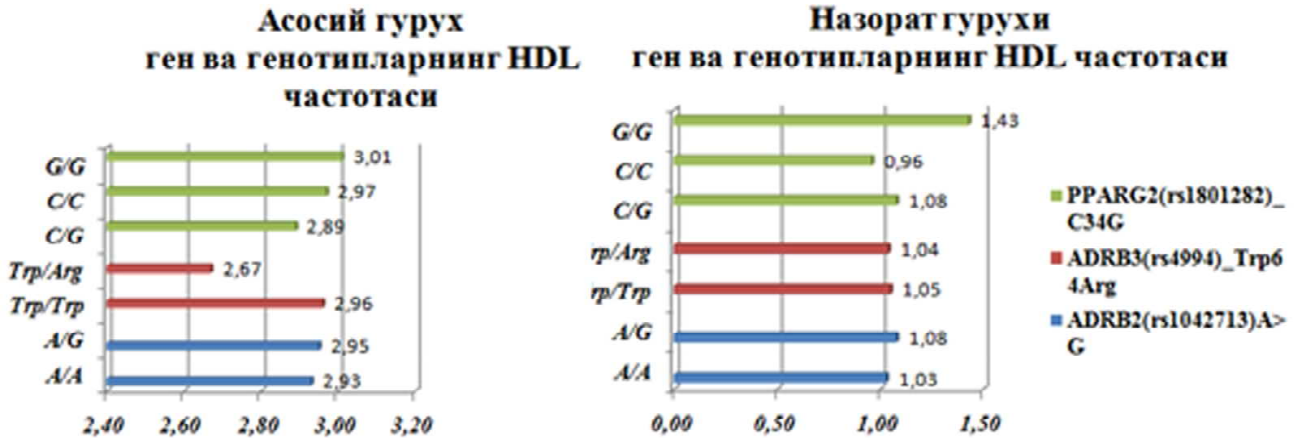
(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Trp генотипи эса 14 нафар беморда асосий гуруҳда учради,назорат гуруҳида эса 13 нафар беморни ташкил қилади. Демак ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Trp генотипи, шу генинг Trp/Arg генотипидан бир неча баробар кўп учради. PPARG2(rs1801282)_C34G генининг учта генотипи мавжуд: C/G генотипи асосий гуруҳда 6 нафар беморда кўп учради,назорат гуруҳига эса 4 нафар беморда нисбатан кам учради. PPARG2 (rs1801282)_C34G генининг G/G генотипи асосий гуруҳда 1 нафар беморда учради, назорат гуруҳида эса 2 нафар беморда учради. PPARG2(rs1801282)_C34G генининг G/G генотипи колган C/G ва C/C генотиплари нисбатан бир неча баробар кам учради. PPARG2(rs1801282)_C34G генининг C/C генотипи асосий гуруҳда 8 нафар беморда нисбатан кам учради,шу генинг C/C генотипи назорат гуруҳида 9 нафар беморда нисбатан кўп учради.

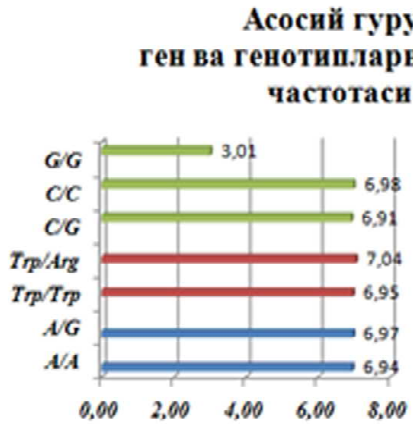
4-жадвал

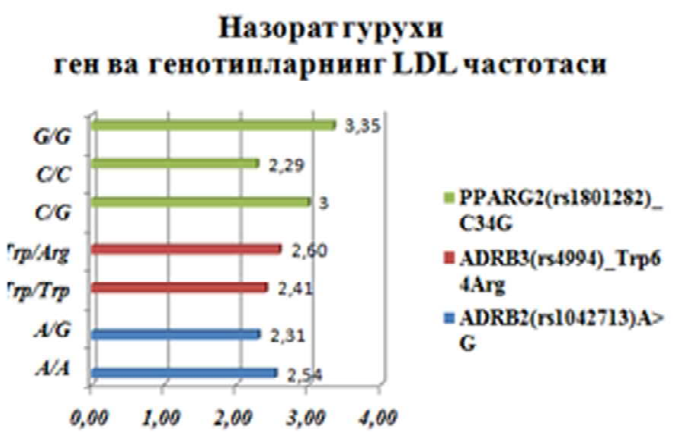
Юрак қонтомир тизими касалликлари

№	Ген номлари	генотип	Ёши		Учраш соно		жинс				холестирин, 3,1 до 5 ммоль/л,		ЛПВП от 0,72 до 1,63 ммоль/л		ЛПНП 2,02 до 4,79 ммоль/л	
							эркак		аёл							
			Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух	Асосий гурух	Назорат гурух
1	ADRB2(rs1042713)A>G	A/A	53	27.5	7	8	4	4	3	4	6.9	4,3	2.93	1.03	6.94	2.54
		A/G	52.3	25.6	8	7	4	4	4	3	7.1	4.1	2.95	1.08	6.97	2.31
2	ADRB3(rs4994)_Trp64Arg	Trp/Trp	52.1	26.5	14	13	7	6	7	7	7	4.2	2.96	1.05	6.95	2.41
		Trp/Arg	59	27	1	2	1	2	0	0	7.4	4.5	2.67	1.04	7.04	2.60
3	PPARG2(rs1801282)_C34G	C/G	53.3	23.5	6	4	5	3	1	1	7.05	3.9	2.89	1.08	6.91	3.0
		C/C	51.5	28.7	8	9	3	4	5	5	7.01	4.3	2.97	0.96	6.98	2.29
		G/G	57	23	1	2	0	1	1	1	6.9	4.4	3.01	1.43	7.03	3.35
жами			54.03	26	15	15	8	8	7	7	7.05	4.2	2.91	1.10	6.97	2.64

Тўртинчи жадвалдан кўриниб туриптики асосий гуруҳда ADRDB2(rs1042713)A^G генинг A/A генотипи асосий гуруҳда беморларда холестерин миқдори- 2.6 ммоль/л,HDL -1.9ммоль/л, LDL -4.4 ммоль/л назорат гуруҳига нисбатан кўп учради,шу геннинг A/G генотипида ҳолестерин миқдори- 3 ммоль/л, HDL -1.87ммоль/л, LDL -4.66 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради. Асосий гуруҳда ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Arg генотипи асосий гуруҳда беморларда ҳолестерин миқдори -2.9 ммоль/л,HDL -1.63ммоль/л, LDL -4,44 ммоль/л назорат гуруҳига нисбатан кўп учради,шу геннинг Trp/Trp генотипида ҳолестерин миқдори- 3ммоль/л, HDL -1.91ммоль/л, LDL -4.54 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради.Асосий гуруҳда: PPARG2(rs1801282)_C34G генининг учта генотипи мавжуд:1) C/G генотипида холестерин миқдори- 3.15 ммоль/л, HDL -1.81ммоль/л, LDL -3.91 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради. 2) C/C генотипида ҳолестерин миқдори -2.71 ммоль/л, HDL -2.01ммоль/л, LDL -4.69 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради.3) G/G генотипида ҳолестерин миқдори- 2.5 ммоль/л, HDL -1.58ммоль/л, LDL -3.68 ммоль/л асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кўп учради.







Хулоса

Шундай қилиб таянч ҳаракат тизими касалликларида ва юрак қон тизими касалликларида ген ва генотипларнинг полиморфизмида 3та генинг 7 турдаги генотиплари ичида ADRB3(rs4994)_Trp64Arg генинг Trp/Trp генотипи асосий ва назорат гуруҳларида энг кўп учради, PPARG2(rs1801282)_C34G генининг C/C генотипи асосий ва назорат гуруҳида нисбатан ўртача учради. ADRDB2(rs1042713)A^G генинг A/A генотипи Trp/Trp ва C/C генотипларга нисбатан кам учради.-Қолган PPARG2(rs1801282)_C34G генининг G/G генотипи асосий гуруҳда 1 нафар беморда учради, назорат гуруҳида эса 2 нафар беморда учради. Иккала тизим касалликларида ҳам PPARG2(rs1801282)_C34G генининг G/G генотипи колган C/G ва C/C генотиплари нисбатан бир неча баробар кам учради . Демак юрак қон томир тизими касалликларида учта генинг 7та генотипининг барчасида ҳолестерин,HDL ва LDL миқдори асосий гуруҳда кўрсатгичлари юқори даражани ташкил қилса, назорат гуруҳларида эса паст кўрсатгичларни намоён қилди.Демак таянч ҳаракат тизими касалликларига нисбатан ҳолестерин, HDL, LDL миқдори юрак қон томир тизимида энг юқори кўрсатгичларни ташкил қилди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ :

1. Абу Али ибн Сино. Тиб қонунлари II китоб 1994й. Тошкент. Халқ мероси нашриёти.
1. 2. Нетребенко, текст научной статьи на тему "генетика и эпигенетика ожирения" успехи современной биологии, 2015; 135(2): 128-138 [Netrebenko, tekst nauchnoy stati na temu "genetika i epigenetika ojireniya" uspexi sovremennoy biologii, 2015; 135(2): 128-138][In Russ].
2. Бессесен Д. Г., Кушнер Р. Избыточный масса и ожирение: Профилактика, диагностика и лечение. - М.: ЗАО"Изд-во БИНОМ". - 2004; 240-241 [Bessesen D. G., Kushner R. Izbitochniy ves i ojirenie: Profilaktika, diagnostika i lechenie. - M.: ZAO"Izd-vo BINOM". 2004; 240-241] [InRuss].
3. Ожирение и избыточный оғирлиги. Информационный бюллетень ВОЗ. №311. Май 2014 г. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/. Ссылкаактивнана 29.06.2016. [Obesity and overweight. Fact sheet. Updated June 2016. WHO Media centre. 2016.]
4. Центр СМИ ВОЗ. Ожирение и избыточный масса. Информационный бюллетень. 16 февраля 2018; - https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight (дата обращения: 03.03.2019). [Sentr CMI BOZ. Ojirenie i izbitochniy ves. Informatsionniy byulleten. 16 fevralya 2018; https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and overweight (data obrasheniya: 03.03.2019)].
5. Nurboev F. E., Djumaev B.Z. Determination of epidemiology of gene and genotypes determining body weight by ketle index indicator:1-5 www.iejrd.com E-ISSN NO:-2349-0721
6. Nurboev.F.E. Djumaev B.Z. The role of genes in the human body in overweight and obesity. Bukhara, New Day Journalin Medicine. 2019. №3 / 27.B. 206-211

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 57.072

APIS MELLIFERA ASALARISIDAN SINTEZ QILINGAN BIOPOLIMER XITIN VA XITOZANNING TIBBIYOTDA QO‘LLANISHI

Nurutdinova F.M., Tuksanova Z.I.,

Buxoro davlat universiteti.

✓ ***Rezyume***

Maqolada yangi istiqbolli manba - mahalliy jonsiz Apis Mellifera asalarisidan sintez qilingan biopolimer xitin va xitozanning natijalari keltirilgan. Ishda 5-7 % gacha quritilgan va 0, 1-0, 3 mm gacha maydalangan asalari zarrachalari ishlatilgan. Biz jonsiz asalari tarkibidagi minerallar va oqsil miqdori barqarorligini kelib chiqishi hamda yig‘im vaqtiga bog‘liq emasligini aniqlab, xitin va xitozan sintezining umumiy texnologiyasini ishlab chiqiqdik. Qo‘shimcha maxsulot sifatida xitin bilan Yana bir biologik faol modda - melanin ajratildi. Gidrolizatdan melaninni 33 % xlorid kislotasi bilan cho‘ktirdik.

Kalit so‘zlar: xitin, xitozan, melanin, deproteinlash, deminerallash, jonsiz asalari.

СИНТЕЗ ИЗ ПЧЕЛИНОГО ПОДМОРА - APIS MELLIFERA ХИТИНА И ХИТОЗАНА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Нурутдинова Ф.М., Туксанова З.И.,

Бухарский государственный университет.

✓ ***Резюме***

В статье представлены результаты синтеза биополимеров хитина и хитозана из нового перспективного источника - местного подмора пчел Apissmellifera. В работе использован до 5-7 % высушенный и размер частиц до 0,1-0,3 мм измельченный подмор. Нами установлено, количество белка и минеральных образцах пчелиного подмора стабильно и не зависит от места происхождения, времени и года сбора, что позволило разработать общую технологию из него синтеза хитина и хитозана. В качестве сопуствующего продукта с хитином было выделено еще одно биологически активное вещество - меланин. Меланин осаждали из гидролизатов используя 33 % соляную кислоту.

Ключевые слова: хитин, хитозан, меланин, депротеинирования, деминералиация, подмор пчел.

SYNTHESIS FROM BEE BEES - APIS MELLIFERA CHITIN AND CHITOSAN FOR USE IN MEDICINE

Nurutdinova F.M., Tuksanova Z.I.,

Bukhara State University.

✓ ***Resume***

The article presents the results of the synthesis of chitin and chitosan biopolymers from a new promising source - the local submersion of Apis Mellifera bees. In work the dried up to 5-7 % and the size of particles up to 0,1-0,3 mm the crushed subsea is used. We have established that the amount of protein and mineral samples of bee subfreezing is stable and does not depend on the place of origin, time and year of collection, which allowed us to develop a common technology for the synthesis of chitin and chitosan from it. Another biologically active substance, melanin, was identified as a contiguous product with chitone. Melanin was precipitated from hydrolysates using 33% hydrochloric acid.

Key words: chitin, chitosan, melanin, deproteinitization, demineralization.

Актуальность

Впервые хитозан был получен в 1859 году C.Rouget из хитиновой оболочки ракообразных. В России исследования хитина и хитозана впервые проведены в 50-е годы XX столетия А.Н. Даниловым [1].

В нашей стране хитозан получают из куколок тутового щелкопряда Bombyxmori, а также из местного пчелиного подмора ApisMillefera. Хитозан, получаемый от пчелы, низкомолекулярный, имеет линейную структуру; линейный полимер; меланиновый комплекс.

Пчелиный подмор, один из биологически активных продуктов пчеловодства, исследован недостаточно. А он является источником получения высококачественного хитозана - аминополисахарида, образующегося в производственных условиях при дезацетилировании хитина.

Хитозан обладает антибактериальными, противогрибковыми, антиоксидантными, противодиабетическими, противовоспалительными и противораковыми свойствами, а также он способен снижать уровень холестерина в крови. Ему свойственны такие характеристики как биосовместимость, нетоксичность, низкая аллергенность и биоразлагаемость [1].

Молекула хитозана представляет собой длинную цепочку, состоящую из множества гексозных (мономерных) колец, доходящих до десятков миллионов, поэтому данный биополимер не растворяется в воде и не всасывается в кишечнике, а действует как мощный сорбент. Благодаря своим сильным сорбционным свойствам хитозан похож на большой товарный поезд, который выводит из кишечника не только вредные, но и полезные вещества, подвергая организм тотальной чистке. В ряде случаев такая "чистка" имеет смысл, но зачастую причиняет организму человека

значительный вред. Таким образом, хитозан - это сорбент, который нерастворим в воде и не участвует в обменных процессах организма в полном объеме [2].

Надо сказать, что хитин не растворяется в воде и в органических растворителях, что создает известные трудности для его использования на практике. Но если хитин деацетилировать, то получается хитозан, состоящий из остатков D-глюкозамина. А вот этот полимер хорошо растворяется в слабых кислотах, например, уксусной. В последнее время именно хитозан, а не сам хитин, интересует медиков, бумажников, текстильщиков, растениеводов и многих других.

Антиоксидантные свойства подмора позволяют применять его для нейтрализации токсичных перекисных соединений, образующихся в организме человека под воздействием ряда неблагоприятных факторов окружающей среды, предотвращения мутации на клеточном уровне, замедления процессов старения организма. Хитозан обладает регенерирующей способностью [3].

Под действием пищеварительных соков, при применении хитозана происходит его набухание, адсорбция токсинов, продуктов распада.

Хитозан усиливает внутриклеточный синтез витаминов Bl, B2, B3, PP, повышает активность щитовидной железы и т.д [4].

Необходимо упомянуть, что в организме пчелы выявлено наличие, как минимум 27 элементов: Ag, Al, As, B, Ba, Be, Ca, Cr, Cu, Fe, Ga, Ka, Mg, Mn, Mo, Na, Ni, P, Pb, Si, Sn, Sr, Ti, U, V, Zn и Zr, что говорит о возможности присутствия их в пчелином подморе. Гепароиды (природные антикоагулянты), входящие в состав пчелиного подмора, способны подавлять воспалительные процессы, несомненна их роль в лечении различных сосудистых и инфекционно-аллергических заболеваний.

Таким образом, пчелиный подмор представляется перспективным источником получения высококачественного хитозана медицинского, косметического, пищевого назначения [5].

Объектом исследований явился хитозан, полученный из подмора пчёл. В качестве сырьевого поставщика хитина и хитозана рассматривали медоносную пчелу, которая может обеспечивать большую биомассу хитинсодержащего сырья. В качестве сырья сравнивались образцы пчелиного подмора, взятого после весенней ревизии ульев 2016 г. (I), 2007г. (II) и летней профилактической чистки 2017 г. (III).

В результате проведенных исследований установлено, что количество белка и минеральных веществ в исследованных образцах пчелиного подмора стабильно и не зависит от места происхождения, времени и года сбора, что позволило разработать общую технологию получения из него биологически активных веществ. Отсутствие липидов в исходном сырье дало возможность не проводить процесс обезжиривания.

Интенсифицирован процесс экстракции хитина из пчелиного подмора увеличением степени его дисперсности. Установлено, что при влажности 5-7 % происходит его наиболее эффективное измельчение до размера частиц 0,1-0,3 мм.

Для оптимизации параметров и количества промежуточных стадий технологического процесса были проведены многофакторные эксперименты с варьированием концентрации гидролизата, изменением пропорций реагентов, температуры и времени проведения реакций депротеинирования и дезацетилирования. В качестве изучаемых факторов оптимизации были исследованы жидкостные модули (ЖМ) подмор: гидролизат - р-р NaOH (1: 10, 1: 1,25) и концентрации NaOH (3, 10 и 15 %) для провидения реакции депротеинирования. При концентрации NaOH (30 и 50 %), проведение реакции в жестких условиях при нагревании до температуры 94-98 0С - "горячий способ" и в мягких условиях при комнатной температуре не ниже 20-22 0С "холодный способ" деацетилирования.

В результате разработки технологического процесса получения хитина было выделено еще одно биологически активное вещество - меланин, в качестве сопутствующего продукта. Меланин осаждали из гидролизатов, сохраненных после проведения "горячего" и "холодного" способа деацетилирования, используя 33% соляную кислоту.

В соответствии с поставленной целью и задачи, разработана технология получения хитозана из подмора пчел, которая включает 3 стадии получения хитина и 6 стадии получения хитозана.

Наиболее оптимальным и экономически эффективным (табл.2) представляется получение хитозана при использовании 35 % NaOH для проведения дезацетилирования при температуре 90-95 0С и ЖМ=1:25. Выход хитозана при этом состовляет 16,2 % от исходного сырья.

При сушке в условиях более высоких температур хитозан уплотняется, темнеет и теряет растворимость, что снижает возможность его использования.

Далее полученную массу обесцвечивали 3%-ным раствором перекисью водорода и промывали этанолом. Продукт реакции представляет собой светло-бежевую массу со специфическим запахом.

При получении хитозана в указанных условиях одновременно с реакцией дезцелирования идет деструкция хитина, т.е. разрыв его цепей по глозидным связям, что приводит к уменьшению молекулярной массы хитозана и снижению его вязкости. Высокая устойчивость хитина к дезацелированию объясняется наличием водородной связи между карбонильной группой и азотом амидной группы смежных цепочек хитина в мицелярной структуре. Для разрушения этой весьма прочной связи процесс ведут при высокой температуре (100-160 0С). С увеличением температуры даже при невысокой концентрации щелочи (30 %) степень деацетилирования достигает до 98 %, однако при этом снижается молекулярная масса, следовательно, вязкость растворов полученного хитозана.

В настоящее время известно боле 70-ти направлений использования хитозана. Благодаря антибактериальным и противовирусным свойствам он подавляет активность микроорганизмов. Присутствие разнообразных биологически активных веществ предполагает его использование в лечебно-профилактической медицине [6].

Антиоксидантные свойства подмора позволяют применять его для нейтрализации токсичных перекисных соединений, образующихся в организме человека под воздействием ряда неблагоприятных факторов окружающей среды, предотвращения мутации на клеточном уровне, замедления процессов старения организма.

Таким образом, пчелиный подмор представляется нам перспективным источником получения высококачественного хитозана медицинского, косметичес-

кого и пищевого назначения, а также ряда побочных продуктов, таких, как кормовой белок и меланин, природный краситель. Мы полагаем, что переработка пчелиного подмора будет налажена нами в ближайшее время.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хитин и хитозан: получение, свойства и применение / Под ред. К.Г. Скрябина, Г.А. Вихоровой, В.П. Варламова. М.: Наука, 2002.- 368 с.
2. Погарская Н.В. Разработка технологии получения хитозана-меланинового комплекса из подмора пчел и его применение для молодняка сельскохозяйственных животных. Автореферат дисс□ кан. био. наук. Саратов. - 2010. - 23 с.
3. Ихтиярова Г.А., Нуритдинова Ф.М., Муинова Н.Б. новқй перспективнқй метод получения хитина, хитозана из подмора пчел и его применение // Современнқе проблемқ наук о полимерах: сб. Ст. По матр. межунар. науч.-практ. конф. - Ташкент, 20016. - С. 77-80.
4. Ихтиярова Г.А. Разработка печатной загустки на основе карбоксиметил крахмала и водорастворимых акриловых полимеров // Журнал Пластические массы. -Москва, 2010. -№12. - С.53-55.
5. Ихтиярова Г.А., Маматова Ш.Б., Курбонова Ф.Н. Получение хитина и хитозана из местного пчелиного подмора Apismilifera // Universum: Технические науки: электрон.науч. Журн. 2018. №5(50).
6. И.Д.Кароматов, Н.А.Ашурова, З.И.Туксанова Мёд-пищевое, лечебно-профилактическое средство // Биология интегративная медицина, 2018. №2. С. 132-149.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.5-003.829.85-085(048.8)

VITILIGO DAVOSIDAGI METOTRYEKSAT SAMARADORLIGI

Latipov I.I.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Vitiligo - bu terining epidermis qavatidagi melanotsit hujayralarining parchalanishi natijasida yuzaga keladigan depigmentatsiyadir. Tizimli steroidlar va fototerapiya stabil bo‘lmagan vitiligoni davolashda asasiy usul sanaladi. Steroidlar juda ko‘p asoratlarga ega ekanligi va fototerapiya ba'zi bemorlar uchun qimmatlik qilayotganligi sababli ushbu izlanishimizda steroidlar o‘rniga metotreksatdan foydalandik. 2019- yil sentyabrdan 2020-yil aprelgacha ambulator sharoitdagi bemorlarda istiqbolli institutsional izlanish o‘tqazildi. Izlanishda ishtirok etgan bemorlar soni 20ta.

Kalit so‘zlar: vitiligo, metotreksat, depigmentatsiya, fototerapiya, repigmentatsiya.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОТРЕКСАТА В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

Латипов И. И.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Витилиго - это депигментация, которая возникает в результате распада клеток меланоцитов в эпидермальном слое кожи. Системные стероиды и фототерапия - основа лечения нестабильного витилиго. Поскольку у стероидов есть много осложнений, а фототерапия полезна для некоторых пациентов, в этом исследовании мы использовали метотрексат вместо стероидов. С сентября 2019 г. по апрель 2020 г. было проведено проспективное институциональное исследование в амбулаторных условиях. В исследовании приняли участие 20 пациентов.

Ключевые слова: витилиго, метотрексат, депигментация, фототерапия, репигментация.

EFFICACY OF METOTREXATE IN TREATMENT OF VITILIGO

Latipov I.I.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Vitiligo is a disorder of depigmentation resulting from the destruction of melanocytes in theepidermis.Mainstay oftreatment in unstable vitiligo are systemic steroids and phototherapy.As steroids have many complications andphototherapy being cost prohibitive methotrexate is tried as steroid sparing therapy in present study. It is a prospective Institutional studyconductedfrom September 2019 to April 2020 in individuals' diagnosed (clinically) as unstable vitiligo. A total of 20 patients were enrolled in the study.

Key words: vitiligo, methotrexate, depigmentation, phototherapy, repigmentation.

Долзарблиги

Витилиго ўзига ҳос кенг тарқалган, кўпинча ирсийланадиган ва зарарланган сохаларда меланоцит ҳужайралари аниқланмайдиган, оқ сут рангига эга бўлган доғлардир [1]. Витилтго билан дунё аҳолисининг 0,1-2 фоизи касалланган. Одатда бу касаллик болалик ёки ўсмирлик даврида бошланади, пайдо бўлиш чўққиси 10 дан 30 ёшгача ҳисобланиб, ҳар қандай ёшда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Иккала жинсда ҳам учраш даражаси бир ҳил [2]. Витилиго мураккаб патогенетик кечишга ва кўп қиррали полиген касаллик деб ҳисобланилади. Эпидермал меланоцитларнинг парчаланишини тушинтиришнинг бир қатор назариялари (аутоиммун, ауто цитостатик, биокимёвий, неурал ва генетик) таклиф қилинган бўлса ҳам, аниқ сабаб номаълум бўлиб қолмоқда [2]. Ҳозирги вақтда аутоиммун назарияси энг мақбули ҳисобланади [3]. Йиллар давомида турли назариялар ўрганилган. Тизимли стероидлар ва фототерапия стабил бўлмаган витилигони даволашда асосий усул саналади. Баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатдики, витилиголи беморларда TNF-а кўрсаткичлари зарарланмаган тери, зрарланиш ўчоқ атрофи ва соғлом терига нисбатан юқори эканлиги аниқланди [4]. Шундай қилиб, TNF-а витилиго ривожланишидаги муҳим қадамлардан бири эканлиги намоён бўлди. Стероидларнинг асоратлари кўплиги, фототерапия учун узоқ муддат қатнаш ва беморларнинг доимий ташрифи уларнинг мавофақиятга бўлган ишончининг сўнишига олиб келиши мумкин. Ушбу ишда метотрекцат стероид сифатида фойдаланилди. Метотрекцат- бу маълум бир касалликлар: саратон, ревматоид артрит, пемфигус, аутоиммун касалликларини даволашда ишлатиладиган антимеаболик ва анти-фолат дори воситасидир [5]. Метотрекцат TNF-а ҳосил қилиши қобилиятига эга бўлган Т ҳужайралари миқдорини камайишига олиб келади [6]. Шунинг учун бу касаллик ривожланишни тўхтатиш ва жараённи назорат остига олишга ёрдам беради. Шундай қилиб, бошқа даво усулларига чидамли ва мувоффақиятсиз бўлган витилигонинг стабил бўлмаган тури билан оғриган беморлар учун метотрекцатни самарадорлигини аниқлаш учун ўтказдик.

Материал ва услуллар

Бу стабил бўлмаган витилиго ташҳиси қўйилган беморларда 2019- йил сентябрьдан 2020-йил апрельгача амбулатор шароитдаги беморларда ўтқазилган истиқболли институционал изланиш.

Изланиш дизайни: потенциал институционал тадқиқот.

Изланиш муддати: 2019- йил сентябрьдан 2020-йил апрельгача

Изланиш субъектлари: стабил бўлмаган (клиник) витилиго ташҳиси қўйилган беморлар.

Қўшиш мезонлари:

Стабил бўлмаган витилиго

Таёрлик (иҳтиёрий)

Истисно ҳолатлар:

Метотрекцатнинг ҳар қандай тўғри келмайдиган ҳолатлари

Ҳомиладорлик ва латация

Изланишда иштирок этимшни ҳоҳламовчилар

Розилик олинди: тафсилотларни ёзиб олиш, текшириш, суратга олиш, ва маълумотларни нашр қилиш учун.

Методология

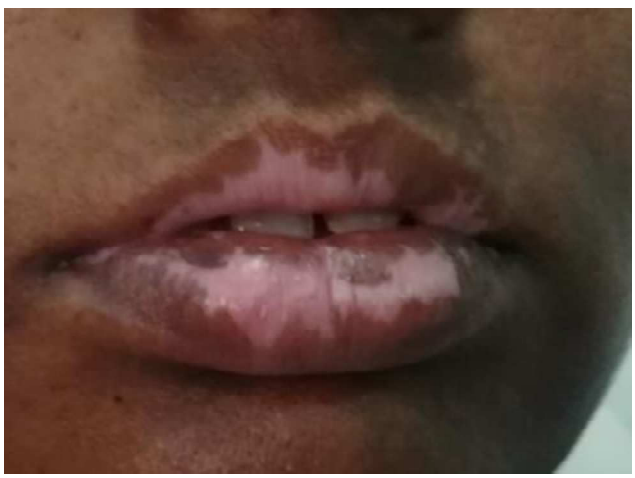
Тадқиқотда витилигонинг стабил бўлмаган тури билан касалланган йигирмата бемор амбулатор шароитда иштирок этишди. Даволашдан олдин қон текшируви (умумий қон таҳлили, жигар ва буйрак текшируви) ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви ўтказилди. Клиник ва фотографик баҳолашлар ўтказилди. Кам дозали метотрецат 15мг гача ҳафтасига кўтариш билан бошланди ва қўшимчасига фолий кислота тавсия қилинди. Беморларда доимий қон таҳлили ва доимий равишда кузатиб бориш зарур эди.

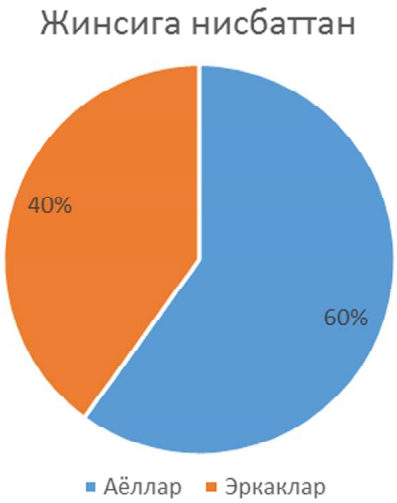
Натижа ва таҳлил

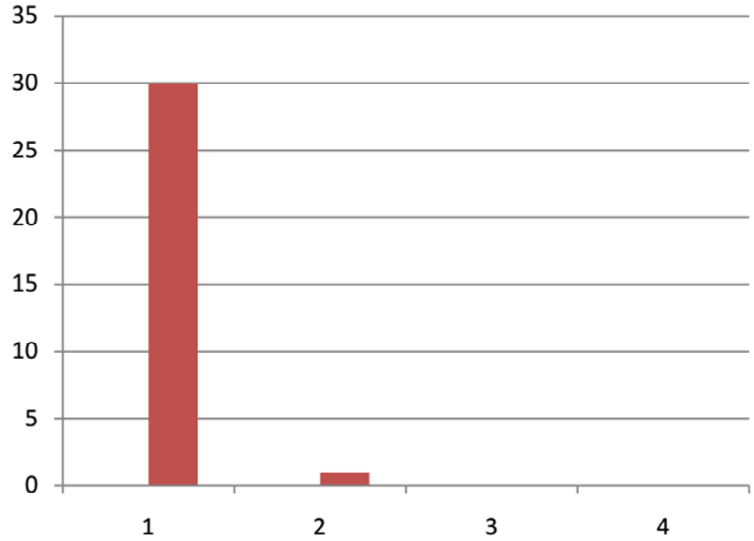
20та беморда 14тасининг лейкотреҳиясиз сочли соҳаларида репигментация кузатилди (1-жадвал). Тўртта беморнинг (20%) кафт ва товон сохасида ҳеч қандай натижа олинмади. Битта беморда (5%) кузатув йўқотилди. Яна бир беморда (5%) метотрекцат қабул қилишига қарамай ҳеч қандай ўзгариш кузатилмади. Беморларнинг 90 фоизида касаллик фаоллиги аста-секин пасайди. Ҳеч қандай салбий оқибатлар кузатилмади.

Олдин

Кейин







Максимал жавоб — тана юзасида 30% камайиш
Минимал жавоб — тана юзасида 0-1% камайиш

Тана майдони юзасининг қисқаришини ҳисоблаш:

Иштирок этиш фоизи тўққизлик қоидаси асосида ҳисобланади. Ҳар бир кафт юзаси юзанинг 1 фоизига тўғри келади. Тана юзасидаги пасайиш фоизи.

Бемор	Ёши	Жинси	Касаллик давомийлиги(ой)	Жойлашуви	Витилигода тана юзаси % камайиши	Таъсири (давога жавоб)
1	33	А	72	Ю, Қ, О, Т	30%	Ҳа
2	34	А	36	Ю, Қ, О, Т	20%	Ҳа
3	56	А	60	Ю, Қ, О, Т	15%	Ҳа
4	43	А	36	Ю, Қ, О, Т	15%	Ҳа
5	26	А	72	Ю, Қ, О	20%	Ҳа
6	35	Э	72	Қ, О	15%	Ҳа
7	28	А	36	Ю, Қ, О, Т	20%	Ҳа
8	30	Э	180	Ю, Қ, О	10%	Ҳа
9	32	А	60	Т	10%	Ҳа
10	31	Э	120	Кафт	0	Йўқ
11	43	А	48	Кафт, товон	0	Йўқ
12	55	Э	24	Ю, Қ, О, Т	20%	Ҳа
13	17	А	12	Ю, О	15%	Ҳа
14	24	Э	36	Кафт, товон	0	Йўқ
15	20	А	11	Қ, Т	25%	Ҳа
16	42	Э	18	Қ, Т	20%	Ҳа
17	28	Э	24	Ю, Қ, О, Т	18%	Ҳа
18	56	Э	36	Ю, Қ, О, Т	30%	Ҳа
19	35	А	12	Кафт, товон	0	Йўқ
20	29	А	35	Кафт, товон	0	Йўқ

Ю-юз, Т-тана, Қ-қўл, бармоқ, О- оёқ, бармоқ

Витилиго давосида ПУВА терапия ва кортикостероидлар энг кўп қўлланилади [7]. Оқ доғларнинг фаол тарқалиш даврида ПУВА терапияси идеал даво усули саналмайди. Кортикостероид ва тор диапазонли УВБ чегараланган ва тарқалган витилиго учун энг самарали ва ҳавфсиз даво ҳисобланади [8], акммо бу терининг телангиектазия, атрофия, акне ва гиперкератоз каби ён номақбул таъсирларни келтириб чиқариши мумкин. Витилиго давосида метотрекцат қўлланилиши тўғрисида бир қанча маълумотлар мавжуд. Сандра ва бошқалар ўтказган изланишларида ревматоид артрит ва ностабил витилиго билан касалланган беморларда метотрекцат қўллаб яҳши натижаларга эришганлар [9]. Бошқа бир тадқиқотда Банержее. К. томонидан метотрекцат стабил бўлмаган витилигога қўллаб ҳеч қандай эффект кузатмаган. Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимизда беморларнинг 70 фоизида репигментация кузатилган ва 90% ҳолларда эса касаллик фаоллиги тўҳтаган. Витилиго жойлашган жойи қуёш нури тушадиган соҳаларда (юз, бўйин, қўл ва

оёқ бармоқ соҳалари) ижобий ўзгаришлар тезроқ кузатилди. Касаллик бошланганига қисқа муддат бўлган беморларда яхши натижалар кузатилди. Бармоқлар, товон-панжа, ва шиллиқ қаватларда яхши натижалар олинмади. Биз кузатган максимал жавоб - бу тананинг сирт маёдонига нисбаттан камайиши 30%га ва минимал 0-1%га тенг бўлди.

Хулоса

Метотрекцат репигментацияни юзага келтирадиган ва стероидлар ва фототерапияни алтернатив даво усули сифатида барқарорликни сақлаб туришга ёрдам берадиган усул деб ҳисоблашимиз мумкин.

Чекловлар: Ўрганилган тадқиқот намуналари жуда кам ва кузатилган вақт натижаларни тахмин қилиш учун етарли эмас. Бироқ, кўп сонли беморларда узоқ вақт давомида ўтказилган шунга ўхшаш тадқиқотлар яхши натижалар бериши мумкин.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Mosher D. B., Fitzpatrick T. B., Ortonne J. P., et al. Disorders of melanocytes. In: Fizpatrick T. B., Eisen A. Z., Wolff K., etal,editors. Dermotology in General Medicine. 5th. New York, NY, USA: McGraw-Hill; 1999. pp. 945-1017
2. Halder R. M., Taliaferro S. J. Vitiligo. In: Goldsmith L. A., Katz S. I., Gichrest B. A., Paller A. S., Leffell D. J.,editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th. New York, NY, USA: McGraw-Hill; 2008. P. p. 616.
3. Bystryn J. C. Theories in the pathogenesis of depigmentation: immune hypothesis. In: Hann S. K., Jeds J., editors. Vitiligo: AMonograph on the Basic and Clinical Science. Blackwell Science; 2000. pp. 129-136
4. Birol A., Kisa U., Kurtipek G.S. Increased tumor necrosis factor alpha (TNF-alpha) and interleukin 1 alpha (IL1-alpha) levels inthelesional skin of patients with nonsegmental vitiligo. Int. J. Dermatol. 2006; 45(8):992-993
5. Dell'anna M.L., Picardo M. A review and a new hypothesis for nonimmunologicalpathogenetic mechanisms in vitiligo. Pigm. CellRes. 2006; 19(5):406-411
6. Rudwaleit M., Yin Z., Siegert S. Response to methotrexate in early rheumatoid arthritis is associated with a decrease of T cellderived tumour necrosis factor alpha, increase of interleukin 10, and predicted by the initial concentration of interleukin 4. Ann.Rheum. Dis. 2000; 59:311-314.
7. Kim SM, Lee HS, Hann 5K. The efficacy of low-dose oral corticosteroids in the treatment of vitiligo patients. Int J Dermatol 1999; 38: 546-550
8. Njoo MD, Westerhof W, Bos JD. Development of guidelines for the treatment of vitiligo. Arch Dermatol 1999; 135: 1514-1521
9. Sandra A., Pai S., Shenoi S.D. Unstable vitiligo responding to methotrexate. Indian J. Dermatol. VenereolLeprol. 1998; 64(6):309

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 616.993.1-036.22-092-08-053.2

SURUNKALI LYAMBLIOZ BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI "DIVORM" BILAN DAVOLASHNING TAKOMILLASHTIRISH

Obloqulov A.R., Elmurodova A.A., Xadieva D.I., Pondina A.I.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqola lyamblioz bilan og‘rigan bemorlarning klinik-epidemiologik xususyatlari va "Divorm" preparati yordamida surunkali lyambliozi bo‘lgan bemorlarni davolashning takomillashtirilgan usullariga bag‘ishlanadi. Taqdim etilgan ko‘rsatkichlarga ko‘ra, organizmdan protozoylarning chqib ketishi, o‘tkazilgan davolashdan 3 oydan so‘ng asosiy tarkibdagi guruhda 92,6%, nazorat guruhida esa 75% ni tashkil qildi (musbat koproskopiya mos holda 7,4% i 25%). Bu esa o‘z navbatida, "Divorm" bilan davolashning yuqori samarasini ko‘rsatadi.

Kalit so‘zlar: lyamblioz, divorm, fitopreparat.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЯМБЛИОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ "ДИВОРМ"

Облокулов А.Р., Элмурадова А.А., Хадиева Д.И., Пондина А.И.,

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

В статье освящены клинико-эпидемиологические характеристики больных лямблиозом и усовершенствованные способы лечения больных хроническим лямблиозом с применением "Диворм". Представленные показатели санации организма от простейших, через 3 месяца после проведенного лечения составляющие 92,6% в основной группе против 75% в контрольной (положительная копроскопия 7,4% и 25% соответственно), указывают на высокий эффект терапии препаратом "Диворм".

Ключевые слова: лямблиоз, диворм, фитопрепарат.

IMPROVED METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC LAMBLIOSIS USING "DIVORM"

Oblokulov A.R., Elmuradova A.A., Khadieva D.I., Pondina A.I.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume***

The article highlights the clinical and epidemiological characteristics of patients with giardiasis and improved methods of treatment of patients with chronic giardiasis using "Divorm". The presented indicators of sanation of the body from protozoa, 3 months after treatment, amounting to 92.6% in the main group against 75% in the control group (positive coproscopy of 7.4% and 25%, respectively), indicate a high effect of therapy with the drug "Divorm".

Key words: giardiasis, divorm, herbal remedies.

Актуальность

Лямблиоз относится к наиболее распространеннымпаразитарным заболеваниям как у детей, так и у взрослых и выявляется во всех странах мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 10-20 % населения земного шара инвазировано лямблиями [1].

Лямблиоз - это заболевание, распространенное во всех странах мира, в частности в США им поражено 7,4% населения, в Норвегии - 3,3%, в России от 12 до 35%, на Украине - 10%. Показатели заболеваемости в среднем колеблются от 0,5 до 18% [2,3].

Для специфической терапии лямблиоза у детей используют несколько групп противопаразитарных препаратов: группа нитроимидазолов (метронидазол, тинидазол, албендазол, орнидазол, секнидазол); производные нитрофуранов (нифуратель, фуразолидон); производные бензимидазола (альбендазол, мебендазол) [2, 4, 5].

Следует отметить, что литературные данные об эффективности противолямблиозных препаратов существенно отличаются. Выздоровление от лямблиоза было констатировано у детей, получивших макмирор, 80,0%, метронидазол - 70,0% [6]. По данными других авторов, эффективность мо нотерапии лямблиоза у детей наиболее часто применяемыми противопаразитарными препаратами очень низка [7]. Эрадикация лямблий была достиг нута при монотерапии макмироромом у 21,4% больных, метронидазолом - у 12,5%, немозолом - у 33%.

Несмотря на большие успехи в создании высокоэффективных противопаразитарных препаратов, лечение лямблиоза остается одной из нерешенных и сложных проблем.

Цель исследования: анализ современных методов лечения лямблиоза, совершенствование и повышение эффективности этиотропной терапии лямблиозной инфекции.

Материал и методы

Критерии включения: возраст от 18 до 45 лет, подтверждение лямблиоза результатами копрологического

исследования, отсутствие аллергических реакций на препараты группы нитроимидазолов в анамнезе. Все пациенты были обследованы по единой схеме, которая включала комплекс клинических и лабораторных исследований, опрос и осмотр больного. Клинические проявления болезни оценивались до начала лечения, на 5-е сутки терапии и сразу после окончания курса лечения. Определение клинических и биохимических показателей крови: аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, билирубина, общий белок, альбумин, общий анализ крови, общий анализ мочи до начала лечения и сразу после окончания курса лечения. Диагноз был верифицирован на основании клинико-анамнестических и лабораторных данных (копроскопия кала).

Результат и обсуждение

Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей у исследуемых больных лямблиозом до традиционного лечения. В группу исследования включены 300 пациентов, из них 197 в возрасте от 18 до 45 лет (1-группа) и 103 ребенка в возрасте от 5 до 18 лет (2-группа). Анализ клинико-анамнестических особенностей показал, что ведущими симптомами у пациентов с лямблиозом были поражения желудочно-кишечного тракта в 65,9% случаев у взрослых и в 39,8% случаев у детей. На втором месте - нарушения общего состояния в виде астеновегетативного синдрома: в 58,4% случаев у взрослых и в 66,0% у детей. На третьем месте по значимости был выявлен токсико-аллергический синдром: в 42,6% случаев у взрослых и в 78,6% случаев у детей. Наблюдаемые пациенты этой группы получали традиционное лечение антипаразитарными препаратами. После проведенного традиционного лечения практически без изменения остались астеновегетативный и токсико-аллергический синдромы как у взрослых, так и у детей. После окончания курса лечения перечисленными препаратами нами было проведено контрольное паразитологическое обследование для подтверждения эффективности лечения. По данным копрологического исследования пролеченных больных отмечено повторное выделение цист лямблий: у взрослых пациентов - 62,4%, а у детей - 65%. Эффективность лечения у взрослых больных - 37,6%, а у детей - 35,0%. Это послужило основанием для проведения дальнейшего исследования и поиска эффективных методов терапии. В связи с этим немаловажный интерес представляет использование фитопрепаратов, преимуществом которых является их малая токсичность и возможность длительного применения без существенных побочных явлений. С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки её клинической эффективности больные с хроническим лямблиозом были распределены на 2 группы. Основную группу составили 125 пациентов с острым и хроническим лямблиозом, которые принимали препарат "Диворм" по 1-3 таблетки 3 раза в день, курс лечения составил 15 дней. Группу сравнения составили 125 пациентов, в лечении которых использовали препарат "Орнидазол", обладающий антибактериальным и противопротозойным действием в дозе по (500 мг) 1 таблетка 2 раза в день, курс лечения составил 5 дней.

Анализируя клиническую симптоматику у исследуемых больных, мы выявили нарушения общего состояния в виде астеновегетативного синдрома (77,8% и 70,4% случаев); синдрома поражения ЖКТ (85,7% и 74,6%); токсико-аллергического синдрома (50,2% и 53,5%) - в основной и контрольной группах соответственно.

После приема 15-дневного курса препарата "Диворм" у всех больных отмечалось улучшение общего состояния и самочувствия (в виде уменьшения слабости), аппетит улучшился. В контрольной группе после приема препарата "Орнидазол" в течение 7 дней динамика симптомов была незначительная. В группе больных, получавших "Диворм", проявления астеновегетативного синдрома менее выражены, чем в контрольной группе. Явления слабости, головной боли у больных основной группы вдвое меньше, чем в контрольной. Динамика изменений показателей токсико-аллергического синдрома в основной группе более динамично, отмечено полностью купирование зуда кожных покровов.

Из проявления синдрома поражения ЖКТ в основной группе отмечалась положительная динамика. Вдвое уменьшились такие симптомы, как обложенный язык, отрыжка, изжога, тошнота, рвота, ощущение переполнения в желудке, метеоризм и урчание в кишечнике, нормализовался характер стула. В контрольной группе динамика со стороны выше перечисленных симптомов была незначительная. На момент выписки из стационара при исследовании кала на простейшие и при зондировании через двое суток от момента отмены препарата практически у всех больных в основной группе отмечалась санация от цист лямблий по сравнению с контрольной группой. Эффективность лечения в группе больных, получавших лечение "Диворм", равнялась 85,71%, в контрольной же группе всего 42,19%. У 57,81% больных контрольной группы отмечено повторное выделение цист лямблий, в основной группе - только у 14,29%. Процент элиминации цист лямблий в основной группе выше в 4 раза, чем в группе контроля, что свидетельствует о высокой эффективности используемого препарата "Диворм". В связи с тем, что эффективность лечения в контрольной группе не превысила 42,19%, больным назначено повторное лечение. В дальнейшем через 21 день после лечения оценивалась эффективность противолямблиозной терапии по результатам повторного исследования испражнений на цисты лямблий. В основной группе при копрологическом исследовании кала отмечено повторное выделение цист лямблий только у 2 (8%), а в контрольной группе у 8 (33,3%). В дальнейшем через 3 месяца после лечения оценивалась эффективность противолямблиозной терапии по результатам повторного исследования испражнений на цисты лямблий. В основной группе при копрологическом исследовании кала отмечена положительная копроскопия в 8% случаев в основной группе и 25% соответственно в группе контроля. Представленные показатели санации организма от простейших, составляющие 92,6% в основной группе против 75% в контрольной, наряду с показателями проспективного эффекта через 3 месяца после проведенного лечения (положительная копроскопия 7,4% и 25% соответственно) указывают на высокий эффект терапии препаратом "Диворм".

Выводы

1. На основании проведённого исследования мы выяснили, что стандартное противогельминтное лечение даёт положительную динамику элиминации лямблий, но не в полной мере, так как отмечено повторное выделение цист лямблий у взрослых в 62,4%, а у детей в 65%, в связи с чем эффективность лечения у взрослых больных не превысила 37,6%, а у детей - 35,0%.

2. Представленные показатели санации организма от простейших, через 3 месяца после проведенного лечения составляющие 92,6% в основной группе против 75% в контрольной (положительная копроскопия 7,4% и 25% соответственно), указывают на высокий эффект терапии препаратом "Диворм".

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Amoebiasis and giardiasis, World HealthOrganization, 2013.
2. Давыдова А. Н., Заячникова Т. Е., ШапошниковаН. Ф. Лямблиоз: Современные аспекты диагностики и лечения у детей. // Вестник ВОЛГМУ Выпуск 1 (53). 2015. С.133-135.
3. Мирзоева М.Р., Тойчиев А.Х., Осипова С.О. Кишечные паразитозы у детей с гипопигментозом кожи и их возможная связь с этиопатогенезом заболевания //Инфекция, иммунитет и фармакология. Научно-практическийжурнал. №5.2019 С. 151-154.
4. Oblokulov A., Kholov U., Oblokulova Z., Ibrakhimova X. Clinical and laboratory characteristics of giardiasis in adults// New day in medicine. Scientificandpracticaljournal. № 1 (25/1) 2019. P. 137 - 139.
5. Ибрахимова Х.Р., Облокулов А.Р. Современный взгляд на распространенность и патогенетические аспекты паразитарных заболеваний у детей:// Новый день в медицине. Научно-практический журнал. № 1 (25) 2019. С. 30 - 34.
6. Кучеря Т.В., Макарова Т.А., Кочергина Е.А., Авдюхина Т.И. Лечение лямблиоза у детей в современных условиях: эффективность и выбор специфического препарата // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. -2002. -№ 3. - С. 33-35.
7. Корниенко Е.Л., Дроздова С.Н., Калинина Н.М., Чиненова Л.В. Современное течение лямблиоза у детей // Медицинский вестник. - 2008. - № 15 (442). - Р. 16-17.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.1-616.2

ABU ALI IBN SINO. BUYUK OLIMNING HAYOT SAHIFALARI

Obloqulov A.R., Urakov Sh.T., Kosimova D.S., Pondina A.I.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqola Ibn Sino hayotining olim bo‘lishga sababchi bo‘lgan biografik qismiga bag‘ishlanadi. Tarixiy ma'lumotlar, uning yoshlik va o‘limidan oldingi voqealar tasvirlangan. Olimning ilmiy ishlari haqidagi qisqacha ma'lumotlar berildi. Bulvrning barchasini tasvirlashda uning shogirdi va do‘sti Abu Ubayd Juzjoniyning ishonchli tarixiy yozuvlari manba o‘rnida qo‘llanildi.

Kalit so‘zlar: Abu Ali ibn Sino, Abu Ubayd Juzjaniy, Tib qonunlari, Urjuza fit-tib.

АБУ АЛИ ИБН СИНА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО

Облокулов А.Р., Ураков Ш.Т., Косимова Д.С., Пондина А.И.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Данная статья посвящена биографическим эпизодам жизни Ибн Сины, которые способствовали его становлению учёным. Приведены исторические справки (с датами и именами) и описаны события, происходящие с ним с момента юношества и до смерти. Дан краткий обзор научных работ ученого. Источником стали достоверные сохранившиеся записи его ученика и друга, Абу Убайда Джузджани.

Ключевые слова: Абу Али ибн Сино, Абу Убайд Джузджани, Канон врачебной науки, Уржуза фи-т-тиб.

ABU ALI IBN SINA. THE PAGES OF THE LIFE OF A GREAT SCIENTIST

Oblokulov A.R., Urakov Sh.T., Kosimova D.S., Pondina A.I.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

This article is devoted to a biographical episode in the life of Ibn Sina, which contributed to his becoming a scientist. Historical references are given (with dates and names) and events that happened to him from the time of his youth to his death are described. A brief overview of the scientist's scientific works is given. The source was the reliable surviving records of his disciple and friend, Abu Ubayd Juzjani.

Key words: Abu Ali Ibn Sina, Abu Ubayd Juzjani, the Canon of medicine, Urjusa Fi-t-tib.

Актуальность

Ибн Сина принадлежит к числу тех великих личностей, заслуги которых перед человечеством трудно оценить. Известный во всём мире восточный мыслитель, посвятил свою жизнь изучению многих наук, но центральное место в его научной деятельности всегда занимала медицина.

Данная работа будет посвящена биографическим эпизодам жизни Ибн Сины, которые способствовали его становлению учёным с энциклопедическими знаниями, передовыми взглядами и смелыми решениями актуальных проблем. Будут перечислены значимые работы и описаны некоторые из сделанных им открытий в области медицины.

Родился Абу Али Ибн Сино "латинизированное имя которого Авиценна" [1]. 16 августа 980 года в селении Афшана, близ города Бухары [2]. Отец Ибн Сины, Абдулла, родом из Балха, эмигрировал в Бухару во время правления династии Саманидов, во главе государства тогда стоял Нух ибн Мансур (976-997). Отец ибн Сины был человеком из близкого окружения эмира. Данное обстоятельство открыло молодому Авиценне доступ к государственной библиотеке Саманидов, в которой хранились переведенные на арабский и сирийский языки рукописи греческой, римской, индийской, тибетской, китайской и египетской научной литературы.

Абдулла знал о чрезвычайной любознательности своего сына. Он обеспечил мальчику хорошее образование и серьезно относился к его воспитанию. "В 10 лет мальчик знал священную книгу Коран наизусть" [3].

"Мальчик искал новые знания, где и у кого только мог. Индийской арифметике он обучается у индуса-торговца, а позже углубляет свои знания по этому предмету с помощью бродячего философа. После этого Авиценна усердно занимается самообразованием, читая труды эллинистических авторов. Он также изучает исламскую юриспруденцию и учение ханафистской школы [4].

Кроме религиоведения, отец нанял учителей, которые преподавали современные науки. Одним из них был Абу Абдулла ан-Нотили, уроженец Хорезма. Нотили - ведущим ученый своего времени. В числе его заслуг - перевод книги Диоскорда "Простые таблетки" с греческого на арабский, научные труды по предметам: логика, геометрия, астрономия и медицина. Кроме этого, молодой Хусейн ибн Абдуллох в 995 -1005 годах получил образование от таких великих ученых, как Махмуд Массох и Исмоил аз Зохидий. Практические знания по медицине дал ему влиятельный Бухарский ученый аль-Кумри (ученик известного на Востоке ар-Рази). "В это время он пишет свое первое философское произведение "Исследования о душевных силах" [5].

Но вскоре правлению Саманидов в Бухаре приходит конец. После завоевания Бухары Караханидами, Абу Али ибн Сина, в 1002 г., переехал в столицу хорезмского государства Гургандж. В начале XI века (период правления Али ибн Маъмуна (997-1009) и Маъмуна ибн Маъмуна (1009-1017)), здесь хорошо развивалась научная жизнь, трудились многие ученные умы, среди них великий математик и астроном Абу Наср ибн Ирок (учитель Беруни, умер в 1034 году), знаменитые врачи и философы Абу Сахл Масихий (в 1010 году умер) и Абул Хайр Хаммор (942-1030) и Абу Райхон Беруний. Годы жизни Авицены в Хорезме считаются самыми плодотворными, так как именно в этот период он начал работу над "Каноном врачебной науки" и "Книгой исцеления". Спустя несколько лет, Авицена был вынужден перебраться в Джурджан, где встретился с Абу Убайдом Джузджани (1011-1012), который в последствии стал его верным другом и учеником. Джузджани написал автобиографию ибн Сины до их знакомства из уст наставника, а следующие события из жизни своего учителя описывал самостоятельно. "Его биография, составленная самим Авиценной (охватывает первые 30 лет жизни) и продолженная его учеником ал-Джузджани, сохранилась в трех близких редакциях" [6].

Таким образом, мы получили очень надёжный источник информации о жизни и творчестве ибн Сины. Из воспоминаний Джузджани: "Учитель был занят общественными делами и пациентами, не имел времени на творческий отдых. На уроках, он диктовал нам большие произведения наизусть, не используя книги".

1."Уржуза фи-т-тиб" - Эта книга написана в виде стихотворения ибн Синой, как учебник для тех, кто изучает теорию и общие вопросы медицинской науки; 2."Ал-адвият ал-калбия"- (сердечные препараты); 3."Дафь аль-мадорр ал-куллия ан-ад-абдонал-инсония□"-(устранить весь ущерб, нанесенный человеческому организму); 4."Китоб ал-куланж"; 5."Макола фи-набз"- (статья о пульсе); 6."Рисола фил-х-бох" статья о сексуальной силе; 7."Рисола-фи-с-сиканжубин" трактат о Скандюбине; 8."Рисола-фи-с-фасд" трактат о переливание крови; 9." Рисола-фи-л-хиндибо" трактат о Сачратке. "Канон медицины" - самая большая, самая важная и уникальная работа Ибн Сины по медицине. Здесь он становится одним из самых активных членов академии Мамуна. В 1011 г. Ибн Сина, избегая преследования султана Махмуда Газневи, покидает Гургандж вместе с Масихи. Он отправляется сначала в г. Абивард на севере Хорасана, затем оттуда - в Нишапур, после - в Гурган, затем с 1014 г. по 1037 г. он пребывает в Рее, Исфахане и Хамадане.

Ибн Сина оставил после себя более 450 трудов, из них 43 - по медицине, Проблема человека занимает важное место в научном наследии Ибн Сины. Эпоху, в которую жил и творил выдающийся мыслитель-энциклопедист Абу Али ибн Сина, от современной эпохи отдаляет огромный временной промежуток. Однако, чем дальше время отодвигает нас, ныне живущих потомков, от эпохи Ибн Сины, тем большее удивление и восхищение вызывают его мысли и научные свершения. Отметим, что ряд выдвинутых Ибн Синой научных положений и концепций о сущности и природе человека, его биологических, физиологических, психологических и познавательных возможностях не утратили своего значения и в настоящее время. Они имеют не только теоретический, но и прикладной характер.

Большая часть наследия Авиценны хранилась в специально построенной библиотеке в городе Исфахане. В 1136 году труды были вывезены в город Газна и помещены в одном из больших помещений газнийской библиотеки. Но и они не все сохранились. Самым известным произведением Ибн Сины по медицине является "Канон врачебной науки", который принес автору всемирную известность.

В XII в. этот уникальный труд был переведен на латинский язык и до XVII в. служил руководством и учебным пособием для врачей всей Европы В 1954 - 1960 гг. эта книга впервые была переведена и издана на узбекском и русском.

В связи с этим следует отметить актуальность тех идей Авиценны, которые лишь теперь осмысливаются и становятся объектом исследования современных наук. Например, представляют интерес практиковавшиеся Авиценной в медицине средства лечения страшной болезни всех времен и народов - раковой, онкологической болезни, перед которой зачастую пасует даже современная медицина. "В области медицины разработал новые и эффективные методы диагностики, терапевтического и хирургического лечения, большинство из которых позднее были заново открыты в Европе. В частности, Ибн Сина внес много нового в анатомию. Например, он существенно исправил описание строения и функции глаза, дал новое объяснение зрительного процесса, близкое современным представлениям" [7].

"Заслуги Беруни, ибн Сино, других выдающихся ученых и мыслителей, творивших в Хорезме на рубеже X-XI веков, не ограничиваются только рамками их научных трудов и открытий, а включают в себя также такой важный вопрос, как формирование научной школы - Хорезмской академии Маъмуна, оставившей глубокий след в интеллектуальной истории человечества" [8].

В 1037 г. Ибн Сина умер, похоронен в Хамадане. Минуло уже 1000 лет с того периода, когда жил и творил Ибн Сина. Наука совершила гигантский прорыв в познании тайн природы и человека. Некоторые научные идеи и догадки, высказанные Ибн Синой, сегодня кажутся ординарными и очевидными.

Однако заслуживают внимания ряд научных проблем и гипотез Ибн Сины, связанных с биологическими, физиологическими, анатомическими, психологическими и медицинскими аспектами природы человека, которые не утратили своей актуальности и в настоящее время и требуют специального исследования и анализа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. https://kratkoe.com/ibn-sina-avitsenna-biografiya-kratko-i-interesnyie-faktyi/ Кратко обо всем © kratkoe.com
2. Ибн Сино (Авиценна) - биография, факты из жизни, фотографии, справочная информация. http://www.piplz.ru/page-id-651.html
3. Источник: https://kratkoe.com/ibn-sina-avitsenna-biografiya-kratko-i-interesnyie-faktyi/ Кратко обо всем © kratkoe.com
4. "Биография Авиценны" Источник: http://www.ibn-sino.uz/ru/page/biografiya-2
5. Биография Авиценны Авиценна (Ибн Сина) был одним из самых выдающихся философов "золотого века" ислама.
6. "Великие ученые и мыслители Средней Азии IX-XII вв. и их вклад в развитие мировой цивилизации".
7. Антропология Абу Али Ибн Сины: Авиценны тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 09.00.03, д.ф.н. Рахимов М.Х. Душанбе 2004. С.32.
8. Историческое наследие ученых и мыслителей средневекового востока, его роль и значение для современной цивилизации из материалов Международной конференции в Самарканде (15-16 мая 2014г.) стр.10-11.

Поступила 09.11.2020

UDC 615.454.2:618.15-002- 092.4

NOSPETSIFIK VAGINITLARNING YANGI DAVOLASH USULLARI

Oripova F.Sh.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Nospesifik infektsiyalar reproduktiv yosh ayollar orasida keng tarqalgan. Nospesifik vaginit rivojlanishining asosiy sabablariga ko'ra: yuqumli kasalliklar, endokrin patologiyasi, tuxumdonlar funktsiyasining pasayishi va mahalliy zarar yetkazuvchi omillarning ta'siri hisoblanadi. Keng spektrli antibiotiklar ro'yxati juda cheklanganligini hisobga olib, kurkumin yog'i + mis xelat o'z ichiga olgan yangi vaginal shamchalarni shakllantirish dolzarbligini isbotladi. Kurkumin yog'i va mis xelati yuqori terapevtik samaradorlikni, qinda kollagen va elastin hosil bo'lishini ta'minlaydi.

Kalit so'zlar: qora kimyon yog'i, kurkumin yog'i, mis xelat, vaginal suppozitoriylari, eksperimental vaginit.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВАГИНИТОВ

Оripова Ф.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

Неспецифические инфекции возникают в широком возрастном диапазоне, поэтому в молодом возрасте основными причинами развития неспецифического вагинита, как правило, являются инфекционные заболевания, эндокринная патология, снижение функции яичников и воздействие местных повреждающих факторов. Учитывая тот факт, что перечень антибиотиков широкого спектра действия очень ограничен, актуальна разработка новых вагинальных лекарственных форм, в состав которых входит масло куркумы + хелат меди. Масло куркумы и хелат меди обладают высокой терапевтической эффективностью, хорошей переносимостью пациентами и образованием коллагена и эластина во влагалище.

Ключевые слова: масло куркумы, медь хелат, суппозитории вагинальные, экспериментальный вагинит.

NEW METHODS OF TREATMENT ON A MODEL OF CHEMICAL BACTERIAL NONSPECIFIC VAGINITIS

Oripova F.Sh.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume***

Not specific infections occur in a wide age range, so, at a young age, the main contributing causes of the development of nonspecific colpitis are, as a rule, infectious diseases, endocrine pathology, decreased ovarian function, and exposure to local damaging factors. Considering the fact that the list of broad-spectrum anticotics is very limited, the development of new vaginal dosage forms, which include turmeric oil + copper chelate, is relevant. Turmeric oil and copper chelate have high therapeutic efficacy, good tolerance in patients, and the formation of collagen and elastin in the vagina.

Key words: black cumin oil, turmeric oil, copper chelate, vaginal suppositories, experimental vaginitis.

Introduction

In the structure of gynecological pathology over the past decade, the proportion of non-specific infectious and inflammatory diseases of the lower genital tract has significantly increased. The etiological factor of the pathology increasingly became the conditionally pathogenic microflora of the vaginal biotope [1,2]. In recent years, more and more attention has been paid to finding optimal solutions to problems associated with the treatment of vaginitis.The relevance of this direction is determined by the tendency to generalization and chronicity of inflammatory processes, the development of serious pathophysiological and pathomorphological changes in affected tissues and organs, the involvement of the immune, nervous, endocrine, reproductive and other body systems in the pathological process [3, 4]. This allows you to reduce the pharmacological burden on the body, its advantages are simplicity and ease of use, the absence of absolute contraindications, as well as the possibility of use in patients with extragenital pathology [5]. Nonspecific vaginitis is an infectious and inflammatory syndrome accompanied by a sharp decrease in the content or absence of lactic acid bacteria Lactobacillus spp and an excessively high concentration of opportunistic microorganisms, the appearance of pathological vaginal discharge [6]. Inflammatory processes of the genitals are a common pathology, the frequency of which does not tend to decrease. Infectious pathology of the reproductive system of women is one of the most important medical and social problems of our time [7, 8]. The local route of administration of drugs can reduce the pharmacological burden on a woman's body, its advantages are simplicity and ease of use, the absence of absolute contraindications (except for individual intolerance to the components of the drug), as well as the possibility of use in patients with extragenital pathology. Considering the fact that the list of broad-spectrum anticotics is very limited, the development of new vaginal dosage forms, which include turmeric oil + copper chelate, is relevant. Turmeric oil and copper

chelate have high therapeutic efficacy, good tolerance in patients, and the formation of collagen and elastin in the vagina [9].

Goal- study of the therapeutic effect of vaginal suppositories, which includes plant materials and copper, on a model of traumatic bacterial nonspecific vaginitis in rabbits.

Materials and methods

The technology of action of new vaginal suppositories was developed in the scientific laboratory of the Tashkent Pharmaceutical Institute. Therapeutic efficacy of turmeric oil was studied on a model of zymic bacterial vaginitis in rabbits (females) in comparison with the drug Timokhin (Erica Pharma Pvt. Ltd.) containing black cumin oil. Model pathology was reproduced in accordance with the methodological recommendations of the State Pharmacological Center of the Ministry of Health of Uzbekistan [6]. For the experiment, 40 rabbits were used, weighing 2500-3000 g. Experimental studies were carried out in the TashFarMI scientific laboratory. In all 40 rabbits, nonspecific vaginitis was reproduced by introducing a swab with a 10% silver nitrate solution and its exposure for 5 minutes into the vagina of experimental animals; the remaining 5 rabbits made up the intact group. From the day after the simulation of the pathology, the animals are divided into 4 groups: group 1 (10 rabbits with nonspecific vaginitis treated with drug No. 1 (turmeric oil + copper chelate) for a candle per day for 7 days; group 2 (10 rabbits with nonspecific vaginitis, treated with drug No. 2 (thymochion) by suppository per day for 7 days; 3rd group (10 rabbits with nonspecific vaginitis, untreated). Conducted morphometric and morphological parameters of experimental animals, vaginal wash, blood of experimental animals. As well as the pH measurement of the vaginal wash, the presence of secretions, erythema, local hyperthermia, white blood cells and parabasal cells in smears. Vaginal biotopes using the Femoflor-16 test were performed at the Laboratory of Molecular Genetics "MCHJ GENO TEXNOLOGIYA" by light microscopy. The peripheral blood was taken from the tail vein of animals on the 10th day of the experiment, after which the animals were withdrawn from the experiment and samples of the vaginal mucosa were obtained. Tissue samples were fixed in a 10% formalin solution, dehydrated in alcohols of increasing strength, and embedded in celloidin-paraffin. The micropreparations were examined under a Micros 400 microscope. Microphotography of the preparations was performed with a Nicon Col Pix 4500 digital camera. The photographs were processed on a Pentium 2.4 GHz computer using Nicon View 5. When studying the structural organization of the vagina in rabbits from the intact control group, its physiological norm was observed. In the vaginal tissue, all layers were well defined: the mucosa, muscle, and adventitia. In the mucous membrane, the epithelial cover of the normal structure, its own plate of the mucosa and the submucosal connective tissue layer were clearly visible. The submucosal layer was in the form of a loose fibrous tissue containing a small amount of leukocytes, fibroblasts, and small blood vessels of the venous type. Using the Femoflor-16 test, a study was made of scrapings of cervical canal cells and the posterolateral vaginal fornix. Dysbiosis of the cervix and vagina was detected with inflammatory diseases of the cervix in 27% of cases. The structure of dysbiosis was mainly represented by obligate anaerobic pathogens: Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Eubacterium spp. in association with other opportunistic bacteria, the most clinically significant of the microorganisms that inhabit the genital tract. Mycoplasmas and yeast-like fungi of the genus Candida were found predominantly with anaerobes. Aerobic and mixed dysbiosis were found in 7% of cases only in-group 3 with inflammatory diseases. After treatment with the reference preparation "thymoquinone", the condition of the vaginal mucosa and cervix of the animals also improved significantly compared to animals of the control pathology group. However, signs of an infectious-inflammatory process persisted in 30% of rabbits. Although in some females the thickness of the epithelial layer increased in some places and manifestations of acanthosis, acantholysis, and vacuole dystrophy were determined in it, nevertheless, the ability to accumulate glycogen in these cells was preserved. After the treatment "turmeric oil with copper chelate", the state of the own plate of the mucous and submucosal layer was closer to normal, and in some places some signs of an inflammatory reaction remained. In 10% of females, single manifestations of inflammation persisted after treatment.Thus, the administration to animals with experimental traumatic bacterial-nonspecific vaginitis of a new vaginal suppository "turmeric oil with copper chelate" leads to the complete elimination of the phenomena of a systemic inflammatory response and is effective in stopping. Thus, vaginal suppositories turmeric oil with copper chelate and thymoquinone have anti-inflammatory and reparative effects on the mucous membrane of the vagina and cervix in a model of experimental vaginitis, cervicitis caused by a chemical agent, which is confirmed by indicators of the vaginal condition, symptomatic and hematological parameters. The Femoflor-16 test is an affordable, fast, effective, modern method that allows you to start adequate antibiotic therapy early and control its conduct.

Conclusions

Vaginal suppositories "turmeric oil with copper chelate" under the conditions of experimental vaginitis caused by silver nitrate, showed anti-inflammatory and reparative effects.Compared with reference preparations, turmeric oil suppositories had a significant advantage compared to Timoquinone suppositories. New vaginal suppositories "turmeric oil with copper chelate" and thymoquinone can be recommended for study as a drug for the treatment of non-specific vaginitis and cervicitis.

LIST END REFERENCES:

1. Abdurakhmanov MM, Oripova F.Sh., Narzullaeva NS \ Clinical and immunological aspects of uterine fibroids in combination with chronic endometritis. Journal Tibbiotda Yangi Kun, Bukhara 2 (26) 2019- P 81.
2. OripovaF.Sh., Ikhtiyarova G. A \ Reproductive rehabilitation of women with chronic inflammatory diseases of the genitals. Journal of biomedicine and practice special issue-2.Tashkent-2020.P-56/
3. OripovaF.Sh., Ikhtiyarova G. A, Saidov S.A.\ Bacterial vaginitis: condition problems, prospects diagnostics and treatment. Journal Dr. Ahborotnomasi Samarkand No. 1. 2020y. P.131.

4. Grigoryan O. R. New opportunities in the treatment of vulvovaginitis in women with impaired carbohydrate metabolism during peri- and postmenopause / O. R. Grigoryan, Zh. A. Uzhegova, E. N. Andreeva // Problems of reproduction. - 2010. - No. 1. - S. 99-102.
5. OripovaF.Sh., Ikhtiyarova G. A.\ Morphological picture of the effectiveness of new treatments for nonspecific vaginitis. Journal Tibbiotda Yangi Kun, Bukhara 2\1 30\1 2020. - P.215
6. OripovaF.Sh \ Development of new drugs for the treatment of nonspecific vaginitis, taking into account the pathogenetic mechanism of development. Journal Tibbiotda Yangi Kun, Bukhara 2 30(2) 2020. - P.220
7.OripovaF.Sh \Injection-reasperation rectovaginal drainage.Journal: Modern European science 2019 England, P 48
8. OripovaF.Sh, Ikhtiyarova G.A. \ Molecular mechanisms of the action of antioxidants on the lipid component of brain cells during experimental fetal hypoxia \\ Infection, immunology and Pharmacology. Scientific and practical journal 5 \ 2019. S.-280/
9. Nuraliev N.A.,IkhtiyarovaG.A.,OripovaF.Sh.\ Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro - organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs. American journal of medicine and medical sciences № 10(2) 2020 page 124-125.

Entered 09.11.2020

УДК 613

IBN SINO TA'LIMOTIDA SOG‘LIQNI SAQLASHNING 5 FORMULASI

Radjabova Azima Temurovna,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada sog‘lom bo‘lishning asosiy bosqichlari inson salomatligi formulasining kafolati sifatida tasvirlangan. Afsuski zamonaviy tibbiyot kamchiliklardan xoli emas. Har doim ham qimmat davolanish yaxshi natijalarga olib kelmaydi. Bunday holda an'anaviy tibbiyotda mavjud usullar va mahsulotlar yordamga kelishi mumkin.

Kalit so‘zlar: sog‘liq, ratsional ovqatlanish, dorivor o‘simliklar, immunitet, an'anaviy tibbiyot, davolash jarayoni.

5 ФОРМУЛ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ОСНОВАННЫХ НА УЧЕНИИ ИБН СИНЫ

Раджабова А.Т.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данной статье приведены основные этапы правильного питания, как формула гаранта здоровья человека, так как современная медицина имеет свои недостатки. Не всегда дорогое лечение означает хорошее. Здесь на помощь может придти народная медицина с ее доступными методами и препаратами.

Ключевые слова: здоровье, рациональное питание, лекарственные растения, иммунитет, народная медицина, лечебный процесс.

5 HEALTHY LIFESTYLE FORMULAS BASED ON THE TEACHING OF IBN SINA

Radjabova A.T.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

This article presents the main stages of proper nutrition, as a formula for the guarantor of human health, since modern medicine has its drawbacks. Not always expensive treatment means good. Here traditional medicine can come to the rescue with its available methods and drugs.

Key words: health, balanced nutrition, medicinal plants, immunity, traditional medicine, medical process.

Актуальность

Медицина, на мой взгляд, - это не наука, а искусство, поэтому не может быть разногласий между современной и традиционной медициной. Сегодня обязательным условием успешного развития медицины является интеграция. Об Авиценне мало известно в Европе, хотя он наряду с Гиппократом является родоначальником медицинской науки, поэтому очень важно делиться информацией о нем и изучать его труды. В этом очень преуспели узбекские и иранские ученые.

Цель

Мы предлагаем вашему вниманию мудрые советы древнего врача, которого европейцы привыкли называть Авиценна для тех, кто хочет быть здоровым.

Материал и методы

Использование методов Ибн Сина, сам Авиценна в своей биографии так написал о своем пути в медицину "Я занялся изучением медицины, пополняя чтение наблюдениями больных, что меня научило многим приемам лечения, которые нельзя найти в книгах"

Результат и обсуждение

Ибн Сина оставил потомкам множество книг по медицине, а его "Трактат врачебной науки" стал второй печатной книгой после Библии и служил хрестоматий для врачей в течение 600 лет. Советы Авиценны о том, как прожить здоровую жизнь, написанные1000 лет назад, актуальны и в XXI веке.

О физической активности:

"Безделье и праздность не только рождают невежество, они в то же время являются причиной болезни...

Умеренно и своевременно занимающийся физическими упражнениями человек не нуждается ни в каком лечении, направленном на устранение болезни...

Бросивший заниматься физическими упражнениями часто чахнет, ибо сила его органов слабеет вследствие отказа от движений...

Если заниматься физическими упражнениями - нет никакой нужды в употреблении лекарств, принимаемых при разных болезнях, если в то же время соблюдать все прочие предписания нормального режима".

О здоровом питании:

"Самая плохая пища та, которая обременяет желудок, а плохое питье то, когда оно переходит умеренность и наполняет желудок доверху... Если было

съедено слишком много, то на следующий день нужно оставаться голодным...

Хуже всего мешать разнообразную пищу и есть слишком долго...

К вреду, причиняемому очень вкусным кушаньем, относится то, что его можно съесть слишком много...

Легкая пища больше сохраняет здоровье, но менее поддерживает силу и крепость, а тяжелая пища - наоборот...

Количество пищи должно быть таким, чтобы она не обременяла, не растягивала оконечностей ребер, не раздувала живота, не урчала и не всплывала наверх... Кроме того, после нее не должно наступать тошноты, "собачьего аппетита", упадка сил, одури, бессонницы...

Лучше перепить, чем переесть...

Умерен будь в еде - вот заповедь одна, вторая заповедь - поменьше пей вина".

О вреде и пользе вина:

"Постоянное пьянство вредно, оно портит натуру печени и мозга, ослабляет нервы, вызывает заболевание нервов, внезапную смерть...

Вино - наш друг, но в нем живет коварство: Пьешь много - яд, немного пьешь - лекарство. Не причиняй себе излишеством вреда, Пей в меру - и продлится жизни царство...

Вино - твой друг, пока тверез, а если пьян - то враг, Змеиный яд оно, когда напился как дурак.

Чем реже рука поднимает застольную чашу вина, Тем крепче в бою и храбрее и в деле искусней она".

О здоровом сне:

"Здоровым людям необходимо обращать должное внимание на сон. Их сон должен быть умеренным по времени, а не чрезмерным; им следует остерегаться вреда от бессонницы для мозга и для всех их сил...

Сон укрепляет все естественные силы... а чрезмерный сон производит нечто противоположное всему этому. Он порождает вялость душевных сил, тупость мозга и холодные болезни... Метаться в постели между бодрствованием и сном - самое худшее из всех состояний...

Спать на пустой желудок нехорошо, это ослабляет силу. Также вредно спать с переполненным желудком... Ибо такой сон будет не глубоким, а беспокойным...

Знай, что одеяло и высокая подушка содействуют здоровью. Короче говоря, члены должны располагаться так, чтобы голова была выше ног...

Самым лучшим положением во время сна считается, когда сон начинается с лежания на правой стороне, а затем происходит поворот на левую. Если сон начинается с лежания на животе, то это хорошо помогает пищеварению... На спине спят обычно люди, ослабевшие от болезни... Такие люди, спят также с открытым ртом из-за слабости мышц, сжимающих обе челюсти..."

О здоровом жилье...

"Тому, кто выбирает себе место жительства, следует знать, какова там почва, какова там вода... Он должен знать, доступно ли данное место ветрам или находится в котловине, и какие там ветры - здоровые ли они и холодные...

Затем следует, чтобы окна и двери выходили на восток и на север; а также, чтобы солнце достигало в них любого места...

Ему надлежит дознаться, каково состояние местных жителей в отношении здоровья и болезни... "

Выводы

"Основное в искусстве сохранения здоровья - уравновешивание необходимых, общих факторов. Они суть:

1)уравновешенность натуры,

2) выбор пищи и питья,

3) очистка тела от излишков,

4) сохранение правильного телосложения,

5) улучшение того, что вдыхается через нос,

6) приспособление одежды,

7) уравновешенность физического и душевного движения.

К последнему относятся в какой-то мере сон и бодрствование..."

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ibn Sina ("Avicenna") Encyclopedia of Islam. 2nd edition. Edited by P. Berman, Th. Bianquis, C.E. Bosworth, E. van Donzel and W.P. Henrichs. Brill 2009. Accessed through Brill online: www.encislam.brill.nl (2009) Цитата: "He was born in 370/980 in Afshana, his mother's home, near Bukhara. His native language was Persian."
2. Бочалов В. И. Предисловие // Авиценна (Ибн Сина) О сохранении здоровья. / Сост., доп., прим. и комментарии В. И. Бочалова. - Воронеж, 2011. - С. 3. ISBN 978-5-89981-656-7
3. Брентьес Б., Брентьес С. Ибн Сина (Авиценна) / Пер. с нем. П. М. Комышанченко. - Киев: Изд-во КГУ, 1984. - 88 с.: ил.
4. Диноршоев М. Натурфилософия Ибн Сины. - Душанбе, 1985.
5. Завадовский Ю. Н. Абу Али Ибн Сина: Жизнь и творчество. - Душанбе, 1980.
6. Фролова ?. А. Ибн Сина // Новая философская энциклопедия: в 4 т. / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В. С. Стёпин. - М.: "Мысль", 2000-2001. - ISBN 5-244-00961-3. 2-е изд., испр. и допол. - М.: "Мысль", 2010. - ISBN 978-5-244-01115-9.
7. Шидфар Б. Я. Ибн-Сина. - М.: "Наука", 1981. - 184 с.

Поступила 09.11.2020

UDC 613.41

ABU ALI IBN SINONING JISMONIY TA'LIMNING INSON SALOMATLIGIGA TA'SIRI HAQIDA O'YLARI

Radjabova S.R., Kayumov H.N.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Ibn Sinoning jismoniy tarbiya va tibbiyot sohasiga qarashlari bayon etilgan, sog'lom turmush tarzi va uni shakllantirish sohasidagi zamonaviy qarashlarga yaqin ekanligini shohidi bo'lamiz. Buyuk mutaffakkirning jismoniy tarbiya sohasidagi qarashlari haqida fikr yuritilgan

Kalit so'zlar: Jismoniy tarbiya, sog'lom turmush tarzi, tafakkur qilish, xotiralash, sog'.

МЫСЛИ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ О ВЛИЯНИИ ФИЗИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Раджабова С.Р., Каюмов Х.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Авиценны на физическое воспитание и на сохранение здоровья. Они сопоставляются современными взглядами о здоровом образе жизни и о его формировании.

Ключевые слова: физическое воспитание, сохранение здоровья, здоровый образ жизни, мышление, вспоминание, оздоровление.

ABU ALI IBN SINA'S THOUGHTS ON THE EFFECT OF PHYSICAL EDUCATION ON HUMAN HEALTH

Rajabova S.R., Qayumov H.N.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Discusses opinions of Ibn Sina in the field of physical training and health-caring and we will be aware of healthy lifestyle and modern outlooks for improving it.

Key words: physical training health caring, healthy, lifestyle, thinking, memoring, healthimproving.

Introduction

Today, one of the important issues is to bring up the young generation in a comprehensively developed way, both mentally and physically healthy, to form in them a healthy lifestyle and to use the invaluable heritage and rich experience of our people in physical culture and health. S.I. Commenting on Ibn Sina's legacy in the field of physical education and health, Gorchak said: "Ibn Sina praised the achievements of ancient physicians in the field of health, taking into account the territorial climate, age, culture and traditions of the peoples of the East. Suitable for integration into a single storage system. A distinctive feature of his legacy in the field of physical education and health is that his views are aimed at the prevention of disease, as well as the treatment of the sick and healthy people on the basis of moral and human laws. Ibn Sina expressed his views on a healthy lifestyle in a number of works. They include works on the description and ordering of physical education and health in ancient and medieval times.

He points out that Madyachenko, on the other hand, spoke of Ibn Sina's views on physical education and health: "The recommendations made by Ibn Sina on the protection of human health have not lost their relevance and are still relevant today. In this context, the work on the formation of a healthy lifestyle in the population is closely related to the tasks. Indeed, when we look at Ibn Sina's views in the field of physical education and health, we see that they are close to modern views in the field of healthy lifestyle and its formation. The views of the great thinker in the field of physical education come from his medical views, which in turn come from his philosophical views. For this reason, first of all, it is necessary to briefly dwell on his philosophical views. Ibn Sina, like the ancient Greeks, envisioned philosophy as the sum of all sciences, that is, the science of all things that exist. Undoubtedly, he was one of the great successors of Aristotle. However, it should be noted that Ibn Sina did not blindly follow his teachings, but only accepted the ideas that corresponded to his beliefs and philosophical system. According to Ibn Sina, everything exists. things belong to the spirit or the body or to the mind. He asserted that matter is the basis of all things and events in the universe. All beings are made up of four elements: earth, water, air and fire, and both celestial bodies and terrestrial bodies are made up of these elements. These views of Ibn Sina are also reflected in his medical views. Ibn Sina described the science of medicine: "Medicine is the treatment of health and the correction of diseases that have arisen in the body for some reason." Ibn Sina says that there are two other vital forces besides these. One of them creates a pulse, and the other creates a state of being affected by things that affect the human psyche. He also says that there are forces that create "imagining things like a mirror", "thinking", "remembering". In this case, it refers to the mental

processes in man. Indicates verbs as the seventh of natural things. In this case, it refers to the functions and processes of the human body. He argues that the occurrence of these verbs is under the influence of forces. Ibn Sina, when talking about the necessary reasons for maintaining human health, points out that the first of them is the air. According to him, the air is constantly changing its properties according to the movement of cosmic bodies - the sun, moon and stars, and this has an impact on human health. The climatic zone in which cities are located, the location of the surrounding mountains and seas, and the winds that blow through them affect the air in the area, which in turn affects some of the processes that take place in the human body. Causes changes. The condition of the soil and water in a person's habitat also affects the air in that area. Deterioration of soil and water resources in the area, worsening of the weather, which in turn leads to an increase in the number of patients among the population. Depending on the location of the dwellings, the characteristics of the air here also vary. Depending on the type of clothing a person wears, the effects of the weather can vary. Ibn Sina states that the second of the necessities is the diet. According to him, "food" (food models) "grow things that are able to grow", that is, they constantly replace the energy and plastic expenditure in the body. According to him, the food received is fully digested and converted into pure blood, which ensures the normal functioning of the body. Ibn Sina, speaking of water consumption, states that "water drives away waste in a certain way and sends food to the veins." According to him, water plays an important role in digestion and cleansing the body of waste products. "The third thing that is necessary," says Ibn Sina "is sleep and wakefulness." He asserted that sleep was the "relaxation of the senses and emotions," that is, the relaxation of higher nervous activity. According to him, excessive or low sleep and wakefulness cause serious damage to human health, both physically and mentally. At the same time, he showed that the work of sensory analyzers slows down, the ability to think is reduced, digestion is disrupted, and the body loses weight, and so on. Ibn Sina points to action and inaction as the fourth of the necessary things. In this case, it implies an active mode of action. He stressed that movement and inactivity should always be in moderation, so that they help the body to grow and form properly, to remove waste products and impurities. It also "prepares the body for good food intake and makes the young child capable of growth and development." Excessive exercise leads to fatigue. At the same time, a person develops a state of fatigue and emotional feelings are significantly reduced. Pain caused by fatigue weakens the nerves. Inadequate exercise "fills the body with bad habits" and makes it difficult to digest food. Ibn Sina states that the fifth of the necessary things is "emptying and not emptying," that is, the expulsion of various substances from the body. He lists a number of types of discharge, such as "bleeding, expulsion, vomiting." He stressed that this work should be carried out as necessary, taking into account the age of the person, his state of health, the seasons. According to him, negligence in the implementation of these works can lead to various diseases. Excessive "emptying" leads to "depletion of power". Ibn Sina considers "sensual moods" to be the sixth of the necessities. He noted that the "mood swings", that is, the change of mood from time to time, have different effects on the human body. According to him, fear provokes "coldness", and its "excess" can kill a person. Pleasure "spreads" the body and mind, and in some cases can lead to obesity. Ibn Sina says that the third of the problems in the theoretical part of medicine is these diseases, their symptoms and their causes. He divides all human diseases into complex diseases that occur as a result of a single cause - simple and caused by several causes. Simple diseases, in turn, are divided into three groups according to their signs (symptoms) and causes: 1) the client's disorder; 2) "continuity" in the body and organs, ie a violation of the structure of attachment; 3) "structural", ie specific to that organ, which is present in certain organs and parts of the body. He noted that the coexistence of these patients leads to complex diseases. He points out that some diseases can be cured, some cannot be completely cured, and some can be contagious. According to Ibn Sina, the symptoms of the disease are manifested in the general condition of the body, color, the state of the substances released from it, the mental state of the person, the indicators of stroke. According to him, all diseases occur for three reasons: connective, external and previous. Ibn Sina speaks of the states of the human body, which are diseases and health, as well as the conditions between them. He described the condition as "an abnormal condition in the body that directly affects the functioning of a sick person's limbs." He asserted that his confession had been obtained through "an abnormal client or abnormal composition". That is, the disease is caused by changes that occur for various reasons, not specific to the human body. The state of health, according to Ibn Sina, is "such a skill or condition that it leads to healthy things in the organs." YA, in which all the processes in the organs take place within the norms specific to the organism. It is known that the lack of physical activity should be compensated by physical culture and sports, regular performance of industrial gymnastics, walking and traveling, and so on. Ibn Sina also puts forward this idea. At the same time, he spoke about the means of physical training and divided them into types, sometimes based on changes in physiological parameters that occur in the body during human exercise, sometimes on the speed of performance, and sometimes on the intensity, etc. Attempts to classify). He noted that "shooting with each other", "pushing with a fist", "archery", "walking fast", "throwing a spear", "jumping over something", "jumping on one leg" "," Fencing and javelin throwing "and so on. "Flying on a hammock", "flying upright on a swing, sitting or lying down", "walking on a boat or ship" are included in the "slim and light types of exercise". "Shooting with one's own shadow", "stabbing with the tip of a spear", "jumping", "playing with big and small balls", "playing with balls", "wrestling", "stone throwing" pulling "," chasing ", etc. into the category of" strong type of physical training ". In order to prevent hypodynamics, to compensate for the lack of active movement, the amount of physical activity during exercise should be set in such a way that the additional load on the body should be fully consistent with its physical capabilities. Otherwise, the body becomes tired and overworked. This, in turn, leads to a number of negative complications in humans, both physically and mentally. These ideas are clearly reflected in the views of Ibn Sina in the field of physical education. He said that when exercising, everyone should choose "specific actions", that is, exercises that are appropriate for their age, gender and health status. Yana He also stressed the need to take into account the level of

physical fitness in the choice of exercise, saying that "the training of the weak should be light, and the training of the strong should be excellent." Ibn Sina paid special attention to the issues of increasing the effectiveness of the health effects of exercise. According to him, one of the ways to increase the health effect of exercise is to follow a number of hygienic requirements for participants. According to him, in order to increase the health effect of exercise, when "starting physical training", first of all, the body should be clean, and the organs, ie the intestines and bladder, should be free of bad and immature wastes. When Ibn Sina speaks about exercise, he is referring primarily to the healing effect of exercise on the human body. Therefore, in order to prevent the damage that can be caused to the human body as a result of exercise, as well as to further enhance the health effects of exercise, there are several specific types of exercise. And demonstrates methods that are reasonable. In particular, he emphasizes that exercise should not be limited to one type of exercise, and recommends that you alternate between light and heavy exercises from time to time when doing fast and intense exercises. According to him, this is where the health benefits of these exercises will be high.

LIST AND REFERENCES

1. Azimov IG, Khamrokulov AK. Human physiology. T.: Ibn Sino. 1991. 25 p.
2. Makhkamdjanov KM Textbook of physical education in 1st grades. Maxkamdjanov K.M. Physical education classes in primary school.
3. Otayev A.K. Raising children to be agile, agile and energetic.
4. Joseph. E., Herrera Grant Cooper Essential Sports Medicine, Humana Prees 2008.
5. Walter R.Frontera Rehabilitation of sports injuries scientific basic Blaackwell scienence Ltd, 2003.
6. Peter Brukner Karim Khan with colleagues Clinical Sports Medicine Third Edition.
7. Jennifer L. Minigh Sports Medicine, Greenwoord Press, Westport Connecticut, London, 2007.

Entered 09.11.2020

УДК 811

"MUDDAT" MAVZULINI ANIQLASH MUAMMOSI

Sa'dullaev D.B.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqola termin tushunchasining mohiyatini uning jahon tilshunosligida tarixiy rivojlanish prizmasi orqali aniqlash muammosini tahlil qiladi, shuningdek, atamaning inson hayotining turli sohalarida mustaqil kontseptual birlik sifatida shakllanishini va fanning hozirgi rivojlanish bosqichidagi funktsional va lingvistik ahamiyatini tavsiflaydi.

Kalit so'zlar: so'z, ibora, ism, tushuncha, ma'no, atama, nomenklatura, terminologiya, funktsional yondashuv, izchillik.

ПРОБЛЕМАТИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ "СРОК"

Садуллаев Д.Б.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

В данной статье анализируется проблематика определения сущности понятия термина сквозь призму его исторического развития в мировой лингвистике, а также описаны становление термина как самостоятельной понятийной единицей в различных сферах жизнедеятельности человека и его функционально-языковая значимость на современном этапе развития науки.

Ключевые слова: слово, словосочетание, название, понятие, значение, термин, номенклатура, терминология, функциональный подход, системность.

THE PROBLEMATICS OF DEFINING THE CONCEPT "TERM"

Sadullaev D. B.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume***

The given article analyzes the problem of defining the essence of the concept of "term" through the prism of its historical development in world linguistics, and also describes the formation of the term as an independent conceptual unit in various spheres of human activity and its functional and linguistic significance at the present stage of development of science.

Key words: word, phrase, name, concept, meaning, term, nomenclature, terminology, functional approach, systematization.

Introduction

In modern linguistics and terminology, in particular, the question of the existence of a term in the form of one part of speech (namely, a noun) or the possibility of its belonging to different parts of speech has not yet received a definite answer. Intense discussions on this issue were conducted among linguists in the XX century. Despite the large number of works devoted to terminology issues, researchers have repeatedly noted the absence of a generally accepted definition of the term itself.

Materials and methodology

So, for instance, B.Y. Golovin in his article gives seven definitions of this concept, and in the monograph of V.P. Danilenko, there are nineteen such definitions, and the author emphasizes that this list can be continued [3, p. 248]. As Z.I. rightly notes Komarov, if we summarize all the research on terminology, then we can come to the conclusion that there is no unit more multifaceted than the term. In her work "On the essence of the term", even a classification of various definitions of this concept is given. An even more in-depth analysis of the existing definitions of the term is demonstrated in the work of V.M. Leichik epTerminology? [4, p. 256]. K. Ya. Averbukh, having analyzed the existing definitions of the term, concludes that the disadvantage of many of them is the inconsistency with modern systemic concepts of terminology, based on which the term should be interpreted primarily as an element of the terminology system. In addition, K. Ya. Averbukh rightly points out the inaccuracy of the statement that a term can only be a word or a phrase, since such an interpretation excludes from the terminological set a set of signs that are a generally accepted designation for a number of concepts [1, p. 192-193].

The development of an accurate and sufficient definition of the term is complicated not only by the complexity of the concept itself, but also by the heterogeneity of terminological vocabulary, in which it is possible to distinguish the scientific, general technical, professional layers and, in addition, the actual terms and nomenclature designations or nomenclature. The concepts of "terminology" and nomenclature were first differentiated by G.O. Distiller, who understood by the nomenclature a system of completely abstract and conventional symbols, the only purpose of which is to provide the most convenient

means from a practical point of view for designating objects, things, without a direct relationship to the needs of theoretical thought operating these things. A.A. Reformatsky, who also recognized the difference in nomenclature and terminology, believes that nomenclature words are associated with concepts, but at the same time, they are more nominative and innumerable, and the terms are associated with the concepts of science and are countable for each science in its specific direction, since they reflect its system of concepts [5, p. 49]. Thus, it is obvious that the distinction between terminology and nomenclature is due to the subject or conceptual orientation of the terminology, in other words, the difference between the name and the concept [6, pp. 414-419].

It is especially difficult to interpret the concept of "term" using material from various scientific disciplines and fields of knowledge. Perhaps that is why researchers of terminologies in fields of science that are far from each other often proceed from different theoretical attitudes, which threatens the danger of the emergence of independent terminological theories for each science. Nevertheless, linguists speak of the expediency of highlighting the deep features of the term, which underlie the delimitation of terms from adjacent linguistic units and at the same time serve as the basis for dividing the entire set of terms into groups.

Results and their discussion

The first definitions for the term "term" appeared only at the beginning of the XX century. «Encyclopedic Dictionary» R.A. Brockhaus and I.A. Efron gives the following definitions: «Term - a word to which a certain concept corresponds, or isolated, or included in a judgment or inference. Scientific terms are words that have a special meaning strictly defined in a given scientific field. The totality of terms firmly established in this science forms the terminology of this science». Subsequently, all linguists who studied the problem of the term tried to give their own definition and identify its main features. D.S. Lotte, who was one of the first to touch upon this problem, put forward very strict requirements for the term: uniqueness, accuracy, consistency, lack of synonyms, independence from the context.

Basing on G.O. Vinokur researches, we can distinguish in the semantics of the term such characteristics as:

1) The specialization of its meaning, the accuracy of its semasiological boundaries;

2) Its intellectual purity, i.e. detachment from emotional experiences.

The same characteristic features in the semantics of the term are emphasized by me in on of my previous scientific works, here is its abstract: A term is a word with a strictly defined meaning. Typically, a term has one meaning. More precisely, the term tends to unambiguity (monosemy) ? [7, p. 128-136].

A functional approach to the study of the term has been proposed by linguists for a long time. This idea is being actively developed by modern research on terms. Therefore, A.A. Bragina points out that a huge number of terms are ordinary words, "as if derived from their usual paradigm, devoid of the usual connotative connections" [2, p 151].

Thus, basing on the previously discussed and determined scientific outcomes, the definition of the term to my professional opinion can be expressed by the following way: "A term is a separate word or a phrase formed on the basis of a noun that denotes a professional concept and is designed to meet the specific needs of communication in the field of a particular profession (scientific, technical, production, management). The term is a necessary tool for professional thinking and professional development of objective reality"

Conclusion

To sum up, it is also assumed to adhere to a functional approach to the term and join the detailed definition that lies in the same channel, which is given by A.S. Gerd: a term is a unit of any specific natural or artificial language (word, phrase, abbreviation, symbol, a combination of a word and letters-symbols, a combination of words and numbers-symbols), which, as a result of a spontaneously developed or special conscious collective agreement, has a special terminological meaning, which can be expressed either in verbal form or in one or another formalized form and quite accurately reflects the main features of the corresponding concept that are essential at a given level of development of science and technology. The term is necessarily correlated with a certain unit of the corresponding logical-conceptual system in terms of content.

LIST AND REFERENCES:

1. Averbukh K.Ya. Manifesto of modern terminology // Materials international scientific and practical conference "Communication: theory and practice in various social contexts "Communication-2002" ("Communication Across Differences"). - 4.1. -Pyatigorsk: ISLU Publishing House, 2002. - p. 192-194.
2. Bragina A.A. Language vocabulary and culture of the country. - 2nd ed., Rev.
3. Danilenko and add. - M: Russian language, 1986 .-- Russian terminology.Linguistic experience descriptions.-M .: Nauka, 1977.-248 p.
4. Leichik V.M. Terminology: subject, methods, structure. - M .: Publishing house LCI, 2007. - p. 256.
5. Reformatsky A.A. What is the term and terminology // Questions about terminology: Materials of the All-Union Terminological Meeting. - M., 1961, p. 49.
6. Sadullaev D. B. (2020). Historical reality concepts. ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (84), pp. 414- 419.
7. Denis Bakhtiyorovich Sadullaev, "problems of understanding philosophical text as a linguistic phenomenon", journalnx - a Multidisciplinary peer reviewed journal, volume 6, issue 6, issn : 2581-4230, page no. 128-136.

Entered 09.11.2020

УДК 616.311.2-002(053.2)

GIPERTROFIK GINGIVITISNI IBN SINO TALIMOTIGA ASOSLANGAN HALQ TABOBATI USULLARI BILAN DAVOLASH

Saidova N.A., Saidova M.A.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Tish kasalliklari orasida periodontal kasalliklar intensivligi, tarqalishi va odam tishining halokatli oqibatlari bo'yicha ustunlik qiladi. Shu munosabat bilan yallig'lanishli periodontal kasalliklarni tashxislash, davolash va oldini olishning samarali usullarini izlash dolzarb muammo bo'lib qolmoqda.

So'nggi tadqiqotlar tananing ko'plab fiziologik jarayonlarini tartibga solishda zamonaviy nuqtai nazarni kengaytirish va to'ldirishga imkon berdi. Periodontal kasalliklar bundan mustasno emas. Ma'lumki, periodontal kasalliklarni kompleks davolashda stomatologlar periodontal cho'ntaklar mikroflorasiga va yallig'lanish jarayonining patogeneziga ta'sir etuvchi turli xil dori vositalaridan foydalanadilar. Ammo zamonaviy usul va vositalar ularning klinik samaradorligini to'liq oqlay olmaydi.Shu munosabat bilan, gingivitni xalq tabobati bilan davolashga yondashish stomatologik amaliyotda tobora ko'proq tan olinmoqda.

Kalit so'zlar: Gipertrofik gingivit, o'spirinlar, periodontal kasallik, Avisenna, xalq tabobati.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА НАРОДНЫМИ СРЕДСТВАМИ ПО МЕТОДАМ АВИЦЕННЫ

Саидова Н.А., Саидова М.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Среди стоматологических заболеваний болезни пародонта доминируют по своей интенсивности, распространенности и разрушительными последствиями для зубочелюстной системы человека. В связи с этим, в настоящее время актуальной проблемой остается поиск эффективных методов диагностики, лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

Исследования последних лет позволили расширить и дополнить современное представление в регуляции многих физиологических процессов организма. Исключением не являются и заболевания пародонта. Общеизвестно, что в комплексном лечении заболеваний пародонта стоматологи применяют широкий арсенал медикаментозных средств, влияющих как на микрофлору пародонтальных карманов, так и на различные механизмы патогенеза воспалительного процесса. Однако современные методы и средства не в полной мере оправдывают свою клиническую эффективность. В связи с этим все большее признание в стоматологической практике получает подход к лечению гингивита народными средствами.

Ключевые слова. Гипертрофический гингивит, подростки, заболевания пародонта, Авиценна, народные средства.

TREATMENT OF HYPERTROPHIC GINGIVITIS WITH FOLK MEANS BY AVICENNA METHODS

Saidova N.A., Saidova M.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Among dental diseases, periodontal diseases dominate in their intensity, prevalence and devastating consequences for the dentition of the person. In this regard, the search for effective methods for the diagnosis, treatment and prevention of inflammatory periodontal diseases remains urgent.

Recent studies have allowed to expand and complement the modern view in the regulation of many physiological processes of the body. Periodontal diseases are no exception. It is well known that in the complex treatment of periodontal diseases, dentists use a wide arsenal of medications that affect both the microflora of periodontal pockets and various mechanisms of the pathogenesis of the inflammatory process. However, modern methods and tools do not fully justify their clinical effectiveness. In this regard, the approach to the treatment of gingivitis with folk remedies is gaining increasing recognition in dental practice.

Key words: Hypertrophic gingivitis, adolescents, periodontal disease, Avicenna, folk remedies.

Актуальность

Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из наиболее актуальных проблем современной стоматологии. В настоящее время наблюдается увеличение числа больных с воспалением мягких тканей пародонта с преобладанием в их структуре генерализованных форм гингивита и пародонтита. По данным ВОЗ более 80 % населения страдают заболеваниями пародонта, приводящих к потере зубов, появлению очагов хронической инфекции в полости рта, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации и других расстройств.

Заболевания пародонта в последнее время приобрели значимость как общемедицинской, так и социальной проблемы.

Тысячу лет назад, когда жил и творил Авиценна, в состав лекарств не включалась мертвая материя в виде химических добавок. Те тысячи рецептов, что оставил нам арабский врач, содержат только естественные компоненты растительного, животного и минерального происхождения. Эти рецепты - отнюдь не отвлеченные умственные построения, они проверялись лично Авиценной и другими известными врачами. А поскольку многие знания той эпохи утрачены, проверка и поиск соответствия прежних названий компонентов нынешним продолжается и сегодня.

Затем принялись за решение задач "перевода" его рецептов на язык современной фитотерапии. Это не всегда легко: порой смысл некоторых названий утерян. Их приходится восстанавливать, используя контекст или общее понимание тех качеств, которые требуются для достижения нужного эффекта.

Методы лечения Авиценны

Расслабление десен

Когда оно незначительно, то достаточно полоскать рот водой, в которой варились вяжущие лекарства - горячие или холодные, смотря по натуре десны; одно из очень полезных при этом средств - квасцы, кипяченые в уксусе. Если же расслабление велико, то правильно будет надрезать десну и оставить кровь течь, удаляя то, что вытекает, а затем, после этого, полоскать рот отваром из вяжущих веществ упомянутым выше способом.

Вот подходящий для этого отвар: взять толченых плодов тамариска - три дирхама, листьев хны - два дирхама, аристолохии - один дирхам, изготовленный из всего этого отвар подогреть и употреблять.

Или взять цветков гранатника и корок граната- по шести дирхамов, обоих мышьяков и йеменских квасцов - по три, розы и багдадского сумаха - по восьми, сумбула ароматного и цветков ароматного ситника - по десяти дирхамов; из всего этого изготовляют липкую густую мазь.

Кровопускание из чахар рага тоже помогает от этого заболевания.

Описание лекарства для склеивания, подходящего в этом случае и употребляемого после полосканья рта: розы вместе с чашечками и перца- по семи дирхамов, кожицы желудя, цветков гранатника, семян зеленого мирта - по четыре, набатейских рожков, очищенного сумаха и армака - по пяти; или вместо армака - мирта восемь дирхамов. Иногда полезно смазывать нёбо ийараджем, полоскать рот настоем морского лука на уксусе и употреблять крепкие зубные порошки.

Излишнее мясо на десне. На него кладут калканд и мирру, это его счищает.

Для лечения гингивита народными средствами в домашних условиях можно использовать отвары и настои практически любых трав, обладающих противовоспалительными и антисептическими свойствами. Их используют в качестве средств для полоскания ротовой полости. Можно использовать различные мази и компрессы для десен на основе лекарственных трав. Они помогают убрать зуд, болевые ощущения, ускорить заживление язв.

Настой цветов ромашки. Для приготовления настоя для полоскания рта при гингивите, нужно 1 столовую ложку соцветий ромашки залить 200 мл кипятка. Такое средство должно простоять 30 минут, после чего его тщательно процеживают. Теплым раствором рекомендуется прополаскивать рот до 5 раз в день.

Кора граната. Для лечения гингивита рекомендуется использовать средство для полоскания на основе коры граната. Для этого нужно заварить 20 г измельченной коры граната в 200 мл воды. После этого требуется прокипятить настой примерно 20 минут, затем его процеживают и применяют как средство для полоскания ротовой полости.

Имбирь. При гингивите помогает настой на основе корня имбиря. Для его изготовления 2 столовые ложки тертого корневища смешивают с 50 мл сока лимона и доливают 500 мл горячей воды. Когда раствор настоится можно долить туда 1 столовую ложку жидкого меда. При полоскании устраняются неприятные симптомы, уменьшается воспаление десен.

Настой лепестков роз. Для изготовления настоя надо использовать лепестки роз. Для этого 3-4 предварительно высушенных лепестка заливают 1 стаканом кипятка. Оставляют раствор для настаивания пока настой полностью не остынет. После этого слегка теплым средством прополаскивают полость рта 3-4 раза в день. Помогает данный раствор при катаральных гингивитах.

Облепиховая мазь. Чтобы вылечить гингивит, рекомендуется приготовить жидкую лечебную мазь на основе ягод облепихи. Для этого 10 мл выдавленного из ягод масла следует перемешать с 20 мг каротина. Полученная смесь наносится тонким слоем на десне. Данное средство оказывает болеутоляющий, заживляющий и восстанавливающий эффект.

В качестве профилактики рекомендуется проводить правильную, периодическую обработку ротовой полости. Необходимо чистить зубы 2 раза в день, использовать зубную нить по необходимости. Важно правильно, полноценно питаться, вести здоровый образ жизни, исключить вредные привычки. Необходимо избегать травм десен, своевременно лечить любые инфекционные и хронические заболевания. Необходимо 1 раз в полгода посещать стоматолога и регулярно проводить удаление зубного камня.

Перед использованием любых народных методов лечения гингивита необходимо посетить стоматолога. Некоторые лекарственные травы могут быть противопоказаны для лечения детей, беременных и кормящих матерей. Возможна аллергическая реакция на какой-либо растительный компонент при индивидуальной непереносимости. Бесконтрольное использование народных средств лечения может вызвать ухудшение, признаки интоксикации организма. Рекомендуется точно соблюдать указанную в рецепте дозировку.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бирюкова Ю.А., Морозова С.И., Фукс Э.И. Изменение цитоморфометрических показателей до и после лечения ортофеновыми и диоксидиновыми мазями у пациентов с гипертрофическим гингивитом легкой степени тяжести, отечной формой // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2014. - №. 1. С. 137-140. DOI: 10.17816 / PAVLOVJ20141137-140
2. Булгакова А.И. Иммунологические аспекты пародонтита / А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев, Г.Ш. Зубаировой. - Германия, 2012. - 125 с. https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36366

3. Булгакова А.И. Клинико-иммунологическая характеристика местного иммунитета у больных хроническим катаральным гингивитом / А.И. Булгакова, Н.А. Васильев, Е.А. Имельбаева // Пародонтология. - 2018. - Т. XXIII, вып. 2 (87). - С. 29-35. https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.2.5
4. Иорданишвили А.К. Возрастная эпидемиология заболеваний пародонта / А.К. Иорданишвили, А. Тихонов, А. Арьев // Пародонтология. - 2010. - Т. 15, вып. 1 (54). - С. 25-28. https://doi.org/10.25207/1608-6228-2016-1-57-61
5. Саидова Нилуфар Ахроровна. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ВЕКТОРНОГО АППАРАТА В УЗБЕКИСТАНЕ // Австрийский журнал технических и естественных наук № 3-4. 2019 март - апрель. Vienna Publishing 2019. Стр. 8-10.
6. Линник, Л.Н. Комплексная реабилитация пожилых людей с заболеваниями пародонта / Л.Н. Линник, Д.А. Трунин, Н. Захарова // Клиническая геронтология. - 2011. - Т. 17, вып. 5-6. - С. 27-30. http://elibrary.ru/item.asp?id=16690205
7. Мусаев Э. Р. Противоспалительные цитокины в смешанной слюне женщин в менопаузе с заболеваниями пародонта в сочетании с вторичным остеопорозом // Клиническая стоматология. - 2010. - №. 3. - С. 74-75.
8. Орехова Л. Ю. Проблемы стоматологического здоровья у молодежи (обзор литературы) / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, Н.Р. Чеминава // Пародонтология. - 2014. - №. 2 (71). - С. 3-5.
9. Цепов Л.М. Патогенетическое обоснование клинического применения препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) / Л.М. Цепов, А. Николаев, М. Нестерова // Пародонтология. - 2018. - Т. 23, вып. 2 (87). - С. 4-9. https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.2.1
10. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНГИВИТА. Камилов Х.П., Саидова Н.А. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗНАЧЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ. Материалы международной научно-практической онлайн-конференции (Самарканд, 1 мая 2020 г.). DOI: 10.26739 / conf_01 / 05/2020
11. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОЙ ДЕНЫ И ИММУНИТЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ. Камилов Х.П., Саидова Н.А., Тахирова К.А., Махмудова Н.З. ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК-2. http: // dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2020-SI-2-151.
12. Ибн Сина (Авиценна). Избранные философские произведения. М.: Наука, 1980.
13. Абу Али ибн Сино "Канон врачебной науки", Издательство "Фан", Т., 1979.

Посеупила 09.11.2020

УДК 616.716

BUXORO VILOYATIDAGI MAKTABGACHA TA'LIM MUASSASALARI TARBIYALANUVCHILARI VA MAKTABLAR ORASIDAGI TISH-JAG‘ TIZIMINING ANOMALIYALARI TUZILISHIDAGI O‘ZGARISHLARNI VA O‘ZGARISHLARNI DINAMIKASINI O‘RGANISH

Saidova M.A.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Yuz jag anamaliyalarining tarqalish dinamikasi, shakl o‘zgarishlari va nazologik forrmalarini prikus shakllanishining turli bosqichlarida o‘rganish juda qiziqarli. Prikus rivojlanish mexanizmi, chaynash mexanizmi, uning intensivligi va mushaklar rivojlanishi, aniqrog‘i chaynov va tepa mushaklarining rivojlanishi bilan bog‘liq. Almashinish prikusi tishlar va ularning antagonist juftliklarining yetarli emasligi, va natijada chaynash mushaklarining funktsional muvozanatining buzilish jarayonlari bilan kechadi, va jag‘ anamaliyalari rivojlanishi uchun eng xafli davr hisoblanadi,. Tish va jag‘ anamaliyalari -stomatologiyada eng keng tarqalgan patologiyalardan biri hisoblanadi. Ularning chastotasi yoshga qarab o‘zgaradi va ko‘plab mahalliy va umumiy omillarga bog‘liq bo‘ladi.Tish jag‘ anomaliyalarining tarqalishi va strukturasi yosh normasidan og‘ish darajasidan tortib to shakllangan tish-jag‘ anomaliyagacha bo‘lgan shakllari har xil somatik sog‘liqqa ega bo‘lgan, Buxoro viloyatida tug‘ilib istiqomat qiluvchi 5-12 yoshgacha bo‘lgan 100ta bolada o‘rganildi.

Kalit so‘zlar: bolalar, almashinish prikusi, tish anomaliyalari, tish-jag‘ anomaliyalar, tarqalish.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ РОСТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДОШКОЛЬНИКОВ И ШКОЛЬНИКОВ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Саидова М.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Большой интерес представляет изучение динамики роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы и их назологических форм на разных этапах формирования прикуса. Механизм развития прикуса связан с формированием функции жевания, зависит от ее интенсивности, от развития нескольких, а именно собственно жевательных и височных мышц. Период сменного прикуса является самым уязвимым для развития зубочелюстных систем, который сопровождается недостаточным количеством зубов и пар антогонистов, нарушением функционального равновесия жевательных мышц.Зубочелюстные аномалии - достаточно распространенная стоматологическая патология. Их частота изменяется с возрастом и зависит от множества местных и общих факторов. Изучены распространенность и структурный состав зубочелюстных аномалий с градацией от возрастной нормы до сформированных аномалий зубочелюстной системы у 100 детей 5-12 лет, родившихся и проживающих в Бухарской области, с разным уровнем соматического здоровья.

Ключевые слова: дети, сменный прикус, аномалии положения зубов, зубочелюстные аномалии, распространенность.

STUDYING THE DYNAMICS OF THE GROWTH OF THE PREVALENCE AND CHANGES IN THE STRUCTURE OF THE DENTAL-MILLING SYSTEM ANOMALIES AMONG PRESCHOOLERS AND PUPILS OF THE BUKHARA REGION

Saidova M.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

It is of great interest to study the dynamics of the increase in the prevalence and changes in the structure of anomalies of the dentition and their nasological forms at different stages of bite formation. The mechanism of bite development is associated with the formation of the chewing function, and depends on its intensity, on the development of several muscles, namely the chewing and temporal muscles. The period of mixed bite is the most vulnerable for the development of dentition, which is accompanied by an insufficient number of teeth and pairs of antagonists, and a violation of the functional balance of the masticatory muscles.

Dentofacial anomalies are a fairly common dental pathology. Their frequency changes with age and depends on many local and general factors.

The prevalence and structural composition of dentoalveolar anomalies with gradation from the age norm to the formed anomalies of the dentoalveolar system were studied in 100 children of 5-12 years old, born and living in the Bukhara region, with different levels of somatic health.

Key words: children, changeable bite, dental anomalies, dentoalveolar anomalies, prevalence.

Актуальность

Изучения частоты и структуры аномалий зубочелюстной системы обусловлена широкой распространенностью данной патологии среди детей всех возрастных групп. Анализ публикаций некоторых авторов по вопросам эпидемиологии стоматологических заболеваний за последние 30 лет свидетельствуют о высоком уровне патологий развития зубочелюстной системы. [3]

Аномалии положения зубов и прикуса во многих случаях влияет не только на эстетику лица, что само по себе является весьма значимым фактором, но и оказывает выраженное влияние на состояние общего здоровья человека, а некоторые нарушения, связанные с патологией опорно-двигательной и дыхательной системы возможно лечить только комплексно, с привлечением врачей разных специальностей [1].

Цель исследования. Выявить распространённость аномалий зубочелюстной системы у дошкольников и школьников в возрасте от 5 до 12 лет, проживающих в Бухарской области.

Материал и методы

Изучены показатели распространенности и интенсивности зубочелюстных аномалий у 5-12 летних детей, родившихся и проживающих в Бухарской области, отличающихся различным уровнем антропогенного загрязнения окружающей среды. Проведено стоматологическое обследование 100 дошкольников и школьников в возрасте 5-12 лет, из них проживающие в промышленном районе 50 детей, и 50 человек живут в центральном районе. Обследование проводилось в стоматологических кабинетах дошкольных и школьных учреждений при проведении плановой санации детей. Результаты обследования вносились в «Карту для оценки стоматологического статуса».

Обследование проводилось по методике ЦНИИС (А.И. Рыбаков, 1964).

Её отличительной характеристикой является то, что в вышеуказанной карте отражаются имеющиеся аномалии зубов и прикуса, наряду с кариозными поражениями зубов и их осложнениями, отмечается патология со стороны пародонта и слизистых оболочек ротовой области, также отмечается наличие ортопедических конструкций и ортодонтических аппаратов, благодаря чему стоматологический статус больного может быть всесторонне изучен [2,6,8].

Все осмотренные были разделены на две возрастные группы соответственно начальному периоду смены зубов (5-9 лет) и второму периоду смены (9-12 лет). В первую группу вошли 58 человек, во вторую - 42.

Для распределения аномалий отдельных зубов и зубных рядов придерживались классификации аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования МГМСУ (1990), для распределения аномалий окклюзии зубных рядов - классификации Л. С. Персина (1989).

Таблица1

Распространенность аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников Бухарской области

Возраст	Распространённость ЗЧА
5	65,6±3,66%
6	72,5±4,25%
7	80,8±5,74%
8	83,6±3,53%
9	97,0±2,09%
10	63,2±4,68%
11	49,4±5,36%
12	44,2±4,67%
Итого	69,5±4,25%

Таблица 2.

Распространенность аномалий положения зубов и прикуса среди дошкольников и школьников Бухарской области

Возраст	Аномалии прикуса	Аномалии положения зубов
5	41,8±2,33%	23,8±1,33%
6	46,1±2,70%	26,36±1,55%
7	51,0±7,29%	29,8±6,67%
8	60,0±4,67%	23,6±4,04%
9	63,6±5,92%	33,3±8,80%
10	41,5±4,78%	21,7±4,00%
11	28,7±4,84%	20,7±4,34%
12	22,1±3,90%	22,1±3,90%
Итого	44,4±4,55%	25,17±4,33%

Результаты обсуждение

В литературе нет единого мнения в отношении частоты различных видов аномалий прикуса. Одни авторы считают, что наиболее часто встречается сужение зубных рядов, затем глубокий, прогнатический, открытый прикусы. Другие на первое место ставят глубокий прикус, затем сагиттальные аномалии прикуса [6].

По ниже излагаемым таблицам можно увидеть, что аномалии прикуса встречаются чаще, чем аномалии зубов (Таблица 2).

Результаты обследования 100 детей дошкольных и школьных учреждений промышленных и центральных районах Бухарской области показали, что распространенность зубочелюстных аномалий разной степени выраженности достигает у детей первой группы в среднем 75,6%, а у второй группы этот показатель уменьшается до 63,45% ($p < 0,001$). Большинство обследованных во всех возрастных группах от 5 до 12 лет имело уже сформированные аномалии зубочелюстной системы.

Заключение

Очевидно, что ортодонтическая патология несмотря на тенденцию к её уменьшению в старших возрастных группах имеет достаточно высокую распространённость в возрасте 7, 8 и 9 лет, это говорит о том, что формирование зубочелюстной системы детей дошкольного возраста протекает в весьма неблагоприятных условиях. Качественная ортодонтическая помощь оказывает влияние на качество жизни и здоровье пациента [7].

На формирование правильного положения зубов и прикуса оказывает влияние множество эндо- и экзогенных факторов. Изменившиеся условия окружающей среды, ухудшающаяся экологическая обстановка, болезни матери и ребёнка всё это вызывает нарушения нормального развития всего зубочелюстного комплекса, что ведёт к дальнейшему ухудшению здоровья и качества жизни человека [4].

Следовательно, необходимы более раннее выявление, устранение, профилактика появления факторов риска и причинных факторов развития ЗЧА даже при отсутствии морфофункциональных признаков отклонений в зубочелюстной системе [5]. Всё это требует принятия немедленных мер по разработке комплекса мер направленных на профилактику зубочелюстных аномалий у детей дошкольного и школьного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алимский Л.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников // Стоматология. 2002. № 5. С. 67-71.
2. Митин Н.Е. Варианты реабилитации пациентов после хирургической санации полости рта: дис.канд. мед. Воронеж, 2008.
3. Нефедова Е.С Аномалии зубочелюстной системыу детей ГБОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия", Оренбург. Оренбурский медицинский вестник, ТОМ I, № 3. С. 6-9.
4. Образцов Ю.Л. Клинико-статистический анализ факторов возникновения зубочелюстных аномалий у детей // Стоматология. 1991. № 1. С. 66-69.
5. Пирогова Е.Ю. Динамика распространенности и изменения структурного состава зубочелюстных аномалий у детей в периоде сменного прикуса. Пермский медицинский журнал. 2010. С. 74-78.
6. Тихонов В.Э., Митин Н.Е., Гришин М.И. Исследование распространённости аномалий положения зубов и прикуса у школьников, приживающих в условиях крупного города. Журнал научных статьей в XXI веке "Здоровье и образование". 2017. Том 19. №5. С. 94-96.
7. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Гришин М.И. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протезировании. Клинико-экспериментальное исследование. Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 4.С. 116-120.
8. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Царькова Т.В.Социально - психологическая реабилитация пациентов после хирургических операции при несращениях губы, неба или сочетанных несращениях (обзор литературы) // Наука молодых- Eruditio Juvenium. 2015.№4. С.134-138
9. Саидова Нилуфар Ахроровна. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ВЕКТОРНОГО АППАРАТА В УЗБЕКИСТАНЕ // Австрийский журнал технических и естественных наук № 3-4. 2019 март - апрель. Vienna Publishing 2019. Стр. 8-10.
10. Kamalova F. R., Eshonkulov G.T., Radjabov A. A., Saidova M. A. The study of anomalies of maxilla-facial system of children's age in the bukhara region// ACADEMICIA An International Multidisciplinary Research Journal Vol. 9 Issue 12, December 2019. - P. 63-67. 10.5958/2249-7137.2019.00125.3
11. Kamalova F.R., Radjabov A.A., Turayeva F.A., Afakova M.Sh. Frequency of spread of a short frenum of the tongueand upper lip in preschool// AJMR: Asian Journal of Multidimensional Research Vol 8, Issue 12, December 2019. - P. 126-129.10.5958/2278-4853.2019.00332.X
12. Раджабов А.Б., Раджабов А.А., Темирова Н.Р., Камалова Ш.М. Оценка результатов первичной хейлопластики у детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и нёба// Электронный научный журнал "Биология и интегративная медицина" 2017 №5 (май) С. 36-46.

Посеупила 09.11.2020

УДК 502.06

TAJRIBANI O‘TKIR NURLANISH TASIRIDA YO‘G‘ON ICHAKDAN ICHKI A'ZOLARGA O‘TGAN MIKRO ORGANIZMLAR SHTAMLARINING UNISH XUSUSIYATLARI VA IMMUN

Sultonova L.D., Nuraliev N.A., Narzullaev Yu.S.,

Buxoro davlat tibbiyot inistituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Turli tashqi va ichki ta'sirlar natijasida odam yo‘g‘on ichagidagi normal mikroflora vakillarining muvozanati buzilganda, ichak shilliq qavati o‘tkazuvchanligi oshganda hayotga layoqatli mikroorganizmlarning turli ichki a'zolarga translokatsiyasi kuchayadi. Bunda sog‘lom odamlarda kuzatiladigan tranzitor bakteriemiya holatida ham o‘zgarishlar sodir bo‘lib, bu jarayonnning kuchayishi to‘g‘risida ma'lumotlar bor.

Kalit so‘zlar: oshqozon ichak tizimi, mikroflora.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ, ПЕРЕХОДЯЩИХ ИХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ВО ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОСТРОЙ РАДИАЦИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ

Султонова Л.Д., Нуралиев Н.А., Нарзуллаев Ю.С.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

В результате различных внешних и внутренних воздействий нарушается баланс нормальной микрофлоры в толстой кишке человека, увеличивается транслокация жизнеспособных микроорганизмов к различным внутренним органам по мере увеличения проницаемости слизистой оболочки кишечника. Также наблюдаются изменения в состоянии преходящей бактериемии у здоровых людей и есть сообщения об усилении этого процесса.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, микрофлора.

EXPERIMENTAL FEATURES OF THE GROWTH OF STRAINS OF MICROORGANISMS TRANSFERING THEIR LARGE INTESTINAL INTO THE INTERNAL ORGANS UNDER EXPOSURE OF ACUTE RADIATION AND THEIR EFFECT ON THE IMMUNE SYSTEM

Sultonova L.D., Nuraliev N.A., Narzullaev Yu.S.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

As a result of various external and internal influences, the balance of normal microflora in the human large intestine is disturbed, the translocation of viable microorganisms to various internal organs increases as the permeability of the intestinal mucosa increases. There are also changes in the state of transient bacteremia in healthy people and there are reports of an increase in this process.

Key words: gastrointestinal tract, microflora.

Долзарблиги

Ҳаёти давомида макроорганизм ўз биотопларида жойлашган микроорганизмлар билан симбиозда яшайди. Ушбу бир бирига фойда келтириб, ўзаро узвий алоқада яшаш филогенезда ташкил топган бўлиб, онтогенезда индивидуал шаклланади [8, 9, 16]

Одам турли биотопларида (ошқозон ичак тизими, нафас олиш тизими, тери ва шиллиқ қаватлар, сийдик-таносил тизими) жойлашган нормал микрофлора организм иммун тизимини шакллантириш ва фаолиятини қўллаб туришда, доимий антиген стимулини таъминлаб, антигенларга қарши фаол иммун жавобни таъминлашда иштирок этади. Ўз навбатида иммун тизими ҳам турли биотоплардаги нормал микрофлора вакилларини миқдорий ва сифатий жиҳатдан регуляция қилишда муҳим ўрин тутади [3, 11, 15].

Турли ташқи ва ички таъсирлар натижасида одам йўғон ичагидаги нормал микрофлора вакилларининг мувозанати бузилганда, ичак шиллиқ қавати ўтказувчанлиги ошганда ҳаётга лаёқатли микроорганизмларнинг турли ички аъзоларга транслокацияси кучаяди [7, 13, 13]. Бунда соғлом одамларда кузатиладиган транзитор бактериэмия ҳолатида ҳам ўзгаришлар содир бўлиб, бу жараённинг кучайиши тўғрисида маълумотлар бор [11, 17].

Микроорганизмларнинг ички аъзоларга транслокацияси механизми, улардаги ўзгарувчанлик, организмда келтириб чиқарадиган патология олди ва патологик ҳолатлар тўғрисида талайгина ишлар қилинган бўлса ҳам [1, 7, 9, 13], аммо бу жараёнда иммун тизимининг ўрни етарлича очиб берилмаган. Шу сабабли микроорганизмларнинг ички аъзоларга транслокацияси жараёнида иммун тизимнинг ўрнини баҳолаш учун тажрибавий тадқиқотларни давом эттириш мақсадга мувофиқ.

Тадқиқот мақсади

Ўткир нурланиш таъсирида иккиламчи иммунодефицит келтириб чиқарган ҳолатда кузатув динамикасида йўғон ичакдан ички аъзоларга транслокация

бўлган микроорганизмлар учраш фоизини тажрибада ўрганиш бўлди.

Материал ва услуллар

Тадқиқотларга жами 162 нафар оқ зотсиз сичқонларнинг эркаклари жалб қилинди. Уларнинг вазни 25-28 гр бўлиб, ёши 2-3 ойни ташкил этди.

Барча лаборатория ҳайвонлари 3 та гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (n=54) - нурланган оқ зотсиз сичқонлар; 2-гуруҳ (n=54) - нурланган ва биокоррекция ўтказилган оқ зотсиз сичқонлар; 3-гуруҳ (n=54) - нурланмаган оқ зотсиз сичқонлар (интакт).

Лаборатория ҳайвонларини парваришлаш, боқиш, гуруҳларга ажратиш анъанавий усуллар ёрдамида амалга оширилди [10]. Лаборатория ҳайвонлари билан ишлашнинг этик тамойиллари ва биологик ахвфсизлик қоидаларига қатъий риоя қилинди [2, 4, 10]. Тажрибагача барча лаборатория ҳайвонлари 10 кун давомида карантинда тутилди.

Иммун тизим ўрнини тажрибада аниқлаш мақсадида иккиламчи иммунодефицит модели - нур касаллигидан фойдаланилди [14].

Лаборатория ҳайвонларини бир марта тотал нурлантириш (ўткир нурланиш) χ-тиббиёт нурлантирувчи асбоби РУТ-250-15-2 (РУМ) орқали амалга оширилди. Нурланиш дозаси 5 Грейни ташкил этиб, ҳар Грейда 11 минут 37 секунд сарфланди. Жами нурланиш вақти 58 минут 8 секундга тенг бўлди. Нурлантирувчи найчадан лаборатория ҳайвонлари танаси юзасигача бўлган масофа 65 см ни ташкил этди, нурлантирувчи манба мис (Cu) бўлди.

Нурланган оқ зотсиз сичқонлар 5-кунгача умумий виварий рационида тутилди, 2-гуруҳ лаборатория ҳайвонларига нурланган кундан бошлаб, ватанимизда ишлаб чиқарилган биологик препаратлар билан биокоррекция қилинди. 1- ва 3-гуруҳ ҳайвонлари фақат виварий рационида тутилди. Нурлангач, тажрибанинг 5-, 7- ва 9-кунларида лаборатория ҳайвонлари жонсизлантирилиб, ички аъзолардан намуналар "босма-суртма" ва Гольд бўйича олинган ҳолда бактериологик тадқиқотлар давом эттирилди.

Кенгайтирилган бактериологик тадқиқотлар лаборатория ҳайвонлари мезентериал лимфа тугунлари, жигари, талоғи, ўпкаси ва периферик қонидан олинган биологик ашёлардан унган микроорганизмларга нисбатан ўтказилди. Идентификация Bergys Manual Sistematic Bacteriology (1997) бўйича олиб борилди. Бактериологик текширишлар учун "HiMedia" фирмаси (Ҳиндистон) озиқ муҳитларидан фойдаланилди.

Ушбу илмий-тадқиқот ишида асосий вазифа йўғон ичакдан ички аъзоларга транслокация бўлган микроорганизмлар униш фоизини аниқлаш бўлгани учун фақат транслокацияга қодир микроорганизмлар авлодлари идентификация қилинди - Escherichia spp, Proteus spp, Staphylococcus spp, Enterococcus spp, Bacteroides spp [5, 6, 12].

Натижаларни статистик ишлаш учун анъанавий вариацион статистика усулларидан фойдаланилди. Унда ўртача арифметик миқдор (M), ўртача миқдор ҳатоси (m) ва ишончлилик мезони (t) аниқланди. Барча текширишлар "Pentium-IV" процессорли персонал компьютерларда "Exsel" дастури ёрдамида амалга оширилди. Тадқиқотларни ташкил этиш ва ўтказишда далилларга асосланган тиббиёт тамойилларидан фойдаланилди.

Натижа ва таҳлил

Тажрибада лаборатория ҳайвонлари мезентериал лимфа тугунларига йўғон ичагидан транслокация бўлган микроорганизмларнинг учраш фоизи кузатув динамикасида ҳар учала гуруҳда бир биридан фарқли бўлди (1-жадвал).

Агар 1-гуруҳда нурлангандан кейин 5-кунда йўғон ичакдан транслокация бўлган микроорганизмлар учраш фоизи 88,89±7,41% ни (18 тадан 16 тасида) ташкил этган бўлса, 7-кунга келиб бу кўрсаткич 93,75±6,05% гача ошди (16 тадан 15 тасида). Нурлангандан сўнг 9-кунда транслокация бўлиш максимал даражага етди - 100,0% (12 тадан 12 тасида).

Кўриниб турибдики, нурлангандан кейин транслокация бўлган микроорганизмлар фоизи динамикада ортиб борган.

1-жадвал

Тажрибада ўткир нурланишдан сўнг йўғон ичакдан мезентериал лимфа тугунларига транслокация бўлган микроорганизмлар учраш фоизининг динамикадаги кўрсаткичлари

Гуруҳлар	Нурлангандан кейинги муддат	Натижалар	
		Мутлоқ	%
1-гуруҳ (нурланган), n=54	5-кун, n=18	16	88,89±7,41
	7-кун, n=16	15	93,75±6,05
	9-кун, n=12	12	100,0
2-гуруҳ (нурланган + биокоррекция), n=54	5-кун, n=18	15	83,33±8,78
	7-кун, n=17	13	76,47±10,29
	9-кун, n=16	9	56,25±12,40
3-гуруҳ (нурланмаган, назорат), n=54	5-кун, n=18	1	5,56±5,40
	7-кун, n=18	0	0
	9-кун, n=18	1	5,56±5,40

Лаборатория ҳайвонларининг 2-гуруҳида (нурланган + биокоррекция) бўлса, бунинг тескарисини кузатдик. Вақт ўтиши билан мезентериал лимфа тугунларидан микроорганизмлар униш фоизи камайиб борди - мос равишда 5-кунда 83,33±8,78% (18 тадан 15 тасида); 7-кунда 76,47±10,29% (17 тадан 13 тасида) ва 9-кунда 56,25±12,40% (18 тадан 16 тасида).

Аммо, 3-гуруҳда (нурланмаган, интакт) кузатув даврида ўзгаришлар кузатилмади. Транслокация бўлган микроорганизмлар 5,56±5,40% дан (18 тадан 1 тасида) ошмади, уларнинг кўпайиши ёки камайиш тенденцияси кузатилмади.

Натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, нурланиш тотал иммунодефицит билан бирга йўғон ичак шиллиқ қавати ўтказувчанлик ҳусусиятини ҳам оширган, чунки назорат гуруҳига (нурланмаган) нисбатан бошқа гуруҳларда (нурланган) микроорганизмлар учраш фоизи кескин, ишонарли ошган (P<0,001). Муддат ўтиши билан 1-гуруҳда учраш фоизи ошиб борган ва кузатув даврининг оҳирига келиб максимал даражага (100%) етган.

Лаборатория ҳайвонлари 5-кунгача per os биокоррекция қилинганининг ижобий таъсири 1- ва 2-гуруҳлар солиштирма таҳлил қилинганда аниқланди. Демак, тотал иммунодефицит йўғон ичакда дисбиоз белгиларини келтириб чиқариб, индиген микроорганизмлар камайиши, факультативларнинг кўпайишига олиб келган. Биокоррекция ёрдамида шу мувозанат тиклашга ҳаракат қилинганда транслокация бўлиш пасайганини микроорганизмлар учраш фоизи кузатув даври мобайнида камайгани натижасида аниқланди.

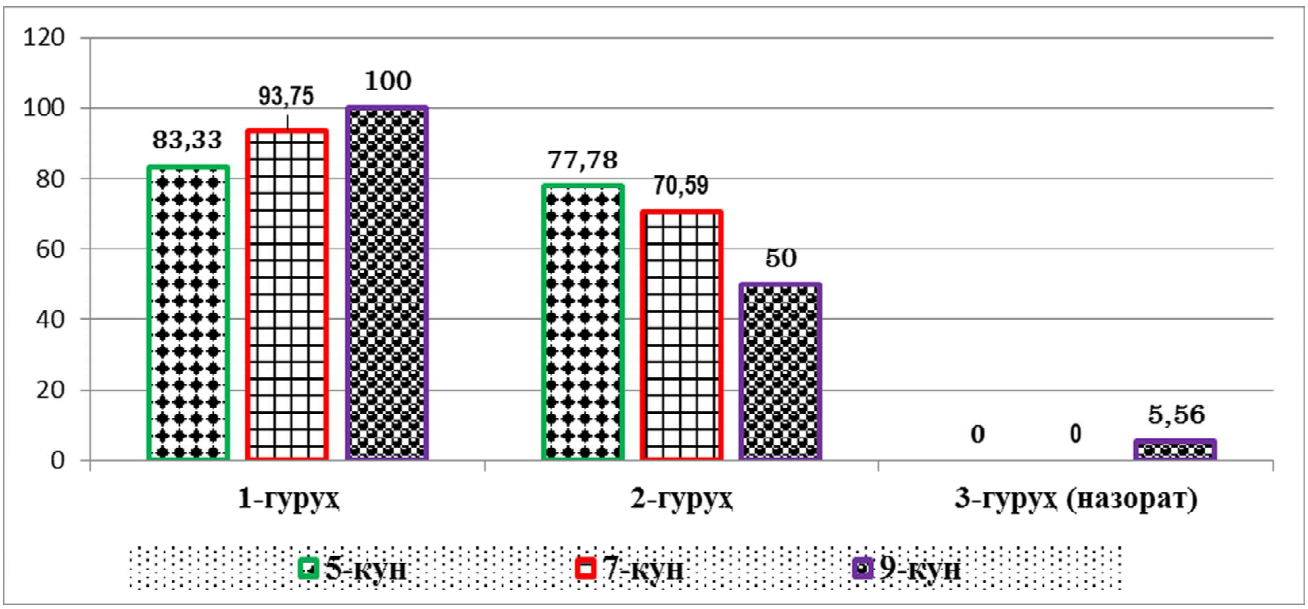
Яна бир жиҳат шуки, 1-гуруҳда тажрибанинг 7-кунида лаборатория ҳайвонлари ўлими ҳолати 11,11% ни (n=2) ташкил этган бўлса, 2-гуруҳда бу кўрсаткич 5,56% (n=1) бўлди, муддат ўтиши билан (9-кун) 1-гуруҳда ўлим ҳолати 33,33% га (n=6) етган бўлса, 2-гуруҳда ўлим фоизи 11,11% ни (n=2) ташкил этди. Солиштирма таҳлил ўлим ҳолати камайиши биокоррекциянинг ижобий таъсири, деб талқин қилишимизга имкон берди. Назорат гуруҳида ўлим фоизи кузатилмади.

Шундай қилиб, лаборатория ҳайвонларида тотал иммунодефицит чақириш учун бир марта ўткир нурлантирилгач, кузатув динамикасида мезентериал лимфа тугунларига йўғон ичакдан ўтган микроорганизмларнинг униш фоизи ошиб борди ва нурланишдан кейинги 9-кунда 100,0% га етди. Биокоррекция ўтказилган, нурланган лаборатория ҳайвонларида ҳам микроорганизмлар униш фоизи юқори бўлди, аммо кузатув динамикасида улар фоизи пасайиб борди ва нурланишдан сўнгги 9-кунда 56,25% гача камайган. Назорат гуруҳида ушбу қонуниятлар кузатилмади, униш фоизи бўлса 5,56% дан ошмади. Эътиборли жиҳат, кузатув даврида назорат гуруҳи (нурланмаган) ҳайвонларининг барчаси тирик қолгани ҳолда, нурланган сичқонлар вақт ўтиши билан ўлаверди ва 9-кунга келиб ўлим кўрсаткичи 1-гуруҳда 33,33% га, 2-гуруҳда 11,11% етди.

Юқоридагига ўҳшаш тажрибавий ва микробиологик тадқиқотлар лаборатория ҳайвонлари жигари билан ҳам ўтказилди.

Лаборатория ҳайвонлари жигаридан микроорганизмлар униш даражаси мезентериал лимфа тугунлари параметрларига ўхшаш бўлди - у кузатув даври мобайнида униш фоизининг ўсиш тенденциясига ва интенсивлигига таалуқли бўлди. Жигарга йўғон ичакдан транслокация бўлган микроорганизмлар униш кўрсаткичлари кузатув даври мобайнида динамикада ошиб борди - мос равишда 1-гуруҳда 5-кунда 83,33±8,78%; 7-кунда 93,75±6,05% ва 9-кунда 100,0%.

Биокоррекция қўлланилган 2-гуруҳ лаборатория ҳайвонларидаги ўзгаришлар тенденцияси ва интенсивлиги мезентериал лимфа тугунлари билан амалий жиҳатдан бир ҳил бўлди - мос равишда 5-кунда 77,78±9,80% (18 тадан 14 тасида); 7-кунда 70,59±11,05% (17 тадан 12 тасида) ва 9-кунда 50,0±12,50% (12 тадан 6 тасида). Биокоррекциянинг ижобий таъсири 1- ва 2-гуруҳ параметрларининг бир бирига тескари пропорционал бўлганидан ҳам кўриниб турибди (1-расм).



1-расм. Тажрибада лаборатория ҳайвонлари йўғон ичагидан ўтган микроорганизмларнинг жигардан униш кўрсаткичлари, %

Шундай қилиб, тажрибада нурланган лаборатория ҳайвонлари йўғон ичагидан ўтган микроорганизмларнинг жигарда униш кўрсаткичлари таҳлили шуни кўрсатдики, нурлангач, муддат ўтиши билан униш фоизлари ошиб бориш тенденциясига эга, аммо кўпайиш интенсивлиги мезентериал лимфа тугунлари параметрларидан паст бўлди. Нурланган, биокоррекция ўтказилган лаборатория ҳайвонларида олинган нати-

жалар тескари пропорционал бўлди. Бу биокоррекциянинг нурланишнинг йўғон ичак нормал микрофлорасига салбий таъсирини камайтиргани билан боғлиқ. Ҳар иккала нурланган лаборатория ҳайвонлари гуруҳлари параметрлари назорат гуруҳи кўрсаткичларидан кескин фарқ қилиши нурланишнинг иммун тизимига, у орқали йўғон ичак нормал микрофлорасига салбий таъсири билан боғланди.

Илмий ишнинг кейинги босқичи нурланган лаборатория ҳайвонлари талоғида улар йўғон ичагидан ўтган микроорганизмлар униш фоизини бактериологик усуллар ёрдамида ўрганиш бўлди. Бир марталик (ўткир) нурланишдан сўнг 5-кунда 1-гуруҳ ҳайвонлари талоғидан микроорганизмлар 72,22±10,56% ҳолатда (18 тадан 12 тасида) унди (2-жадвал).

2-жадвал

Тажрибада ўткир нурланишдан сўнг йўғон ичакдан талоққа ўтган микроорганизмлар учраш фоизининг динамикадаги кўрсаткичлари

Гуруҳлар	Нурлангандан кейинги муддат	Натижалар	
		Мутлоқ	%
1-гуруҳ (нурланган), n=54	5-кун, n=18	13	72,22±10,56
	7-кун, n=16	13	81,25±9,76
	9-кун, n=12	12	100,0
2-гуруҳ (нурланган + биокоррекция), n=54	5-кун, n=18	13	72,22±10,56
	7-кун, n=17	11	64,71±11,59
	9-кун, n=16	7	43,75±12,40
3-гуруҳ (нурланмаган, назорат), n=54	5-кун, n=18	0	0
	7-кун, n=18	0	0
	9-кун, n=18	0	0

Тажрибанинг 7- ва 9-кунларида бу кўрсаткич ўсиш тенденциясига эга бўлди - мос равишда 81,25±9,76% (16 тадан 13 тасида) ва 100% (барчасида).

Нурланган, биокоррекция қилинган 2-гуруҳ лаборатория ҳайвонларида ҳам талоқда микроорганизмлар униши кузатилди. Бу униш муддат ўтиши билан пасайиб бориш ҳусусиятига эга бўлди - мос равишда 5-кунда 72,22±10,56% (18 тадан 13 тасида); 7-кунда 64,71±11,59 (17 тадан 11 тасида) ва 9-кунда 43,75±12,40% (16 тадан 7 тасида). Назорат гуруҳига киритилган интакт лаборатория ҳайвонлари талоғида микроорганизмлар унмади (0%).

Нурланган ва нурланмаган лаборатория ҳайвонлари ўпкасидан унган микроорганизмлар фоизи бошқа аъзоларга (мезентериал лимфа тугунлари, жигар, талоқ) нисбатан интенсивлигининг пасайиши билан ажралиб турган бўлса ҳам ўзгаришлар тенденцияси бир ҳил бўлди (3-жадвал).

3-жадвал

Тажрибада ўткир нурланишдан сўнг йўғон ичакдан ўпкага ўтган микроорганизмлар учраш фоизининг динамикадаги кўрсаткичлари

Гуруҳлар	Нурлангандан кейинги муддат	Натижалар	
		Мутлоқ	%
1-гуруҳ (нурланган), n=54	5-кун, n=18	10	55,56±11,71
	7-кун, n=16	12	75,0±10,83
	9-кун, n=12	11	91,67±7,98
2-гуруҳ (нурланган + биокоррекция), n=54	5-кун, n=18	11	61,11±11,49
	7-кун, n=17	9	52,94±12,11
	9-кун, n=16	6	37,5±12,10
3-гуруҳ (нурланмаган, назорат), n=54	5-кун, n=18	0	0
	7-кун, n=18	0	0
	9-кун, n=18	0	0

Аниқланишича, 1-гуруҳ лаборатория ҳайвонларида кузатув даври мобайнида ўпкада унган микроорганизмлар фоизи нурланган кундан бошлаб, 5-кунда 55,56±11,71% дан (18 тадан 10 тасида) 9-кунда 91,67±7,98% гача (12 тадан 11 тасида) ошди.

Шунингдек, 2-гуруҳда йўғон ичак микроорганизмларининг транслокация бўлган ҳолда лаборатория ҳайвонлари ўпкасида аниқланиш фоизи муддат ўтиши билан камайиб борди - 5-кундаги 61,11±11,49% дан (18 тадан 11 тасида) 9-кундаги 37,5±12,10% гача (16 тадан 6 тасида). Назорат гуруҳида униш кузатилмади.

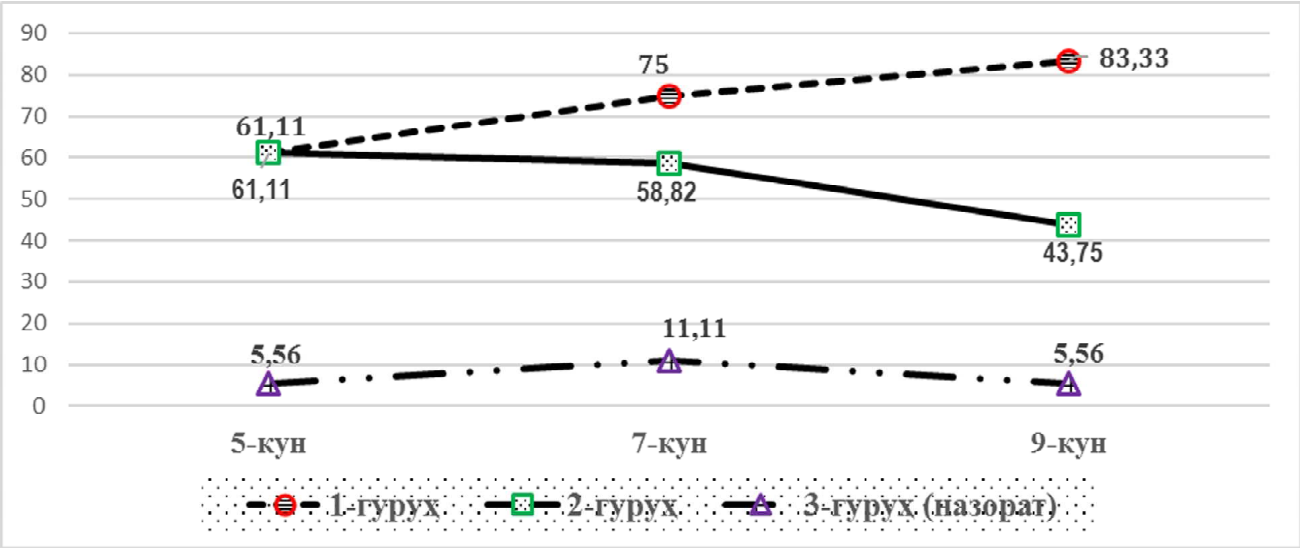
Шундай қилиб, лаборатория ҳайвонлари талоғи ва ўпкасида йўғон ичакдан транслокация бўлган микроорганизмлар униш фоизи нурланмаган сичқонларда униш кузатилмаган бўлса, нурланган сичқонларда 37,5±12,10% дан 100,0% гача бўлган параметрларни ташкил этди. Нурланган ҳайвонларда муддат ўтиши билан микроорганизмлар униши фоизи ошиб борган бўлса, нурланган, биокоррекция ўтказилган ҳайвон-

ларда униш фоизи камайиб борди. Бу тенденция мезентериал лимфа тугунлари, жигар ва талоқда ҳам кузатилганини ҳисобга олсак, барча аъзоларда транслокация бўлган микроорганизмлар униш фоизи динамикаси амалий жиҳатдан бир хил эканлигига амин бўламиз.

Барча ҳолатларда нурланган лаборатория ҳайвонларида (биокоррекция қилинган ёки қилинмаганлигидан қатъий назар) улар йўғон ичагидан микроорганизмларнинг ички аъзоларга ўта олиш ҳусусиятини кузатдик. Фикримизча, бу нурланиш оқибатида нафақат тотал иммунодефицит вужудга келгани, йўғон ичак шиллиқ қавати ўтказувчанлиги ортгани, балки йўғон ичак микробиоценозида чуқур дисбиотик ўзгаришлар рўй берганининг оқибати ҳамдир. Ушбу патогенетик меҳанизм микроорганизмларнинг ички аъзоларга ўта олиш қобилияти ва унинг интенсивлигига сабаб бўлувчи омил сифатида эътироф этилди.

Тажрибада йўғон ичакдан ўтган микроорганизмларнинг ички аъзоларда униш фоизлари динамикада ўрганилиб, тавсифлангач, ушбу штаммларнинг тажриба ҳайвонлари периферик қонида униш кўрсаткичларини ўрганишни лозим, деб билдик.

Нурланган лаборатория ҳайвонлари периферик қонида улар униш тенденциялари ўзгаришсиз қолди (2-расм).



2-расм. Периферик қонга йўғон ичакдан транслокация бўлган микроорганизмларнинг униш фоизи кўрсаткичлари, %

Олдинги натижалардек, 1-гуруҳда кузатув даври мобайнида нурлангач, вақт ўтиши билан штаммлар униш фоизлари ўсиб борди - мос равишда 5-кунда 61,11±11,49% (18 тадан 11 тасида); 7-кунда 75,0±10,83% (16 тадан 12 тасида) ва 83,33±10,76% (12 тадан 10 тасида). 2-гуруҳда бўлса, унинг тескариси, яъни муддат ўтиши билан униш фоизлари камайиб борди.

Ўрганилган ички аъзолардан фарқли ҳусусияти шундаки, назорат гуруҳидаги нурланмаган ҳайвонларда кузатув даврида штаммлар униши кузатилди - 5,56±5,40% дан 11,11±7,41% гача (18 тадан 1 ёки 2 тасида).

Шундай қилиб, нурланган лаборатория ҳайвонлари периферик қонидан йўғон ичакдан ўтган микроорганизмлар униш фоизи кузатув даври ошиб бориши билан кўпайиб борди. Биокоррекция қилинган, нурланган ҳайвонларда муддат ўтиши билан микроорганизмлар униш фоизи камайди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам унинг кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги параметрларга нисбатан ишонарли юқори бўлди.

Хулосалар

1. Тотал иммунодефицит чақириш учун бир марта нурлантирилган лаборатория ҳайвонлари мезентериал лимфа тугунларидан улар йўғон ичагидан ўтган микроорганизмлар униш фоизи ошиб борди ва нурланишдан кейинги 9-кунда 100,0% га етди.

2. Биологик препаратлар билан биокоррекция ўтказилган, нурланган лаборатория ҳайвонларида ҳам ушбу штаммлар униш фоизи юқори бўлди, аммо кузатув динамикасида улар фоизи пасайиб борди ва нурланишдан сўнгги 9-кунда 56,25% гача камайди. Назорат гуруҳидаги лаборатория ҳайвонларида микроорганизмлар транслокацияси билан боғлиқ қонуниятлар кузатилмади, униш фоизи бўлса 5,56% дан ошмади.

3. Кузатув даврида нурланмаган ҳайвонларнинг барчаси тирик қолгани ҳолда, нурланган сичқонлар орасида летал натижа кўпайди ва 9-кунга келиб ўлим кўрсаткичи 1-гуруҳда 33,33%, 2-гуруҳда 11,11% га етди.

4. Тажрибада нурланган лаборатория ҳайвонлари йўғон ичагидан ўтган микроорганизмларнинг жигардан униш кўрсаткичлари муддат ўтиши билан ошиб бориш тенденциясига эга, аммо кўпайиш интенсивлиги мезентериал лимфа тугунлари параметрларидан паст бўлди. Нурланган, биокоррекция ўтказилган лаборатория ҳайвонлари натижалари 1-гуруҳга нисбатан тескари пропорционал бўлди. Бу биокоррекциянинг нурланишнинг йўғон ичак нормал микрофлорасига салбий таъсири камайиши билан боғлиқ, деб талқин қилинди.

5. Нурланган лаборатория ҳайвонлари талоғи ва ўпкасида йўғон ичакдан транслокация бўлган микроорганизмлар униш фоизлари 37,5±12,10% дан 100,0% гача бўлган параметрни ташкил этди. Нурланган, биокоррекция ўтказилган ҳайвонларда униш фоизи камайиб борди. Бу тенденция мезентериал лимфа тугунлари, жигар ва талоқда ҳам кузатилганини ҳисобга олсак, барча аъзоларда транслокация бўлган микро-

организмлар униш фоизи динамикаси амалий жиҳатдан бир ҳил бўлди.

6. Нурланган лаборатория ҳайвонлари периферик қонидан йўғон ичакдан ўтган микроорганизмлар униш фоизи кузатув даври ошиб бориши билан кўпайиб борди. Биокоррекция қилинган, нурланган ҳайвонларда муддат ўтиши билан микроорганизмлар униш фоизи камайди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам унинг кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги параметрларга нисбатан ишонарли юқори бўлди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ :

1. Баймаков С.Р. Роль бактериальной транслокации в развитии острой кишечной непроходимости // Вестник Ташкентской медицинской академии. - Ташкент, 2016. - № 3. - С.52-55.
2. Всемирная Организация Здравоохранения. Практическое руководство по биологической безопасности в лабораторных условиях // Издание 3-е. - Женева, 2004. - 190 с.
3. Гариб Ф.Ю. Механизмы взаимодействий патогенных бактерий с врожденными иммунными реакциями хозяина // Учебно-методическое пособие. - Москва, 2012. - 43 с.
4. Жармухамедова Т.Ю., Семушина С.Г., Пахомова И.А., Пименов М.С., Мурашов А.Н. Международные правила работы с лабораторными животными при проведении доклинических испытаний // Токсикологический вестник. - Москва, 2011. - №4(109). - С.2-9.
5. Исхакова Х.И., Шадманова Н.А., Асадова Н.С., Юлдашева Х.А. Классификация, экология, дифференциальная диагностика энтерококков // Методические рекомендации. - Ташкент, 2010. - 20 с.
6. Исхакова Х.И., Шадманова Н.А., Эшчанова Ф.Р. Скрининг-метод для фенотипического выявления у стафилококков наиболее распространенных механизмов устойчивости к антибиотикам // Методические рекомендации. - Ташкент, 2010. - 12 с.
7. Каримов Ш.И., Баймаков С.Р., Асраров А.А., Исмаилова М.Г., Ходжаева Ш. Изучение микрофлоры и факторов местной защиты при комплексном лечении острой кишечной непроходимости // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2016. - № 4. - С.43-47.
8. Мухамедов И.М., Хўжаева Ш.А., Ризаев Ж.А., Алматов Б.И., Нуралиев Н.А. Клиник микробиология. Шифокор мутахассислар учун қўлланма. - Тошкент, "Янги аср авлоди", 2016. - 628 б.
9. Нуралиев Н.А., Сувонов Қ.Ж. Йўғон ичак микрофлораси вакилларининг организм ички муҳитига ўтишининг микробиологик хусусиятлари // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. - Тошкент, 2015. - №2. - 26-28 б.
10. Нуралиев Н.А., Бектимиров А.М-Т., Алимова М.Т., Сувонов К.Ж. Правила и методы работы с лабораторными животными при экспериментальных микробиологических и иммунологических исследованиях // Методическое пособие. - Ташкент, 2016. - 34 с.
11. Нуралиев Н.А., Сувонов К.Ж.. Бактериал транслокация: микробиологик ва иммунологик жиҳатлари. Монография. - Бухоро, "Дурдона" нашриёти, 2019. - 184 б.
12. Сасова В.А., Залесских Н.В. Идентификация энтеробактерий и стафилококков // Информационные материалы. Научно-производственное объединение "Диагностические системы". - Нижний Новгород, 2014. - 30 с.
13. Титов В.Н., Дугин С.Ф. Синдром транслокации, липополисахариды бактерий, нарушения биологических реакций воспаления и артериального давления (лекция) // Клиническая лабораторная диагностика. - Москва, 2010. - № 4. - С.21-37.
14. Шахмурова Г.А. Оценка эффективности фитоэкдистроидов на иммуногенез в норме при различнқх патологических состояниях. Дисс. ... д.б.н. - Ташкент, 2016. - 225 с.
15. Bachmann N.L., Katouli M., Polkinghorne A. Genomic Comparison of Translocating and Non-Translocating Escherichia coli // Plos One. - 2015. - N 2810(8). - P.164-175.
16. Ferrando M.L., Schultsz C. A hypothetical model of host-pathogen interaction of Streptococcus suis in the gastro-intestinal tract / / Gut Microbes. - 2016. - N 7(2). - P.154-162.
17. Hofer U., Schlaepfer E., Baenziger S. Inadequate Clearance of Translocated Bacterial Products in HIV-Infected Humanized Mice // PLoS Pathogens. - 2010. - N 6. - P.1-10.

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 616.36

JIGAR KASALIKLARIGA IBN SINO QARASHLARI

Tilloeva Sh.Sh.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Tadqiqot maqsadi: Ibn Sino ta'limotida jigarning mizoj buzilishi kasalliklari va unda parhezning ahamiyatini o'rganish, jigarning tabiiy va buzilgan mizoj belgilarini o'rganib, shunga mos holda parhez berishni o'rganish

Kalit so'zlar: Jigar kasalliklari, mizoj, parhez, xilt.

ВЗГЛЯДЫ ИБН СИНО НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Тиллоева Ш.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В учении Ибн Сины изучаются болезни печени с расстройством мизажа и значение диеты в ней, изучаются симптомы естественного и нарушенного мизаж печени, изучается, как правильно давать диету соответственно.

Ключевые слова: Болезни печени, темперамент, диета, хилт.

IBN SINO'S VIEWS ON LIVER DISEASES

Tilloeva Sh.Sh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

In the teachings of Ibn Sina, the study of diseases of the liver with mizaj disorder and the importance of a diet in it, the study of the symptoms of natural and disturbed mizaj of the liver, the study of how to give a diet accordingly.

Key words: Liver diseases, temperament, diet, hilt.

Долзарблиги

Ҳозирги вақтда гепатология фани йилдан йилга ривожланиб, касалликларни кечиши, диагностикаси ва даволашнинг янги қирралари очилмоқда, лекин шунга қарамай жигар касалликлари ер юзида кенг тарқалганлиги, касалликларни сурункали равишда кечиб, организм учун муҳим бўлган аъзо ва системаларни фаолиятига салбий таъсир кўрсатиб, ногиронликка олиб келиши ва бу касалликдан келиб чиққан ўлим кўрсаткичлари ҳамон юқори бўлиб қолмоқда. Шунинг учун ҳам жигар касалликларини ўрганиш ҳозирги вақтда гепатологлар олдидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда [1,2, 5].

Буюк бобокалонимиз Абу Али ибн Синонинг кашфиётлари, маслаҳатлари, ҳусусан ички касалликлар борасида орадан неча минг йиллар ўтган бўлсада буюк олимнинг ҳозирги замон тиббиётининг асосчиси деб аташга имкон беради [4]. Бизга маълумки жигар организмнинг энг катта биокимёвий лабораторияси бўлиб, ибн Синонинг фикрича организмдаги табиий суюқликлар (ҳилтлар) нинг ҳосил бўлиши ва бутун танага тарқалиш ўрни бўлгани учун, жигар касалликлари бутун организмнинг касаллиги бўлиб ҳисобланади [2, 3].

Текшириш мақсади: Ибн Сино таълимотида жигарнинг мизож бузилиши касалликлари ва унда парҳезнинг аҳамиятини ўрганиш.

Ибн Сино ҳар бир аъзо касаллигини баён этишда мизож қонуниятларига таянган ҳолда унинг табиий мизожига эътибор қаратган. Чунки мизож ҳақида таълимот инсоннинг соғлик ва касаллик ҳақидаги тиббий ёндашишларининг фундаментал асоси бўлиб ҳисобланади. Бу мизожнинг маълум бир сабабларга кўра ўзгариши қатор касалликларни келтириб чиқаради. Шу мақсадда биз жигарнинг табиий ва бузилган мизож белгиларини ўрганиб, шунга мос ҳолда парҳез тавсия қилдик. Қуйида жигарнинг бузилган мизож белгиларини келтирамиз:

1) Жигарнинг бузилган иссиқ мизож белгилари: қаттиқ ташналик, иштаҳанинг бўлмаслиги, қизиб кетиш, сийдик рангининг ўзгариши, томир уришининг тезлашиши, тана ҳароратининг ошиши, қовурғалар остида оғирлик сезгиси, ўт аралаш қусиш ва бошқалар.

2) Бузилган совуқ мизож белгилари: ўнг қовурға остида оғирлик сезгиси, иштаҳанинг бўлмаслиги, лаб ва тилнинг оқариши, қон камайиши, қон ҳаракатининг қийинлиги, тери рангининг оқариши, томир уришининг сусайиши, сийдик рангининг оқариши каби белгилар кузатилади.

3) Бузилган қуруқ мизож белгилари эса, оғиз ва тилнинг қуруқлиги, ташналик, томир уришининг қаттиқлиги, юз рангининг қорайиши, айрим ҳолларда ўнг қовурға остида оғриқ, кўнгил айниш белгилари кузатилади.

4) Бузилган ҳўл мизож белгиларида юз ва кўзнинг салқиши, қовурға тоғайларидаги мускулларнинг бўшашиши, рангнинг сарғимтир агар талоқ ҳамкорлиги ҳам қўшилса, талоқ соҳасида оғирлик сезгиси қорамтир тусга кириши ва бутун тананинг кучсизланиши кузатилади.

Жигар касалликларини даволашда ибн Сино биринчи ўринда бошқа касалликлар сингари танқияни

яъни, организмни тозалашни қўяди. Иккинчи ўринда парҳез ва учинчи ўринда дори-дармонлар билан даволашдир. Аллома ҳар бир касаликка парҳез тавсия қилганда, албатта ушбу 4 та олтин қоидага риоя қилишни таъкидлаб ўтган.

1. Беморнинг табиий мизожи
2. Мизож бузилишдаги сабаб
3. Беморнинг яшаш муҳити
4. Беморга буюриладиган таомнинг табиий мизожи.

Материал ва услуллар

Биз мақсадимизга эришиш учун Буҳоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг гастроэнтерология бўлимида сурункали гепатит билан оғриган 28 та беморни кузатув остига олдик ва буларни 2 та гуруҳга бўлдик. Биринчи асосий гуруҳга 14 та бемор ва иккинчи назорат гуруҳга 14 та бемор кузатув остига олинди. Биринчи гуруҳдаги беморларга ибн Сино таълимоти асосида уларнинг кундалик даволаш ва овқатланиш тартиби мизожи асосида режа тузилди. Иккинчи гуруҳ беморларига эса даволаш режаси ва Певзнер диетологияси асосида овқат рациони тузилди. Текширишдан олдин беморнинг объектив, субъектив белгилари: ўнг қовурға остида оғирлик, қорин дам бўлиши, иштаҳанинг пасайганлиги, умумий ҳолсизлик, теридаги ўзгаришлар ва лаборатор, инструментал текширув натижалари олинди.

Жигар касалликларида овқатланиш тартибини тузганда овқат устига овқат ейиш, наҳорда ҳусусан ҳаммом қабул қилгандан сўнг совуқ сув ичиш, қаттиқ овқат устидан суюқ овқат ейишдан сақланиш, аччиқшўр овқатларни ейишдан тийилиш, спиртли ичимликларни ичмаслик, ўткир ширинликлар истеъмол қилишдан тийилиш кераклиги, чунки ширинликлар тезда ўтга айланиб, тиқилма пайдо бўлишига замин яратади. Беморларнинг овқатланиш рационига ғализлиги ва ёпишқоқлиги бўлмаган енгил гўштлардан тайёрланган суюқ овқатлар, олма суви, анор суви ва майиз ивитмаси бемор мизожига мос ҳолда тавсия қилинди. Агар беморда жигарнинг бузилган иссиқ мизож белгилари устунлик қилса, уларга петрушка ва сачратқи ўсимлигининг дамламасидан ичириш, гул ёғига совуқ сув қўшиб ичирилганда, жигарнинг иссиқлиги мўътадиллашганлиги, сабзавотларнинг қайнатмаси, ҳусусан қайнатилган лавлаги, қайнатилган балиқ, нордон қаттиқ мевалардан дўлана, беҳи, нок тавсия қилинди. Бузилган совуқ мизожни даволашда эса беморга тоза асални наҳорда истеъмол қилиш, тез ҳазм бўлувчи парранда гўштларидан тайёрланган суюқ овқатларга карам, мурч, зирк қўшиб истеъмол қилиш буюрилди. Бузилган қуруқ мизож белгилари устунлик қилганда кўпроқ, ҳўл сабзавотлардан истеъмол қилиш, итузум, арпабодиёндан тайёрланган дамламани истеъмол қилиш тавсия этилган бўлса, жигарнинг бузилган ҳўл мизож белгилари устунлик қилганда, қуритувчи, буриштирувчи ҳусусиятга эга бўлган гуруч, зира, писта каби маҳсулотлар овқат рационига киритилди [2, 3].

Натижа ва таҳлил

Ушбу қоидаларга риоя қилган биринчи гуруҳдаги беморларда 10 кундан сўнг динамикада кузатганда, юқорида қайд этилган клиник белгиларнинг камайганлиги, лаборатор текширувларда жигар синамаларининг нормага яқинлашганлиги, жигар фаолиятининг яҳшиланганлиги, иккинчи гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпроқ кузатилганлиги қайд этилди.

Ҳулоса

Беморни даволаганда унинг мизожи ва касаллик таъсирида ўша аъзонинг мизожини ўзгаришини аниқлаб, овқат компонентларини касалликка мос ҳолда рацион тузиш, даволаш самарадорлигини оширишда муҳим рол ўйнайди, чунки истеъмол қилинаётган маҳсулот организмга озуқа сифатида ёки даво сифатида таъсир қилиб, унинг фаолиятини меъёрлаштиришга ёрдам беради. Соғлом турмуш тарзини ташкил этишда ҳар бир инсон гавда тузилиши ва мизожига тўғри келадиган овқат танлаб истеъмол қилса меъёрини сақлай олса, буюк аллома таъкидлаганидек инсон ўз саломатлигини сақлаган, узоқ умр кўришига замин яратган бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ :

1. Абу Али ибн Сино. Тиб қонунлари I китоб 1994й. Тошкент. Халқ мероси нашриёти.
2. Ибн Сино таълимоти Ф.Э.Нурбоев, Ш.Ш.Тиллоева, Д.Б.Раҳматова Шарқ нашриёти. Ўқув қўлланма. 2019 йил
3. Тиббий ўгитлар . Абу Али ибн Сино Тошкент "Мехнат"1991 йил
8. Абу Бакр Ар-Розий касалликлар тариҳи.А. Қодирий номли халқ мероси нашриёти.1994 йил
4. Луқмони ҳаким тиббий ўгитлари.А.Қодирий номли халқ мероси нашриёти.1994 йил
5. Ўзбекистонда ватан топган ўсимликлар. Ю. Урдаҳаев.Тошкент.Ўзбекистон "Фан" нашрёти.1990 йил

Келиб тушган вақти 09.11.2020

UDK 618.1:616.9

HOMILADORLIK VA TUG‘RUQDA QUYI GENITAL TRAKTI INFEKSIYANING AHAMIYATI

Tuxanova D.I.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Bexatar onalik yo‘nalishi bo‘yicha eng muhim vazifa bu perinatal yo‘qotishlarning oldini olishdir. Buning intihosi sifatida homila ko‘tara olmaslikning sababi sifatida ijtimoiy, tibbiy va biologik omillarning ona va homila vujudiga ta'siri sifatida ko‘rib chiqiladi.

Kalit so‘zlar: infektsiya, genital tizim, homiladorlik, tug‘ruq.

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ИСХОДАХ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Туксанова Д.И.,

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Одним из главных направлений в решении проблемы безопасного материнства связано со снижением репродуктивных потерь, которые рассматриваются как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье беременной женщины, состояние плода и новорожденного.

Ключевые слова: инфекция, половая система, беременность, осложнения.

THE ROLE OF INFECTION OF THE LOWER GENITAL TRACT IN THE OUTCOME OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH

Tuksanova D.I.,

Bukhara Medical Institute Named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

One of the main directions in solving the problem of safe motherhood is associated with a decrease in reproductive losses, which are considered as the result of the influence of social, medical and biological factors on the health of a pregnant woman, the state of the fetus and newborn.

Key words: infection, genital tract, pregnancy, labor.

Introduktion

The main task of obstetrics at present is to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality, in connection with which it is necessary to develop rational programs for the management of patients with various obstetric and perinatal pathologies. One of the main directions in solving the problem of safe motherhood is associated with a decrease in reproductive losses, which are considered as the end result of the influence of social, medical and biological factors on the health of a pregnant woman, the state of the fetus and newborn ().

In recent years, the incidence of inflammatory diseases of the lower part of the urogenital tract has increased, the causative agents of which are found in various associations. According to WHO, more than 300 million new cases are registered in the world every year, including 170 million of trichomoniasis, 89 million of chlamydia.

In our Republic, Uzbekistan also occupies one of the leading places in the structure of obstetric and perinatal morbidity. A significant increase in infections is due to socio - economic changes in the republic, their impact on the social behavior of the population. The increase in the number of genital infections affects the reproductive health of women. Intrauterine infection is one of the most important medical and social problems of modern obstetrics and perinatology. According to many authors, intrauterine infection develops in 30-50% of children born alive, and in the structure of perinatal losses it accounts for 11-40%.

One of the main directions in solving the problem of safe motherhood is to reduce reproductive losses, which are considered as a result of the unfavorable influence of medical, social and biological factors on the health of a pregnant woman, fetus and newborn.

An especially useful place is occupied by the increase in the frequency of inflammatory diseases of the lower genitals. Most of the pathogens detected are found in associations with which they associate not carrying at any stage of pregnancy, systemic functional disorders of the placenta, intrauterine infection of the fetus, septic complications during childbirth and the postpartum period. This provision was the basis for our study.

Purpose of the study

To study the role of infection of the lower parts of the urogenital tract on the course and outcome of the gestational process.

We examined 50 patients with full-term pregnancies who were admitted for delivery and had clinical manifestations of genital infection (I, main group) and 40 pregnant women with vaginal infection who were admitted for delivery (II, control group).

The age of the surveyed ranged from 18 -430 years. All pregnant women underwent a general clinical, ultrasound examination, as well as a comprehensive microbiological

examination of vaginal discharge, including microscopy of a smear stained according to Gram, and a culture study using conventional methods of isolation and identification of microorganisms. Detection of activation of viral infections -TORCH was carried out by polymerase chain reaction. Sexually transmitted infections (STIs) were excluded in all pregnant women.

The gynecological history was aggravated by chronic adnexis in 20% of women in the first group and in 10% of the second group; nonspecific vaginitis in 70% and 45%, respectively; erosion of the cervix - in 24% and 15% of pregnant women. The frequency of artificial termination of pregnancy and spontaneous miscarriages in-group I patients was 2.7 times higher than in the control group. Anemia in the main group was detected in 48% of pregnant women, and in the control group - 32% of women.

According to the results of microbiological examination, 32% of pregnant women in the main group were diagnosed with bacterial, 22% - vaginal candidacies, in 12% of cases there was a combination of bacterial vaginosis and vaginal candidacies, 18% had nonspecific vaginitis. In all pregnant women of the II group, the state of the vaginal microcenosis was regarded as "normocenosis". In-group I, 6% of patients had cytomegalovirus DNA in the scrapings of the cervical canal, and 10% had genital herpes. Ureoplasm was isolated in 28% of patient's in-group I and 10% in-group II.

The course of this pregnancy in every second woman of the main group was complicated by the threat of termination, in 20% of patients - by premature birth, in 14% - by placental insufficiency, in 12% - by polyhydramnios, in 10% of pregnant women with fetal distress, in 6% with fetal development retardation syndrome. These indicators significantly exceeded those in pregnant women in the control group.

Thus, the threat of termination of pregnancy in the control group was noted in 30% of women, premature birth in 12%, placental insufficiency in 6%, polyhydramnios in 8%, fetal distress in 5%, and fetal growth retardation syndrome in 2% of pregnant women.

As for complications in childbirth, in-group I of the examined, premature rupture of amniotic fluid was observed in 24% of pregnant women, in-group II - in 12.5%. Unsatisfactory progress of labor in the main group was found in 14% of women in labor and did not occur in the control group. Emergency operative delivery by cesarean section during labor was performed in 16% of women in labor in the main group and in 7.5% in the control group. Bleeding in the early postpartum period was noted in-group I - in 8% of puerperas, in-group II - in 2.5%. Injuries of the soft birth canal were detected in 48% and 12.5% of cases, respectively.

In the postpartum period, the postpartum women of group I were diagnosed with endometritis (8%), subinvolution of the uterus (10%), wound infection with the development of infiltrates in the area of sutures on the perineum or their partial divergence (4%). In the control group, there were no cases of endometritis and wound infection. Uterine subinvolution was diagnosed in 2.6% of puerperas. The manifestations of intrauterine infection in the form of rhinitis, conjunctivitis, intrauterine pneumonia, omphalt were detected in 36% of newborns in-group I and in 15% of newborns in-group II.

Thus, it becomes clear that the problem of genital infection in pregnant women is much more complicated. Than the discomfort associated with the primary episode of the disease, as the risk of serious complications for the mother, fetus and newborn increases significantly. Timely diagnosis during pregnancy, followed by adequate complex therapy, rational management of childbirth, the postpartum period can significantly reduce perinatal morbidity and mortality.

LIST END REFERENCES:

1. Gilbert G.L. Infections in pregnant women. Med J Aust 2002; 176: 229- 236. https://www.mja.com.au/journal/2002/176/5/1-infections-pregnant-women;
2. Palasanthiran P, Starr M, Jones C, Giles M; editors. Management of perinatal infections. Sydney: Australasian Society for Infectious Diseases, 2014.
3. Public Health Laboratory Network. Laboratory case definitions for diagnosis of communicable diseases. Canberra: Commonwealth of Australia, 2017.
4. LeBaron C.W., Forghani B, Beck C, et al. Persistence of mumps antibodies after 2 doses of measles?mumps?rubella vaccine. J Infect Dis 2009; 199: 552- 560.
5. Best J.M. Rubella. Semin Fetal Neonatal Med 2007; 12: 182- 192.
6. Cradock?Watson J.E., Ridehalgh MK, Anderson MJ, Pattison JR. Outcome of asymptomatic infection with rubella virus during pregnancy. J Hyg (Lond) 1981; 87: 147- 154.
7. Ahn K.H., Park YJ, Hong SC, et al. Congenital varicella syndrome: a systematic review. J. Obstet. Gynaecol 2016; 36: 563- 566.
8. Gilbert G.L. Parvovirus B19 infection and its significance in pregnancy. Commun Dis. Intel.l 2000; 24 (Suppl): 69- 71.
9. Bascietto F., Liberati M, Murgano D, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta?analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 52: 569-
10. Enders M., Klingel K., Weidner A, et al. Risk of fetal hydrops and non?hydropic late intrauterine fetal death after gestational parvovirus B19 infection. J Clin Virol 2010; 49: 163- 1
11. Verduin E.P., Lindenburg IT, Smits?Wintiens VE, et al. Long?term follow up after intra?uterine transfusions; the LOTUS study. BMC Pregnancy Childbirth 2010; 10: 77- 84.
12. Giorgio E., De Oronzo M.A., Iozza I, et al. Parvovirus B19 during pregnancy: a review. J Prenat Med 2010; 4: 63- 66.
13. Zaripova D.Ya., Sharipova R.G. Effeciency of hormone replacement therapy in prevention menopausal therapy. Academicia an international multidisciplinary research journal. Vol.10, issue 8. Page 422.
14. Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. European journal of biomedical and pharmaceutical sciences. Vol-7, issue-6

Entered 09.11.2020

УДК 619:616.995.132.6

ОСТЕОАРТРОЗНИНГ ПАТОГЕНЕТИК БЎҒИНИГА ҚАРАБ КОМПЛЕКС ТИКЛОВЧИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Туксанова З.И.,

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

✓ ***Rezyume***

Osteoartroz bo‘g‘im kasalliklari ichida juda keng tarqalgan kasalliklardan biri bo‘lib, ko‘pchilik hollarda nogironlikka olib keladi. Bu kasallikni davolash farmakoterapiyasida juda katta mablag‘ talab qiladi. Ushbu tadqiqot natijasida kasallikning patogenetik bo‘g‘iniga qarab kompleks tiklovchi davolash usullarini qo‘llagan holda og‘riq sindromining kamayishi, bo‘g‘imlar holatining funktsional yaxshilanishi hamda nogironlikning oldini olishga erishishdir.

Kalit so‘zlar: osteoartroz, tizza bo‘g‘imi, reabilitatsiya.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Туксанова З.И.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Остеоартроз одно из самых распространенных заболеваний суставов, которое в большинстве случаев приводит к инвалидности. Лечение этого заболевания требует огромных вложений в фармакотерапию. Результатом этого исследования является снижение болевого синдрома, функциональное улучшение состояние суставов и предотвращение инвалидности за счет применения комплексных восстановительных методов лечения в зависимости от патогенетической причины заболевания.

Ключевые слова: остеоартроз, коленный сустав, реабилитация.

DEVELOPMENT OF METHODS OF COMPREHENSIVE PATHOGENETIC TREATMENT OF JOINTS IN OSTEOARTHROSIS

Tuxanova Z.I.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Osteoarthritis is one of the most common joint diseases, which in most cases leads to disability. The treatment of this disease requires a huge investment in pharmacotherapy. The result of this study in the reduction of pain syndrome, functional improvement of the joint condition and prevention of disability through the use of complex restorative methods of treatment, depending on the pathogenetic link of the disease.

Key words: osteoarthritis, knee-joint, rehabilitation.

Долзаблиги

Остеоартрознинг асосий патогенетик омиллари тоғайда протеогликанлар синтези дефицити, протеогликан агрегатлари концентрациясининг пасайиши ва парчаланиши, натижада тоғайнинг дегидратациясига олиб келади, анаболик ва катаболик жараёнларнинг номутаносиблиги, А2 фосфолипаза ва коллагеноз протеаз жараёнларининг фаоллашуви, В типидаги синовиоцитлар синтезининг сусайиши, яллиғланиш цитокинлар синтези ошиши (интерлейкин1, α некрофактор, простагландин (ПГ Е2) ва яллиғланишга қарши цитокинлар етишмовчилиги устун, масалан, трансформацияловчи ўсиш омили-β ваплазминоген-1 ингибитори. Остеит, ҳондрит, синовит яллиғланишнинг умумий натижаси бўлиб ҳисобланади [1.5.11.].Остеоартроз касаллигида интенсив патоморфологик ўзгаришлар тоғай матриксида рўй бериб, уларнинг мустаҳкам ва эластик юзаси дағаллашади. Тоғай тўқималарида протеогликан комплексларининг бузилиши билан намоён бўлади, ҳондроцитларнинг биосинтетик активлиги сусаяди, оҳир оқибатда асосий макромолекула - протеогликанлар ва II турдаги коллаген синтези ҳам камая боради. I, III, X турдаги нормал тоғай тўқималарининг синтези кучаяди. Тоғай ҳужайралари томонидан синтез қилинган тоғай матрикси ҳондроитин сулфат ва гиалурон кислотасини йўқотади [2.10.14]. Бундан ташқари, азот оксиди (NO) ишлаб чиқаришнинг кўпайиши ҳондроцитларнинг апоптоз жараёнини қўзғатади. Протеогликан матрикси етишмовчилиги ривожланиб, тоғай тўқимаси гликозаминогликанларни йўқотади.

Тоғай ҳосилаларининг бузилиши антиген ҳусусиятларга эга. Оҳирги маҳсулот синовиал суюқликка тушиб, синовитни келтириб чиқаради, натижада синовиоцитларда метаболик жараёнлар бузилади ва эндоген гиалуронат ва синовиал суюқлик шаклланиши камаяди (Lippielo L.etal., 2000). Тоғай бутунлигининг бузилиши ва калцификацияси субҳондрал суяк ёрилиши ва ярали нуқсонлар ҳамда бўғим ичида детрит ҳосил бўлиб фрагментациясига олиб келади [4.6.7.9].

Тоғай дегенерацияси ва ҳажмининг камайиши бу касалликнниг асосий патологик ўзгаришлар занжири бўлиб ҳисобланади. Бу эса ўз навбатида маҳаллий зўриқишларга, остеосклероз ривожланишига, субҳондрал кистоз ўзгаришлар ва остеофитлар пайдо бўлишига

олиб келади. Тоғайлардаги прогрессив ва суяклардаги реактив ўзгаришлар бойлам, пай ва мушакларда патологик жараённи бу эса ўз навбатида ҳаракат стереотипи ва бўғимларда биомеханик бузилишлари билан кечади. Остеоартрознинг асосий клиник кўриниши оғриқ, деформация ва бўғимлар ҳаракати чекланганлигидир. Бу патологияда асосий симптом - бу бўғимлардаги оғриқлар бўлиб, бунинг интенсивлиги ва давомийлиги турлича бўлиб, бу функционал фаолиятнинг чекланишига ва ногиронликнинг тўлиқ ривожланишига олиб келади [10.15].

Кўпчилик адабиётлардаги маълумотларга қараганда, остеоартрозни комплекс даволаш ностероид яллиғланишга қарши, ҳондропротекторлар билан комплекс даволашга қарамасдан етарли самарадорликка эга эмас. Шунинг учун остеоартрознинг патогенетик бўғинига қараб комплекс тикловчи даволаш усулларини ўрганишни талаб қилади.

Тадқиқодимизнинг асосий мақсади тизза бўғими артрози касаллигининг босқичи ва клиник ҳусусиятларига қараб комплекс физиотерапевтик муолажаларни қўллаб самарадорликни баҳолаш учун клиник синамалар ва ВАШ индекслари бўйича оғриқ интенсивлигини бўғимлар фаолияти динамикасида ўрганишдир.

Материал ва услуллар

Тадқиқот Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази физиотерапия ва травматология бўлимларида тизза бўғими артрози билан касалланган беморларда клиник, лаборатор (қоннинг умумий таҳлили ва ревмафактор), инструментал (МРТ, мультиспирал компьютер томография, УЗИ) текширувлар билан амалга оширилди. Асосий гуруҳда 92 нафар, таққослаш гуруҳида эса 24 нафар беморлар розилиги асосида 35 дан 75 ёшгача бўлган беморларга табақалаштирилган ёндашув асосида комплекс реабилитацияси олиб борилди. Тадқиқот гуруҳидаги аёллар сони 56нафарни (82,4%), эркаклар эса 12 нафарни (17,6%) ташкил этди. Таққослаш гуруҳидаги аёллар 70,8% ни, эркаклар эса 29,2% ни ташкил қилди. Кўриниб турибдики иккала гуруҳда ҳам бемор аёллар сони кўпроғини ташкил этади (жадвал-1).

1-жадвал

Беморларнинг клиник тавсифи

Клиник маълумотлар	Асосий гуруҳ		Таққослаш гуруҳи	
	Гоноатроз		Гоноатроз	
	N	%	n	%
Беморлар сони	68	100	24	100
Ёш				
35-44	3	4,4	1	4,2
45-54	22	32,3	9	37,5
55-64	27	39,8	8	33,3
65-74	13	19,1	5	20,8
75 ва ундан юқори	3	4,4	1	4,2
Жинси				
эркак	12	17,6	7	29,2
аёл	56	82,4	17	70,8
Йўлдош касалликлар:				
Бор	59	86,8	17	70,8
Йўқ	9	13,2	7	29,1
Рентгенография				
I	12	17,6	9	37,5
II	24	35,3	13	54,2
III	32	47,1	2	8,3
УЗИ				
Синовит	49	72,1	14	58,3
Тендинит	56	82,3	21	87,5
Бейкер кистаси	13	19,1	2	8,3

Натижа ва таҳлил

Асосий гуруҳдаги беморларнинг тизза бўғими Kellgren-Lawrence бўйича рентгенологик текширув маълумотларига кўра III даражаги ўзгаришлар нисбатан кўпроқ бўлса, таққослаш гуруҳидаги беморларнинг рентгенологик текширувлари маълумотига кўра эса II даражадаги белгилар энг кўп кўрсаткични бермоқда. Ультратовуш текширув натижаларига кўра тендинит ва синовит иккала гуруҳ беморларига юқори кўрсаткичларни кўрсатмоқда. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг кўпчилигида йўлдош касалликлардан гипертония ва семизлик касалликлари устунлик қилиб, аёлларда 87,8% ида гипертония касаллиги, 67,2% ида семизлик, бошқа касалликлар 28,3% аниқланди. Эркак беморларда эса юрак ишемик касаллиги (стенокардия) 63,2% ни, гипертония касаллиги 44,4% ни, семизлик 34,7% ни, бошқа касалликлар эса 17,5% ни ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг давомийлиги қуйидагича: 1-5 йилгача 27,7%, 5-10 йилгача 38,4%, 10 йил ва ундан ортиқ 33,9% ни, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса 1-5 йилгача 31,3%, 5-10 йилгача 52,4%, 10 йил ва ундан ортиқ 16,3% ни ташкил этди. Касалликнинг рентгенологик белгилари билан касалликнинг давомийлиги орасида боғлиқлик кузатилди. Беморларда асосий клиник белгилар оғриқ ва бўғим функциясининг бузилиши бўлиб,оғриқ синдромининг интенсивлиги визуал-аналогли шкаласи (ВАШ), функционал бузилишларнинг яққоллиги ар-

трознинг суммар кўрсаткич индекси WOMAC бўйича аниқланди.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларга зарб тўлқинли терапия (акустик импульс 16-25 Гц) муолажаси ҳар 3 кунда бир марта, бир курсда 6 та муолажа, электрофорез карипаин дори воситаси билан ток кучи 10-20 мА, 20 дақиқа, 12-15 та муолажагачаолиб борилди. Йўлдош касалликлардан семизлиги бор беморларга даво машқлари тавсия этилди. Таққослаш гуруҳидаги беморларга магнитотерапия, электрофорез лидокаин препарати билан ва лазертерапия олиб борилди.

Назорат гуруҳидаги беморларда даволаш курси давомийлиги ўртача 10-12 кунни ташкил этиб, 18-20 ҳафта давомида ижобий клиник натижага эришилди. Асосий гуруҳдаги беморларда даволаш курси ҳудди шундай ўртача 10-12 кунни ташкил этиб, клиник самарадорлик ўртача 24-25 ҳафтагача кузатилди.

Хулоса

Зарб тўлқинли терапия ва карипаинли электрофорезни тизза бўғими остеоартрози билан касалланган беморларда биргаликда қўллаш юқори самарадорликни ва патогенетик асосланган даво усули эканини кўрсатди. Электрофорез карипаин билан қўлланилганда патологик жараён бўлган соҳада тери остида ферментлар депоси ҳосил бўлиб, муолажа тугагандан сўнг ҳам терапевтик таъсирини 2-3 ҳафтагача давом этишига эришилади. Зарб тўлқинли терапия турли ортопедик бузилишларда юқори самарадорликка эга даво усули ҳисобланиб, у таъсир соҳасида моддалар алмашинувини яхшиланиши, тўқима ва томирлар регенерациясининг ошиши ҳисобидан даволаниш курси давомийлигининг қисқаришига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Клинические рекомендации. Остеоартрит: Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. / Под ред. О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 176 с.
2. Lajeunesse, D. The role of bone in treatment of osteoarthritis. / D. Lajeunesse. // Osteoarthritis Cartilage. - 2004. - №12. - S. 34-38.
3. Насонов, Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. 2-е изд., испр. и доп. / под ред. Е.Л. Насонова. // ГЕОТАР-медиа, 2010. - 752 с.
4. Шостак, Н.А. Остеоартроз: актуальные вопросы диагностики и лечения / Н.А. Шостак // Русский медицинский журнал. - 2014. - Т. 22, № 4. - С. 278-281.
5. Мухамадиева Н.Б., Туксанова З.И. Влияние течения инфаркта миокарда на развитие депрессивных расстройств. "Молодой учёный" научный журнал. №11(91). июнь 2015 г, 681-683 стр.
6. Верткин, А.Л., Остеоартроз в практике врача-терапевта/А.Л. Верткин, Л.И. Алексеева, А.В. Наумов [и др.]//Русский медицинский журнал. - 2008. - Т.16, №7 - С. 476-480.
7. Алексеева, Л.И. Остеоартроз: из прошлого в будущее/Л.И. Алексеева, Е.С. Цветкова//Научно-практическая ревматология. - 2009. - №2 (прил. 31). - С. 7-8.
8. Эрдес, Ш.Ф. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации/Ш.Ф. Эрдес, О.М. Фоломеева//Научно-практическая ревматология. - 2007. - №4. - С. 4-10.
9. Muxamadieva N.B. Depressive disorders in patients after myocardial infarction. European Science Review. Vienna, №9-10, 2016. - 119-120
10. Нурбоев Ф.Э., Туксанова З.И. Остеоартрознинг тарқалиш сабаблари, ривожланиш механизми, кечиш хусусиятларининг ўзига хослиги. Тиббиётда янги кун. Илмий журнал. 2(30).2020.485-488 б.
11. Ismoilova M.Yu., Tuksanova Z.I. To the issue of development of cardiovascular diseases at athletes World Journal of Pharmaceutical Research Volume 9, Issue 3, 2020. 331-338.
12. Ohtori, S. Existance of neuropathic pain component in patients with osteoarthritis of the knee/S. Ohtori, S. Orita, M. Yamashita [et al.]//Yonsei Medical Journal. - 2012. - Vol.53, №4. - P. 801-805
13. Hochman, J.R. Neuropathic pain symptoms on the modified pain DETECT correlate with signs of central sensitization in knee osteoarthritis/J.R. Hochman, A.M. Davis, J. Elkayam [et al.]//Osteoarthritis and Cartilage. - 2013. - Vol.21, №9.
14. Нурова З.Х., Жалолова В.З." Достигнутые успехи в изучении патогенеза и диагностики гипертонической болезни" "Новый день в медицине" научный журнал 2020 йил, 30-31 бет.
15. Mukhamadieva N., Tuksanova Z. Integrated assessment of risk factors of post- infarction depression. Central Asian journal of Pediatrics. 2 (2) 2019. C.101-110.

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 616.34-007.272:615.8

O‘TKIR ICHAK TUTILISHIDA ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASINING SO‘ZSIZ AHAMIYATI

Urokov Sh.T., Nurmetova D.F., Xudoyberdiev D.K., Navro‘zov R.R., Zhonibekov J.Z.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Kafedraning klinik bazasida (RShTYoIM Buxarskiy filial) statsionar sharoitda ingichka ichakning o‘tkir tutilishi tashxisi bilan davolanayotgan 70 nafar klinik kuzatuvda bo‘lgan bemorlarga ultratovushli tadqiqot va tahlillar o‘tkazildi. Transabdominal ultratovushli tadqiqotda konservativ va jarroxlik usuli samaradorligini aniqlash va baxolashda informativligini o‘rganildi. O‘tkazilgan ultratovushli tekshiruvda ingichka ichakning o‘tkir tutilishi taktik aniqlandi, tuzalish jarayoni qisqardi, bemorlarning ahvoli og‘irlashmadi, nurlanishsiz samarali ma'lumotlar olindi.

Kalit so‘zlar: o‘tkir ingichka ichak tutilishi, ultratovush tekshiruvi.

НЕОСПОРИМОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Уроков Ш.Т., Нурметова Д.Ф., Худойбердиев Д.К., Наврузов Р.Р., Жонибеков Ж.Ж.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Проведено ультразвуковое исследование и анализ 70 клинических наблюдений острой тонкокишечной непроходимости у пациентов, находившихся на стационарном лечении на клинической базе кафедры (РНЦЭМП Бухарский филиал). Изучение информативности трансабдоминального ультразвукового исследования в диагностике и оценке эффективности консервативного и хирургического лечения острой тонкокишечной непроходимости. УЗИ при диагностике острой тонкокишечной непроходимости оправдано с тактической точки зрения, поскольку не затянуто по времени, не утяжеляет состояние больного, обладает достаточной информативностью и не несет лучевой нагрузки.

Ключевые слова: острая тонкокишечная непроходимость, ультразвуковое исследование.

THE INDISPUTABLE IMPORTANCE OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Urokov Sh.T., Nurmetova D.F., Khudoiberdiev D.K., Navruzov R.R., Zhonibekov Zh.Zh.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

Ultrasound examination and analysis of 70 clinical observations of acute fine-intestinal obstruction in patients who were on inpatient treatment at the clinical base of the department was carried out (RMSC Bukhara branch). Studying informational content value of transabdominal ultrasound examination in diagnostics and evaluation of effectiveness of conservative and surgical treatment of acute fine-intestinal obstruction. Ultrasound in the diagnosis of acute fine-intestinal obstruction is justified from a tactical point of view, since it is not delayed in time, does not weigh the condition of the patient, has sufficient information and does not carry a radiation load.

Key words: acute thin-intestinal obstruction, ultrasound examination.

Актуальность

Острая тонкокишечная непроходимость (ОТКН) является одним из наиболее бурно и драматически развивающим состоянием среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в неотложной хирургии, которая характеризуется тяжелым клиническим течением и неблагоприятным прогнозом. Практически ОТКН встречается во всех возрастных группах, не выбирая населений и занимает первые места среди острых заболеваний органов брюшной полости по летальности, которая составляет от 4,2 до 30,8 % [2; 5].

Основной причиной высоких показателей летального исхода является тяжелые состояния, которые обусловлены несвоевременном обращении больных, диагностические и тактические ошибки, а также значительное число послеоперационных осложнений на фоне некорректируемых тяжелых состояний. Частота диагностических ошибок даже в условиях стационара достигает 13-33%. Многие вопросы диагностики и лечения ОТКН остаются до конца не решенными и спорными [1; 9]. Трудности возникают при диагностике высокой тонкокишечной и желчнокаменной непроходимости, где наблюдается значительное число диагностических ошибок [3; 4; 12].

При ОТКН многие традиционные лучевые методы диагностики в ряде случаев малоинформативны [7; 11], доступность компьютерной томографии имеет ограничение [10; 13]. Поэтому очень актуальным является для клинической хирургии проведение исследований по оценке информативности ультрасонографии в диагностике острой кишечной непроходимости, которая является безболезненным, быстро реализуемым методом визуальной диагностики, оценивающий структуру разных органов и мягких тканей, в том числе и кишечниковУчитывая целый ряд достоинств метода - доступность, возможность использо-

вания у тяжелобольных, простоту выполнения, высокую информативность, неинвазивность, очевидна необходимость дальнейшего расширения роли УЗИ в диагностике экстренных хирургических заболеваний вообще и в частности острой кишечной непроходимости [8; 12].

Целью научной работыбыло изучение информативности трансабдоминального ультразвукового исследования в диагностике и оценке эффективности консервативного и хирургического лечения острой кишечной непроходимости.

Материал и методы

Проведен анализ 70 клинических наблюдений острой тонкокишечной непроходимости у пациентов, находившихся на стационарном лечении на клинической базе кафедры (РНЦЭМП Бухарский филиал). Всем пациентам, поступившим в стационар, первоначально проводились физикальное, лабораторное и инструментальное методы обследования. Все пациенты были разделены нами на две группы: в первую группу вошли 48 (68,6 %) пациентов, кишечная непроходимость у которых разрешена консервативными мероприятиями, во вторую группу - 22 (31,4 %) пациента, которым проведено хирургическое лечение.

Данные сопоставлялись с результатами рентгенологического (57 больных) и лапароскопического (13 больных) методов исследования. Эхографию проводили на ультразвуковых приборах "EsaoteMyLab 40" и "SonoScape S40" с использованием конвексного и секторного датчиков с частотой 1-22 МГц. Исследование выполняли без предварительной подготовки в положении больного лежа на спине с использованием конвексного датчика с частотой 1 - 22 МГц. В отдельных случаях УЗИ производилось в положении сидя опершись о стену или, если позволяло состояние больного - стоя. Осуществлялось полипозиционное исследование всех отделов брюшной полости, включая полипозиционное исследование и дозированную компрессию как паренхиматозных органов, так и тонкой, толстой кишок и желудка. Первоначально исключали острые хирургические заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, органов малого таза и забрюшинного пространства. Осмотр петель кишечника у больных с подозрением на ОТКН осуществлялся полипозиционно и полипроекционно с использованием дозированной компрессии ультразвуковым датчиком на переднюю брюшную стенку для максимально возможного уменьшения помех от газа в расширенных петлях. Особое внимание удаляли поиску расширенных петель тонкой кишки с внутрипросветным депонированием жидкостного содержимого и с полным отсутствием движения эховключений в его составе при непрерывном наблюдении в течение 4-5 мин. Исследуют глубину и частоту перистальтики петель, устанавливали отсутствие ее в отдельных петлях. В дополнение к общепринятой методике для установления причины непроходимости исследовали подвижность листков брюшины в зоне наибольшей болезненности и в остальных отделах брюшной полости при форсированном "дыхании животом". При лапаротомии, во время операции, именно в зонах с ограничением подвижности петель относительно передней брюшной стенки, зарегистрированных при УЗИ, выявлялись висцеропариетальные и висцеровисцеральные спайки.

У 13 обследованных больных были послеоперационные вентральные грыжы. Таким больным необходимо была оценить состояние апоневроза и возможности дефектов в нем, которых мы учли в обязательном порядке. У них изучали также содержимое грыжевых мешков в толще передней брюшной стенки, наличие в них петель тонкой кишки, ограниченных скоплений жидкости. В момент форсированного "дыхания животом" и при натуживании больного в положении лежа и стоя особое внимание обращали на изменения в приводящих к зоне ущемления петлях кишечника: их расширение, внутрипросветное депонирование жидкости, маятникообразный характер движения эховключений в кишке. При таком обследовании, у 10 пациентов, обнаружили признаков тонкокишечной непроходимости, у которых дальше следовали осмотреть желудок с целью выявления в нем застойного содержимого. В завершение ультразвукового обследования в зоне наибольшей болезненности и в других отделах брюшной полости провели поиск свободной жидкости. У 6 пациентов были сложные диагностические случаи. Мы при такой нетипичной клинической, ультразвуковой картине считали целесообразным проводить последующее ультразвуковое наблюдение с интервалами от 2 до 5 ч. В наших наблюдениях наиболее часто механическую тонкокишечную непроходимость вызывали послеоперационные спайки в брюшной полости (29 случаев). У 12 пациентов причиной непроходимости было ущемление петли в грыжевом мешке, у 3 - заворот тонкой кишки. В 4 случаях нарушение пассажа кишечного содержимого последовало вследствие обтурации просвета из-за сдавления кишки опухолями. Для постановки диагноза основывались на ультразвуковые критерии тонкокишечной непроходимости: расширение петель тонкой кишки с внутрипросветным депонированием жидкости. Среди 17 больных со спаечной странгуляционной непроходимостью у 8 пациентов с давностью заболевания до 12 ч при дозированной компрессии датчиком в зоне наибольшей болезненности была найдена петля тонкой кишки абсолютно акинетическая, без перистальтики и без движения эховключений в жидком содержимом в течение 5-6 мин ультразвукового исследования.

В приводящих к зоне странгуляции петлях тонкой кишки при небольшом сроке от начала заболевания у 5 пациентов отмечалось пропульсивное движение эховключений в составе внутрипросветного содержимого, учащенная перистальтика петель. При длительности заболевания свыше 12 ч в остальных 3 случаях странгуляционной спаечной непроходимости на фоне нарастания количества жидкостного содержимого в петлях отмечалось изменение перистальтики на поверхностную, движение эховключений в просвете становилось маятникообразным. Поиск петли с признаками нарушения иннервации и кровоснабжения кишечной стенки у этих больных был затруднен из-за переполнения приводящих петель тонкой кишки жидкостным содержимым. Дистальнее зоны странгуляции во всех случаях петли кишки были спавшимися, это и помогало уточнению уровня непроходимости. Диаметр расширенных петель тонкой кишки колебался от 2,7 до 4,8 см.

Одним из информативных ультразвуковых признаков спаечной непроходимости является возможность в ходе сканирования обнаруживать фиксацию петель кишечника спайками к передней брюшной стенке. В наших исследованиях при длительности заболевания до 12 ч у 6 пациентов при исследовании брюшной полости на фоне форсированного дыхания "животом" подвижность петель кишки относительно передней брюшной стенки была снижена и составила 1,4 ± 0,8 см, при этом в отделах брюшной полости, удаленных от зоны странгуляции, она равнялась 3,8 ± 0,8 см. Разность подвижности листков брюшины в среднем составила 2,3-4,1 см. При продолжительности заболевания свыше 12 ч у остальных 5 пациентов разницы в подвижности листков брюшины в различных отделах не установлено, что связано с нарастанием количества внутрипросветного содержимого в петлях тонкой кишки, расположенных проксимальнее зоны странгуляции. При этом отмечалась диспозиция перерастянутых петель, ограничение дыхательной экскурсии диафрагмы из-за повышения внутрибрюшного давления и, соответственно, снижение подвижности всех петель.

В 8 случаях послеоперационных вентральных грыж при УЗИ выявили дефект апоневроза передней брюшной стенки, в составе содержимого грыжевого мешка были видны петли тонкой кишки с утолщением стенок от 0,5 до 1,1 см и сниженной их эхогенностью. Перистальтика петель была очень ослаблена или отсутствовала. В просвете петель определялось жидкостное содержимое без движения эховключений. По контуру петель в составе содержимого грыжевых мешков визуализировались ограниченные жидкостные скопления. Основным критерием ущемления петли во всех 10 случаях служило расширение приводящих петель тонкой кишки в брюшной полости с внутрипросветным депонированием жидкостного содержимого, наличие маятникообразных движений эховключений в его составе, свободная жидкость в брюшной полости в области ворот грыжевого мешка.

Все случаи ущемления подтверждены оперативно. Как показывает наш опыт, обычное трансабдоминальное ультразвуковое исследование позволяет достаточно уверенно диагностировать острую тонкокишечную непроходимость, дифференцировать странгуляционную и обтурационную формы спаечной непроходимости. С помощью эхографии возможно определение уровня непроходимости. Как показал анализ исследований, помимо статических существуют и функциональные ультразвуковые признаки, позволяющие уточнить природу непроходимости, а именно установить наличие висцеро-париетальных спаек в брюшной полости. В сравнении с рентгенологическим методом при обтурационной тонкокишечной непроходимости трансабдоминальная эхография позволяет выявить характер изменений не только в просвете кишки, но и в окружающих ее тканях брюшной полости, что облегчает установление причины непроходимости. Чувствительность метода в диагностике механической тонкокишечной непроходимости составила в наших исследованиях 97,3%.

Результат и обсуждение

Обтурационная тонкокишечная непроходимость была обусловлена наличием механического препятствия на пути продвижения кишечного содержимого и наблюдалась у 28 пациентов. У этих пациентов, при первичном УЗИ, чаще наблюдалось неоднородное жидкое содержимое за счет внутриполостного депонирования жидкости, нарушения перистальтики в виде ее усиления и, особенно, активной антиперистальтики и сегментарного расширения кишечника. По мере ухудшения состояния, содержимое становился более однородным, приобретал кашицеобразный характер, а затем, по мере прогрессирования кишечной непроходимости, наблюдалось снижение эхогенности содержимого вплоть до анэхогенности. Этот период обычно сочетался со снижением интенсивности сократительных движений кишечной стенки за счет антиперистальтической паузы. Кроме того, обращали внимание на состояние складок Керкринга: при локализации непроходимости в пределах тощей кишки складки ее оказались сохраненными, при локализации непроходимости в пределах подвздошной кишки слизистая петель последней оказалась лишенной складок. Чем ближе к месту обструкции, тем более было выражено утолщение стенок и складок за счет отека и наложения фибрина (Рис.1).

Рис.1. Эхограмма больного с механической тонкокишечной непроходимостью -спаечный процесс на уровне проксимальных отделов подвздошной кишки. При продольном сканировании на уровне тощей кишки отмечается внутрипросветное депонирование жидкости, расширение просвета тонкой кишки, утолщение складок.

Определение висцеро-париетальных сращений в брюшной полости базировалось на наличии фиксированных к передней брюшной стенке петель кишки, не смещаемых относительно ее при активных дыхательных движениях, а также на резких перепадах диаметра кишечных петель. При спаечной непроходимости в положении больного на боку обнаруживалась фиксация петель тонкой кишки и их сращение между собой. Более того, тщательный осмотр петель кишки позволил выявить перепад диаметров кишки, а также место сдавления расширенными петлями спавшегося "клубка" и, в результате, более точно констатировать наличие уровня обтурационной непроходимости (Рис. 2).

Рис.2. Эхограмма того же больного. Расширенные петли тонкой кишкисдавливают спавшиеся петли подвздошной кишки, расположенные дистальнее места обструкции.

Как показал наш опыт, применение УЗИ при диагностике острой тонкокишечной непроходимости оправдано с тактической точки зрения, поскольку не затянуто по времени, не утяжеляет состояние больного, обладает достаточной информативностью и не несет лучевой нагрузки. Ввиду своей безопасности и простоты применения данная методика может быть использована многократно в процессе консервативного лечения для определения дальнейшей лечебной тактики.

Выводы

Определение ранних УЗ-признаков ОТКН при длительности заболевания до 6-8 часов позволяет определить не только наличие ОКН, но и детально оценить состояние кишечной стенки, характер перистальтики, что способствует эффективной диагностике острой тонкокишечной непроходимости,также основными УЗ-критериями механической кишечной непроходимости являются: неравномерное расширение петель тонкой кишки, перепад диаметра тонкой кишки и наличие спавшейся петли, маятникообразная перистальтика, не связанная с дыханием, висцеро-париетальные и висцеро-висцеральные сращения. Применяемый опыт определяет висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений при ультразвуковом исследовании, позволяет оценить наличие спаек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буянов В. М., Ишутинов В. Д., Дорошев И. А. Ультразвуковое исследование в диагностике механической кишечной непроходимости // Медицинская радиология. - 1993. - N8. - С. 11-13.
2. Данилов К.Ю., Желтиков А.Н., Озманов Ю.М. Ультразвуковая эхосемиотика динамической кишечной непроходимости в различных стадиях. // Росс. мед. журнал. 2003; № 3; С. 16-19.
3. Дроздов С.В., Федоров И.В., Чугуевский В.М., Насыров ИМ., Евтихов Р.М. Диагностика ранних стадий высокой тонкокишечной непроходимости с применением ультразвукового исследования. // Иваново. 1995; 6с.
4. Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулутко В.В. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное) //М.: МИК. 2000; С. 248.
5. Завадовская В.Д., Завьялова Н.Г., Жерлов Г.К., Соколов С.А., Синилкин И.Г., Чернышева Г.Е., Осина И.И. Расширенное ультразвуковое исследование в диагностике неотложных состояний брюшной полости. // Мед. визуализация. 2004; №1; С.51-58.
6. Кириллов С.В. Ультразвуковая диагностика и мониторинг острой кишечной непроходимости // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Материалы 3-й Российской гастроэнтерологической недели. - 1997. - Т.7. - N5. - 258 с.
7. Кунцевич Г. И. Ультразвуковая диагностика в абдоминальной и сосудистой хирургии. М., 1999
8. Милюков В.Е. Динамика изменений гемомикроциркуляторного русла в стенках тонкой кишки собаки после моделирования острой странгуляционной кишечной непроходимости. // Архив патологии. 2002; Т 64; №3; С. 33-36.
9. Седов В.М., Соловейчик А.С., Лущицкий А.М., Иванова Г.П., Левин Г.П. Диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости. // Клиническая медицина. 1996; Т. 74; № 2; С. 65.
10. Agresta F., Piazza A., Michelet I., Bedin N., Sartori C.A. Small bowel obstruction: Laparascopic approach. // Surg Endosc. 2000. - V.14. - N 2 -P.154-156.
11. Ahn S.H., Mayo-Smith W.W., Murphy B.L., and Reinert S.E., Cronan J.J. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation. // Radiology. 2002. - V.225. - N 1. - P.159 -166.
12. Gimondo P. Doppler sonography of hemodynamic changes of the inf. meseteric artery in inflammatory bowel disease: preliminary data // Am. J. Roentgenol. - 1999. - Vol.173. - P.381-387.
13. Kong M., Wang K. A Prune-Induced Small Intestinal Obstruction: Sonographic Appearance // J. Clin. Ultrasound. - 1995. - Vol.23. - N10. - P. 558-560.

Поступила 09.11.2020

УДК 616-009.867.5

NUKLEOTIDLI DORI VOSITA TA'SIRIDA BOSH-MIYA SHIKASTLANISHNI MODELLASHTIRISH

Xuseinova G.X.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Tadqiqot hayvonlardagi xatti-harakatlarning buzilishini, shu jumladan, ularning eksperimental travmatik miya shikastlanishidan so‘ng ularning xotirasidagi o‘zgarishlarni o‘rganishga, hamda kuzatilgan buzilishlarni nukleotid preparat yordamida davolash imkoniyatlarini baholashga bag‘ishlangan.

Kalit so‘zlar: bosh miya shikastlanishi, nukleotidli preparat, hayvonlarning xulq-atvori reaktsiyalari.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ВЛИЯНИЕМ ПРЕПАРАТА НУКЛЕОТИДНОЙ ПРИРОДЫ

Хусейнова Г.Х.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Работа посвящена изучению нарушения поведения животных, включая изменения их пространственной памяти, после экспериментальной черепно-мозговой травмы, а также оценке возможности коррекции наблюдаемых нарушений препаратом нуклеотидной природы.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, препарат нуклеотидной природы, поведенческие реакции животных.

MODELING OF A CRANIOCEREBRAL INJURY INFLUENCED BY A NUCLEOTIDE DRUG

Khuseinova G.Kh.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The work is devoted to the study of behavioral disorders in animals, including changes in their spatial memory, after experimental traumatic brain injury, as well as the assessment of the possibility of correcting the observed disorders with a nucleotide drug.

Key words: traumatic brain injury, nucleotide drug, behavioral reactions of animals.

Актуальность

На сегодняшний день черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из главных проблем медицины, как в нашей стране, так и за рубежом [2]. Последствия ЧМТ включают в себя изменения личности, когнитивные проблемы, нарушения функций двигательной и иммунной систем и снижение качества жизни [6,7].

По современным представлениям нуклеотиды не только являются носителями генетической информации, но и участвуют в процессах регуляции иммунной и нервной системы [4]. Одним из корректоров нарушенных защитных функций при различных формах патологии, в настоящий момент использующихся в клинической практике, является лекарственный препарат нуклеотидной природы "Деринат", получаемый из молок лососевых или осетровых рыб обладает иммуномодулирующей, противовоспалительной, противовирусной активностью [1].

Цель: Цельюработы явилось исследование нарушений поведения животных, включая изменения их пространственной памяти, после механической черепно-мозговой травмы, а также оценка возможности коррекции наблюдаемых нарушений.

Материал и методы

Исследование выполнено на 50 белых рандобредных крысах самцах, с массой от 100 до 120 г, содержавшихся в условиях вивария при стандартном рационе питания, свободном доступе к воде, обычном режиме освещения. Первую из них составили животные, которых фиксировали в установке, но травму не наносили (контрольная, n=25). Вторую (опытную, n=25) - животные, которых подвергли ЧМТ. После нанесения травмы животные переносились в специальную пластиковую клетку, и за ними велось наблюдение вплоть до восстановления нормальных поведенческих паттернов. В течение времени восстановления у крыс наблюдались асфиксия, судороги, кровотечения и т. д.

Поведенческие тесты

Изучение поведенческих реакций животных проводили с помощью ряда методов, таких как "Открытое поле", "Водный лабиринт Морриса".

Открытое поле

Установка "Открытое поле" представляет собой ярко освещенную прямоугольную площадку белого цвета размером 80×90 см, ограниченную бортами высотой 35 см. На 1, 7 и 14 сутки после нанесения травмы животное помещалось в центр арены, и в течение 5 мин исследовалось его поведение в новых ус-

ловиях. Не менее чем за 50 мин до этих крыс переносили в тихое, слабо освещенное помещение, и в этот период времени любые возможные манипуляции, такие как кормление и взятие в руки, с животным сводили к минимуму.

Водный лабиринт Морриса

"Водный лабиринт Морриса", предназначенный для исследования пространственной памяти животных, представлял собой темный металлический бассейн, диаметром 160 см, с высотой стенок 70 см. Отдаленными визуальными метками выступала обстановка экспериментальной комнаты, близкими визуальными метками - ярко-белые геометрические фигуры, расположенные по 4 сторонам света на внутренних стенках бассейна. Лабиринт наполняли водой, температурой 21±1°С на уровень 40 см, что на 1 см выше помещаемой в северо-западный сектор платформы. Каждый день 4 дня подряд крысе предоставляли 3 попытки по 1 мин на нахождение скрытой под водой платформы. Для этого животных сажали в случайном порядке в каждый из 3-х секторов (кроме северо-западного), головой по направлению к стенкам бассейна. Крыс приучали к экспериментальной обстановке ежедневно, в течение 4 дней до нанесения травмы. Оценку пространственной памяти животного проводили на 1-е сутки после нанесения травмы.

Результат и обсуждение

Оценка когнитивных нарушений с использованием "водного лабиринта Морриса". "Водный лабиринт Морриса" является широко используемым тестом для оценки когнитивных нарушений, в частности после черепно-мозговой травмы [6]. В проведенном исследовании показано, что на 1 сутки после нанесения травмы у животных существенным образом снижается пространственная память, определяемая по таким показателям, как длительность времени, проведенного в секторе интереса и латентность - время достижения сектора-платформы. При этом время в процентном соотношении, проведенное в секторе интереса, достоверно снижено относительно такого же показателя у контрольных животных, а время, требуемое для достижения сектора-платформы, увеличено. Курсовое введение Дерината приводило к восстановлению этих показателей до уровня, характерного для контрольных животных. Таким образом, введение препарата нуклеотидной природы животным в течение 4 дней после механической черепно-мозговой травмы позволяет предотвратить развитие нарушений пространственной памяти у крыс.

Изменения эмоционального статуса в тесте "Открытое поле".

Депрессия и изменения эмоционального статуса также являются важными компонентами последствий ЧМТ [6]. Тест "Открытое поле" был использован с целью получения возможности углубленного изучения эмоционального и исследовательского поведения животных после черепно-мозговой травмы, поскольку позволяет оценить поведенческие реакции животных в ситуации отсутствия возможности выбора комфортных условий пребывания. Установлено, что количество посещений регионов открытого поля, таких как периферия, 2/3 и центр поля, достоверно снижено у животных, получивших черепно-мозговую травму, уже начиная с 1 суток после ее нанесения по сравнению с теми же показателями у контрольных животных. При курсовом введении Дерината в течение 4 дней у животных с ЧМТ происходит восстановление этих показателей на 1-е, 7-е и 14-е сутки до уровня, характерного для контрольных животных. Однако у травмированных животных, не получавших лечения, на 1-е, 7-е сутки отмечается большее количество посещений регионов, чем на 14-е сутки. При анализе длины общего пробега животного в открытом поле за исследуемый период (5 мин) установлено, что после получения травмы на 1-е, 7-е и 14-е сутки длина общего пробега существенно снижена у животных, получивших черепно-мозговую травму, по сравнению с тем же показателем у контрольных. Введение препарата нуклеотидной природы приводит к восстановлению этого показателя до уровня, характерного для контрольных животных, на 7-е и 14-е сутки после травмы. Однако длина общего пробега у животных с черепно-мозговой травмой на 14-е сутки снижена по сравнению с тем же показателем у травмированных животных на 7-е сутки. Сходные данные были получены и при исследовании средней скорости передвижения животного в открытом поле. У животных с черепно-мозговой травмой средняя скорость пробега снижена. После курсового введения препарата нуклеотидной природы она восстанавливается до исходного уровня на 1-е, 7-е и 14-е сутки, и у животных, не получавших лечения, она на 1-е, 7-е сутки выше, чем на 14-е. Вертикальная двигательная активность, включающая в себя стойки как с упором на стенку, так и без упора, снижена у животных, перенесших черепно-мозговую травму, в течение всего периода исследования. Введение препарата нуклеотидной природы не оказывает существенного влияния на этот показатель вплоть до 14-х суток, когда происходит его восстанавливание до уровня вертикальной двигательной активности у контрольных животных. Животные после черепно-мозговой травмы, не получавшие лечения, на1-е, 7-е сутки обладают большей вертикальной двигательной активностью, нежели на 14-е сутки.

Полученные данные позволяют заключить, что после черепно-мозговой травмы у животных снижаются показатели, свидетельствующие об исследовательской активности, что проявляется при тестировании изменений поведения, и повышается уровень депрессии и тревожности. Курсовое введение препарата нуклеотидной природы позволяет корректировать эти нарушения и восстанавливать измененные процессы до уровня, характерного для контрольных животных. Эти данные согласуются с данными литературы, касающимися изучения активности функций иммунной системы [3]. Следует подчеркнуть, что у животных, не получавших лечения Деринатом, поведенческие реакции на 14-е сутки указывали на ухудшение их состояния, по сравнению с таковым на 1-е, 7-е сутки, что может свидетельствовать о начале развития к 14-м суткам вторичных процессов, являющихся следствием черепно-мозговой травмой.

Таким образом, нами было показано, что препарат нуклеотидной природы с большой молекулярной массой может вмешиваться в систему регуляции иммунных процессов, что соответствует литературным данным, свидетельствующим о вмешательстве в процессы регуляции отдельных нуклеотидов [4,5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каплина Э. Н., Вайнберг Ю. П. Деринат - природный иммуномодулятор для детей и взрослых. М.: Науч. Книга, 2005.
2. Овсянников Д.М., Чехонацкий А.А., Колесов В.Н., Бубашвили А.И. Социальные и эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 3. - С. 777-785.
3. Рыбакина Е. Г., Шанин С. Н., Козинец И. А., Дмитриенко Е. В. Коррекция функций иммунной системы препаратом "Деринат" после экспериментальной черепно-мозговой травмы // Terra Medica. 2011. № 2. С. 31-34.
4. Серебряная Н. Б. Нуклеотиды как регуляторы иммунного ответа // Иммунология. 2010. № 5. С. 273-281.
5. Loane D. J., Faden A. I. Neuroprotection for traumatic brain injury: translational challenges and emerging therapeutic strategies // Trends Pharmacol. Sci. 2010. Vol. 31, N 12. P. 596-604
6. Marklund N., Hillered L. Animal modelling of traumatic brain injury in preclinical drug development: where do we go from here? // Br. J. Pharmacol. 2011.Vol. 164, N 4. P. 1207-1229.
7. McAllister T. W. Neurobiological consequences of traumatic brain injury // Dialogues Clin. Neurosci. 2011. Vol. 13, N 3. P. 287-300.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.33

BOLALARLARDA HELICOBACTER PYLORI BIRLASHGAN GASTRODUODENAL PATOLOGIYASINING IMMUNOGENETIK ASPEKTLARI

Shodieva M.S.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Buxoro viloyatida yashovchi odamlarda HLA-DQ o‘zgaruvchanligi va o‘zbek populyatsiyasida H pylori bilan kasallangan 11,2% darajasida H pyrolining tarqalishi o‘rtasidagi bog‘liqlikni o‘rganib chiqdik. Qayd etilishicha, DQB1 * 0401 genotipiga ega bo‘lgan shaxslar H infektsiyasini rivojlanish xavfi yuqori. .lori DQB1 0301 genotipiga ega bo‘lganlarga nisbatan DQA1 yoki DQB1 ганlotiplari H. pulori infektsiyasi bilan bog‘liq emas edi.

Kalit so‘zlar: H. pylori, bolalar, oshqozon yarasi, eroziv gastroduodenit, genotiplar.

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Шодиева М.С.,

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Мы исследовали ассоциации междувариацией HLA-DQ хозяина и распространенностью H pylori в узбекской популяции с уровнем инфицированноеH. pylori 11.2% у людей, проживающих в Бухарском регионе было отмечено, что лица, несущие генотипы DQB1* 0401, имеют значительно больший риск развития инфекции H. pylori по сравнению с лицами с генотипами DQB1 0301. Гаплотипы DQA1 или DQB1 не были связаны с инфекцией H. pylori.

Ключевые слова: H.pylori, дети, язвенная болезнь, эрозивный гастродуоденит, генотипы.

IMMUNOGENETIC ASPECTS OF HELICOBACTER PYLORI ASSOCIATED GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN

Shodieva M.S.,

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

We investigated the associations between the host HLA-DQ variation and the prevalence of H ruli in the uzbekian population with an H. pylori-infected level of 11.2% in people living in the Bukhara region. It was noted that individuals carrying the DQB1 * 0401 genotypes are at significantly greater risk of developing H infection. .lori compared to individuals with the DQB1 0301 genotypes. The DQA1 or DQB1 haplotypes were not associated with H. pulori infection.

Key words: Helicobacter pylori children, peptic ulcer, erosive gastroduodenitis, genotypes.

Актуальность

В настоящее время хроническая патология желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков занимает значительное место в структуре общей заболеваемости [Н. М. Звягина, О. В. Тетонов 2015]. Обращаемость детей в лечебно-профилактические учреждения по поводу болезней органов пищеварения не отражает истинной распространенности этой патологии. [Волков А.И. 2012]. По результатам Всероссийской диспансеризации, болезни органов пищеварения занимают второе место в структуре детской заболеваемости у подростков. Частота встречаемости хронического гастрита и хронического дуоденита в России составляет 300-400 на 1000 детского населения [Н. М. Звягина, О. В. Антонов 2015], а по Ташкентскому региону 200 на 1000 (Пазилова С.А. 2006). По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, (ВОЗ), к середине XXI века заболевания органов пищеварения будут занимать одно из ведущих мест, что обусловлено образом жизни современного человека (стрессы, нерациональное питание, гиподинамия, вредные привычки), загрязнением окружающей среды, увеличением в рационе питания доли некачественных и генно-модифицированных продуктов питания [Гуров А.Н. 2015].

Инфекция Helicobacter pylori (H. pylori) в настоящее время рассматривается, как ведущий этиопатогенетический фактор язвенной болезни (ЯБ) и хронического гастрита (ХГ) в детском возрасте [Нижевич А.А. с соавт. 2010]. Результаты широкомасштабных исследований показали, что на долю язвенной болезни, ассоциированной с инфекцией Helicobacter pylori, приходится 70-80 % случаев выявления дуоденальных язв и 50-60 % язв желудка [Suerbaum S., 2002]. Появляется все больше доказательств той роли, которую играет инфекция Helicobacter pylori в возникновении и развитии рака желудка [Malekzadeh R., 2004; Hansen S., 2007; Янкин А.В., 2010]. Исследователи связывают с инфицированием Helicobacter pylori 100 % случаев выявления проксимального рака желудка у японцев [Uedo N. 2003].

Фактор некроза опухолей альфа (TNF-α) - провоспалительный цитокин, синтезирующиеся, в основ-

ном, макрофагами и моноцитами, играющий важную роль в инициации и усилении иммуно-восполительного ответа на инфицирование H.pylori [Garcia-Gonzalez M.A. et al., 2005]. На клеточном уровне TNF-α стимулирует продукцию провоспалительных цитокинов, таких, как интерлейкин-1,-6,-8. Отвечает за иммунный и воспалительный ответ, включая некроз [Lee S.-G. et al., 2004]. Кодирующие их гены относятся к числу основных генов-кандидатов ЯБ. Полиморфные варианты генов цитокинов и их рецепторов могут оказывать существенное влияние на риск развития ЯБ желудка и ЯБДПК. Кроме того, бактерия, индуцируя иммунновоспалительную реакцию, способствует гибели собственных клеток макроорганизма, что обуславливает развитие глубоких дистрофических и атрофических изменений слизистой оболочки желудка с явлениями метаплазии и дисплазии. Дальнейшие гиперпластические процессы приводят к развитию рака желудка [С.А. Анкудинова 2008, M.A Adamu 2011, Correa P.2004, P.C.Konturek 2009, J.Watari 2014]. В связи с этим является актуальными ранее выявление, своевременная диагностика и лечение детей с предраковыми состояниями и изменениями слизистой оболочки желудка.

Цель исследования. Изучить полиморфные варианты генов цитокинов и их рецепторов у детей с Helicobacterpylori ассоциированной гастродуоденальной патологией.

Язвенная болезнь (ЯБ) в детском возрасте перестала считаться редким заболеванием и представляет серьезную проблему клиническоймедицины в связи с высоким уров нем еераспространенности. Омоложением патологии, хроническим рецидивирующим течением, возможностью опасных для жизни осложнений и снижением эффективности лечения [1-3]. Несмотря навнедрение современных схем терапии, за последнеедесятилетие частота ЯБу школьников увеличилась в2.5 раза, процент неудовлетвори тельных результатов стационарного лечения пациентов вырос в 2раза, частота рецидивов возросла с 50 до 75%. Частотаосложнений увеличилась в 2.3 раза [4; 5]. Язвеннаяболезнь и хронический эрозивный гастродуоденнт(-ХЭГД) относятся к полнэтнологнческнм.Мультифакторнымзаболеваниям.Этнологическаяструктура ЯБ предполагает три группы причин: 1)

наследственно-конституциональные факторы - этомногочисленные генетические маркеры ЯБ:важнейшими из них являются принадлежность к 0 (I)группе крови, несекреторный статус, недостатокфукогликопро теидов в желудочной слизи,высокоесодержание пепсиногена I в крови, гиперплазия6-клеток, выявление антигенов системы HLA: 2)экзогенные факторы - фоновые снтуашш.сопровождающие жизнь ребенка.нервно эмоциональное напряжение, нарушение режимадня и отдыха, длительные алиментарные погрешности,недостаток в пище микроэлементов, витаминов, белка, длительный прием некоторых медикаментов, снижениесопротивляемости организма после перенесенныхзаболеваний: 3)эндогенные факторынервно-рефлекторное воздействие на желудок идвенадцатиперстную кишку (ДПК) со стороны другихпораженных органов желудочно-кишечного тракта, атакжесердечно-сосудистой, эндокринной систем; одним из важнейших эндогенных (инфекционных)факторов считается helicobacter pylori (HP) [6: 7].

В настоящее время хроническая патологияжелудка и двенадцатиперстной кишки у детей иподростков занимает значительное место в структуреобшей заболеваемости [H. N1. Звягина. О. В. Антонов2015Обращаемостдетей влечебно-профилактическиеучреждения по поводуболезней органов пищеварения не отражает истинной распространенности этой патологии. [9]. По результатам Всероссийской диспансеризации, болезниорганов пищеварения занимают второе место вструктуре детской заболеваемости у подростков. Частота встречаемости хронического гастрита и хронического дуоденита в России составляет 300-400на 1000 детского населения [14]. а по Ташкентскомурегиону 200 на 1000 (10). По прогнозам экспертовВсемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ксередине XXI века заболевания органов пищеварения будут занимать одно из ведущих мест, чтообусловленообразом жизни современного человека (стрессы, нерациональное питание, гиподинамия, вредныепривычки). загрязнением окружающей среды, увеличением в рационе питания доли некачественныхи генно-модифицированных продуктов питания [13].

Инфекция helicobacter pylori (HP) внастоящее время рассматривается, как ведущий этиопатогенетнческнй фактор язвенной болезни (ЯБ) ихронического гастрита (ХГ) в детском возрасте. Исследования, проведенные в России и Европе, показали, что фундаментальная роль в формировании клинического варианта H. py1ori-ассоцинрованнойгастродуоденальной патологии и клинического исхода болезни (гастрит, гастродуоденнт. ЯБ. рак. мальтома) принадлежит системе HLA [11].

Генетическая система HLA - самая полиморфная генетическая система человека, чтообъясняется той биологической ролью, которуюиграют антигены HLA в поддержанииимунологического гомеостаза организма и защите егоот патогенов. Комплекс генов HLA расположен на коротком плече 6-й хромосомы и включает в себя рядлокусов (A. B. C. DR. DQ. DP). Продукт локусов HLAA. B. C называют антигенами I класса, а локусов HLA DR. DQ и DP - антигенами II класса.

Полиморфизм HLA-системы ответствен за вариации иммунного ответа организма на различныеантигены и предопределяетвосприимчивость илиневосприимчивость организма к заболеваниямвозникновение которых опосредовано иммунной системой. Полиморфизм тесно ассоциирован сэтническими факторами, в связи с чем индивидуумы, принадлежащие к разным этническим группам, отличаютсякомбинациями аллелей. ответственных затот или иной вариант иммунного ответа и соответственно за клинический вариант и исходболезни. Так. в популяции пациентов с H. py1ori-инфекцией в Японии отмечена связь аллелейHLA DRB1*0405 и DQB1*0401 с язвенной болезньюжелудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). в то время как в финской, немецкой и итальянской популяциях такой связи не найдено. Ряд авторовописали связь между HLA DRB1*11 и HLA DRB1*04 и восприимчивостью организма к H. py1ori (гены "провокаторы") и HLA-генами DRB1*12 и HLA DRB1*0301 - с невосприимчивостью организма к H. py1оп (гены-"протекторы"). Другая группа авторов не подтверждает существования такой связи. На сегодняшний день в Российской Федерации опубликованы единичные работы по изучению связиполиморфизма НЬА генов II

класса в популяцияхдетей, страдающих гастродуоденальной патологией, ассоциированной с H. py1оп.Исследователямиустановлена связь между HLA DR4 (маркер фактора риска) и формированием хронического гастродуоденита у детей. В условиях нашей

Республики подобные исследования не проводились,вместе с тем. тенденция к утяжелению, омоложению и высокой частоте осложнений диктуют необходимостьизучения данного вопроса.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 115 больных в возрасте от 3 до 17 лет. Изних 55 пациентов с ЯБ ДПК и желудка и 60 - схроническим эрозивным гастродуоденитом

Мальчиков было 63; девочек - 52. В группу контролявключено 102 практически здоровых ребенка той жевозрастной и половой категории. Клиническаякартина язвенной болезни проявлялась в виде следующих симптомо комплексов:болевойабдоминальный (96 *о), диспепсический (100%), астеновегетативный (94.5 %), которые быливыражены в разной степени и встречались в разных сочетаниях.

Выводы

Мы исследовали ассоциации междувариацией НЬА-Эр хошина ираспространенностью H. py1ori в популяции с уровнем ннфиинрованности H. py1ori 11.2** у людей, проживающих в Бухарском регионе. Былоотмечено, что. лица, несущие генотипы 1Х^В 1*0401.имеют значительно больший риск развития инфекцииН. py1ori по сравнению с липами с генотипами ЕХ} В1 0301. Гаплотипы 1Х? А1 или ООВ1 не были связаны синфекцией H. py1ori

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранов А.А. Щербаков П.Л. Актуалные вопросы детской гастроэнтерологии
2. Вопрос современные педиатрии 2002. №1. С.12-16
3. Булатов В.П. Камалова А.А. Хуснуллина Г.Ф.Клинико-эндокопичиские особенности язвенной болезни у детей. Детская гастроэнтология-2005 С.215-216.
4. Закамерный А.Г. Особенности современного течения язвенной болезни в детском возрасте и подходы к этапному лечению больных. Терапевт. Арх. 1995. №2. С23-26.
5. Детская гастроэнтология. Под.ред. А.А.Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук, М.2002.
6. Бельмер С.В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей: Автореф.дис. □ д-ра мед наук. М.1997
7. Маев И.В. Вьючнова Е.С. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки М.2003
8. Honda S. Fujioka T. Tokieda M. et.al (1998). Development of Helicobacter pylori-induced gastric carcinoma in Mongolian gerbils. Cancer Res. 58, 4255
9. Huang YK, Wen GS, Li HL, et al (2005). Possible association between HLA-HRB1 and DQB1 genes frequency and susceptibilityor resistanseto Helicabacter pylori infection in Kunming Yi ethnic group children. Zhong hua Er Ke Za Zhi 137-40.
10. Kaufman JF, Auffray C, Korman AJ, et al (1984). The class II moduceles of the human and murine major histocompatibility complex.Cell.36, 1-13.
11. Klein PD, Graham DY, Gaillour A et al (1991).Water source as risk factor for Helicobacter pylori infection Peruvian children. Gastrointestinal Physiology Working G. Lancet. 22. 1503-6.
12. KO KP, Park SK, Park B, et al (2010). Isoflavones from phytoestrogens and gastric cancer risk: a nested case control study within the Korean Multicenter Cancer Cohort. Cancer Epademiol Biomarkers Prev, 19. 1292-300.
13. Kusters JG, Van Vliet AH, Kuipers EJ (2006). Pathogenesis v036. Helicobacter pylori infection. Clin Microbiol Rev.19.449-90.
14. Lee JH, Kim N, Chung JI, et al (2008). Long-trem follow-up of Helicobacter pylori serology after eradication and reinfection rate of H.pylori in South Korea. Helicobacter
15. Kunstmann E., HardtC. Crabtree J. et al. 2003
16. Brillantino A. et al .Role of tridimensional endoanal ultrasound (3D-EAUS) in the preoperative assessment of perianal sepsis. IntJ Colorectal Dis 2015; 30(4): 535-42.
17. Toyonaga T. Et al. Comparison of accuracy of physical examination and endoanal ultrasonography for preoperative assessment in patients with acute and chronic analfistula.Tech Coloproctol 2008; 12 (3):217-23.
18. Wedemeyer J. et al. Transcutaneous perianal sorography: a sensitive method for the detection of perianal inflammatory lesions in Crohn's diseave. World J Gastroenterol 2004; 10 (19):2859-63.
19. Youssef A.T. Imaging Classification of Perianal Fistula Using the Ultrasound. J Gastroenterol Hepatol Res 2015; 4(6): 1653-9.
20. Garcia-Granero A. et al. Management of cryptoglandular supralevator abscesses in the magnetic resonance imaging era: acase series. Int J colorectal Dis 2014; 29(12):1557-64.
21. Siddiqui M.R.S. et al. A diagnostic accuracy meta-analysis of endoanal ultrasound and MRI for perianal fistula assessment. Dis Colon Rectum 2012; 55(5):576-85.
22. Jordan J. et al. Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgry. Colorectal Dis 2010; 12(3):254-60.
23. Arroyo A. et al. Fistulotomy and sphincter reconstruction in the treatment of coplex fidtula-in-ano: long-term clinical and manometric results. Ann Surg 2012; 255(5):935-9.
24. Toyonaga T. et al. Factors affecting continence after fistulotomy for intersphincteric fistula -in-ano. Int J Colorectal Dis 2007; 22(9):1071-5.
25. Visscher A.P. et al. Long-term Follow-up after Surgery for Simple and Complex Cryptoglandular Fistulas: Fecal Incontinence and Impact on Quality of Life. Dis Colon Rectum 2015; 58(5):533-9.
26. Roig.J.V. et al. Changes in anorectal morphologic and functional parameters after fistula-in-ano surgery. Dis Colon Rectum 2009; 52(8):1462-9.
27. Vial M. et al. Faecal incontinence after Seton treatment for anal fistulae with and without surgical division of internal anal sphincter: a systematic review. Colorectal Dis 2010; 12(3):172-8.
28. Chand S.C., Lin J.K. Change in anal continence after surgery for intersphincteral anal fistula: a functional and manometric study. Int J Colorectal Dis 2003; 18(2):111-5.
29. Gabriel W.B. The treatment of pruritus ani and anal fissure. Br M Ed J 1930; 2(3634):311.
30. Bernard D., Tasse D., Morgan S. High intermuscular anal abscess and fistula: analysis of 25 cases. Can J Surg 1983 Mar.; 26(2):136-9.
31. Gottgens K.W.A. et al. Long-term outcome of low perianal fitulas treated by fistulomoty a multicenter study. Int J Colorectal Dis 2015; 30(2):213-9.
32. Hirschburger M. et al. Fistulectomy with primary sphincter reconstruction in the treatment of high transsphincteric anal fistulas. Int J Colorectal Dis 2014; 29(2):247-52.
33. Elting A.W.X. The treatment of fistula in ano: with especial reference to the whitehead operation. Ann Surg 1912; 56(5):744-52.
34. Ramirez A., Virgilio A., Fistulas anorrectales: tratamiento quirurgico con el metodo de Robles y Picot: experiencia personal. Prensa Med Argent 1985; 72(15):511-4.
35. Kirschner M. Die Eingriffe am Mastdarm. Die Eingriffe in der Bauchhohle. - Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag 1951.551 p.

Поступила 09.11.2020

УДК 615.32:633.88:616-085

ABU ALI IBN SINONING FITOTERAPIYA RIVOJLANISHIGA QO‘SHGAN HISSASI

Elmurodova A.A., Kosimova D.S., Shadyeva N.Sh.,

Nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Rezyume,***

Ushbu maqola buyuk olimning fitoterapiya rivojlanish tarixiga qo‘shgan hissasiga bag‘ishlangan. Abu Ali ibn Sino tomonidan qo‘llanilgan shifobaxsh o‘simliklar bilan davolash usullari va ayrim o‘simliklarning dorivor xususiyatlariga oid tarixiy ma’lumotlar tavsifi keltirilgan.

Kalit so‘zlar: stomatit, qoqigul, diabet, antidiabetikpreparatlar, fitoterapiya

ВКЛАД АБУ АЛИ ИБН СИНО В РАЗВИТИЕ ФИТОТЕРАПИИ

Элмурадова А.А., Косимова Д.С., Шадыева Н.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

Данная статья посвящена вкладу великого ученного в историю развития фитотерапии. Приведены исторические справки, описаны лечебные свойства некоторых растений и так же методы лечения лекарственными растениями Абу Али ибн Сино.

Ключевые слова: стоматит, одуванчик, диабет, антидиабетические препараты, фитотерапия.

CONTRIBUTION OF ABU ALI IBN SINO TO THE DEVELOPMENT OF PHYTOTHERAPY

Elmuradova A.A., Kosimova D.S., Shadyeva N.Sh.,

Bukhara State Medical Institute Named after Abu Ali ibn Sino.

✓ ***Resume***

This article is devoted to the contribution of the great scientist to the history of herbal medicine. Historical references are given; Abu Ali Ibn Sino describes the medicinal properties of some plants, as well as methods of treatment with medicinal plants.

Key words: stomatitis, dandelion, diabetes, antidiabetic drugs, herbal medicine.

Актуальность

Как подлинный ученый - энциклопедист Ибн Сино с большим успехом работал почти во всех областях знания. В источниках упоминается свыше 450 названий его сочинений, а число дошедших до нас трудов около 240. Они охватывают такие области науки, как философия, медицина, логика, психология, "физика" (т.е. естествознание), астрономия, математика, музыка, химия, этика, литература, языкознание и др.

Ибн Сино много занимался и вопросами ботаники, ибо как врач, он не мог не уделять должного внимания изучению растений, имеющих целебные свойства. Карл Линней (1707-17078), учитывая заслуги Ибн Сино в области этой науки, назвал вечно зеленое тропическое растение его именем -Авиценния [1].

В "Каноне врачебной науки", а также в ряде специальных работ по лекарствоведению ("Книга о лекарствах при сердечных болезнях", "О свойствах цикория", "О свойствах уксуса - лида" и др.) Ибн Сино не только объединил разрозненный опыт прошлого и дополнил его результатами собственных наблюдений, но и сформировал ряд принципиальных положений рациональной формации.

Ибн Сино описал много новых лекарственных средств растительного, животного и минерального происхождения. В частности, с его именем связывают первое применение ртути, которая в 10 в. добывалась в окрестностях Бухары, для лечения сифилиса. Им же как побочное действие ртути описаны проявления ртутного стоматита.

В "Каноне врачебной науки" содержаться указания на необходимость выявления побочного действия лекарств, на наличие взаимного усиления их и взаимного ослабления действия лекарственных средств при их совместном назначении.

Всемирно известный труд "Канон врачебной науки" состоял из пяти томов, в котором второй том был посвящен описанию простых по составу лекарств с указанием способов их приготовления и применения, а пятый - сложных. Им описаны 811 средств растительного, животного и минерального происхождения с указанием их действия, способов применения, правил сбора и хранения. Ученый привел описание более 30 видов медицинских масел, 63 видов лепешек, 30 пилюль и других лекарственных форм [1].

Например, о свойствах календулы Ибн Сино писал так:

"Азарйун (ноготки) Естество: Горячее, сухое в третьей степени. Косметика: Растертые с уксусом (ноготки) помогают от "лисьей" болезни. Орудия с суставами: Зола ноготков с уксусом (полезна при) воспалении седалищного нерва. Органы извержения: Диоскорид говорит: "Если беременная женщина дотронется до горных ноготков или введет их в виде свечек, то тотчас выкинет". Яды: (Ноготки) помогают

от всех ядов и особенно от укусов (ядовитых животных)".

Вот что было известно Авиценне о целебных свойствах одуванчика:

"Тарахшакук - одуванчик обыкновенный. Сущность. Он известен; это вид цикория. Естество. Холодность одуванчика больше его влажности, хотя влажность в нем (все же) есть. Действия и свойства. Охлаждающее, открывающее. Органы глаза. Его млечный сок сводит бельмо. Органы питания. Его выжатый сок очень полезен от водянки и открывает закупорки в печени. Яды. Он противостоит ядам. Из него делают лекарственные повязки, особенно при укусах скорпиона" [2].

Ибн Сино выдвигает три основных правила лечения при помощи лекарства.

Первое правило ("выбор лекарства по качеству") исходит из основного терапевтического принципа древних врачей "лечить противоположным" и предусматривает выбор лекарства, натура которого противоположна натуре болезни. Например, при горячей болезни следует выбрать лекарство с холодной натурой, при холодной болезни, наоборот - горячее лекарство и др.

Второе правило ("выбор лекарств по количеству") предусматривает, с одной стороны, определение степени (в количественном выражении) теплоты, холодности, влажности и сухости лекарства соответственно роду болезни, с другой, - установление дозы лекарств из текста "Канона" следует, что Ибн Сино понимал, как сложно выполнить это правило и установить какой-либо один критерий.

Ибн Сино указывал, что при определении дозы (третье правило) лекарства врач должен исходить из предшествующего опыта, учитывать анатомо-физиологические особенности пораженного органа, индивидуальные особенности больного (пол, возраст, привычки, профессию) и различные внешние факторы (время года, климат, страну и др.) Он писал: "Количественное измерение (лекарства) в двух отношениях (то есть выбор лекарства соответствующей степени по качеству и собственно дозы) взятое в целом, производится путем домысла при помощи врачебного искусства, (основываясь) на естестве органа, степени заболевания и таких моментах, которые требуют для себя соответствия и сообразности; (эти моменты) суть - пол, возраст, привычка, сезон, страна, профессия, сила и наружность".

Среди многочисленных терапевтических примеров Ибн Сино значительное место занимает наружное применение лекарств. Исследователи истории медицины наружное применение лекарств считают отличительной особенностью лечебной практики медицины Востока по сравнению с античной. Наружно Ибн Сино применял лекарства в основном в виде повязок. Состав лекарств довольно сложный, некоторые содержат от 5 до 19 ингредиентов и более. Основную часть лекарственных повязок составляют растения или их продукты, содержащие эфирные масла. К ним относятся камфора, "фиалковый корень", копытень, плоды лавра, мирра сумбул нарцисс, полынь цитварная, шафран, розовое масло, сададж, сандал, сатар, масло хны, укропа, ромашки, белой лилии, мастикового дерева, касатика ("фиалкового корня") и др. [3].

Кроме того, в состав некоторых лекарственных повязок входят средства, обладающие свойством снижать восприятие боли (амом и др.). Многие из лекарственных средств в недавнем прошлом (50-60 лет назад), а некоторые в настоящее время широко применяются в медицинской практике, в том числе в виде наружного кожно-раздражающего средства.

Огромный вклад в учение о диабете внес Абу Али ибн Сино. Абу Али ибн Сино первоначально определял особенности "мизаджа" здорового человека, затем его изменения при заболеваниях, а также "мизадж" лекарственных средств, которые назначались для его коррекции. "Мизадж" здорового человека считался mutadil - нейтральным. Авиценна полагал, что при диабете "мизадж" изменяется в "холодную" сторону. В современном понимании это означает сдвиг pH жидкой среды организма в сторону ацидоза. Под действием продуктов, имеющих "холодную натуру", по ибн Сино, происходит существенное изменение "мизаджа" внутренней среды организма (vujud) в "холодную", то есть ацидную сторону, прежде всего в эндотелиальной системе, а также в почках и печени, что является началом развития диабета. В связи с этим Авиценна запрещал назначение ацидных (кислых) продуктов и напитков при диабете, понимая, что эти продукты усугубляют сдвиг "мизаджа" больных в "холодную" диабетогенную сторону [4].

Лечение состояния ацидности, или "холодного мизаджа", при помощи ацидных, то есть кислых, лекарственных средств, продуктов или напитков ибн Сина считал совершенно недопустимым, назвав подобный принцип лечения тактикой терапии "подобное подобным". В основе терапии диабета, по Авиценне, лежит тактика терапии "противоположное противоположным", то есть лечение состояния ацидоза при помощи ощелачивающих средств.

Основу авиценновских лекарственных средств, предназначенных для патогенетической и вспомогательной терапии разных степеней и форм диабета, составляли растительные, минеральные и животные продукты с ощелачивающими свойствами, что определяло сущность тактики терапии "противоположное противоположным" [5]. Благодаря этому каждое из этих средств при правильной дозировке было способно изменять реакцию кислотно-основного состояния (pH) организма больного из ацидной в нейтральную или слабощелочную. Ибн Сина по этому поводу писал в "Каноне": "Поистине, когда будет понятно качество болезни, нужно выбрать лекарство с противоположным качеством, ибо болезнь лечится противодействием" [6].

В соответствии с этим принципом задача врача заключалась в том, чтобы посредством подходящих лекарств восстановить нарушенное равновесие "мизаджа" до уровня нормы, то есть "уравновешенности натуры" - mutadil. Восстановление "мизаджа", нарушенного на фоне различных заболеваний, занимает особое место в трудах Авиценны. Несмотря на огромное значение данного способа лечения для современной медицины, тактика терапии и способы корректирования, нарушенного "мизаджа" по сей день не под- на собственный врачебный опыт, Авиценна впервые в "Каноне врачебной науки" выделил диабет как самостоятельное заболевание, имеющее связь с патологией или дисфункциями почек, печени, загрязнением всех жидкостей внутренней среды организма, то есть vujud-a. В современной медицине понимание vujud соответствует также эндотелиальной системе

(ЭС), которая на сегодняшний день признана самым большим эндокринным органом в организме [7].

Особое внимание в учении ибн Сины уделялось разработке общей тактики лекарственной терапии при ранних стадиях развития диабета, и прежде всего вопросам диетологии. На наш взгляд, разработанный Авиценной подход к лечению диабета, охватывал все ведущие патогенетические нарушения, наблюдаемые со стороны почек, печени и эндотелиальной системы, и был всецело направлен на устранение состояния предиабета. Как опытный врач, он назначал больным лекарственные средства, способные корректировать нарушения водного обмена (жаждоутоляющие), изменения со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем, а также внутренних органов [8].

Тактика терапии диабета, по Авиценне, была направлена на коррекцию самого процесса диабетогенеза, нарушенной работы почек и печени, которые выполняют выделительную функцию, то есть восстановление кислотно-основного состояния. Таким образом, данная тактика способствовала нормализации многочисленных функций ЭС, важнейшее значение которой уже доказано современными исследованиями.

Выводы

Абу Али ибн Сино оставил неоценимый вклад развитие фитотерапии, изучив большое количество лекарственных трав и их свойства в лечении определенных болезней, он оставил нам большое наследие, которое применяется в практической медицине по сей день. Среди терапевтических примеров Ибн Сино значительное место занимает наружное применение лекарств, он использовал их в основном в виде повязок, с состав некоторых из них входили средства, обладающие свойством снижать восприятие боли, многие из них используются и в современной медицине.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мультановский М.П. История медицины. М.: Медицина, 1967
2. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки. Книга 2. - Ташкент: Фан, 1994.
3. Азимджанова С. А. Изучение наследия Ибн Сины. Ташкент, 1989.
4. Uno K, Nicholls SJ. Biomarkers of inflammation and oxidative stress in atherosclerosis. BiomarkMed. 2010;4(3):361-73. doi: 10.2217/bmm.10.57.].
5. Шарофова М., Нуралиев Ю., Сагдиева Ш. Тактика терапии диабета по принципу "противоположное противоположным" в "Каноне врачебной науки" Авиценны и ее актуальность для современной медицины // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2015. - Т. 13. - № 3. - С. 63-69.
6. Абуали ибн Сина. Канон врачебной науки. Кн. I. - 2-е изд. - Ташкент: Фан, 1980.
7. Нуралиев Ю., Шарофова М. Мини-канон предиабета. - Душанбе: Контраст, 2011.
8 .Абу Али ибн Сина (Авиценна). Сочинения. Т. 14. Канон врачебной науки. Книга третья, часть первая. - Душанбе: Дониш, 2014.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.89-008

O‘ZIGA QASD QILISH G‘OYASI VA 1-TURDAGI DIABETGA CHALINGAN BEMORLARDA HAYOT SIFATI BILAN BOG‘LIQ OMILLAR

Ergasheva Yu.Y.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

1-tip diabetga chalingan o‘spirinlar ushbu holat tufayli kundalik hayotida sezilarli o‘zgarishlarni boshdan kechirishlari mumkin, bu ko‘pincha depressiv alomatlar va hayotning yomonlashishiga olib keladi. O‘ziga qasd qilish g‘oyasi va diabetga bog‘liq bo‘lgan hayot sifati bilan bog‘liq omillar (12-16 yoshdagi) 1-toifa diabet kasalligi bo‘lgan o‘spirinlarda (12-16 yosh).

Kalit so‘zlar: qandli diabet, o‘spirinlari hayotning o‘z joniga qasd qilish fikri.

ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СУИЦИДАЛЬНЫМ МЫШЛЕНИЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ В ИНВАЛИДОВ С ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Эргашева Ю.Й.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Подростки с сахарным диабетом 1 типа могут испытывать значительные изменения в своей повседневной жизни из-за этого состояния, что часто приводит к депрессивным симптомам и ухудшению качества их жизни. Изучено факторы, связанные с суицидальными мыслями и качеством жизни, связанным с диабетом, у подростков (в возрасте от 12 до 16 лет) с сахарным диабетом 1 типа

Ключевые слова: сахарный диабет подростки качество жизни суицидальные идеи.

FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDAL THINKING AND QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH TYPE 1 DIABETES

Ergasheva Yu.Y.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Teens with type 1 diabetes can experience significant changes in their daily lives due to this condition, often resulting in depressive symptoms and a poorer quality of life. We examined the factors associated with suicidal ideation and diabetes-related quality of life in adolescents (ages 12-16) with type 1 diabetes

Key words: diabetes mellitus adolescent is quality of life suicidal ideation.

Актуальность

Диабет 1 типа - это аутоиммунное заболевание, характеризующееся неспособностью организма вырабатывать инсулин (1). В 2012 году около 208 000 человек в возрасте до 20 лет (0,25%) в США страдали диабетом (тип 1 или тип 2) (3). Борьба с сахарным диабетом 1 типа -это трудный процесс, требующий соблюдения медицинского режима, включающего введение инсулина, физические упражнения, контроль уровня глюкозы и соблюдение плана питания для предотвращения дальнейших осложнений. Плохой гликемический контроль может привести к микрососудистым осложнениям, таким как невропатия, ретинопатия и нефропатия (2,3). Более того, принятие сахарным диабетом 1 типа представляет собой вызов для большинства молодых людей, учитывая стремление к независимости, характерное для этой фазы развития. Это желание скомпрометировано из-за уровня зависимости от других, который связан с тем, чтобы быть молодым человеком с хроническим заболеванием. Трудности, связанные с наличием хронического заболевания, связаны с распространенностью суицидального поведения среди подростков сахарным диабетом 1 типа. Исследования показывают, что подростки с сахарным диабетом 1 типа имеют более высокую вероятность появления депрессивных симптомов и суицидальных мыслей. Суицидальное поведение включает в себя желание умереть, а также навязчивые мысли о смерти и возможных путях ее достижения. В нескольких исследованиях подростки, страдающие диабетом в течение длительного времени, которые в значительной степени не поддаются лечению, имеют 1 или более сосуществующих психических расстройств и живут в неполных семьях, имеют более высокий риск развития суицидальных мыслей (1,3). Было проведено мало исследований по соматическим жалобам и суицидальности в этой популяции, хотя в прошлом исследовании, проведенном с подростками, было обнаружено, что соматические симптомы предсказывают попытки самоубийства (1).

Основная цель данного исследования состояла в изучении факторов, связанных с суицидальными мыслями и качеством жизни, связанным с диабетом у подростков с сахарным диабетом 1 типа. Рассмотрено социально-демографическую ситуацию, социальную поддержку семьи, депрессивные и тревожные симптомы, безнадежность, поведение по уходу за собой,

барьеры для приверженности сахарным диабетом 1 типа, самоэффективность при сахарном диабете и депрессии, беспомощность, самоуничижение, когнитивные изменения и ангедонию, а также межличностные и деятельностные изменения, как возможные корреляты этих 2 переменных. Мы также исследовали, существует ли какая-либо связь между суицидальными мыслями и качеством жизниинвалидов с диабетом 1 типа.

Материал и методы

В исследовании принимал участие 32 подростки (из них 19 девушек), в возрасте от 15 до 18 лет, отобранный во время исследования лечения депрессии. Они заполнили опросник "Качество жизни при сахарном диабете для молодежи", "Опросник суицидальных мыслей для подростков" и другие показатели, которые исследуют эмоциональные, когнитивные, соматические, поведенческие и реляционные аспекты. Их опекуны заполнили анкету "барьеры приверженности" и субшкалу соматических жалоб контрольного списка поведения ребенка, среди прочих мер. Уровень гликозилированного гемоглобина был получен по результатам лабораторных исследований.

Результат и обсуждение

Время, прошедшее с момента постановки диагноза сахарным диабетом 1 типа, варьировалось от менее чем 1 года до 13 лет, причем большинство (82,14%) подростков были диагностированы не менее чем за 2 года до их зачисления. Их средний балл по шкале детской депрессии составил 16,54, что говорит о том, что большинство из них имели умеренные или тяжелые депрессивные симптомы. Психотические симптомы, история биполярного расстройства, недавнее (в предыдущем году) злоупотребление психоактивными веществами зависимость и неизбежный риск самоубийства были среди критериев исключения.). Основными лицами, осуществляющими первичный уход, были в основном (91,59 процента) женщины, главным образом матери. Около 91,10% молодых людей проживали с двумя родителями основными воспитателями, в то время как 11,13%, соответственно, жили в домах, в которых родители воспитатели были либо разведены, либо разлучены. Около 62,94% из них работали полный рабочий день, а 10,56%-неполный рабочий день.

Переменные, ассоциированные с молодежным суицидальными мыслями, включали депрессивную симптоматику, соматические жалобы, воспринимаемую эмоциональную поддержку семьи, тревожные симптомы, диабетический уход за собой, недооценку самобичевание, беспомощность, безнадежность, самоэффективность при депрессии, связанные с депрессией когнитивные изменения и барьеры для приверженности лечению диабета. Депрессия была переменной с наибольшим вкладом, за которой следовали соматические жалобы.

Выводы

В этом исследовании мы исследовали факторы, связанные с связанные с суицидальными мыслями и качеством жизни, связанным в молодости сахарным диабетом. Восприятие более низкого сахарным диабетом и более высокой частоты суицидальных мыслей было значительно взаимосвязано. В частности, беспокойство подростков по поводу диабета и влияния болезни на них может снизить их удовлетворенность жизнью и увеличить частоту болезненных и суицидальных мыслей. Кроме того, переживание с суицидальными мыслями может усугубить трудности подростков с самообслуживанием сахарным диабетом 1 типа, приводя не только к ухудшению здоровья, но и к более интенсивным тревогам, связанным с диабетом, что оказывает негативное влияние на их жизнь.

Как показывают наши результаты, суицидальные мысли у подростков с сахарным диабетом 1 типа связаны с высокой тревожностью и депрессивными симптомами, а также с негативными представлениями о себе, будущем и своей способности справляться с депрессией, а также с плохим поведением по уходу за собой. Однако, хотя некоторые исследования обнаружили связь между социально-демографическими факторами и суицидальностью, в этом исследовании она не была обнаружена. Результаты множественного регрессионного анализа, однако, подтверждают научную литературу, поскольку они подчеркивают преобладающую роль депрессивных симптомов как предиктора суицидальности. Тот факт, что в этой выборке соматические жалобы и воспринимаемая эмоциональная поддержка семьи внесли дополнительную независимую депрессия по суицидальным мыслям, показывает, что соматические и межличностные факторы усугубляют этот тип симптома у подростков с сахарным диабетом 1 типа. В депрессивный сахарный диабет 1 типа дети плохое восприятие специфичной для диабета поддержки семьи может быть особенно связано с негативным взглядом на других и мир, который часто встречается у пациентов с депрессией.

Сахарный диабет в молодости 1 типа был значительно связан со многими психическими заболеваниями (например, тревожными и депрессивными симптомами, безнадежностью, беспомощностью, недооценкой самобичеванием, изменениями активности, самоэффективностью при депрессии) и факторами, связанными с диабетом (например, самообслуживанием, барьерами для приверженности, самоэффективностью при диабете). Следует отметить, что воспринимаемая эмоциональная поддержка семьи была единственной переменной, которая независимо вносила свой вклад в депрессия как суицидальными мыслями, подчеркивая ее важность в качестве цели в интервенциях для подростков и их семей. Такие мероприятия должны включать не только пропаганду семейного поведения, направленного на оказание помощи своим детям, но и работу с подростками, направленную на повышение их признания усилий семьи по оказанию им поддержки. Результаты подчеркивают важность эмоциональных, когнитивных, поведенческих, соматических и реляционных аспектов в качестве психического здоровья и сахарным диабетом 1 типа. Медицинские работники должны знать об этих факторах, поскольку они могут влиять на это состояние, учитывая огромное эмоциональное напряжение, которое оно оказывает на молодых людей, страдающих от него. Это исследование подчеркивает необходимость того, чтобы специалисты и лица, осуществляющие уход, были осведомлены о возможности суицидальными мыслями у подростков с сахар-

ным диабетом 1 типа и о последствиях, которые его наличие может привести к приверженности их лечению и общему благополучию. Знание об исследуемых факторах должно также способствовать расширению коммуникаций между поставщиками услуг, опекунами и подростками как средству совершенствования учебного процесса по управлению сахарным диабетом 1 типа и его эмоциональному воздействию. Это исследование дает полезную информацию для разработки психосоциальных вмешательств, направленных на удовлетворение конкретных потребностей этой популяции, особенно предполагая, что соматические и межличностные аспекты (не только когнитивные, поведенческие и эмоциональные) являются важными областями, которые следует учитывать при разработке таких вмешательств. Медицинские работники и родственники подростков с сахарным диабетом 1 типа должны иметь в виду тот факт, что диабет влияет не только на физическое, но и на психологическое состояние здоровья тех людей, у которых он есть, и что болезнь всепроникающе влияет на их чувство смысла и удовлетворенности жизнью. Необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности имеющихся психосоциальных вмешательств в снижении суицидальными мыслями и улучшении сахарным диабетом 1 типа в этой популяции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Классификация и диагностика диабета. [Уход за диабетом. 2015]
2. Пиньеро-Мелендес М., Фернандес-Ньевес М., Куилес-Хименес М. и др. Опросник по вопросам социальной поддержки диабета - Семья (DSSQ-F) и подростки Пуэрто-Рико с типом диабета 1. Резюме. PRHealthSciJ.
3. Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. СПб.: Речь, 2006.

Поступила 09.11.2020

UDK 323(09) (355) |10|

UMAR HAYOMNING DONOLIK SHAROBIGA QARASHLARI

Yunusova G.A.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada buyuk faylasuf olim Umar Hayyom oqillik va may tushunchasi haqidagi falsafiy qarashlari haqida fikr yuritilgan. Maqolada Umar Hayyyomning asarlari, risolalari, ruboiylari tahlil qilinib, ularning hozirgi kunda dolzarbligini yo'qotmagan va muhim ahamiyatga molik fikrlari, falsafiy qarashlari yoritilgan.

Kalit so'zlar: Umar Hayyom, faylasuf, shoir, may, ta'lim, ruboiy, ong, falsafa.

ВЗГЛЯДЫ ОМАРА ХАЯМА НА ВИНО МУДРОСТИ

Юнусова Г. А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данной статье рассматриваются философские взгляды великого философа Умара Хайяма на тему вино мудрости. В статье анализируются труды, трактаты и рубай Умара Хайяма, обсуждаются его философские взгляды, которые еще не сохранили свою актуальность и имеют важное значение на практике.

Ключевые слова: Омар Хайям, философ, поэт, вино, мудрость, образование, рубаи, духовность, разум, философия.

ENTERPRETATION OF THE WINE OF WISDOM IN QUATRAINS OF OMAR KHAYYAM

Yunusova G. A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

This article examines the philosophical views of the great philosopher Umar Khayyam on the topic of the wine of wisdom. The article analyzes the works, treatises and rubai (quatrain) of Umar Khayyam, discusses his philosophical views, which have not yet retained their relevance and are important in practice.

Key words: Omar Khayyam, philosopher, poet, wine, wisdom, quatrain, education, rubai, spirituality, philosophy.

Introduction

In the history of world literature, Umar Khayyam has remained a mystery undoubtedly in the entire history of humankind; no other poet has won such extraordinary fame with the absolute misunderstanding of his works.

Purpose. To analyze the peculiar aspects of the term of Wine in the quatrains of Omar Khayyam, and research the hidden philosophical mystery which is illustrated in the rubai of the philosopher.

Omar Khayyam ranks first among the most famous poets of the East, read all over the world. Millions of books of his poems, constantly republished in translations into Russian, all European and many Eastern languages, have not been able to saturate the book market for over a century. The quatrains of Omar Khayyam - about the meaning of a person's life, about his insecurity in the face of fate and time, about the charm of fleeting moments of joy, aphorisms-verses in which each of the readers finds something of his own, secret and not yet expressed - have become the common spiritual heritage of mankind.

On some sources, you can see a look at Omar Khayyam as a colored drunkard who managed to write several stanzas in the intervals between the hangover trembling of hands and the insanity of another drunkenness. The drunkard who managed to write several stanzas in between the hangover shivers hands and insanity of another drunkenness. Be Khayyam like that, unless couldhe become a student of Sheikh al- Rais Abu Ali Hussein ibn Sina (Avicenna) andalmost equal to him in scientific fame? When the "reckless reveler" contrived build the world's greatest observatory, develop a new calendar (which more precisely modern for 7 seconds), perfectly study the Quran and Arabic (and translate the works of Avicenna from him into Farsi), become a skillful doctor and astrologer, write many treatises on philosophy, medicine, music theory, physics, Geometry algebra? It is worth remembering this when you read, "there is no point in studying the sciences."

Materials and methods

In general, as far as one can see, the "wine" tint did not appear spontaneously in Khayyam's work. So, in his treatise "Nauruz-name" he approached the topic of wine consumption from a medical point of view, that is, in the context of the usefulness and harm of this drink for the body. Emphasizing the presence of a river of wine in Paradise (along with others), he cited a Qur'anic verse on intoxicating drinks and gambling, in which "there is a great sin, but there is also benefit for people, although there is more sin in them than benefit" (Qur'an, 2: 219).

Indeed, it is generally known that one of the rivers of paradise consists of "wine that gives pleasure to those who drink" (Qur'an, 47:15). And the inhabitants of Paradise "will be given to drink from bowls with wine mixed with ginger, from a source named Salsabil" (Qur'an, 76: 17-18). At the same time, it is specified that "they will be bypassed with a bowl of a spring drink (wine), white, which gives pleasure to drinkers," which does not intoxicate and does not deprive the mind (Koran, 37: 45-46).

In the light of the Qur'anic verses, Omar Khayyam set out his vision of the described: "A wise man should drink (wine) so that its taste is greater than sin, so as not to suffer; by exercise he brings his soul to the point that from the beginning of drinking wine to the end, no evil and rudeness comes from him either in words or in deeds, but only good and fun. Only when a person reaches "this stage, it befits him to drink wine." Following which, Khayyam provided information on the varieties of wine, focusing on the usefulness and harm of each of its types for humans [1].

Consequently, the thinker's approach to the view of wine reflected in the Qur'an was quite serious. And his very detailed presentation of the "wine" topic, perhaps, came from a real interest in the drink from the point of view of the non-coincidence of the presence of any of the verses in the Qur'an. After all, one cannot but agree that in his philosophical reasoning, Khayyam very thoroughly touched upon the most important provisions of the Qur'an, trying to consider them from different sides. Therefore, it is not surprising that he was also interested in the aspect of wine, especially since this

Heavenly drink (not intoxicating for a person) is equated with honey, water and milk. However, in the poetic lines of the scientist, the perspective of wine is probably perceived by the absolute majority of readers as an opposition to Islam, that is, an unconditional and

Irrevocable confirmation of Khayyam's "godlessness". But, according to the author, the entire structure (line) of the thinker's approach to the attempt to realize the Divine in life (nature, in the Universe), which can be gleaned from his reasoning, testifies to the scientist's thoughts about everything that happens to him and around him. The questions put to him clearly demonstrate the sincere attempts of a talented Person to understand the most complex intricacies of life.Men say the Koran holds all heavenly lore,But on its pages seldom care to pore;The lucid lines engraven on the bowl,That is the text they dwell on evermore.[2]

Results

It becomes obvious that the scholar knew the Quran perfectly; was not only familiar with hadiths, but also studied them; understood fiqh; studied the biography of the Prophet Muhammad (peace and blessings be upon him); owned the history of the development of Islam. And as we saw in his research, in his analytical calculations he proceeded from the verses of the Koran, relying on hadiths. This is also evident from his quatrains. Therefore, it is quite possible to assume (at least not to exclude) that Khayyam could, as we have already said, converse with poetic lines allegorically. And why not, if Allah testifies to the presence in the Qur'an of both "clearly" stated ayahs that make up the "mother of Scripture" and allegorical (Qur'an, 3: 7), with the statement of the statement of the Qur'anic signs "for people who understand" (Qur'an, 30: 28).So many cups of wine will I consume, Its bouquet shall exhale from out my tomb,And every one that passes by shall halt,And reel and stagger with that mighty fume.[3]

Findings

Khayyam's word "wine" is a kind of cipher that has several meanings.

Wine is the best in life: youth and love; spring and flowering gardens; scientific knowledge of the world and communication with friends; old age and wisdom; aphoristic verses and clever argument. These are the true values of being.

Wine is blood. Wine is a stream of living passions and ups and downs of life; time flow. Associated with blood.Today is but a breathing space, quaff wine! Thou wilt not see again this life of thine; so, as the world becomes the spoil of time, Offer thyself to be the spoil of wine! [4]Wine is a sediment. "Bitter" or "muddy wine", "sediment in a goblet" - mental fatigue gradually accumulating over the years.Wine is a melting ruby, cup its mine;Cup is the body, and the soul is wine;These crystal goblets smile with ruddy wineLike tears, that blood of wounded hearts enshrine.[5]Wine is a symbol. Wine as a symbol of intoxication with divine love and joy, intoxication from the knowledge of truth.

Omar Khayyam like other Sufi poets used popular metaphors and portrayed the familiar joys of life so that the average person could compare them with the highest spiritual joys to people who are used to drinking wine to temporarily Forget about their sorrows and insurmountable difficulties of life mark offers something better the nectar of enlightenment and Divine ecstasy that allow a person to get rid of all sorrows forever of course Omar Khayyam would not have taken the trouble to compose only a quatrain just to advise people to seek in drunkenness.

LIST AND REFERENCES:

1. Омар Хайям. Трактаты. - Москва, 1961.
2. The sufistic quatrains of Omar Khayyam. - M.Walter Dunne Publisher, 1901.
3. Парамахамса Йогананда. Вино мистики. Духовный взгляд на "Рубайят" Омара Хайяма. 2003.
4. Проблемы востоковедения: Великий ученый Омар Хайям и его труды: (к 965 - летию со дня рождения). N. 1 (59) /2013, С.А. Эркаев
1. 5. Yunusova, G.A. (2020). Umar Hayyomning ta'lim tarbiya borasidagi ilmiy va falsafiy qarashlari. International scientific online conference, May 27, 2020, pp.282-283.
5. Yunusova, G.A. (2020). General Virtues of Umar Khayyam's philosophical views.-International Scientific Journal of Theoretical and Applied Science, Volume: 85, Issue 05.28.05.2020, pp.328-332.
6. Shadmanov, K.B., Davlatova, M.H., Ostonova, S.N., & Radjabova, A.T. (2020). English Renaissance: Transformation of Philosophy understanding as a Factor of Information Culture Development of the Epoch. The American scholarly journal Cross-Cultural Studies: Education and Science (CCS&ES), Volume-5, Issue I, March 2020, pp.61-68.
2. Sadullayeva, M. A. (2020). XXI asrda raqamli ta'lim. International scientific online conference, May 27, 2020, pp.387-388.
8. Юнусова, Г. А. Analysis of scientific and philosophical views in the quatrains of Omar Khayyam / Г. А. Юнусова. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2020. - № 40 (330). - С. 86-87.

Entered 09.11.2020

UDK 613.3

ABU ALI IBN SINONING "TIB QONUNLARI" ASARIDAGI GIGIENAGA OID TADBIRLARI TO‘G‘RISIDA

Nuralieva X.O.,

Toshkent farmatsevtika instituti.

✓ ***Rezyume***

Mamlakatimizda uchinchi renesansga poydevor qo‘yilayotgan shu kunlarda sog‘lom turmush tarzi, to‘g‘ri ovqatlanish, doimiy jismoniy faollikni ta'minlash va uni targ‘ib qilish, aholining hayot tarziga aylantirish orqali xalqimizni sog‘lom qilish eng muhim vazifalar qatorida qo‘yilayotgani bu muammoga jiddiy yondoshishni talab qiladi. Bu holat tibbiyotga ham taluqli bo‘lib, yillar davomida yig‘ilgan merosni o‘rganish tibbiyotning rivojlanishiga hissa qo‘shadi.

Kalit so‘zlar: to‘g‘ri ovqatlanish, to‘g‘ri dam olish, serharakatlilik, "Tib qonunlari", badanning tashqi ko‘rinish ofatlari.

МЕРЫ ГИГИЕНЫ АБУ АЛИ ИБН СИНО В "ЗАКОНАХ МЕДИЦИНЫ"

Нуралиева Х.О.,

Ташкентский фармацевтический институт.

✓ ***Резюме***

В наши дни, когда в нашей стране закладывается фундамент третьего ренесанса, одной из важнейших задач является оздоровление наших людей путем пропаганды и пропаганды здорового образа жизни, правильного питания, регулярных физических нагрузок. Это требует серьезного подхода к проблеме. Изучение богатого наследия, накопленного за долгие годы, способствует развитию медицины.

Ключевые слова: правильное питание, организация правильного отдыха, активный образ жизни, "Канон врачебной науке", внешные проявления недуго на кожных покровах.

ABU ALI IBN SINO‘S HYGIENE MEASURES IN THE "LAWS OF MEDICINE"

Nuralieva X.O.,

Tashkent Pharmaceutical Institute.

✓ ***Resume***

Nowadays, when the foundation of the third renaissance is being laid in our country, one of the most important tasks is to improve the health of our people by promoting and promoting a healthy lifestyle, proper nutrition, and regular physical activity. This requires a serious approach to the problem. Studying the rich heritage accumulated over the years contributes to the development of medicine.

Key words: proper nutrition, organization of proper rest, active lifestyle, "Canon of Medical Science", external manifestations of ailments on the skin.

Dolzarbligi

Ajdodlar merosini o‘rganish, ular o‘gitlariga amal qilish kelajakni belgilab beradi. Bu holat tibbiyotga ham taluqli bo‘lib, yillar davomida yig‘ilgan merosni o‘rganish tibbiyotning rivojlanishiga hissa qo‘shadi. Gippokratning "kasalni davolashdan ko‘ra uni oldini olgan avfzal", deb keltirgan fikri hozir ham o‘z dolzarbligini yo‘qotmagan.

Birinchi va ikkinchi renesans davrlarida yashab, ijod etgan sharq mutaffakirlari ham shu fikrlarni bildirib, uning isbotini o‘z asarlarida yozib qoldirganlar. Bularga ko‘plab olimu-fuzalolarni, shu jumladan Abu Ali ibn Sinoni ham misol keltirishimiz mumkin.

Yurtimizda yashab, tibbiyot ilmini yuksaklarga ko‘targan ajdodimiz Ibn Sinoning ham to‘g‘ri ovqatlanish, to‘g‘ri dam olish, serharakatlilik, umuman gigienik tadbirlar asosida erishiladigan salomatlikni asrash borasida yozib qoldirgan ko‘plab amaliy fikrlari Uchinchi renesans ostonasida turgan yangi O‘zbekiston xalqi uchun ham juda muhimdir.

Mamlakatimizda uchinchi renesansga poydevor qo‘yilayotgan shu kunlarda sog‘lom turmush tarzi, to‘g‘ri ovqatlanish, doimiy jismoniy faollikni ta'minlash va uni targ‘ib qilish, aholining hayot tarziga aylantirish orqali xalqimizni sog‘lom qilish eng muhim vazifalar qatorida qo‘yilayotgani bu muammoga jiddiy yondoshishni talab qiladi.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, ushbu ilmiy-tadqiqot ishining maqsadi turli yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning oldini olishda Abu Ali Ibn Sino o‘zining "Tib qonunlari" asarida tavsiya etgan va amalda qo‘llagan gigienik tadbirlarini o‘rganishdan iborat.

Material va uslullar

Buning uchun Abu Ali ibn Sino tomonidan yozib qoldirilgan "Tib qonunlari" birinchi kitobining "Salomatlikni asrash haqida", deb nomlangan uchinchi qismi o‘rganildi, olingan materiallar tahlil qilib keltirildi. SHuningdek, ushbu asar haqida ko‘plar tadqiqotchilar tomonidan yozilgan ilmiy manbalar ham tadqiq va tahlil qilinib, natijalari keltirildi.

Natija va taxli

Abu Ali ibn Sinoni asrlar davomida jahonga mashhur qilib kelgan "Tib qonunlari" asari tarixchilar ma'lumotlariga

ko‘ra aynan, Xorazmda yozilgan. Bu asarda odam salomatligiga oid barcha ma'lumotlar berilgan, shu qatori yuqumli bo‘lmagan kasalliklarni oldini olishda qo‘llaniladigan turli gigienik tadbirlar to‘g‘risida xam tavsiyalar mavjud.

Ibn Sino to‘g‘ri ovqatlanish tadbirida quyidagilarga rioya qilish lozimligini uqtiradi:

- to‘yib ovqat emaslik;
- oldin iste'mol qilingan ovqat oshqozonda hazm bo‘lmasdan turib, ustiga yana ovqat emaslik;
- oziq-ovqat mahsulotlarining asosiy tarkibi savzavotlar va mevalardan tashkil topgan bo‘lishi zarur.

Bu keltirilgan qonuniyatlar oradan ming yil o‘tsa hamki, o‘z dolzarbligini yo‘qotmagan. Bugungi kunda esa xalq orasida unutilib borayotgan bu o‘gitlarga qat'iy rioya qilish zarurligi to‘g‘risida mutaxasislar tomonidan doimo ta'kidlanib borishi zarur.

Buyuk olim va mutafakkir Abu Ali ibn Sino badanning tashqi ko‘rinish ofatlari, deb o‘taketgan semizlik va oriqlikni aytadi.

Shuningdek, u badanning ovqat talab qilishi yoshga bog‘liqligini ham aytib, shunday degan: "o‘smirlarda ovqat talab qilish va hazm kuchli bo‘ladi, qari kishilarda esa buni aksi kuzatilib, ularning quvvatlarida orqaga ketish bo‘ladi". Bu fikr ham yillar davomida ko‘plab xorijiy va vatandosh gigienist va dietolog olimlar tomonidan ilmiy jihatdan isbotlangan.

Ovqatlanishning yoshga, organizmning boshqa holatlariga bog‘liqligi bilan bir qatorda, klimatogeografik omillarga bog‘liqligi to‘g‘risida ham olimning fikrlarini uchratish mumkin: "shimolda yashovchi kishilar badanida ovqat yaxshi hazm bo‘ladi va ular uzoq umr ko‘radilar. Tutqanoq kasalligi u erlarda uchramaydi, chunki ularning gavdasi kuchli va qonlari yaxshi bo‘ladi". Bugungi kunda bu keltirilgan fikr ham ko‘plab ilmiy manbalarda o‘z tasdig‘ini topgan.

Ibn Sino uyqu va uyqusizlikda rioya etiladigan bir qancha qoidalarni keltirib o‘tadi:

- uyqudan oldin, ovqat hazm bo‘lgandan so‘ng hammomga tushish;
- och qoringa uxlamaslik, chunki buning natijasida quvvat susayadi;
- uyqu kuchni qo‘zg‘atadi, badanni chiqindilardan tozalaydi;
- agar uyg‘oqlik ko‘payib ketsa, bezovtalik vujudga kelib, ruh va badanni ozdiradi;
- haddan tashqari ko‘p uyqu esa hech shak-shubhasiz semiz, to‘liq badanlarga zararlidir; kunduzgi uyqu ham zararli bo‘lib, u kasalliklarni qo‘zg‘atadi, kishini lanj qiladi, ishtahani pasaytiradi.

Abu Ali ibn Sino o‘z asarida yana uyqudagi holatlar haqida quyidagilarni yozgan: "o‘ng tomonni bosib, keyin chap tomonga aylanib yotish zarur, yana qorinni bosib yotib, keyin chap tomonga aylanib yotish lozim".

Yuqorida keltirilgan, asrlar davomida turli ilmiy manbalarda isbotlangan fikrlar yozma bayon etilgan Ibn Sinoning shoh asari hisoblangan "Tib qonunlari" birinchi kitobining "Salomatlikni asrash haqida" deb nomlangan uchinchi qismi olimning salomatlikni saqlash borasidagi tibbiy qarashlari nihoyatda chuqurligi va originalligidan dalolat beradi.

Ibn Sino sog‘liqni saqlash tadbirlarida birinchi galda badan tarbiya va yaxshi jismoniy harakatlarni, ikkinchi va uchinchi o‘rinlarga ovqatlanish tartibi va uyquni qo‘ygan.

Ibn Sino jismoniy mashqlarni "mayda va yirik, juda kuchli va kuchsiz, tez va sekin hamda sust" turlarga ajratgan. Olim birinchi bo‘lib, jismoniy mashqlarning odam organizmini mustahkamlashini ilmiy asoslagan. U jismoniy mashqlarni sog‘liqni saqlashning bosh omili, deb hisoblagan.

Ilmiy ishimizning asosi bo‘lgan "Tib qonunlari" birinchi kitobining "Salomatlikni asrash haqida" deb nomlangan uchinchi qismida olim jismoniy mashqlar foydasi to‘g‘risida quyidagi fikrlarni keltirgan:

- jismoniy mashqlar bilan shug‘ullanishidan oldin odamning tanasi toza bo‘lishi lozim;
- iste'mol qilingan ovqat hazm bo‘lgan bo‘lishi kerak va o‘z navbatida och qoringa jismoniy mashqlar bajarishni tavsiya qilinmaydi;
- jismoniy mashqlar bilan doimo mo‘'tadil shug‘ullanib borgan kishi hech qanday davoga muhtoj bo‘lmaydi;
- badan tarbiya kishini chuqur va ketma-ket nafas olishga majbur qiluvchi harakatdir;
- badan tarbiyadan so‘ng birdan sovuq suvga, to u butun tanani ko‘mgunicha sho‘ng‘ish kerak. CHo‘miluvchiga suv yoqib, unga yomon ta'sir qilmasa, badanida qaltirash paydo bo‘lgunicha u suvda qolishi kerak.

Olimning ta'kidlashicha, jismoniy mashqlar mushaklarni, bo‘g‘imlarni, asabni mustahkam qiladi. SHuningdek, u jismoniy mashqlarni bajarishda odamlar yoshini ham hisobga olishni maslahat bergan.

Yuqorida keltirilgan barcha tavsiyalar bugungi kunda ham salomatlik garovi ekanligi, odam umrini uzaytirishi to‘g‘risida isbot qilishni talab qilmaydigan qoidalar sifatida ma'lum. Yillar davomida bu keltirilgan fikrlar qanchalik to‘g‘ri ekanligi shunisi bilan ham muhimki, unga amal qilgan insonlar ularning yuqori samaraga ega ekanligini ta'kidlashgan.

Ibn Sino yana organizmni toblash jarayonini tabiiy omillar - havo, suv va quyoshdan foydalangan holda, jismoniy mashqlar bilan olib borishga katta ahamiyat bergan. Uning fikriga ko‘ra, ochiq havoda uzoq vaqt yurib, organizmni toblash, harakatlar bajarish, sayr qilish, o‘yinlarni jismoniy mashqlar bilan birga olib borish yaxshi samara beradi.

O‘smirlarda va yoshi kattalarda organizmni chiniqtirish jarayonlaridan biri sifatida tanani ho‘l sochiq bilan artish, hammomda cho‘milish va quyosh vannalaridan foydalanish shaklida olib borishni tavsiya etgan. U hammomni foydasi haqida gapirar ekan, hammomda uzoq qolmaslikni tavsiya etadi. Me'yordan ko‘p vaqt hammomda cho‘milish tanani madorsizlantirib, uni sust qilib qo‘yadi, asab tizimiga ta'sir qiladi.

Quyosh vannalari esa organizmda modda almashinishini yaxshilashi, natijada esa inson tetik va bardam bo‘lishi, organizmdagi ortiqcha yog‘lar erishi, bosh og‘rig‘ini yo‘qotishi va miyani mustahkamlashi, to‘g‘risidagi qoidalar bugungi kunda ham dolzarbdir.

Tanani chiniqtirish vositalaridan yana biri bu uqalash (massaj) bo‘lib, u toliqishni oladigan muhim davolash vositasidir. Ibn Sino uqalashni kuchli (gavdani baquvvat qiluvchi), kuchsiz (gavdani yumshatuvchi), davomli (ozdiruvchi), o‘rtacha (gavdani o‘stiruvchi) turlarga ajratadi. Agar bu turlarning hammasini birga to‘plasak, to‘qqiz kombinatsiya kelib chiqadi. Massajdan ko‘zlangan maqsad a'zolarni zichlash, yumshoq a'zolarni qotirish va qattiq a'zolarni yumshatishdan iboratdir.

Ibn Sino massajni tayyorlovchi va qayta tiklovchi massaj turlariga ajratadi va har biriga shunday ta'rif beradi: "tayyorlovchi uqalash bu jismoniy mashqlardan oldin qo‘llaniladigan uqalash bo‘lib, qayta tiklovchi uqalash

jismoniy mashqlardan keyin qo‘llaniladiganidir. Bu tinchlantiruvchi uqalash muskullardagi ortiqcha yog‘ moddalariga barham berib, uning toliqmasligini ta'minlaydi. Uqalashni qattiq va dag‘al harakatlar bilan tamomlamaslik lozim".

Xulosalar

1. Ibn Sinoning shoh asari hisoblangan "Tib qonunlari" birinchi kitobining "Salomatlikni asrash haqida" deb nomlangan uchinchi qismi olimning salomatlikni saqlash borasidagi tibbiy qarashlari nihoyatda chuqurligi va originalligidan dalolat beradi.

2. Abu Ali ibn Sinoning ovqatlanish, jismoniy mashqlar, uyqu va massaj qoidalari to‘g‘risida yozib qoldirgan tavsiyalari odamlar turmush tarzining tamoyillarining asosiylari hisoblanib, ular hozirgi zamon profilaktik tibbiyotida ham o‘z ahamiyatini yo‘qotgan emas.

3. Abu Ali ibn Sino o‘z asarlarida ovqatlanish va uyquning fiziologik, gigienik axamiyati ustida ko‘p mulohazalar yuritib, hozirgi zamon tibbiyot ilmi taraqqiyotiga ulkan hissa qo‘shgan.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Abdullaev I.K., Nuralieva X.O., Matkarimov M.U., Qurbanov S.R. Abu Ali ibn Sinoning sog‘lom turmush tarzi to‘g‘risidagi ayrim fikrlari // Xorazm ma'mun akademiyasi axborotnomasi (ilmiy-amaliy jurnal). Xiva, 2012. - №1. - 3-4 b.
2. Abdullaev I.K., YUsupova O.B., Qurbanov S.R. Ibn Sino sog‘liqni saqlash va gigiena to‘g‘risida // Xorazm ma'mun akademiyasi axborotnomasi (ilmiy-amaliy jurnal). Xiva, 2012. - №1. - 5-6 b.
3. Do‘schanov B.A. Ibn Sino va tibbiyot ilmi // Ilmiy-amaliy konferensiya materiallari. - Buxoro, 2017. - 34-35 b.
4. Parpiboeva D.A, Jalolov N.N., SHakirova D.T. Lechebnoe pitanie pri xronicheskix zabolevaniyax pecheni // Ilmiy-amaliy konferensiya materiallari. - Buxoro, 2017. - 79-80 b.
5. Abu Ali ibn Sino. Tib konunlari 1,2,3 kitob 1994y, Toshkent.Xalk merosi nashriyoti.
6. Abu Ali ibn Sino "Kanon vrachebnoy nauki" 1-10 tom. Toshkent "Abu Ali ibn sino" nashriyoti. 1996 yil.
7. Ibn Sino ta'limoti F.E.Nurboev. 2010 yil Tib-kitob nashriyoti. O‘quv qo‘llanma.
8. Abu Bakr Ar-Roziy "Kasalliklar tarixi". A.Qodiriy nomli xalq merosi nashriyoti. 1994y.
9. Luqmoni hakim tibbiy o‘gitlari. A.Qodiriy nomli xalq merosi nashriyoti. 1994y.
10. Boburning xos tabibi Yusufiy tabobati Toshkent nashriyoti 1992 y.

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 616.831-005.7:616.8-036.11

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Нурова З.Х., Туксанова З.И.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Инсульт остается важнейшей медико-социальной проблемой в связи с его высокой распространенностью среди всех цереброваскулярных заболеваний, а также лидирующей позицией в структуре общей заболеваемости и смертности населения.

В Узбекистане число больных с мозговым инсультом достаточно велико - ежегодно регистрируется порядка 40-45 тысяч случаев мозгового инсульта.

В данном статье изучается новые подходы к повышению эффективности ведения больных в остром периоде кардиоэмболического инсульта, (КЭИ) на основе более точной диагностики, прогнозирования его течения и исходов и оптимизации нейропротективной терапии.

Ключевые слова: кардиоэмболический инсульт, острый период, ишемия, нейропротективная терапия.

KARDIOEMBOLIK INSULT ERTA NEVROLOGIK ASORATLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH

Nurova Z.H., Tuksanova Z.I.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Insult barcha miya qon tomir kasalliklari orasida keng tarqalganligi, shuningdek, umumiy kasallik va o‘lim tarkibidagi yetakchi mavqei tufayli eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammo bo‘lib qolmoqda .

O‘zbekistonda insult bilan kasallanganlar soni juda ko‘p - har yili 40-45 mingga yaqin miya qon tomirlari qayd etiladi.

Ushbu maqolada kardioembolik insultning o‘tkir davrida bemorlarni olib borish, aniq tashxis qo‘yish va neyroprotektiv terapiyani optimallashtirishning yangi yondashuvlarni ko‘rib chiqadi.

Kalit so‘zlar: kardioembolik insult, o‘tkir davr, ishemiya, neyroprotektiv terapiya.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF EARLY NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN CARDIOEMBOLIC STROKE

Nurova Z.H., Tuksanova Z.I.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Stroke remains the most important medical and social problem due to its high prevalence among all cerebrovascular diseases, as well as a leading position in the structure of overall morbidity and mortality of the population.

This article examines new approaches to improving the effectiveness of management of patients in the acute period of CEI based on more accurate diagnosis, prediction of its course and outcomes, and optimization of neuroprotective therapy.

In Uzbekistan, the number of patients with brain stroke is quite large-about 40-45 thousand cases of brain stroke are registered annually.

Key words: cardio embolic, insults, acute period, ischemia, neuroprotective therapy.

Актуальность

Кардиоваскулярная эмболия обусловливает развитие 35-40% всех случаев ишемического инсульта. Развитие кардиоэмболического инсульта является наиболее грозным осложнением церебральной ишемии. Инсульт представляет собой качественно особое состояние, являясь интегрированным выражением комплекса сложных метаболических, гемодинамических изменений, происходящих в мозге на определенной стадии недостаточности его кровоснабжения [1,3,5]. Проблема мозгового инсульта остается крайне актуальной в настоящее время, что определяется значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности больных [2]. В основе острого ишемического повреждения нейронов при развитии очага инфаркта головного мозга (ИГМ) находится сложный каскад взаимодействия эндотелия сосудистой стенки, гемостатических факторов, нейронов и микроглии. Кислородное голодание тканей стимулирует выработку эндотелиальными клетками маркеров дисфункции эндотелия, продуцируемых эндотелиоцитами кровеносных сосудов, макрофагами, нейронами и нейроглией в ответ на гипоксическое повреждение головного мозга. Активируются так называемые "гены гибели клеток", ответственные за развитие апоптоза, или запрограммированной смерти клеток ишемической полутени, в результате расширения которой увеличивается объём инфаркта.

При ишемическом инсульте установлены универсальные закономерности реагирования ткани мозга на снижение перфузии, что позволило сформулировать положение о динамическом характере и потенциальной обратимости церебральной ишемии и о необходимости применения неотложных мер по сочетанному восстановлению кровотока и защите головного мозга от ишемического поражения в острейшем и остром периоде при кардиоэмболическом инсульте.

Поскольку каждый из нейропротективных препаратов имеет в определенной мере ограниченный спектр воздействия на патологические процессы при ишемическом инсульте, актуально и обосновано изучение эффективности лечения пациентов комбинацией из нескольких нейротропных средств [1,4].

Цель исследования. Разработка новых подходов к повышению эффективности ведения больных в острейшем периоде кардиоэмболического инсульта на основе более точной диагностики, прогнозирования его течения и исходов, а также оптимизации нейропротективной терапии.

Материал и методы

Исследование проводилось в Бухарском многопрофильном медицинском центре в отделение неврологии. В основу исследования выбрано 55 больных с кардиоэмболическом инсультом.

Из них 35 женщин (63,6 %), 20 мужчин (36,4 %). Исследование проводилось в Бухарском многопрофильном медицинском центре в отделение неврологии. Всем больным проводилось курсовое лечение с целью нейропротективной терапии использовались цитофлавина 10 мл (на 5%-й глюкозе внутривенно капельно 1 раз в сутки, глиатилина 1000 мг внутривенно капельно на физиологическом растворе 1 раз в сутки. Цитофлавин и глиатилин вводились в первой половине дня. С 16-х суток до момента выписки пациенты продолжали получать цитофлавин.

Они в то же время получали и базисную терапию. Базисная терапия кардиоэмболического инсульта включала в себя коррекцию артериального давления, поддержание нормоволемии, применение антикоагулянтов и антиагрегантов.

Результат и обсуждение

В основу исследования было положено данные проспективного анализа клинического обследования и лечения 160 больных с кардиоэмболическим инсультом. Методом простой рандомизации больные будут разделены на основную и контрольную группы, получавшие различные схемы лечения.

Критериями включения больных в исследование являлись: ишемический инсульт, острейший и острый периоды, способность к выполнению локомоторных функций и психоневрологических тестов. Все пациенты в момент обследования находились в сознании и были доступны вербальному контакту. Исследование проводилось с согласия больных и не противоречило общепринятым этическим нормам.

85 пациентов основной группы получали базисную и комбинированную нейропротективную терапию. Базисная терапия ишемического инсульта включала в себя коррекцию артериального давления, поддержание нормоволемии, контроль гликемии и температуры тела, по показаниям лечение отека мозга и нутритивную поддержку, применение антикоагулянтов и антиагрегантов. Комбинированная нейропротективная терапия заключалась в применении в течение первых 15 дней: цитофлавина 10 мл (янтарная кислота 1000 мг, инозин 200 мг, никотинамид 100 мг, рибофлавина мононуклеотид натрия 20 мг) на 5%-й глюкозе внутривенно капельно 1 раз в сутки; глиатилина 1000 мг внутривенно капельно на физиологическом растворе 1 раз в сутки; актовегина 200 мг внутривенно струйно 1 раз в сутки. Цитофлавин и глиатилин вводились в первой половине дня, актовегин - во второй. С 16-х суток до момента выписки пациенты продолжали получать цитофлавин.

75 пациентов контрольной группы получали стандартное лечение, которое включало аналогичную основной группе базисную терапию, и в течение всего стационарного периода нейропротективную терапию этилметилгидроксипиридина сукцинатом (мексидол) или цитофлавином.

Разработано показания к комбинированной нейропротективной терапии КЭИ в остром периоде на основании анализа ее эффективности.

Заключение

Таким образом, применение нейропротективной терапии в остром периоде кардиоэмболического инсульта приводила к снижению инвалидности и летальности пациентов. В результате проведенного исследования на основании комплексного системного подхода разработано концепция острого периода КЭИ как сложной системы, состоящей из комплекса синергетических элементов, позволяющей прогнозировать особенности течения, осложнения и исходы заболевания, в том числе и в условиях оптимизации нейропротективной терапии.

Проведенные клинические исследования показали, что быстрое обследование и проведение безотлагательной терапии позволяют улучшить клинические исходы у пациентов с инсультом. Раннее обнаружение инсульта и использование нейропротективных методов лечения улучшили жизнь пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Фонякин А.В., Глебов М.В. Чечеткин А.О., Гераскина Л.А., Никитин Ю.М., Кравченко М.А. Предрасположенность к парадоксальной церебральной эмболии у пациентов с ишемическим инсультом.
2. Фонякин А.В., Глебов М.В., Чечеткин А.О., Гераскина Л.А., Никитин Ю.М., Кравченко М.А. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008;
3. Суслина З.А., Фонякин А.В., Чечеткин А.О., Глебов М.В., Гераскина Л.А., Никитин Ю.М., Кравченко М.А. Парадоксальные эмболии у больных ишемическим инсультом.
4. Нурова З.Х., Жалолова В.З. "Достигнутые успехи в изучении патогенеза и диагностики гипертонической болезни" "Новый день в медицине" научный журнал 2020 йил, 30-31 бет.
5. Мухамадиева Н.Б., Туксанова З.И. Влияние течения инфаркта миокарда на развитие депрессивных расстройств. "Молодой учёный" научный журнал. №11(91). 2015 г.
6. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ. Москва 2012.
7. Garcia D, Libby E, Crowther MA. The new oral anticoagulants. Blood, 2010, 115: 15-20.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.127-005.8

ВЗГЛЯД НА ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Каюмов Л.Х., Саидова Л.Б.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Статья посвящена современным представлениям о применении тромболитических средств. Несмотря на достижения инвазивных методов лечения, системный тромболизис по-прежнему остаётся важнейшим подходом к ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента sT. Приводятся данные ряда исследований тромболитиков в сочетании с другими тромболитическими вмешательствами, вместо него и в дополнение к нему. Указывается важность фармакокинетического профиля фибринолитического препарата на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, подъём сегмента sT, тромболизис, стрептокиназа, догоспитальный этап.

KASALXONAGA QADAR BO‘LGAN BOSQICHDA ST-SEGMENT KO‘TARILISHI BILAN O‘TKIR KORONAR SINDROMDA TROMBOLITIK DAVO

Qayumov L.X., Saidova L.B.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Maqola trombolitik vositalardan foydalanishning zamonaviy tushunchalariga bag‘ishlangan. Invaziv davolash usullarining rivojlanishiga qaramay, tizimli trombolizis ST segmentining ko‘tarilishi bilan o‘tkir miokard infarkti bo‘lgan bemorlarni davolashda eng muhim yondashuv bo‘lib qolmoqda. Trombolitiklarni boshqa trombolitik aralashuvlar bilan bir qatorda, uning o‘rniga va unga qo‘shimcha ravishda olib borilgan bir qator tadqiqotlar ma'lumotlari keltirilgan. Kasalxonaga qadar bo‘lgan bosqichda fibrinolitik preparatning farmakokinetik profilining ahamiyati ko‘rsatilgan.

Kalit so‘zlar: miokard infarkti, ST segmentining ko‘tarilishi, trombolizis, streptokinaza, kasalxonaga qadar bo‘lgan bosqich.

A LOOK AT THROMBOLYTIC THERAPY IN ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS) WITH ST SEGMENT RISE AT THE PREHOSPITAL STAGE (LITERATURE REVIEW)

Kayumov L.X., Saidova L.B.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The article is devoted to modern concepts of the use of thrombolytic agents. Despite advances in invasive therapies, systemic thrombolysis remains the most important approach in the management of patients with acute ST elevation myocardial infarction. Data from a number of studies of thrombolytics in combination with other thrombolytic interventions, instead of and in addition to it, are presented. The importance of the pharmacokinetic profile of the fibrinolytic drug at the prehospital stage is indicated.

Key words: myocardial infarction, elevation of the sT segment, thrombolysis, streptokinase, prehospital stage.

Актуальность

Сердечно- сосудистые заболевания и острый коронарный синдром (ОКС), в частности, - актуальная проблема здравоохранения большинства стран мира, в том числе и в Узбекистане, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения этой патологии. Экспертами ВОЗ прогнозируется дальнейший рост кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный старением населения и особенностями образа жизни.

Смертность от инфаркта миокарда в России составляет 45 случаев на 100 тыс. населения, средняя летальность колеблется от 16 до 28%. По информации Научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) в России ежедневно вызывают скорую медицинскую помощь по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) около 25 тысяч больных ИБС [13].

Острый коронарный синдром (ОКС) - любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Подъем сегмента ST - как правило, следствие трансмуральной ишемии миокарда и возникает при развитии полной окклюзии магистральной коронарной артерии. Стойкий подъем сегмента ST, сохраняющийся более 20 минут, связан с острой полной тромботической окклюзией коронарной артерии. ОКС с подъемом ST диагностируется у больных с ангинозным приступом или дискомфортом в грудной клетке и изменениями на ЭКГ в виде стойкого подъема сег-

мента ST либо "новой", т.е. впервые (или предположительно впервые) возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) на ЭКГ. ОКС - это рабочий диагноз, используемый в первые часы и сутки заболевания, тогда как термины инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильная стенокардия (НС) применяются для формулирования окончательного диагноза в зависимости от того, будут ли выявлены признаки некроза миокарда.

Проблема выбора наиболее эффективного и безопасного метода лечения острого коронарного синдрома (ОКС) в отдельных группах пациентов (учитывая пол, возраст и т.д.), как частой формы обострения ИБС, до конца не решена. На данный момент времени в клинической и теоретической кардиологии актуальным представляется поиск новых и совершенствование имеющихся методов лечения ОКС, основным из которых продолжает оставаться реперфузия миокарда. Существует необходимость грамотного распределения дорогостоящих методик фармакологической реваскуляризации, научно-обоснованной организации лечебно-диагностического процесса при поступлении в стационар больного, четкого выбора стратегии лечения и медикаментозного арсенала для различных категорий пациентов. Сегодня на рынке имеется множество тромболитических препаратов, рекомендованных к использованию для реперфузионной терапии у лиц с ОКС, однако, открытым остается вопрос целесообразности, эффективности и безопасности их применения у отдельных категорий больных, в частности, у лиц пожилого и старческого возраста, составляющих большинство пациентов с указанной патологией [14].

В настоящее время наиболее эффективными, патогенетически обоснованными методами лечения острого инфаркта миокарда являются тромболитическая терапия (ТЛТ) и коронарная ангиопластика. Экстренная ангиопластика в Узбекистане проводится только в нескольких медицинских центрах крупных городов (Ташкент, Самарканд, Бухара), поэтому этот метод лечения практически влияет на статистику исходов заболевания в целом по стране. Казалось бы, тромболитическая терапия, которая требует значительно меньших финансовых и организационных затрат, должна проводится повсеместно, но даже она выполняется далеко не во всех медицинских учреждениях в силу ряда причин. К основным из них следует отнести недостаточную обеспеченность лекарственными средствами с этой направленностью действия, присутствием ряда иногда фатальных осложнений, возникающих на фоне её проведения. Именно поэтому до сих пор злободневны решения задач дальнейшего совершенствования методик и внедрения тромболизиса в практическое здравоохранение.

Более чем 20-летний опыт применения тромболитической терапии позволил сфокусировать внимание врачей не кардиологических специальностей на её ключевых позициях и обозначить чёткий алгоритм лечебной тактики при данной нозологии. Считаем целесообразным отразить алгоритм лечения в последовательности, которая встречается на догоспитальном этапе наиболее часто.

Обезболивание - проведение обезболивания является неотъемлемой частью комплексной терапии ОКС не только по этическим соображениям, но также вследствие избыточной симпатической активации при ноцицептивном раздражении. Это приводит к усилению вазоконстрикции, усилению потребности миокарда в кислороде, повышению нагрузки на сердце. При неэффективности применения аэрозольных форм нитратов рекомендуется безотлагательное внутривенное введение морфина гидрохлорида 2-4 мг + 2-8 мг каждые 5-15 мин или 4-8 мг + 2 мг каждые 5 мин или по 3-5 мг до купирования боли. При систолическом артериальном давлении (АД) выше 90 мм рт.ст. следует начать внутривенную инфузию нитроглицерина в дозе 20-200 мкг/минуту. В случае выраженной тревожности европейскими авторами считается показанным внутривенное введение небольших доз бензодиазепинов, однако в большинстве случаев применение опиоидных анальгетиков позволяет добиться удовлетворительных результатов [8].

Ацетилсалициловая кислота - нестероидные противовоспалительные средства, ингибиторы ЦОГ-2 Абсолютно всем пациентам с ОКС как можно раньше следует принять нагрузочную дозу ацетилсалициловой кислоты (АСК) 160-325 мг некишечнорастворимых форм под язык. Допустимой альтернативой является использование внутривенной формы АСК (250-500 мг) и АСК в виде ректальных суппозиториев. Противопоказаниями к применению нагрузочной дозы являются активные желудочно-кишечные кровотечения, известная гиперчувствительность к АСК, тромбоцитопения, тяжелая печеночная недостаточность. Применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и селективных ингибиторов ЦОГ-2 приводит к повышению риска смерти, рецидивов ОКС, разрывам миокарда и другим осложнениям [2].

При возникновении ОКС все препараты из групп НПВС и ингибиторов ЦОГ-2 следует отменить. В дальнейшем неопределенно долгое время все пациенты должны получать низкие дозы АСК (75-160 мг) каждый день [1].

Клопидогрел - добавление клопидогрела к АСК на догоспитальном этапе значимо улучшает клинические исходы, уменьшает заболеваемость и смертность пациентов с ОКС. Дозировка клопидогрела различается в зависимости от типа ОКС и вида проводимого лечения. В дальнейшем дозировка клопидогрела составляет 75 мг. Длительность двойной антитромбоцитарной терапии (АСК плюс клопидогрел) также различается в зависимости от типа ОКС и подхода к лечению (инвазивный/неинвазивный) и составляет 4-52 недели (как минимум 4 недели, в идеале - 1 год) [3].

Антитромботическая терапия (Гепарины) - являются стандартным звеном антикоагулянтной терапии у пациентов с ОКС. Введение нефракционированного гепарина рекомендуется начинать с внутривенного болюсного введения (не более 5000 ЕД при ОКС без подъема сегмента ST и 4000 ЕД при ОКС с подъемом сегмента ST) с дальнейшим переходом на внутривенную инфузию со скоростью 1000 ЕД/час и контролем активированного частичного тромбопластинового времени через каждые 3-4 часа. Использование низкомолекулярных гепаринов позволяет избежать лабораторного контроля, облегчает схему гепаринотерапии. Среди представителей группы наиболее изученным является эноксапарин [11].

Показано, что сочетанное применение эноксапарина и тромболитической терапии сопряжено с дополнительными клиническими преимуществами для

пациента. Кроме того, если предполагается проведение антикоагулянтной терапии более 48 часов, то использование нефракционированного гепарина сопряжено с высоким риском формирования тромбоцитопении. Эноксапарин при неинвазивной стратегии лечения ОКС применяют по следующей схеме: внутривенный болюс 30 мг, далее подкожно в дозе 1 мг/кг 2 раза в сутки до 8 го дня болезни [9].

Первые 2 дозы для подкожного введения не должны превышать 100 мг. У лиц старше 75 лет начальная внутривенная доза не вводится, а поддерживающая уменьшается до 0,75 мг/кг (первые 2 дозы не должны превышать 75 мг). При клиренсе креатинина менее 30 мл/мин препарат вводится п/к в дозе 1 мг/кг один раз в сутки. При инвазивном подходе к лечению ОКС для введения эноксапарина необходимо помнить следующее: если после подкожной инъекции 1 мг/кг прошло не более 8 ч, дополнительное введение не требуется. Если этот срок составляет 8-12 часов, то непосредственно перед процедурой следует ввести эноксапарин внутривенно в дозе 0,3 мг/кг [10].

Другие лекарственные препараты (бета- адреноблокаторы) - с целью снижения потребности миокарда в кислороде при ОКС необходимо назначение бета-адреноблокаторов. На догоспитальном этапе целесообразно применение внутривенных форм бета- блокаторов как для быстроты наступления клинического эффекта, так и для возможности быстрого уменьшения эффекта при возможном возникновении побочных эффектов. Ингибиторы АПФ - в течение первых 24 часов от развития ОКС целесообразно применение препаратов из группы блокаторов активности системы ренин-ангиотензин ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина. Однако начало такой терапии рекомендуется после госпитализации пациента в стационар [12].

При остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST на ЭКГ (STEMI) введение тромболитических средств рекомендуется во всех случаях, когда нет возможности выполнить чрескожное эндоваскулярное лечение в течение 2 часов от начала симптомов (класс рекомендации 1А), а при низком риске кровотечения - в течение 90 минут (класс 2В), то есть на догоспитальном этапе [4].

Однако на фоне новых представлений о лечении STEMI нельзя забывать о прямой эффективности тромболитических средств. Образование тромба на атеросклеротической бляшке происходит в связи с её эрозией или изъязвлением. Бляшки высокого риска с большим активным липидно-некротическим ядром имеют высокие шансы к истощению анти- тромботических механизмов на своей поверхности. В норме от внутрисосудистого тромбообразования человека защищает гликокаликс эндотелия, содержащий оксид азота, простациклин, гепарин, тромбомодулин, а также система естественных антикоагулянтов (гепарин, ингибиторы факторов свёртывания, антитромбин, протеины С, S, Z и другие вещества). При преобладании факторов риска (стрессов, курения, дислипидемии, высокого уровня липопротеина, а, сахарного диабета и других) происходит акти вация гемостаза в области бляшки с сопутствующей слабостью естественной антикоагулянтной и фибринолитической системы. В образовавшийся тромб встраивается антиплазмин, модифицирует фибрин, и последний становится устойчив к действию плазмина. Механизм действия фибринолитических средств сходен: все они активируют естественный плазминоген с образованием плазмина, который и растворяет тромб [5,6]. Но на этом сходство заканчивается.

Препараты первого поколения - стрептокиназа и урокиназа -, как указывают Frendl et al. (2011), имеют историческое значение. Они не фибринспецифичны. Индуцируя фибринолиз, они снижают уровень фибриногена, факторов свёртывания крови и фактора фон Виллебранда. Стрептокиназа также имеет ограничения, связанные с иммунизацией [7].

Препараты второго поколения - альтеплаза и проурокиназа - неиммуногенны, однако их важным недостатком является короткий период полувыведения, составляющий 4-5 минут для альтеплазы и 7 минут - для проурокиназы [7].

Альтеплаза, к тому же, обладает свойством модифицировать гематоэнцефалический барьер, что может повышать риск геморрагических инсультов. К третьему поколению фибринолитических средств (активаторов плазминогена) относятся ретеплаза и тенектеплаза. Их самым заметным отличием является увеличенный период полувыведения, позволяющий применять их в виде болюса, а не инфузии. Есть и более существенные различия. Препарат четвёртого поколения - десмотеплаза - при лечении инфаркта миокарда не применяется [6].

Выводы

Несмотря на смещение акцента терапии острого инфаркта миокарда с подъёмом ST на ЭКГ в сторону эндоваскулярного лечения, актуальность фибринолитических препаратов продолжает оставаться высокой. Период в значительной степени эмоционально обусловленного приоритета чрескожных вмешательств перед тромболизисом, кажется, закончился. Современные данные, в том числе, данные когортных исследований в реальной популяции красноречиво свидетельствуют об эквивалентной эффективности системного тромболизиса по сравнению с другими видами лечения. Более того, стратегия FAST-PCI (введения "подготовительных" малых доз фибринолитических препаратов перед выполнением, например, инвазивной процедуры) даёт ещё больше возможностей по ведению больных, однако требует дальнейшего изучения. Среди тромболитических препаратов преимущество принадлежит новым препаратам и устойчивостью к действию антиплазмина - стрептокиназы и тенектоплазмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Acute coronary syndromes. A national clinical guideline. Available on http://www.sign.ac.uk/pdf/sign93
2. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in highrisk patient. Br. Med. J. 2002. V. 324. P 71
3. Dudek D., Rakowski T., and Dziewierz A. et al. PCI after lytic therapy: when and how? Eur Heart J Suppl 2008; 10(suppl J): J15-J20
4. EsC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with sT-segment elevation. European Heart Journal, 201233:2569-619.
5. Frendl A, Csiba L. Pharmacological and non-pharmacological recanalisation strategies in acute ischaemic stroke. Front Neurol, 2011; 2:32.

6. Frendl A, Csiba L. Pharmacological and non-pharmacological recanalisation strategies in acute ischaemic stroke. Front Neurol, 2011
7. Murray V, Norrving B, sandercock PAG, et al. The molecular basis of thrombolysis and its clinical application in stroke. J Intern Med, 2010;
8. Van de Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the EuropeanSociety of Cardiology. Eur Heart J 2008; 29(23):2909-45)
9. Кашталап В.В., Кочергина А.М., Кочергин Н.А. и др. Кровотечения при инвазивной тактике ведения пациентов с острым коронарным синдромом: распространенность, современные подходы к оценке риска и профилактике (обзор литературы). Русский Медицинский Журнал. 2016; 12:739-43
10. Оганов Р.Г., Мамедов М.Н. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ. Национальные клинические рекомендации. МЕДИ Экспо; 2009
11. Сулимов В.А. Тромболизис или первичное чрескожное вмешательство при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST? Исследование STREAM Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.2013;9(6)
12. Чазов Е.И., Бойцов С.А., Ипатов П.В. Задача крупного масштаба. Совершенствование технологии лечения ОКС как важнейший механизм снижения сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации. Современные медицинские технологии 2008;(1):35-8
13. Юневич Д.С. Анализ эффективности и безопасности тромболитической терапии актилизе у пациентов пожилого и старческого возраста при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST / Д.С. Юневич, С.Б. Аксентьев, Л.В. Денискина, О.В. Фокина, Ю.М. Копылова//Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. -2014. -№2. -С.101-110.
14. Юневич Д.С. Эффективность и безопасность различных схем системного медикаментозного тромболизиса при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST у пациентов старческого возраста [Текст] / Д.С. Юневич // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2016. - № 4. - С. 32-41.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.8-005

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Абдурахманов М.М., Умаров Б.Я.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

С целью улучшить результаты диагностики и хирургического лечения больных с атеросклеротическим поражением сонных артерий была исследована эндотелиальная дисфункция у пациентов с атеросклеротическим стенозом. Методом диагностики эндотелиальной дисфункции стала оценка изменения диаметра плечевой артерии до и после кратковременной ишемии конечности и уровня гомоцистеина в плазме. По результатам обоих тестов большая выраженность эндотелиальной дисфункции отмечается у пациентов с диффузным атеросклеротическим поражением. В послеоперационный период в группе после традиционной каротидной эндартерэктомии отмечался рост концентрации гомоцистеина в отличие от эверсионной каротидной эндартерэктомии.

Ключевые слова: атеросклеротический стеноз, эндотелиальная дисфункция, каротидная эндартерэктомия, гомоцистеин, эндотелийзависимая вазодилатация.

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC STENOTIC LESIONS OF THE CAROTID ARTERIES

Abdurakhmanov M.M., Umarov B.Ya.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

In order to improve the results of diagnosis and surgical treatment of patients with atherosclerotic lesions of carotid arteries we investigated endothelial dysfunction in patients with atherosclerotic stenosis. A methods for diagnosis of endothelial dysfunction was assessment of changes in brachial artery diameter before and after a short limb ischemia and plasma homocysteine levels. According to the results of both tests more intensive endothelial dysfunction was observed in patients with diffuse atherosclerotic lesions. In the postoperative period, the growth of the homocysteine concentration was observed in the group after classical carotid endarterectomy in comparison with eversion carotid endarterectomy

Keywords: atherosclerotic stenosis, endothelial dysfunction, carotid endarterectomy, homocysteine, endothelium-dependent vasodilation.

УЙҚУ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ АТЕРОСКЛЕРОТИК ШИКАСТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТЕЛИАЛ ДИСФУНКЦИЯСИ

Абдурахмонов М.М., Умаров Б.Я.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Каротид артерияларининг атеросклеротик зарарланиши билан оғриган беморларга ташхис қўйиш ва жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида атеросклеротик стеноз билан оғриган беморларда эндотелий дисфункцияси ўрганилди. Эндотелиал дисфункцияни ташхислаш усули елка артерия диаметрининг қисқа муддатли ишемиядан олдин ва кейин ўзгаришини ва плазмадаги гомоцистеин даражасини баҳолаш эди. Иккала тест натижаларига кўра, атеросклеротик зарарланишлар билан оғриган беморларда эндотелиал дисфункциянинг кучайиши қайд этилди. Анъанавий каротид эндартерэктомиядан кейин гуруҳда операциядан кейинги даврда эверсион каротид эндартерэктомиядан фарқли равишда гомоцистеин концентрациясининг ошиши кузатилди.

Калит сўзлар: атеросклеротик стеноз, эндотелий дисфункцияси, каротид эндартерэктомия, гомоцистеин, эндотелийга боғлиқ вазодилатация.

Актуальность

В 80% случаев инсультов носит ишемический характер и у большинства пациентов развивается из-за сужения сосудов, кровоснабжающих головной мозг [4]. Чаще всего стеноз вызывается атеросклеротической бляшкой во внутренней сонной артерии, что приводит к уменьшению мозгового кровотока и создает условия для развития в ткани головного мозга ишемических изменений. Несмотря на сохраняющийся интерес к проблеме выбора метода хирургической реваскуляризации каротидных артерий, до настоящего времени не систематизированы факторы риска, коррекция которых позволит снизить количество осложнений. Особенно актуальным является исследование функции эндотелия у пациентов с сосудисто-мозговой недостаточностью головного мозга, как основного патогенетического звена артериальной гипертензии и атеросклероза. [1, 5]. Дисфункция эндотелия(ДЭ) проявляется нарушением нейрогуморальной регуляции тонуса сосудов, их ремоделированием и активизацией процессов тромбогенеза и воспаления в сосудистой стенке. ДЭ как наиболее ранняя фаза повреждения сосудистой стенки может выступать одним из чувствительных маркеров сердечно-сосудистых заболеваний [2,3].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с атеросклеротическим

поражением сонных артерий на основе изучения и коррекции дисфункции эндотелия.

Материал и методы

Исследование проводилось на 72 больных, которые находились на лечении в отделении хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП. В основную группу вошли пациенты с гемодинамически значимым атеросклеротическим стенозом сонных артерий. Также у 48 (66,7 %) из них имелись клинические проявления поражения другого сосудистого бассейна. По типу оперативного вмешательства на брахиоцефальной зоне пациентов разделили на две группы: 1-я группа - пациенты, которым выполнена классическая каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) с пластикой артерий аутовенозной заплатой (38 больных, 52,8 %), 2-я группа - больные, которым выполнена эверсионная КЭЭ (34 больных, 47,2%). В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации по изучению Артериальной гипертензии нормой считали ТИМ менее 0,9 мм а за утолшение принимали толщину интимы, равную или превышавшую 0,9 мм. [5]. Все пациенты проходили лабораторные исследования, которые включали общеклинические анализы крови и мочи. Гомоцистеин определяли в плазме крови иммуноферментным методом при помощи высокоэффективной жидкостной хроматографии с применением флуориметрических детекторов Axis Homocysteine EI (норма 8-12 мкмоль/л).

Результат и обсуждение

Одним из наиболее удобных в практическом отношении методов диагностики эндотелиальной дисфункции является оценка изменения диаметра плечевой артерии до и после кратковременной ишемии конечности [9]. Использована методика разработаная в 1992 г.D.S. Ceiermajer. Для оценки изменения диаметра плечевой артерии использовали линейный датчик 7,5 МГц ультразвукового аппарата (SSI 5000 Sono Scape.). Плечевую артерию лоцировали в продольном сечении на 2-15 см выше локтевого сгиба, изображение синхронизировали с зубцом R ЭКГ. Исследование проводили в триплексном режиме (В-режим, цветное доп-плеровское картирование потока, спектральный анализ доплеровского сдвига частот). Проба с реактивной гиперемией была выполнена 72 пациентам. В двух группах обследуемых пациентов проводили сравнительный анализ изменения диаметра плечевой артерии через 30 и 60 секунд после декомпрессии (эндотелийзависимая вазодилатация - ЭЗВД). Нормальной реакцией плечевой артерии считали ее дилатацию на фоне реактивной гиперемии более чем на 10 % от исходного диаметра. Меньшее значение или вазоконстрикцию расценивали как патологическую реакцию.

При анализе функционального состояния эндотелия определялось выраженное снижение ЭЗВД в обеих группах. У пациентов 1-й группы ЭЗВД плечевой артерии средний показатель увеличения диаметра плечевой артерии на 30-й секунде составил 5,67 ± 1,54 %, на 60-й секунде - 5,51 ± 1,64 %, что оказалось достоверно ниже, чем у пациентов 2-й группы: 6,85 ± 1,70 % и 6,13 ± 1,75 % на 30-й и 60-й секундах соответственно ($p < 0,05$). Полученные результаты показывают значительную степень нарушения эндотелийзависимой вазодилатации у пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий и подтверждают большую ее выраженность у больных с диффузным атеросклеротическим поражением. Еще одним маркером эндотелиальной дисфункции, который мы использовали, был уровень гомоцистеина. Гомоцистеин непосредственно повреждает внутреннюю артериальную выстилку, а также угнетает синтез оксида азота (NO) [3]. Всем исследуемым пациентам определяли концентрацию гомоцистеина. На основании превышения пороговой концентрации гомоцистеина (> 10 ммоль/л) эндотелиальная дисфункция была выявлена у 56 - 64пациентов. Принимая во внимание, что превышение концентрации гомоцистеина более 10 мкмоль/л авторами [8] рассматривается как независимый фактор риска тромбоваскулярной болезни, мы использовали эту величину как пограничное значение. Концентрация гомоцистеина в 1-й группе пациентов была достоверно выше, чем во 2-й ($p < 0,05$). Корреляционный анализ связей между уровнем гомоцистеина в обеих группах и некоторыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний показал, что концентрация гомоцистеина прямо пропорционально связана с уровнем общего холестерина и толщиной комплекса интима-медиа. В 1-й группе (классическая КЭЭ) концентрация гомоцистеина после операции увеличилась по сравнению с предоперационным уровнем до 18,4±4,2 мкмоль/л. Это отличие от дооперационного уровня статистически достоверно ($p < 0,05$). Во 2-й группе (эверсионная КЭЭ) постоперационная концентрация составила 14,2±5,6 мкмоль/л и статистически не отличалась от предоперационной.

Выводы

1. Определено, что послеоперационном периоде у больных, подвергшихся традиционной КЭЭ, отмечено достоверное увеличение концентрации гомоцистеина в отличие от пациентов после эверсионной КЭЭ, у которых уровень гомоцистеина остался на прежнем уровне.

2. У больных атеросклеротическим стенозом сонных артерий различной степени тяжести рекомендуется проведение анализа степени дисфункции эндотелия сосудов, которая может быть использована в качестве критерия, определяющего осложнения, прогноз и позволяющего оценить результаты хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Евтушенко С.К., Филимонов Д.А. Роль гомоцистеина в развитии ишемических инсультов у лиц молодого возраста (обзор литературы и личные наблюдения) // Международный неврологический журнал. - 2013. - № 7. - С. 19-30.
2. Кремец К.Г. Эндотелиальная дисфункция и ее роль в патогенезе атеросклероза // Практическая ангиология. - 2009. - № 7(26). - С. 35-36
3. Шабров А.В, Апресян А.Г., Доб- кес А.Л., Ермолов С.Ю., Ермолова Т.В., Манасян С.Г., Сердюков С.В. Современные методы оценки эндотелиальной дисфункции и возможности их применения в практической медицине // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2016. № 12 (6). - С. 733-742.
4. Mudau M., Genis A., Lochner A., Strijdom H. Endothelial dysfunction: the early predictor of atherosclerosis // Cardiovasc. J. Afr. - 2012. - 23(4). - P. 222-231.
5. Yang Z., Ming X.Z. Recent advances in understanding endothelial dysfunction in atherosclerosis. Clin. Med. Res. 2006; 4: 53-65.

Поступила 09.11. 2020

УДК 613.37-089

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ

Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Нурбобоев А.У.,

Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал РНЦЭМП.

✓ ***Резюме***

Целью исследования является показать эффективность эндоскопического стентирования внепеченечных желчных протоков при неоперабельных опухолях билиопанкреатических опухолях, осложненных механической желтухой. Обследовано 23 больных с неоперабельными опухолями БПДЗ, осложненные механической желтухой. Из них опухоли поджелудочной железы 13(56,5%), опухоли большого дуоденального сосочка 3 (13,1%), опухоли ворот печени (опухоли клацкина) 7(30,4%). Стенты диаметром 10Fr и 12см установлены 16 больным, 10,0 Fr 15 см стент удалось установить 4 больным с опухолями ворот печени. Стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами диаметром 10,0 и 12Fr является эффективным способом ликвидации механической желтухи у неоперабельных пациентов со злокачественными опухолями билиопанкреатической зоны. При проксимальных опухолях можно установить сенты длиной 15 см и добиться удовлетворительных результатов желчеотделения на продолжительный сроки.

Ключевые слова: стентирование, механическая желтуха.

ENDOSCOPIC STENTING IN INOPERABLE TUMORS OF T BILIOPANCREATIC ZONE

Abidov U.O., Khadzhaev K.Sh., Khaydarov A.A., Nurboboyev A.U.,

Bukhara State Medical Institute,
Bukhara branch of RRCEM.

✓ ***Resume***

The aim of the study is to show the effectiveness of endoscopic stenting of extrahepatic bile ducts in inoperable biliopancreatic tumors complicated by mechanical jaundice. 23 patients with inoperable PDD tumors complicated by mechanical jaundice were examined. Of these, 13 (56.5%) pancreatic tumors, 3 (13.1%) large duodenal papilla tumors, and 7 (30.4%) liver gate tumors(klatskin tumors). Stents with a diameter of 10 Fr and 12 cm were installed in 16 patients, 10.0 Fr 15 cm stent was installed in 4 patients with tumors of the liver gate. Stenting of the common bile duct with plastic stents with a diameter of 10.0 and 12 Fr is an effective way to eliminate mechanical jaundice in inoperable patients with malignant tumors of the pancreobiliary zone. For proximal tumors, it is possible to install 15 cm long stents and achieve satisfactory results of bile secretion for a long time.

Key words: stenting, obstructive jaundice.

БИЛИОПАНКРЕАТИК СОХА НООПЕРАБИЛ ХОЛАТЛАРИДА ЭНДОСКОПИК СТЕНТЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Нурбобоев А.У.,

Бухоро Давлат тиббиет институти,
РШТЕИМ Бухоро филиали.

✓ ***Резюме***

Тадқиқотнинг мақсади билиопанкреатик соҳа ўсмаларидаги механик сариқлик синдроми асорати бўлганда жигардан ташқари ўт йўлларни эндоскопик стентлаш эффективлигини номойиш этишдир. Механик сариқлик билан асоратланган БПДЗ ўсмалари бўлган 23 та бемор текширилди. Ушбу касалларнинг 13 (56,5%) таси ошқозон ости бези бош қисми ўсмалари, ўн икки бармоқли ичак катта сўрғич ўсмалари 3 (13,1%) та, жигар дарвозаси ўсмалари (Клацскин ўсмалари) 7 (30,4%) та. Шундан 16 беморга диаметри 10 Fr, 12 см бўлган стентлар, жигар дарвозаси ўсмалари бўлган 4 та беморга 10 Fr ва 15 см бўлган стентлар ўрнатилди. Диаметри 10 ва 12 Fr бўлган пластмасса стентлар билан умумий ўт йўлини стентлаш - бу БПДЗ хавфли ўсмалари бўлган касаллардаги механик сариқликни бартараф этишнинг самарали усули. Проксимал ўсмаларда 15 см узунликдаги стентларни ўрнатиш ва узоқ вақт давомида ўт секрециясининг қониқарли натижаларига эришиш мумкин.

Калит сўзлар: стентлаш, обструктив сариқлик.

Актуальность

Проблема лечения больных механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза на современном уровне развития медицины сохраняет свою актуальность вследствие того, что число этих пациентов продолжает увеличиваться. Результаты хирургического лечения МЖ злокачественного генеза нельзя назвать удовлетворительными из-за большой частоты развития осложнений и сохраняющейся высокой послеоперационной летальности (до 60%). [1,2]

К сожалению, на момент диагностики радикальную операцию можно выполнить не более чем у 20% пациентов с раком поджелудочной железы и у 50%

больных с раком желчевыводящих путей [4], поэтому купирование механической желтухи у неоперабельных пациентов является одной из важнейших задач паллиативного лечения.

Цель настоящей работы - оценить эффективность применения пластиковых стентов диаметром 8,5; 10,0 и 12Fr и длиной 12 и 15см у пациентов с дистально и проксимально расположенными неоперабельными злокачественными опухолями поджелудочной железы, желчевыводящих путей и ворот печени.

Материалы и методы

За период выполнения работы (2018 - 2020гг) в хирургических отделениях и в эндоскопическом кабинете Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи обследовано 23 больных с неоперабельными опухолями БПДЗ осложненые механической желтухой. Из них опухоли поджелудочной железы 13 (56,5%), опухоли большого дуоденального сосочка 3(13,1%), опухоли ворот печени (опухоли Клацкина) 7(30,4%). Средний возраст пациентов 55 - 76 лет. Средние показатели билирубина 320 мкмоль.л. Продолжительность желтухи от 2 недель до 1,5 месяца.

Всем больным проводилась попытка ретроградной холангиопанкреатографии под седатацией с использованием видеодуоденоскопа Olympus (с каналом диаметром 4,2 мм) и инструментов фирмы Willson-Cook (катетер, проводники, бужи, система установки стентов и стенты). Всем пациентам, у которых удавалось завести проводник выше уровня препятствия, были установлены пластикове стенты диаметром 2 стента размером 8,5; 10 и 10,0Fr, длиной 12 и 15см. Оценивались успешность постановки стента, наличие осложнений и время функционирования стентов.

Результаты и обсуждения

Из 23 больных, с неоперабильными опухолями БПДЗ стент установлен выше препятствия в 20 случаев (86,5%). Не удалось выполнить стентирование 3 пациентам с опухолями ворот печени из за невозможности проведения проводника. Всем больным установлены Стенты диаметром 10 Fr и 12 см установлены в 16 больным, 10,0 Fr и 15 см в 4 больных с опухолями ворот печени. У 3 больных установка стенда безуспешная в связи невозможностью проыедения проводника выше препятствия, которым выполнено ЧЧХС в 3 случаях.

В 2 случаях выявляли осложнения в виде кровотечение из папиллотомного разреза и миграция стента. Летальный исход, связанный с вмешательством не наблюдалось. Среднее время нахождения больного в

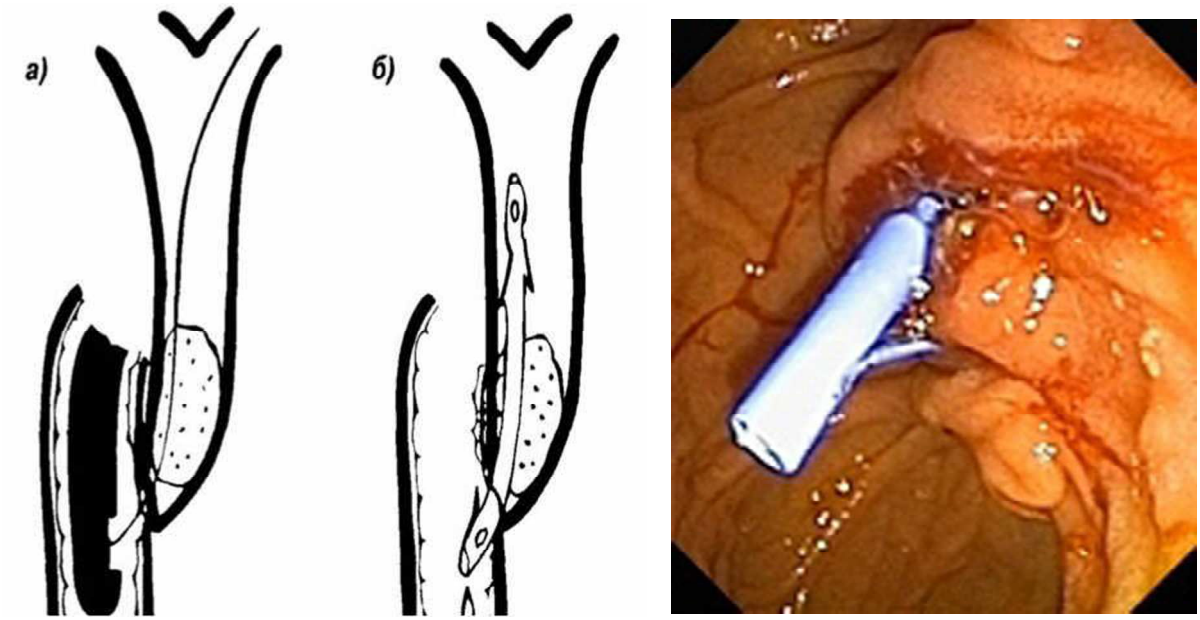


Рис. Схема этапов эндопротезирования общего желчного протока: а - проведение струны-направителя; б - положение эндопротеза.

стационаре после ретроградной холангиопанкреатографии равнялось 6 суткам.

После выписки из стационара больные проходили наблюдения каждые 2 месяца. У 18 человек (90%) стент продолжал нормально функционировать, но в 2 (10%) случаях в связи с распространением опухоли выше стента потребовалось рестентирование. В 2 случаях обтурировались стенты диаметром 8,5 Fr через 60 дней после установки. В остальных случаях стенты функционировали.

Лечение неоперабельных больных со злокачественными опухолями поджелудочной железы и желчевыводящих путей и механической желтухой до последнего времени представляет собой достаточно сложную проблему. Операционная летальность при выполнении паллиативных операций с целью билиарной декомпрессии у таких пациентов достигала 14%, а уровень осложнений - 29% [3]. Эндоскопическая установка пластиковых стентов предоставляет на практике возможность ликвидировать механическую желтуху, не прибегая к сложному хирургическому вмешательству. По полученным нами данным уровень летальности при эндоскопическом стентировании составил 2,6%, а осложнения встретились в 7,8% случаев. Необходимо отметить, что летальный исход и два осложнения пришлись на первые 5 попыток стентирования, т.е. на

период освоения методики. Такие цифры согласуются с данными литературы об уровне летальности (2,7 - 3%) и осложнений (11%) [3,4].

Сравнивая стенты диаметром 8,5; 10 и 12 Fr, мы пришли к выводу о существенно более коротких сроках функционирования первых, что заставило отказаться от их применения у больных с данной патологией. В то же время не было отмечено достоверной разницы между частотой обтурации стентов диаметром 10,0 и 12 Fr. Однако данные литературы о средних сроках сохранения проходимости стентов и 12 Fr в 3 и 4 месяца соответственно [3], в сочетании с гораздо худшими результатами повторного стентирования по сравнению с первичным вмешательством, не позволяет рекомендовать их для применения у больных с более длительным ожидаемым сроком жизни.

Выводы

Таким образом, стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами диаметром 10,0 и 12 Fr является эффективным способом ликвидации механической желтухи у неоперабельных пациентов со злокачественными опухолями панкреобилиарной зоны. При проксимальных опухолях можно установить сенты длиной 15 см и добиться удовлетворительных результатов желчеотделения на продолжительный сроки. Данное вмешательство показано с целью паллиативного лечения лиц с ожидаемым сроком жизни, не превышающим 3 месяцев. При постановке стента у пациентов с большей ожидаемой продолжительностью жизни рациональным подходом может быть плановая замена стента через 3месяца в зависимости по появления клиники его непроходимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мумладзе Р.Б. Мини-инвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы / Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, Ю.Ш. Розиков // Хирургия. - 2004. - № 5.- С.65 - 67.
2. Маады А.С. Миниивазивные технологии дренирования желчных путей при нерезектабельных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой: автореф. дис... д-ра мед. наук / Маады Аяс Сергеевич. - М., 2015. - 44 с.
3. Pereira-Lima J.C., Jakobs R., Maier M. et al. // American J. Gastroenterol. - 1996. - Vol. 91, No. 10. - P. 2179- 2184.
4. Guidelines for the management of patients with pancreatic cancer periampullary and ampullary carcinomas. - Gut. - 2005. - Vol. 54. - P. 1-16.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.322-002.2-616-036-616-008-053.2/.5

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАПТОГЛОБИНА И ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Асроров Акмал Аминжонович,

Бухарского государственного медицинского института.

✓ ***Резюме***

При ХТ в изученных группах имеют место связанные с Hp генетические факторы, в значительной степени играют роль в качестве предрасположенности и резистентности к заболеванию ХТ. При ХТ у детей выявлено понижение частоты фенотипа Hp2-1 и повышение частоты фенотипа CpAB. Для оценки полигенной природы и прогнозирования течения ХТ рекомендуется интерпретация частоты фенотипами Hp и Cp.

Ключевые слова: хронический тонзиллит (ХТ), гаптоглобин (Hp), церулоплазмин (Cp), клинические, генеалогические, иммуногенетические, статистические.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ БИЛАН ОЁРИГАН БОЛАЛАРДА ГАПТОГЛОБИН ВА ЦЕРУЛОПЛАЗМИННИНГ УЧРАШ ҲОЛЛАРИ

Асроров Акмал Аминжонович,

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

СТ билан оғриган болаларда Hp ва Cp фенотипларининг ўзгариши СТда Hp2-1 фенотипининг кам учраши ва CpAB фенотипининг ошиши СТга хос белгилар бўлиб ҳисобланади. Болаларда СТ касаллигининг кечишини олдиндан аниқлаш учун Cp ва Hp фенотипларини таҳлил қилиш касалликни самарали даволашга ёрдам беради.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит (СТ), гаптоглобин (Hp), церулоплазмин (Cp), клиник, генеалогик, иммуногенетик, статистик.

FREQUENCY OF HAPTOGLOBIN AND CERULOPLASMIN AT CHILDREN OF THE PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS

Asrorov Akmal Aminjonovich,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

In CT in studied groups there were noted genetic factors connected with Hp having a significant role in the predisposition and resistance to chronic tonsillitis. In CT there is determined the hereditary factor that is confirmed in the sick children, as well as there was found lowering of the frequency of phenotype Hp2-1, in children there was found reliable increase in ceruloplasmin phenotype CpAB. For evaluation of polygenic nature of chronic tonsillitis in children with signs characterizing multifactoriality as well as for prognosis of the chronic tonsillitis development there is recommended interpretation of the frequency of ceruloplasmin and haptoglobin phenotypes.

Key words: chronic tonsillitis (CT), haptoglobin (Hp), ceruloplasmin (Cp), clinical, genealogical, immunogenetic, statistical.

Актуальность

Хроническое воспаление небных миндалин (хронический тонзиллит - ХТ) лимфоидного глоточного кольца является одним из наиболее распространенных заболеваний глотки, как у взрослых, так и особенно у детского населения [23, 29].

Проблема ХТ до настоящего времени остается весьма актуальной в медицине, выходя далеко за пределы оториноларингологии [23].

По последним данным ХТ у детей встречается в среднем 12-16% [23]. Хронический воспалительный процесс в небных миндалинах приводит к патологическим изменениям, нарушающим иммунологическую функцию организма, при этом сами миндалины становятся источником очаговой инфекции [19, 23].

ХТ относится к заболеваниям с наследственной предрасположенностью или, к так называемым, мультифакториальным болезням [23, 29], в связи с чем особое внимание в понимании механизма данной патологии придается изучению иммунологической реактивности и выяснению роли наследственности [14, 19].

Отмечено, что дети с удаленными миндалинами чаще болеют инфекционными заболеваниями [23].

В последние три десятилетия разработана теория о значении гаптоглобин (Hp), церулоплазмин (Cp) в развитии соматических заболеваний. К настоящему времени Hp и Cp включает более десятки гаплотипов. Безусловно, эта система играет значительную роль как в клинической картине, так и в течении и осложнениях ХТ, который относится к мультифакториальным заболеваниям, где играют роль как генетические, так и средовые факторы. С этих позиций вытекает необходимость проведения исследований Hp и Cp, что будет способствовать не только диагностике ХТ и

уменьшению непоказанных тонзиллэктомии (ТЭ), но также построению рациональных схем консервативного лечения [23, 29].

К доминирующим факторам возникновения ХТ относятся хронические очаги инфекции в полости рта. Кроме этого, формированию воспаления в небных миндалинах также способствуют различные неблагоприятные социальные и экологические факторы [29].

Заболеваемость ХТ среди членов семьи приводит к высокой наследственности и изучения конституциональной предрасположенности даёт понять механизм развития этого заболевания, а изучения иммунной реактивности и наследственности требует особое внимание [29].

Изучение частоты типов гаптоглобина проводится как для характеристики этнического родства народов, так и для установления корреляций различных его фенотипов с тем или иным заболеванием [29].

В системе иммуногенетических факторов существенное место принадлежит гаптоглобинам (Hp). К данному биокомплексу относят белковую фракцию сыворотки крови, одним из важнейших свойств которой является способность связываться с гемоглобином [29].

Одним из генетических маркеров фенотипических проявлений статуса организма является церулоплазмины (Cp) [29].

К настоящему времени установлен истинный генетический полиморфизм церулоплазмина, который проявляется в пяти фенотипах: CpA, CpB, CpAB, CpAC, CpBC [29]. Однако, в большинстве случаев церулоплазмин представляет собой смесь двух форм, отличающихся только хромотографическими свойствами [29].

Цель исследования

Целью настоящегой исследования явилась изучение распределение фенотипов гаптоглобина и церулоплазмина среди больных детей хроническим тонзиллитом различной формы и сравнение с группой здоровых лиц.

Материал и методы

Для выполнения поставленной цели было проведено обследование семей 335 детей в возрасте от 1-18 лет состоящих на диспансерном учёте по поводу хронического тонзиллита (всего 449 больных детей в 321 семье). В качестве контрольной группы мы обследовали семью практически здоровых 120 детей того же возраста по специально составленному опроснику. При диагностике хронического тонзиллита использовали клиническую классификацию хронических тонзиллитов по Б.С.Преображенскому - В.Т.Пальчуну) [23].

В качестве сравниваемых групп служили 63 больных хроническим тонзиллитом с различными формами заболевании (20 больных простыми формами (ПФ), 22 больных токсико-аллергическими формами I степени (ТАФ I), 21 больной токсико-аллергической формой II степени (ТАФ II) и 36 практически здоровых детей.

Для определения типов гаптоглобина (Hp) и церулоплазмина (Cp) применялся дискэлектрофорез на поликриламидном геле в модификации Х.С.Рафикова (1980).

Результат и обсуждения

В процессе наблюдения за 321 семьей, состоящей на диспансерном учете по поводу 335 больных детей хроническим тонзиллитом нами были впервые диагностированы допольнительно у 114 детей из этих семей. Таким образом, основную группу составили 449 (100%) больных детей, а в контрольной группе - 120 (100%) практически здоровых детей. Они были распределены по возрасту (таблица 1) [30].

Таблица 1

Распределение детей с хроническим тонзиллитом в I и II группе по возрасту и полу

Группа	Всего	Формы ХТ	Общее количество по полу		1 – 2 лет		3 – 6 лет		7 – 10 лет		11 – 14 лет		15 – 18 лет	
					абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	197	Простая форма	Девочки	93	-	-	14	3.1	27	6.0	31	6.9	21	4.7
			Мальчики	104	3	0.7	23	5.1	37	8.2	28	6.2	13	2.9
	157	ТАФ I*	Девочки	75	-	-	4	0.9	16	3.5	38	8.5	17	3.8
			Мальчики	82	1	0.2	4	0.9	30	6.7	36	8.0	11	2.4
	95	ТАФ II**	Девочки	62	-	-	1	0.2	5	1.1	35	7.8	21	4.7
			Мальчики	33	-	-	1	0.2	9	2.0	13	2.9	10	2.2
	449	Всего	Девочки	230	-	-	19	4.2	48	10.7	104	23.2	59	13.1
			Мальчики	219	4	0.9	28	6.3	76	16.9	77	17.1	34	7.6
II	120		Девочки		12	10.0	12	10.0	12	10.0	12	10.0	12	10.0
			Мальчики		12	10.0	12	10.0	12	10.0	12	10.0	12	10.0

Примечание: *(**) - ТАФ I - хронический тонзиллит токсико-аллергической формы I (II) степени

Как видно из приведенной таблицы в 1-й группе простую форму хронического тонзиллита встречали у 197 (43,9%), ТАФ I степени - у 157 (35,0%) и ТАФ II степени - у 95 (21,1%) детей. 85 больные (18,9%) были подвергнуты тонзиллэктомии. Хронический тонзиллит чаще встречали у девочек (51.2%), особенно в возрасте 11-14 (40.3%) лет.

Таблица 2

Показатели гаптоглобина (Hp) и церулоплазмина (Cp) у детей хроническим тонзиллитом

Фенотипы		Контрольная группа n=36	Простая форма n=20		ТАФ I степени n=22		ТАФ II степени n=21	
Hp		**%**	**%**	**P**	**%**	**P**	**%**	**P**
	1-1	11.11	10.0		31.9		19.0	
	2-1	47.23	45.0	<0.01	22.7	<0.05	28.6	
	2-2	16.66	25.0		22.7		33.3	
	0	25.0	20.0		22.7		19.1	
Cp	**A**	5.56	5.0		4.5		4.8	
	AB	19.44	35.0	<0.05	40.9		47.6	<0.05
	B	61.11	45.0	<0.01	40.9		38.0	
	BC	8.33	10.0		9.2		4.8	
	C	5.56	5.0		4.5		4.8	
	AC	abs	abs		abs		abs	

Полученные результаты показали что у больных детей простой формой хронического тонзиллита отмечали достоверное повышение частоты типа Hp2-1 (45,0%; P<0,01), фенотипа CpAB (35,0%; P<0,05) и достоверное понижение фенотипа CpB (45,0%; P<0,01) чем в контрольной группе. У больных детей I степени токсико-аллергической формы хронического тонзиллита имелось достоверное понижение типа Hp2-1 (22,7%; P<0,05) по сравнению с контрольной группой. У больных детей II степени токсико аллергической формы хронического тонзиллита встречали достоверное повышение частоты фенотипа CpAB (47,6%; P<0,05), чем в контрольной группе.

Наследование типов гаптоглобинов в строгом соответствии с менделевским распределением, постоянство их в течение индивидуальной жизни и возможность четкого определения явились основанием для использования этого сывороточного белка в качестве генетического маркера [5,8].

По данным некоторых авторов при хроническим тонзиллите отчетливо была выражена тенденция частоты фенотипа Hp2-2 при снижении частоты гетерозиготного фенотипа Hp2-1 [8]. О характерах предрасположенности детей к хроническому тонзиллиту и сопряженными с ним заболеваниями, авторы показали, что у детей больных хроническим тонзиллитом имело место большая частота фенотипа AB [8]. У детей больных хроническим тонзиллитом и неревматическим кардитах наблюдается достоверное повышении фенотипов Hp2-1, 2-2 и достоверное снижение фенотипа CpB [1,2,8].

Выводы

1. При хроническим тонзиллите четко прослеживается наследственный фактор, что подтверждается при простой формы хронического тонзиллита наблюдается достоверное повышение частоты Hp2-1, фенотипы CpAB и снижение CpB, у больных детей I степени ТАФ хронического тонзиллита имеется понижение частоты Hp2-1, у больных детей II степени ТАФ встречается достоверное повышение частоты фенотипа CpAB.

2. При разных формах хронического тонзиллита как и во всей группе в целом выявлена аналогичная по характеру и степени выраженности изменений картины распределения фенотипов гаптоглобулина и церулоплазмина.

3. Наличие фенотипа Hp2-1, а также фенотипов CpAB и CpB следует считать фактором риска в отношении формирования хронического тонзиллита и одновременное лечение хронического тонзиллита у всех членов семьи дает более стойкий результать ремиссии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдулина Е.В., Зыков В.В., Мальцев А.Е. Условия изъятия абортивного материала для генетических исследований в судебной медицине / Экспериментальная медицина и клиническая диагностика // Вятский медицинский вестник. - 2018. - № 3(59). - С. 29-32.
2. Абдулина Е.В., Мальцев А.Е. Молекулярно-генетические исследования в Кировской области // Проблемы экспертизы в медицине. - 2011. - С. 57-58.
3. Абдурахмонов А.Т., Мангуш Х.А. Количественный анализ молекулярных изоформ церулоплазмина как маркер нарушения в обмене меди: научное издание // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент, 2015. - N5. - С. 14-18.
4. Алсынбаев М.М. Направленная иммунокоррекция при лечении и профилактике гнойно-воспалительных заболеваний иммуномодуляторами эндогенной природы (лейкоцитарный интерферон, внутривенный иммуноглобулин, церулоплазмин: Дис. □ д-ра мед. наук. - Челябинск, 2003. - 175 с.
5. Бондаренко В.В. Влияние гипербарической оксигенации и церулоплазмина на окислительно-восстановительные процессы и сопряженное с ним фосфорилирование в слюнных железах при хронической нитратной интоксикации. // Стоматология. - 2001. - Т. 80, № 6. - С. 12-14.
6. Бугланов А. А., Абдурахмонов А. Т., Мангуш Х. А. Выделение из донорской плазмы крови медьтранспортного белка-церулоплазмина и его физико-химическая характеристика // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент, 2015. - N2. - С. 66-69.
7. Бугланов А.А. Церулоплазмин в системе белков плазмы крови, биологическое значение, некоторые клинико-диагностические и фармацевтические аспекты // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент, 2015. - N5. - С. 81-87.
8. Вавилова Т.П., Гусарова Ю.Н., Королева О.В., Медведев А.Е. Роль церулоплазмина при развитии неопластических процессов. // Биомед. химия. - 2005. - Т. 51, Вып. 3. - С. 263-275.
9. Ващенко В.И., Ващенко Т.Н. Биология и фармакология церулоплазмина: от эксперимента до лекарственной терапии // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2008. - Т. 6. - С. 31-44.
10. Ващенко В.И., Ващенко Т.Н. Церулоплазмин: от метаболита до лекарственного средства. // Психофармакология и биологическая наркология. - 2006. - Т. 6, - № 3. - С. 1254-1269.

11. Дайбанырова Л.В. Клиническое значение С-реактивного белка и церулоплазмина у больных ишемической болезнью сердца. Автореф. дис. □ канд. мед. наук. - Москва, 2007. 26 с.
12. Данилова Л.А. Биохимические методы исследования крови / Справочник по лабораторным методам исследования // под ред. Л.А.Даниловой. - СПб., 2003. - Гл. 3. - С. 183-399.
13. Злотникова М.В., Новикова И.А. Содержание церулоплазмина в плазме крови при герпетической инфекции тяжелого течения // Проблемы здоровья и экологии. - 2010. - № 10. - С. 124-128.
14. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Баранская С.В. Тонзиллит и тонзилогенные заболевания // Вестн. оториноларинолар. - М., 2016. - Том 81 N4. - С. 69-71.
15. Кишиневская Л.С. Информационное письмо "Об определении фенотипов гаптоглобина в пятнах крови человека методом вертикального электрофореза в полиакриламидном геле". рецензенты Барсегянц Л.О., Гуртовая С.В. - М., 2000.
16. Кишиневская Л.С., Кишиневский А.Н. Опыт использования сывороточной системы гаптоглобина (Hp) в судебно-медицинской практике / Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины, медицинской науки и образования // Медицина в Кузбассе, - 2005. - № 4. - С. 83-84.
17. Максютова Л.Ф., Алсынбаев М.М., Медведев Ю.А. и др. Использование церулоплазмина в комплексе профилактики и лечения инфекционных осложнений у больных с ожоговой травмой. // Мед. иммунол. - 2001. - Т. 3, № 2. - С. 226-227.
18. Максютова Л.Ф., Хунафин С.Н., Алсынбаев М.М., Дмитриев Д.М. Использование церулоплазмина при лечении больных с ожоговой травмой. // Человек и травма: Матер. междунар. конфер. - Н. Новгород, 2001. - С. 204-205.
19. Машарипов О. Характеристика специфического антимикробного иммунитета при остром и хроническом тонзиллите. Автореф. дис.к.м.н., Ин-т иммунологии АН РУз. - Т, 2012. - 24 с.
20. Медведский М.А., Захарова Е.Т., Шавловский М.М. Церулоплазмин: влияние на функции нейтрофилов, пролиферацию лимфоцитов и продукцию цитокинов мононуклеарами крови человека in vitro // Мед. иммунол. - 2001. - Т. 3, № 2. - С. 128-129.
21. Морева М.Л., Романов А.В. Практические аспекты дифференцирования следов крови по системе гаптоглобина // Проблемы экспертизы в медицине. - 2003. - С. 25-27.
22. Новикова И.А., Ярец Ю.И., Рубанов Л.Н. Оценка риска отторжения аутодермотрансплантанта по содержанию продуктов липопероксидации и церулоплазмина в плазме крови // Инструкция по применению. - Гомель, 2010. - С. 15.
23. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 615 с.
24. Ражабов А.Х. Особенности клинического течения и лечения хронического тонзиллита у детей с хроническим гепатитом В. Автореф. дис.к.м.н., МЗ РУз, ТМА. - Т, 2011. - 21 с.
25. Сабурина Л.М., Казанцева Т.В., Колесникова О.И. К вопросу об определении типов гаптоглобина в мышечном соке / / Проблемы экспертизы в медицине. - 2008. - С. 34-35.
26. Тарасов Н.И., Волчегорский И.А., Васильев А.Ю. Динамика содержания переокисленных липидов и церулоплазмина в сыворотке крови больных с неосложненным и осложненным послеоперационным периодом трансуретральной электрорезекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы. // Урология. - 2001. - № 1. - С. 16-18.
27. Терёхина Н.А., Реук С.Э., Атаманова Т.И. Сравнительный анализ содержания церулоплазмина в биологических жидкостях при герпетической инфекции / Актуальные проблемы биохимии и лабораторной диагностики // Казанский медицинский журнал, - 2013. - Т. 94. - №5. - С. 752-128.
28. Фаворская Е.Г., Новоселов В.П. О возможности определения фенотипов гаптоглобина в пятнах крови на наиболее часто встречающихся видах предметов-носителей, подвергшихся воздействию неблагоприятных факторов внешней среды / Лабораторные и экспериментальные исследования // Сибирский медицинский журнал, - 2008. - № 1. - С. 22-25.
29. Файзиев А.Н., Шомансурова Э.А., Улугов А.И. Характеристики системы гаптоглобина у больных детей с хроническим тонзиллитом // Педиатрия. - Ташкент, 2014. - N3-4. - С. 236-238.
30. Шабалов Н.П. Детская болезнь. М. Педиатрия. 2004, стр. 17-18.
31. Шевченко О.П., Орлова О.В. Оценка диагностического значения церулоплазмина и С-реактивного белка при инфекционно-воспалительных заболеваниях и осложнениях у пациентов с пересаженным сердцем // Клиническая лабораторная диагностика. -2005. - № 12. - С. 6-10.
32. Эделева Н.В., Немцова Е.Р., Иванова Л.М., Осипова Н.А. Клинические примеры результатов использования церулоплазмина в составе интенсивной терапии критических состояний. // Анестезиол и реаниматология. - 2005. - № 5. - С. 49-51.
33. Эделева Н.В., Сергеева Т.В., Немцова Е.Р. и др. Антиоксиданты церулоплазмин и лактоферрин в профилактике и лечении послеоперационных осложнений у онкологических больных. // Анестезиол. и реаниматол. - 2001. - № 5. - С. 61-64.
34. A clinicopathological study on the long-term efficacy of tonsillectomy in patients with IgA nephropathy / N.Shinichi, X.Yuansheng, U.Mitsuhiro et al. // Acta Oto-Laryngologica. - 2004. - Vol. 124, Suppl. 555. - P. 49-53.
35. Clinical and immunohistochemical study of immunoglobulin A nephropathy (IgAN) before and after tonsillectomy / A.Katsushige, M.Masanobu, S.Kei et al. // Acta Oto-Laryngologica. - 2004. - Vol. 124, Suppl. 555. - P. 20-24.
36. Floris G., Medda R., Padiglia A., Musci G. The physiophatological significance of ceruloplasmin. A possible therapeutic approach. // Biochem. Pharmacol. - 2000. - Vol. 60, N 12. - P. 1735-1741.
37. Involvement of tonsils in IgA nephropathy / Y.Hideaki, S.Toshiyuki, N.Masayuki, S.Michiko // Acta Oto-Laryngologica. - 2004. - Vol.124, Suppl. 555. - P. 54-57.
38. Jeong S.Y., David S. Glycosylphosphatidylinositol-anchored ceruloplasmin is required for iron efflux from cells in the central nervous system // Journal of biological chemistry. - 2003. - Vol. 278.
39. Kono S., Miyajima H. Molecular and pathological basis of aceruloplasminemia. // Biol. Res. - 2006. - Vol. 39, N 1. - P. 15-23.
40. Mazumder B., Sampath P., Fox P.L. Translational control of ceruloplasmin gene expression: beyond the IRE. // Biol. Res. - 2006. - Vol. 39, N 1. - P. 59-66.
41. Osamu H. Tonsillectomy combined with steroid pulse therapy: A curative therapy for IgA nephropathy // Acta Oto-Laryngol. - 2004. - Vol. 124, Suppl. 555. - P. 43 - 48.
42. The ceruloplasmin and hydrogen peroxide system induces alpha-synuclein aggregation in vitro / Kim K.S., Choi S.Y., Kwon H.Y. et al. // Biochimie. - 2002. - Vol. 84, № 7. - P. 625-631.
43. Vashchenko V.I., Vashchenko T.N. Ceruloplasmin - from metalloprotein to drug. // Psychopharmacol. Biol. Narcol. - 2006. - Vol. 6, N 3. - P. 1254-1269.
44. Vassiliev V., Harris Z.L., Zatta P. Ceruloplasmin in neurodegenerative diseases. // Brain Res. Rev. - 2005. - Vol. 49, N 3. - P. 633-640.

Поступила 09.11.2020

УДК 618.1-616.943-07

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Гайбуллаева Г.У., Азимов Ф.Р., Абдурахманов М.М.,

Бухарский филиал РНЦЭМП. Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Основными факторами возникновения различных клинических форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки являются наличие в анамнезе хронических и острых форм воспалительных заболеваний в области малого таза, а также абортов и проведенных ранее полостных операций. Благоприятным фоном в лечении пациенток с изучаемой патологией стало выполнение адекватных по объему хирургических вмешательств, а также комплексная и адекватная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Ключевые слова: тубоовариальное образование, гнойно-деструктивный процесс, пиосальпинкс, гнойно-воспалительные заболевания, органы малого таза.

БАЧАДОН ОРТИҚЛАРИНИНГ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИЁЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА ТАЖРИБА

Гайбуллаева Г.У., Азимов Ф.Р., Абдурахманов М.М.,

РШТЁИМ нинг Бухоро филиали, Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Касаллик анамнезида кичик чаноқ соҳасида яллиғланиш касалликларининг сурункали ва ўткир шакллари, шунингдек аборт ва илгари ўтказилган бўшлиқ операциялар мавжудлиги бачадон ортиқлари йирингли-яллиғланиш касалликларининг турли клиник шаклларини юзага келишида асосий омил ҳисобланади. Ўрганилган патология билан оғриган беморларни даволашда мос равишда жарроҳлик аралашувларни, шунингдек, мураккаб ва етарли антибактериал ва детоксификация терапиясини амалга оширишда қулай фон ҳисобланади.

Калит сўзлар: тубоовариал раки, йирингли-деструктив жараён, пиосальпинкс, йирингли-яллиғланиш касалликлари, кичик чаноқ аъзолари.

EXPERIENCE IN TREATMENT OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE APPEARANCES.

Gaibullaeva G.U., Azimov F.R., Abdurakhmanov M.M.,

Bukhara branch of RSCEMP, Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The main factors of the different clinical forms of uterine appendages chronic inflammatory diseases are a presence in a medical history of chronic and acute forms of inflammatory diseases in the small pelvis area, as well as abortion and prior abdominal operations. The treatment of patients with this pathology was the appropriate performance of surgical procedures, as well as comprehensive and appropriate antibiotic therapy and detoxification. Also it should be noted that the combination of antibiotics for different purposes produced a good therapeutic effect.

Keywords: tubo-ovarian mass, purulent-destructive process, pus tube, purulent-inflammatory disease, pelvic.

Актуальность

Наиболее актуальной из проблем практической гинекологии всегда были воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) [2, 5, 6]. В общей популяции женщин ВЗОМТ занимает 30% среди стационарных больных, а в структуре патологии репродуктивной системы 60-65% случаев гинекологической заболеваемости. Причем почти у каждой десятой больной диагностируются гнойные воспалительные образования маточных труб и яичников [1,3,4].

Целью настоящего исследования явилось определение оптимальной тактики диагностики и лечения пациенток с ВЗОМТ в условиях Бухарского филиала РНЦЭМП г. Бухары с выявлением их особенностей.

Материал и методы

Материалом исследования послужили истории болезней 70 пациенток в возрасте от 19 до 46 лет, поступивших в гинекологическое отделение Бухарского филиала РНЦЭМП в 2019-2020 гг., в экстренном порядке с различными клиническими гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Анализированы; общий анализ крови и мочи, коагулограмма, анализ мазков на степень чистоты, бактериологический посев из очага поражения, УЗИ органов малого таза, гистологические результаты макропрепаратов. Оценивались такие клинические параметры, как возраст, температура тела, частота пульса, артериальное давление, частота дыхания, степень нарушения сознания, сроки госпитализации.

Результат и обсуждение

Результаты ретроспективного исследования историй болезни пациенток показали, что возраст 2 женщин составил 19-20 лет, 31 пациентки - 21-30 лет, 28 - 31-40 лет, 9 - 41-46 лет. В возрастной группе до 30 лет ВЗОМТ наблюдались у 47% пациенток, старше

40 лет - у 13%. Длительность заболевания от момента появления первых симптомов до поступления в стационар составила от 1 до 30 сут, в среднем - 3,9 сут. Одним из провоцирующих факторов развития осложненных форм гнойного воспаления также явилось наличие перенесенной ранее гинекологической патологии в виде эндометрита, сальпингита и сальпингоофорита. У 80% из общего числа пролеченных в анамнезе отмечались аборты, из них 69,9% проведено инструментальным путем и 30,4% - медикаментозным. В прошлом у 15 (21,4%) пациенток были выполнены оперативные вмешательства, из них аппендэктомия - у 4 женщин, удаление придатков матки по поводу ВЗОМТ - у 2, удаление маточной трубы вследствие внематочной беременности - у 4, клиновидная резекция яичников - у 3, наличие пельвиоперитонита было у 2 больных. Наиболее характерными клиническими проявлениями заболевания были тазовые боли (96,1%), фебрильная и гиперпиретическая лихорадка (78,5%), симптомы раздражения брюшины (28,5%), а также озноб, слабость, недомогание (34,2%), и только у 2 (2,9%) больных отмечалось асимптомное течение патологического процесса. По результатам лабораторного тестирования для 81,5% больных было характерно наличие нейтрофильного лейкоцитоза. Степень выраженности лейкоцитоза, как правило, соответствовала тяжести инфекционного процесса, а лейкопения являлась неблагоприятным прогностическим признаком. У 91,5% обследованных было выявлено увеличение СОЭ, у 81,5% - гиперфибриногенемия. На основании данных бактериологического исследования мазков на степень чистоты при поступлении о воспалительном процессе можно было говорить в 72,9% случаев. Показаниями для лапаротомии являлись гнойные тубооваариальные образования, пиосальпинкс, пиовар, распространенный перитонит, угроза перфорации тубооваариального образования в брюшную полость, мочевой пузырь, прямую кишку. Наиболее часто у 34,2% диагностировался односторонний тубо-оваариальный абсцесс в сочетании с контралатеральным пиосальпинксом, билатеральные абсцессы - в 23,1% случаев, односторонний абсцесс - в 19,6%, билатеральные пиосаль-пинксы - 12%, односторонний пиосальпинкс -5,8%, односторонний пиовар - 5,3% случаев. Анализ абдоминальной хирургической патологии показал, что у больных одновременно имели место спаечная болезнь брюшной полости - у 8 (11,4%) пациенток, вторичные изменения в червеобразном отростке - у 3 (4,6%), оментит - у 2 (2,9%), межпетлевой абсцесс - у 1 (1,4%). В посевах из брюшной полости и гнойного очага были выявлены E coli - у 33 (57,8%) пациенток, Enterococcus - у 14 (24,6%), St. haemolyticus - у 13 (22,8%), Klebsiella oxytoca - у 6 (10,5%). Основную массу оперативного вмешательства составили односторонние аднексэктомии (82,4%), 2-сторонней аднексэктомией были завершены 10% операций и в 5,2% случаев произведена цистэктомия. Длительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем 8,9 койко-дня. При лечении пациенток большое значение имела антибактериальная терапия препаратами, обладающими высокой активностью относительно грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных возбудителей. В лечении пациенток применяли следующие терапевтические схемы: а) карбопенемы + цефалоспорины - в 10% случаев; б) производные имидазола (метрид) + цефалоспорины - 82,9% больных; β-лактамные пенициллины (амоксиклав) + производные имидазола (метрид) - 7,1%. Основными направлениями инфузионного лечения являлись восстановление объема циркулирующей крови, дезинтоксикация, нормализация водно-электролитного баланса, поддержание коллоидно-осмотического давления, профилактика пареза кишечника. Для профилактики тромбоэмболических осложнений назначали антикоагулянты (клексан), использовали компрессию нижних конечностей эластичными бинтами, практиковали раннюю активацию больных в кровати, лечебную гимнастику. В морфологической картине наблюдалось превалирование гнойно-продуктивных форм воспаления с преимущественным формированием хронических тубооваариальных абсцессов у 78,6% больных.

Выводы

1. Отмечено повышение частоты гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки у женщин репродуктивного возраста на фоне прогрессивного увеличения частоты перенесенной острой и хронической гинекологической патологии (90%), проведенных ранее абортов (80%) и имеющихся в анамнезе каждой пятой женщины (21,4%) полостных оперативных вмешательств.

2. Основополагающим фактором успешного лечения пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза явилось выполнение адекватных по объему хирургических вмешательств, обеспечивающих удаление всех деструктивных тканей, а также полная комплексная противовоспалительная, иммуноориентированная, инфузионная и антиагрегантная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гомберг, М.А. Ведение пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза / М.А. Гомберг // Гинекология. - 2013. - Т. 15, № 6. - С. 46-49.
2. Довлетханова, Э. Р. Воспалительные заболевания органов малого таза (роль ИППП в развитии ВЗОМТ) / Э. Р. Довлетханова // Медицинский совет. - 2013. - № 8. - С. 62-65.
3. Зароченцева, Н.В. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин / Н.В. Зароченцева, А.К. Аршакян, Н.С. Мешьшикова // Гинекология. - 2013. - № 4. - С. 65-69.
4. Подонина, Н.М. Оптимизация тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки: дис. . канд. мед. наук Подонина Наталья Михайловна. - Кемерово, 2015. - 138 с.
5. Юрасов, И.В. Современные аспекты тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин.: автореферат. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Юрасов Игорь Владимирович. - Волгоград, 2014. - 45 с.
6. Crittle, K.N. Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease: a quality assessment study / K.N. Crittle, J.F. Peipert // Obstet Gynecol. - 2014. - № 123(1). P. 26.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.411.02

МЕЖОРГАННЫЕ И МЕЖКЛЕТОЧНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ В ДИНАМИКЕ АНТИГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Давронов Р.Д.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Комплексными морфологическими методами исследованы центральные (тимус, костный мозг) и периферические (селезенка, брыжеечные лимфаузлы) органы иммунной системы в динамике экспериментального сальмонеллеза. Установлены отдельные периоды иммуноморфологических адаптивных перестроек органов иммунной системы в ответ на антигенное воздействие: ранних изменений (3-24 часы эксперимента), выраженных иммуноморфологических перестроек (от 3 до 14 сутки эксперимента) и реконвалесценции (от14 до 21 сутки эксперимента). Каждый из указанных периодов характеризуется динамикой морфологических и функциональных изменений, обеспечивающей иммунный гомеостаз в ответ на антигенное воздействие.

Ключевые слова: иммунитет, морфология, лимфоцит, тимус.

АНТИГЕН ТАЪСИРИ ДИНАМИКАСИДА ТИМУС ВА ТАЛОҚНИНГ АЪЗОЛАРАРО ҲАМДА ҲУЖАЙРАЛАРАРО ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Давронов Р.Д.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Морфологик текширувнинг комплекс усуллари билан марказий (тимус, суяк кўмиги) ва периферик иммун аъзолари (талоқ, мезентериал лимфа тугунлари) антиген таъсири динамикасида текширилганда структур-функционал ўзгаришларнинг даврийлиги аниқланди. Ушбу даврлар эрта ўзгаришлар даври (тадқиқотнинг 3-24 соатлари), иммуноморфологик ўзгаришларнинг авжи (3-14 - суткалар), реконвалесценция даврлари (14-дан 21 - суткагача) бўлиб, ҳар бир давр ўзининг морфологик ва функционал ўзгаришлари билан белгиланади.

Калит сўзлари: иммунитет, морфология, лимфоцит, тимус.

INTERORGANIC AND INTERCELLULAR RELATIONSHIPS BETWEEN THYMUS AND SPLEEN IN THE DYNAMICS OF ANTIGENIC ACTION

Davronov R.D.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Central (thymus, marrow) and peripheral (spleen, pre-ovary lymph knots) organs of immune system have been studied in dynamics of experimental salmonellosis by the complex morphological methods. There fixed separate periods of immune morphological adapted reconstructions of organs of immune system to the reply to antigen affect: early changes (3-24 hours of experiment) expressed immune morphological reconstructions (from 3 till 14 days of experiment) and recondition. Each of indicated periods is characterized by dynamics of morphological and functional changes, providing immune homeostasis to the reply of antigen affect.

Key words: immunity, morphology, lymphocyte, thymus.

Введение

В связи с бурным развитием теоретической и прикладной иммунологии представления о структурных основах иммунитета значительно расширились. Выяснены клеточные и субклеточные основы иммунитета и основные механизмы кооперативных взаимодействий иммунокомпетентных клеток - Т -, В -лимфоцитов и макрофагов. Однако, до настоящего времени недостаточно выяснены структурно-функциональные основы реакции органов иммунитета при различных антигенных воздействиях. Имеющиеся в этом плане работы посвящены, главным образом, количественной характеристике иммунокомпетентных клеток и они выполнены, в основном, в клеточных взвесях и не отражают сути межклеточных взаимодействий на тканевом и органном уровнях (Р.М.Хаитов и др., 1981; О.П.Рябчиков,1983)

Между тем исследования различных структурно-функциональных зон тимуса и селезенки, как представителей центральных и периферических органов системы иммунитета, является актуальной проблемой. Данная реакция особенно наглядно проявляется в условиях антигенного воздействия, моделью которого могут служить различные экспериментальные инфекции.

Настоящая работа является частью комплексных исследований органов иммунной системы при экспериментальном сальмонеллезе.

Целью работы явилась выяснение морфофункциональных основ межорганных взаимодействий тимуса и селезенки в динамике экспериментального сальмонеллеза.

Материал и методы

Эксперименты были проведены на белых беспородных крысах - самцах с исходным весом 150-170 г,

находившихся на обычном лабораторном питании. Экспериментальные животные были разделены на три группы. Первую группу составляли 32 интактные крысы. Вторая группа - опытная (218 крыс), у них был воспроизведен экспериментальный сальмонеллез. Третью группу составляли 100 контрольных крыс, котором после голодания ввели по 2 мл коровьего молока и стерильный физиологический раствор. Опытные и контрольные животные забивались путем декапитации в динамике экспериментов. Кусочки органов иммунной системы (тимуса, крупинки костного мозга, селезенки, брыжеечных лимфаузлов) изучались на кафедре гистологии и Проблемной НИ клинико-экспериментальной биофизической лаборатории ТашГосМИ комплексными морфо-функциональными методами исследования - световая морфология, гистохимия, морфометрия, электронная микроскопия .

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты общеморфологических, гистохимических, морфометрических и электронно-микроскопических методов при экспериментальной сальмонеллезной инфекции позволили выявит динамику структурно-функциональных перестроек органов иммунной системы, подразделяющееся на следующие периоды:

- ранних изменений (3- 24 ч эксперимента);
- выраженных иммуноморфологических перестроек (от 3 до 14 сут. эксперимента);
- реконвалесценции (от 14 до 21 сут.)

Каждый из указанных периодов характеризуется структурно функциональными и количественными особенностями, которые в комплексе определяют суть адаптивных реакции органов иммунитета в ответ на сальмонеллезное воздействие.

Период ранних изменений характеризуется преимущественно изменениями микроциркуляторного русла, проявляющимися в виде значительного расширения гемокапилляров, заполненных гемолизированными эритроцитами и деструктивно измененными лейкоцитами. Электронно-микроскопическими исследованиями выявлены субклеточные изменения практически всех видов клеточных компонентов, проявляющиеся в виде вакуолизации митохондрий, лизиса структур зернистой эндоплазматической сети и расширения перинуклеарного пространство клеток лимфоидно-плазмоцитарного ряда, макрофагов, фибробластов, эндотелиальных и ретикулярных клеток. Одновременно, на 24- часы экспериментов начинают проявляются признаки функциональной напряженности иммунокомпетентных клеток в виде увеличения числа лизосом в макрофагах, тесных контактов между макрофагами, лимфоцитами и плазматическими клетками.

Одним из характерных особенностей данного периода является снижение площадей Т- зависимых зон периферических органов иммунитета. Данная реакция, по нашему мнению, объясняется мобилизацией Т-лимфоцитов на распознавание поступающего антигена и их ускоренной миграцией из Т- зависимых зон в циркуляторное русла. Данное предположение в определенной мере также объясняется угнетающим действием токсических продуктов сальмонелл.

Наиболее выраженные структурно- функциональные перестройки, охватывающие различные зоны органов иммунитета, наблюдались на 3- 14 сут. эксперимента. Этот период нами условно назван периодом выраженных иммуноморфологических перестроек.

Начиная с 3 сутки экспериментов во всех В- зависимых зонах периферических органов иммунитета достоверно повышается содержание плазматических клеток и клеток системы мононуклеарных фагоцитов. В количественном отношении они достигают своего максимума к 5 суткам экспериментов. Причем увеличение числа плазматических клеток сопровождается достоверным снижением относительного количество лимфоцитов. Исходя из этого, можно полагать, что снижение количество лимфоцитов при разгаре экспериментального сальмонеллеза обусловлено их трансформацией в плазматические клетки. Наряду с увеличением числа плазматических клеток выявляется высокое содержание РНК в них и функциональная напряженность их органелл - митохондрий, зернистой эндоплазматической сети и комплекса Гольджи.

Характерно, что экспериментальный сальмонеллез в периоде разгара сопровождается увеличением площадей не только В- зависимых, но и Т- зависимых зон селезенки и лимфаузлов. Такая тенденция наблюдается с 3 сутки и превышает показатели контроля к 5 суткам эксперимента.

В основе гипертрофии Т- зависимых зон, в известной мере, лежит увеличение числа профилирующих клеток. Это подтверждается нашими морфологическими и элктронно - микроскопическими исследованиями, выявившими многочисленные лимфо - и плазмобласты, проплазмоциты на различных стадиях митотического деления. Пусковым механизмом гипертрофии и гиперплазии Т- и В- зависимых зон органов иммунитета в данном периоде экспериментов является антигенный состав сальмонелл, характеризующихся как Т-, так и В - митогенным эффектом.

Гипертрофия и гиперплазия Т - зависимых зон периферических органов иммунитета также сопровождается функциональной напряженностью их "интердигитирующих" клеток и подобных клеток тимуса.

В отдаленные сроки (14-21 сут.) эксперимента напряженность процессов иммуногенеза постепенно снижается. Однако, в отдельных иммунокомпетентных клетках все еще сохраняются признаки напряженности субклеточных структур, нередко встречаются межклеточные кооперации, состоящие из макрофагов и окружающих его лимфоцитов и плазматических клеток.

Заключение

Таким образом, проведенные нами комплексные исследования органов иммунной системы позволили установить клеточные и субклеточные механизмы адаптивных реакций их при экспериментальном сальмонеллезе. Данная реакция характеризуется определенной динамикой, в конечном итоге, обеспечивающей иммунный гомеостаз в ответ на антигенное воздействие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хаитов Р.М., А.Е. Насыров., Н.П.Ванеева., Э.З. Рухадзе., Ю. Алексеева Генетический контроль иммунного ответа на антигены Salm.typhimurium. Закономерности формирования антитело образующих клеток у мышей различных линий, иммунизированных химически выделенными О- антигенами. // Иммунология, Москва,1981 № 3, с .42-44
2. Рябчиков О.П. Становление Т - клеточной системы иммунитета в пренатальном онтогенезе человека. /Автореф.дисс□-канд.мед.наук. 1983. Москва, 21 с.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.417.07

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОК ТИМУСА БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ВОЗДЕЙСТИЯ

Давронова Ш.Р.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Целью работы является выяснение клеточных и субклеточных основ адаптивных изменений тимуса в динамике экспериментального температурного воздействия. Эксперименты проведены на белых бес породистых крысах, находившихся на обычных лабораторных условиях, у которых воспроизведен эксперимент, комплексом методов морфологического, анализа изучен тимус в динамике эксперимента.

Ключевые слова: иммунитет, морфология, лимфоцит, стромальные клетки, микроокружение.

ТЕМПЕРАТУРА ОМИЛИ ТАЪСИРИ ДИНАМИКАСИДА ОҚ ЛАБОРАТОРИЯ КАЛАМУШЛАРИ ТИМУСИНИНГ УЛЬТРАСТРУКТУР ХУСУСИЯТЛАРИ

Давронова Ш.Р.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Тажрибалар давомида Бухоро минтақаси температура омилининг оқ лаборатор каламушлари тимусига таъсири ўрганилди. Тажрибалар давомида таъсирнинг аниқ даврлари - эрта, авж даври ва қолдиқ асоратлар даврлари аниқланди. Ҳар бир давр ўзининг муайян структур ва функционал белгилари билан характерланиб, уларнинг асносида иммунитет жараёнларининг бузилишлари ётади.

Калит сўзлари: иммунитет, морфология, лимфоцит, строма ҳужайраси, микромуҳит.

ULTRASTRUCTURAL FEATURES OF THYMUS CELLS IN WHITE LABORATORY RATS IN THE DYNAMICS OF TEMPERATURE EXPOSURE

Davronova Sh.R.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The aim of the work is to clarify cellular and subcellular. Basics of adaptive changes in thymus cells in the dynamics of experimental salmonellosis. The experiments were carried out on white outbred rats under normal laboratory conditions, in which experimental salmonellosis was reproduced using a complex of morphological methods;thymus was studied in the dynamics of experiments.

Key words: immunity, morphology, lymphocyte, stromal cells, microenvironment.

Актуальность

Иммунная система, включающая в себе центральные тимус, костный мозг и периферические (селезенка, лимфатические узлы, миндалины и т.д.) органы а также синергические с ними структуры - Т, В - лимфоциты, макрофаги, в единстве и во-взаимодействии друг с другом обеспечивают иммунный гомеостаз организма.

До настоящего времени недостаточно выяснены структурно-функциональные основы реакции органов иммунитета при антигенных воздействиях. Имеющиеся в этом плане работы посвящены, главным образом,количественной характеристике того или иного органа данной системы и они выполнены, в основном, в клеточных взвесях in vitro и поэтому не могут отражать сути межклеточных взаимодействий на тканевом,органном и межорганном уровнях.

Между тем, исследования структурно - функциональных основ реакции органов иммунной системы при антигенных воздействиях является одним из актуальных проблем современной медицины и биологии в целом. Выбор модели экспериментального исследования в определенной мере связано актуальностью проблемы сальмонеллезов в нашем регионе [1,2,4].

Всё ето обусловило актуальность и своевременность исследования адаптивных реакций органов иммунитета при антигенном воздействии, в качестве модели которого избран экспериментальный салмонеллез.

Настоящая работа является частью комплексных исследований морфофункциональных особенностей адаптивныхперестроек центральных и периферических органов системы иммунитета на различные антигенные воздействия, проведенные в течении ряда лет на кафедрах гистологии Ташкентскоймедицинской академии и Бухарского медицинского института под руководством профессора К.А.Зуфарова.

Целью работы является выяснение клеточных и субклеточных основ адаптивных изменений клеток тимуса в динамике температурного воздействия..

Материал и методы

Эксперименты были проведены на белых беспородистых крысах-самцах с исходным весом 140-160 граммов, находившихся на обычных лабораторных условиях. До начала экспериментов 10 крысам под эфирным наркозом, в стерильных условиях, производилась лапаротомия с целью макроскопического осмотра всех внутренних органов

и лимфоидных образований желудочно-кищечного тракта.

Животные были подразделены на 2 группы: опытные и контрольные. Опытные крысы находились под воздействием сухой жаркой температуры в течении 1 часа с соблюдением "Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных". В качестве контрольных крыс использован интактные животные. Животные забивались под эфирним наркозом, кусочки тимуса в динамике экспериментов обрабатывалисьобщеморфологическими, морфометрическими методамиДля электронной микроскопии кусочки тимуса фиксировали в 2,5%растворе глутаральдегида при 4оС в течение 40 минут с последующей дофиксацией в 1% растворе осмиевой кислоты в течение 1 часа при 4оС. Контрастирование осуществляли уранил-ацетатом и цитратом свинца. Срезы просматривались в электронных микроскопах JEM-100B и JEM-100S фирмы "Джеол"(Япония).

Все цифровые данные обработывались методом вариационной статистики. Достоверными считали различия, удовлетворяющие $P<0,05$.

Результат и обсуждение

Тимус практически у всех представителей млекопитающих позвоночных построен одинаково. Строму его составляет ретикуло - эпителиальная ткань. Кроветворная ткань тимуса представляет собой неоднородной популяцией клеток, где встречаются как недифференцированные, так и зрелые элементы Т-лимфоцитопоэза.

Клетки стромытимуса представляет сетью клеток неоднородных в морфологическом и гистогенетическом отношениях. К ним относятся ретикулярные клетки, фибробласты, эндотелиальные и жировые клетки, которые вместе создают микроокружение для дифференцировки клеток.

Гемопоэтическая тканьтимуса, включающая в себе клетки лимфоцитопоэза является постоянно обновляющей частью его. В физиологических условиях в кроветворной ткани тимуса происходят 2 взаимосвязанные процессы - кроветворение и кроверазрушение, которые характеризуются уравновешенностью.

Проведенные нами исследования показали, что структурно - функциональные перестройки клеток тимуса при воздействии температурного фактора имеют определенную динамику, которую можно разделить в на три периода:

1) ранний период (3-24 часы опытов)

2) период разгара исследований (1-7 суткиопытов)

3) период отдаленных изменений (14-21 суткиопытов).

Одним из характерных признаков раннего периода экспериментов являются расстройства микроциркуляторного русла тимуса, проявляюшиеся в виде расширения гемокапилляров, артериол, посткапилляров, капилляростаз. В просвете гемокапилляров определяются скопления эритроцитов и других клеток крови. Нередко обнаруживаются деструктивние изменения клеток тимуса в виде набухания и лизиса компонентов субклеточних органелл, расширения перинуклеарных пространств и т.д. Причем, определяется деструктивные изменения субклеточных органоидов практически всех видов клеток Т-лимфоцитопоэза.

Наиболее выраженные структурно - функциональные перестройки клеток тимуса наблюдаются в периоде разгара экспериментов (1-7 сутки опытов).

В данном периоде в тимусе значительно возрастает число пролиферируюших клеток. Ультраструктурные исследования показывают повышение функциональной активности макрофагов, ретикулярных клеток, которые контактируют с многочисленными лимфоцитами различной стадии дифференцировки.

Как показали наши электронно - микроскопические исследование тимуса на разгаре эксперементов, среди стромальных клеток кортикальной части тимических долек превалируют дендритические, а в медуллярной части интердигитирующие клетки.

Определенные изменения нами обнаружены и в клетках Т-лимфоцитопоэза. Они представлены в виде лизиса внутриклеточных органелл дифференцирующихся клеток, расширении перинуклеарных пространств. Макрофаги и ретикулоэпителиальные клетки многоотростчатой формы, контактируют с многочисленными клетками лимфопоэза.

В периоде отдаленных результатов экспериментов (14-21 сутки исследования) указанные в периоде разгара количественные и качественные изменения клеток тимуса имеют тенденции к нормализации. Однако на 14- сутки исследования функциональная активность клеток тимуса остаются высокими.

Выводы

1. Морфофункциональные перестройки тимуса в динамике температурного воздействия характеризуются определенной динамикой, включаюший периоды ранних изменений, выраженных иммуноморфологическихперестроек и отдаленных результатов. Каждый из указанных периодов характеризуется структурными и функциональными особенностьями, которые в комплексе определяют сущность адаптивных реакций органа в ответ на температурное воздействие.

2. Период ранних изменений характеризуется микроциркуляторными расстройствами гемокапилляров тимуса, деструктивными изменениями части стромальных и тимопоэтических клеток.

3. Период выраженных иммуноморфологическихперестроек характеризуется высокой степенью активации стромальных и паренхиматозных клеток тимуса, усилением функциональной активноститимических макрофагов.

4. Период реконвалесценции характеризуется нормализацией изменений тимуса.Однако, напряженность субклеточных структур иммунокомпетентних клеток сохраняется, отмечается увеличение числа и функциональной активности клеток стромы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаходжаева М.С. Пирролизидиновые алкалоиды и их влияние на иммунокомпетентную ткань /М.С. Абдуллаходжаева / /Морфология внутренних органов при краевой патологии: сб. науч. труд. Ташкент, 1988. - С. 3-5.
2. Абдурахманов М.А. и др. Изменения тимуса при хроническом гелиотриновом гепатите М.А. Абдурахманов, К.Р. Тухтаев // Морфология-1999. Т. 116, № 6.- С. 63-65.
3. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия /Г.Г. Автандилов / /М.: Медицина, 1990.-384 с.
4. Арипов У.А. и др. Очерки современной иммунологии /У.А. Арипов, Р.М. Хаитов, В.Г. Галактионов //Ташкент: Медицина, 1981. 225 с.
5. Жарикова Н.А. Периферические органы системы иммунитета /Н.А. Жарикова //Минск: Беларусь, 1979. 206 с.
6. Зуфаров К.А. и др. Органы иммунной системы /К.А. Зуфаров, К.Р. Тухтаев //Изд. ФАН, 1987.- 184 с.
7. Зуфаров К.А. и др. Ультраструктурные изменения клеток белой пульпы селезенки при экспериментальной сальмонеллезной инфекции /К.А. Зуфаров, К.Р. Тухтаев, Р.А. Давронов // Арх. анат. 1986. - Т. 91, № 12. - С. 69-71.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-097/ 616.211-002

BOLALARDA ALLERGIK RINIT TARQALISHINING QIYOSIY JIHATLARI

Jumayeva Zuxra Jo'rayevna,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada Xalqaro astma va bolalarda allergiyani o'rganish (ISAAC) ma'lumotlariga ko'ra epidemiologic tekshiruvda Buxoro viloyatining nochor mintaqalarida maktab va maktabgacha yoshdagi bolalar orasida AR tarqalishini o'rganish va o'rganish usullarining asosiy jihatlari muhokama qilinadi va mavjud statistic ma'lumotlar bilan taqqoslanadi. Mutaxassislarning fikriga ko'ra; JSST allergic riniti (AR) aholining 10-20% ta'sir qiladi; epidemiologic tekshiruvlarda uning alomatlari yanada tez-tez aniqlanib boradi: Hozirgi kunda bolalarda allergic kasalliklarning ko'payishi kuzatilmoqda; ular orasida AR ustunlik qiladi. Dunyoning turli mintaqalarida o'tkazilgan bir qator epidemiologic tadqiqotlar natijalariga ko'ra, bolalar populyatsiyasida ARning tarqalishi 22% ga etadi. Ushbu kasallik bolalarning hayotiy faoliyatini cheklaydi, ularning ijtimoiy va jismoniy faolligini, shuningdek hayot sifatini pasaytiradi. Burun nafasini uzoq vaqt davomida buzilishi birinchi navbatda miya gipoksiyaga olib keladi, bu esa kognitiv funktsiyalarni sezilarli darajada kamaytiradi va maktab o'quvchilarining o'rganish qobiliyatiga ta'sir qiladi. AR oxir-oqibat bronxial astmaga (BA) aylanib, ba'zida bolalarning nogironligiga olib kelishi mumkin.

Kalit so'zlar: allergiya, rinit, ekologiya.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Жумаева З.Ж.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данной статье рассмотрены основные аспекты методы и изучения распространённости АР среди детей школьного и дошкольного возрастов в неблагополучных регионов Бухарской области в эпидемиологическом обследовании по "Международное исследование астмы и аллергии у детей" (ISAAC) и проведено сравнение с существующими статическими данными. По оценкам экспертов; ВОЗ аллергическим ринитом (АР) страдает 10-20% населения; а его симптомы в эпидемиологических исследованиях выявляются еще чаще: их отмечают до 40% опрошенных. В настоящее время отмечается дальнейший рост аллергических заболеваний у детей; среди которых преобладает АР. По данным ряда эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах мира, распространенность АР в детской популяции достигает 22%. Это заболевание ограничивает жизнедеятельность детей, снижает их социальную и физическую активность, а также качество жизни, и общее благополучие в целом. Длительное нарушение носового дыхания ведёт к гипоксии, в первую очередь, головного мозга, что значительно снижает когнитивные функции, отражаясь на обучаемости школьников. АР может со временем трансформироваться в бронхиальную астму (БА), ведущую порой к инвалидизации детей.

Ключевые слова: аллергия, ринит, экология.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF ALLERGIC RHINITIS IN SCHOOL CHILDREN

Zhumaeva Z. Zh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

This article discusses the main aspects of the methods and study of the prevalence of AR among children of school and preschool age in disadvantaged regions of the Bukhara region in the epidemiological survey according to the International Study of Asthma and Allergy in Children (ISAAC) and compared with existing statistical data.According to experts; WHO allergic rhinitis (AR) affects 10-20% of the population; and its symptoms in epidemiological studies are detected even more often: they are noted by up to 40% of respondents. Currently, there is a further increase in allergic diseases in children; among which AR prevails. According to a number of epidemiological studies conducted in various regions of the world, the prevalence of AR in the pediatric population reaches 22%.This disease restricts the life activity of children, reduces their social and physical activity, as well as the quality of life, and general well-being in general. Long-term disturbance of nasal breathing leads to hypoxia, primarily of the brain, which significantly reduces cognitive functions, affecting the learning ability of schoolchildren. AR can eventually transform into bronchial asthma (BA), sometimes leading to the disability of children.

Key words: allergy, rhinitis, ecology.

Dolzarbligi

Bolalardagi allergik kasalliklarning paydo bo'lish sabablaridan biri bu irsiy moyillik, atrof muhitni ifloslantiruvchi omillar, ekologik jihatdan noqulay mintaqada yashash hisoblanadi. Noqulay atrof-muhit omillari to'g'ridan-to'g'ri allergen sifatida bola organizmiga ta'sir qilishi mumkin. O'zbekiston Respublikasida atrof-

muhit va inson salomatligi o‘rtasidagi munosabatlar muammosi yildan-yilga dolzarb bo‘libqolmoqda. Atrof - muhitning ifloslanishi va uning inson salomatligiga ta'siri bir-biri bilan chambarchas bog‘liq bo‘lib, bu kasallik darajasi, ifloslantiruvchi moddalarning atmosferaga chiqarilishi, suv havzalarida suvning ifloslanishi, zaharli chiqindilarning paydo bo‘lishi, aholining ichimlik suvidan foydalanish imkoniyati va suv sifatiga oid ma'lumotlarni tahlil qilishda kuzatilishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi

"ISAAS" xalqaro dasturiga muvofiq Buxoro viloyatining maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda allergic kasalliklarning tarqalishini aniqlash.

Materiallar va usullar

Buxoro viloyatida yashovchi bolalar orasida allergic kasalliklarning tarqalishini aniqlash uchun 650 maktabgacha yoshdagi bolalar va 12-13 yoshdagi maktab o‘quvchilari o‘rtasida so‘rovo‘ tkazildi. Ushbu mintaqa ekologik holati bo‘yicha noqulay mintaqadir. Atrof muhit havosi va ichimlik suvining ifloslanishi bolalar, ayniqsa o‘smirlar orasida maktabgacha yoshdagi bolalar bilan taqqoslaganda allergic kasalliklarning o‘sishini ko‘rsatdi. So‘rovnoma natijalari Buxoro viloyatidagi bolalar orasida allergic kasalliklar bo‘yicha rasmiy ma'lumotlar bilantaq qoslandi.

Natija va tahlillar

Maktab o‘quvchilari o‘rtasida so‘rov o‘tkazishdan oldin poliklinikalarning statistic ma'lumotlari o‘rganildi. 2016-2018 yillar uchun rasmiy ma'lumotlar 3 yil ichida nafas olish yo‘llari patologiyasi bilan kasallangan bolalar soni 1,2 barobar ko‘payganligini ko‘rsatdi. Statistik hisobotlarga ko‘ra, allergic rinit bilan ro‘yxatdan o‘tgan maktabgacha yoshdagi bolalarsoni 9,8% ni, o‘smirlar esa 16,2% ni tashkil qiladi. Bizning fikrimizcha, bu raqamlar Buxoro viloyatida bolalar orasida allergic kasalliklar tarqalishining haqiqiy manzarasini aks ettirmaydi.Shu sababli, "ISAAC" xalqaro dasturi bo‘yicha maktab o‘quvchilari o‘rtasida so‘rov o‘tkazildi. So‘rovnomaning maqsadi barcha o‘quvchilarga punktma-punkt tushuntirildi, Bizning olib borgan tadqiqotlarimiz shuni ko‘rsatdiki, allergic kasalliklarning tarqalishi, ushbu so‘rovnoma natijalariga ko‘ra, rasmiy statistikadan bir necha baravar yuqori. So‘rov natijalariga ko‘ra, 12-13 yoshdagi bolalarda bronxial astma belgilarinin tarqalishi 16,8% ga etadi, maktabgacha yoshdagi bolalar orasida 7,2%, allergic rinit alomatlari maktabgacha yoshdagi bolalarda 25,5%, maktab o‘quvchilarida 46,3%ni tashkil qildi. So‘rovdan so‘ng barcha bolalar organlar va tizimlarning holatini yanada chuqurroq o‘rganish maqsadida dispenser nazoratiga olindi.

Xulosa

"ISAAC" dasturi bo‘yicha o‘tkazilgan tadqiqotlarning asosiy natijalari shuni ko‘rsatdiki, maktab o‘quvchilarida allergic kasalliklarning cardinal alomatlari rasmiy statistikadan bir necha baravar yuqori. Ekologik jihatdan noqulay mintaqalarda yashovchi bolalarda allergic kasalliklarni erta tashxislash uchun umumiy amaliyot shifokorlari "ISAAC" dasturi bo‘yicha maktab o‘quvchilari o‘rtasida so‘rov-anketa o‘tkazishlari maqsadga muvofiqdir. Allergiya kasalliklarini erta tashxislash bolalarda keyinchalik paydo bo‘ladigan asoratlar va nogironlikning oldini olishga yordam beradi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Astafieva N.P., Gamova I.V., Udovichenko E.I., Perfilova I.A. Levocetirizine: dalillarga asoslangan tibbiyot nuqtai nazaridan allergic kasalliklarda foydalanishning zamonaviy jihatlari. Klinik farmakologiya, 2010, 5: 56-61.
2. Baranov A.A., Xaitov R.M. Bolalardagi allergic rinit va atopic dermatit diagnostikasi va davolash. Ilova: Pediatrlar uchun o‘quv dasturi // Pediatriya farmakologiyasi. - 2009 yil; 4 (4): 6-8b.
3. Drobik O.S. Allergik rinit: diagnostika va terapiyaning zamonaviy yondashuvlari. Samarali farmakoterapiya, 2014, 29: 54-59.
4. Karpova E.P., Sokolova M.V., Antonova N.V. Bolalardagi allergik rinitni davolash xususiyatlari. Otorinolaringologiya byulleteni. 2009. № 2..36-b
5. Allergic rhinitis in preschool children from southern Brazil / H.J. Chong Neto, C.S. Rosario, B.A. Rosario et al. // Allergy. 2014. Vol. 69. P. 545-547.
6. Analysis of nasal cytology in children and adolescents with rhinitis / N.A. Lozano, RJ. Saranz, A. Lozano et al. // Rev. Fac. Cien. Med. Univ. Nac. Cordoba. 2017. Vol. 74, № 2. P. 126-133.
7. Allergic rhinitis causes loss of smell in children: The OLFAPEDRIAL study / C. Langdon, J.M. Guilemany, M. Valls et al. // Pediatr Allergy Immunol. 2016. Vol. 27. P. 867-870.
8. Jumaeva A.A, Kasimov X.O, Jumaeva Z.J, Manasova. Hygienic aspects of the possibility of using the new insecticide Seller in agriculture. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, Vol. 24, Issue 06, 2020 ISSN: 1475-7192
9. Jumaeva A.A. Hygienis bases of application of insecticide SELLER in agruculture. Vol. 10 Issue 2, February 2020.p256-26
10. Kosimov Kh.O, Zhumaeva Z. Zh., Manasova I.S. Hygienis basis of working conditions for workers employed growing wegetables inclosed ground
11. Asian Jour of Multidimensionanal Research ISSN: 2278-4853 Vol 8, Issue 10, October 2019y
12. Risk factors of formation of concenital heart diseases
13. Zhumaeva Z.J, Manosova I.S. South Asian Academic Research Iournals. ISSN: 2249 -7737 Vol. 10 Issue 2, February 2020y.266-270

Kelib tushgan vaqti 09.11.2020

УДК 613.2.614.31:633

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ

Жумаева А.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

На основание проведённых исследовании установлено безопасность применения нового инсектицида Селлер в сельском хозяйстве. Научно обосновано предельно допустимой концентрации инсектицида в атмосферном воздухе, воздухе рабочей зоны, в почве. Разработан ориентировочно допустимой концентрации препарата в продуктах растительной происхождения, в воде водоемов.

Ключевые слова: Селлер, токсичность, гигиенические регламенты.

СЕЛЛЕР ИНСЕКТИЦИДИНИ ҚИШЛОҚ ҲЎЖАЛИГИДА ИШЛАТИШИНИНГ ГИГИЕНИК МАСАЛАЛАРИ

Жумаева А.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Экспериментал текшириишлар натижасида Селлер инсектицидининг қишлоқ ҳўжалигида ишлатилганда унинг хавфсизлиги гигиеник нуқтаи назардан асосланди. Инсектициднинг атмосфера ҳавоси, ишчи ўринлари ва тупроқда рухсат этилган меъёри ишлаб чиқилди. Шунингдек, перепаратнинг озиқ-овқат маҳсулотлари, сув ҳавзаларида рухсат этилган миқдори гигиеник жиҳатдан илмий асосланди.

Калит сўзлар: Селлер, токсик, гигиеник регламент.

HYGIENE ISSUES WHEN USING INSECTICIDE SELLER IN AGRICULTURE.

Zhumaev A.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Based on the conducted research, the safety of the use of the new insecticide Seller in agriculture was established. Scientifically substantiated the maximum permissible concentration of insecticide in atmospheric air, air of the working area, in the soil. Approximately permissible concentration of the drug in products of plant origin, in the water of water bodies has been developed.

Key words: Seller, toxicity, hygiene regulations.

Актуальность

Среды мероприятий, способствующих повышению урожайности сельскохозяйственных культур, большое значение приобрел химический метод борьбы с сорняками, вредителями и болезней растений.

Возрастающая химизация сельского хозяйства, способствую повышению урожайности и получению огромного экономического эффекта, одновременно приводит к внедрению в окружающую среду новых биологические активных факторов, что все более усложняет проблему охраны ее от возможных неблагоприятных последствии. Сейчас нашей республики известно более 100 химических соединений, используемых в сельском хозяйстве для этих целей[1,2].

С целью усовершенствованию мероприятий по охраны окружающей среды гигиенистов и санитарных врачей нашей Республики особо обращают внимание на необходимость дальнейшего развития теоритических и практических основ гигиены применения пестицидов [8,9,10,11,17].

Гигиеническое обоснование нормативов допустимого уровня остатков пестицидов в пищевых продуктах, придельное допустимая уровень (ПДК) в воздухе рабочей зоны и в атмосферном воздухе, почве а также в воде водоемов, регламентация условий их применения с учетом всего разнообразия факторов, определяющих продолжательность сохранения этих химических веществ в природе, являются основой системы профилактики всевозможного неблагоприятного воздействия их на человека[3,7,8,9,10,11].

Согласно санитарному законодательству ни одно химическое вещество не может быть допущено к использованию в народном хозяйстве без глубокой токсиколого - гигиенической оценки (Закон Республики Узбекистан, о санитарно - эпидемиологическом благополучия населения.2015г).

Среды пестицидов, применяемых в сельском хозяйстве, особое место занимают инсектициды. Из них широкое признание получили синтетические пиретроиды. Эти инсектициды в большенстве своем относительно малотоксичны для теплокровных организмов. При однократном воздействие, однако отмечаются высокой стойкостью в окружающей среде. Последная особенность обусловливает возможность накопления их в почве, пишевых продуктах, перемешения в экологических и пищевых цепях, конечным звеном которых является человек[4,5,7,8].

В связи с этим, а также учитывая, что отдельным группам веществ этого класса присущи эмбриотоксичность, мутагенность, и другие проявления биологической активности, внедрение пестицидов, из группы синтетических пиретроидов в практику сельского хозяйства дольжно соправождается разносторонным их изучением и строгой регламентацией. Высокая инсектицидная и экономическая эффективность стимулирует поиски новых пестицидов из класса синтетических пиретроидов.

В результате таких поисков создан новый, перспективный инсектицид -Селлер 20%кс. Для решения вопроса о возможность использования их на больших площадях, предназначенных под продовольственные культуры(пшеница), и разработки соответвующих профилактических регламентов, возникла необходимость в токсиколого-гигиенической оценке этого препарата, которая включена в планы проблемной комиссии минстерства здравоохранения республики Узбекистан.

Пред нами была поставлена цель оценить опасность Селлера для человека и разработать с учетом специфических особенностей ведений земледелия в Средней Азии регламенты, гарантирующие безопасность для окружающей среды(почва, воздух, водоемов) и потребителей продуктов растительного происхождения, выращенных в условиях жаркого климата.

Цель исследования

Пред нами была поставлена цель оценить опасность Селлера для человека и разработать с учетом специфических особенностей ведений земледелия в Средней Азии регламенты, гарантирующие безопасность для окружающей среды(почва, воздух, водоемов) и потребителей продуктов растительного происхождения, выращенных в условиях жаркого климата.

Задачи исследования

1. Изучить персистентность, процессы миграции и транслокации Селлера в системе почва-растения в почвенно- климатических условиях Узбекистана в зависимости от типа почвы, вида орошения, норма расхода препарата и сезона их вегетации.

2. Определить основные параметры токсичности Селлера для теплокровных животных при однократном и многократном введении, оценить кумулятивное свойства препарата, отдаленные последствии при многократном поступлении необходимые для разработки гигиенических регламнтов.

3. Дать сравнительную характеристику изучаемым инсектицидам и уже применяющимися, с учетом их химической структуры и биологической активности, определив место нового пестицида в ряду синтетических пиретроидов с во стекающими в водами.

4. Разработать гигиенические регламенты, обеспечивающие безопасность для окружающей среды (воздух, почва, водоемы) и потребителей продуктов питания растительного происхождения, выращенныхъ на почве, обработанной Селлером

Научная новизна работы

Состоит в том, что в первые проведены многоплановые исследования по токсиколого- гигиенической оценке нового, перспективного инсектицида Селлера и разработан комплекс гигиенических регламентов, обеспечивающих безопасность применения его в сельском хозяйстве, с учетом факторов, характерных для почвенно- климатических условий Узбекистана и других Среднеазиатскаих республик(тип почвы, условий орашения и др).

Материал и методы

Объектом исследования был инсектицид Селлер 20%к.с. производства ООО "Euro-Team", Узбекистан-Германия. Название действующего вещества -альфациано-3-фенокситензил (2,2-дихлорвинил)-2,2-диметилциклопропан-карбоксилот. Химический класс-синтетический препаратов, назначение - инсектицид.

Сфера применения - на пшенице против вредной черепашки, пиявицы.

Селлер 20 % к.с. - несистемный инсектицид контактного и брюшного действия с выраженным остаточным действием на обработанных растениях. - несистемный инсектицид контактного и брюшного действия с выраженным остаточным действием на обработанных растениях.

Препаративная форма препарата

Агрегатное состояние - концентрат суспензии, белого (светло кремового) цвета со слабым химическим запахом. Препарат не летуч, не взрывоопасен, не обладает коррозионными свойствами.

Токсическое действие Селлера 20%кс изучали на половозрелых животных обоего пола (белые мыши и крысы) кролики. Предварительно выдержанных на лабораторном режиме, при введении его в желудок в виде водной эмульсии зондом в условиях острого, подострого и хронического экспериментов. Одновременно было изучено кожно- раздражающие и аллергизирущие действии препарата белых крысах путем нанесение на выстриженные участки кожи, внесение нативнего препарата в конъюнктивальный мешок. При изучении токсического действия и степени токсичности Селлера 20%кс принимали во внимание следующие показатели: выживаемость животных, поведение, общее состояние, массу тела, время о симптомы интоксикации и гибели животных.

Таким образом изучение токсичности препарата проводилось согласно методологическое пособие "Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды". Утвержденного министерством здравоохранение Республики Узбекистан.10 апреля 2014г.за №8Н-П/193

Результат и обсуждение
Параметры токсичности препарата (Собственные исследования)

Изучение острой токсичности препарата проводили на лабораторных животных - крысах. В опыт были взяты крысы, обоего пола, которым вводили препарат в дозах 50,0 - 500,0 мг/кг. В результате исследований установлена средне - смертельная доза на уровне 300,0 (204,0 ± 395,0) мг/кг массы тела, ЛД16 - 120,0 мг/кг; ЛД84 - 440,0 мг/кг(таб.1). Клиника отравления проявилась в следующим образом: животные становились вялыми, отмечались выделения из носа, повышенная саливация, затрудненное дыхание, животные принимали боковое положение, после чего отмечались клонические конвульсии.

Таблица-1

Расчёт установление параметры острой токсичности Селлера

Доза мг/кг Хэ	Летальность,% Ух	Место доз, Х	Пробиты У	Весов Коэф-т В	Х В	Х2В	УВ	ХУ
50,0	0	0,5	3,27	1,6	0,8	0,4	5,23	2,9
100,0	16,6	1	4,01	3,5	3,5	3,5	14,04	14,04
200,0	33,3	2	4,56	4,5	9,0	18,0	20,52	41,0
300,0	50	3	5,0	5,0	15,0	45,0	25,0	75,0
400,0	66,6	4	5,41	4,6	18,4	73,6	24,89	99,3
500,0	100	5	6,73	1,6	8.0	40,0	10,77	53.3
		∑		20,8	54,7	180,5	100,45	286,3

Таким образом, по параметрам острой токсичности препарат относится к III классу опасности, согласно СанПиН РУз № 0321-15 "Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности".

Раздражающее действие препарата

ГЛАЗА. Эксперимент проводили на белых крысах. Препарат вносили, в нативном виде в конъюнктивальный мешок глаза животного в количестве 2 - 3 капли, второй глаз служил контролем. Через 1 час после внесения в опытном глазе животного отмечалось покраснение и слезотечение. Через 4 часа после внесения отмечалось незначительное нагноение, блефароспазм. На 3 сутки наблюдаемые признаки раздражения (конъюнктивит) имели тенденцию к уменьшению и исчезали на 4-5 сутки опыта. На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что препарат обладает раздражающим действием на слизистые оболочки глаз.

КОЖА. Опыт проводили на экспериментальных животных - белых крысах. На выстриженные участки кожи наносили препарат в нативном виде, после 4-х часовой экспозиции препарат смывали и проводили наблюдения за опытными участками кожи. Сразу после нанесения на опытных участках отмечалось покраснение, отек и единичные трещинки. Наблюдаемые признаки раздражения отмечались на протяжении 3 - 4 суток, к 5 дню опыта признаки раздражения отсутствовали.

Таким образом, препарат обладает раздражающим действием на кожные покровы.

Изучение кумулятивные свойства препарата Селлера 20% к.с.

Кумулятивные свойства препарата изучали в условиях субхронического(4 месяц) эксперимента на белых крысах, которые были разбиты на 2 группы. Первая группа получала препарат в дозе 1/10 ЛД50 (30мг/кг). Вторая группа служила контролем. Из-за отсутствия гибели животных коэффициент кумуляции рассчитать не представилось возможным. Однако по проявлению некоторых признаков интоксикации (возбуждение после введения препарата), можно сделать вывод, что препарат обладает слабой функциональной кумуляцией.

Изучение хронической токсичности селлера 20% к.с.

Изучение хронической токсичности Препарата с применением математического моделирования позволило установить пороговую и недействующую дозу на уровне 3.0 и 0.6 мг/кг соответственно. Расчитана и научно обоснована допустимая суточная доза препарата на уровне 0.72 мг/чел/сутки.

Изучение отдалённые последствия воздействия препарата на организм экспериментальных животных.

Отдалённые последствия препарата изучалось в течение двухлетнем эксперименте на крысах. Экспериментальные животные были разбиты на 5 группы

I гр контрольная
II вводили 1мг/кг
III вводили 10мг/кг
IV вводили 100мг/кг
V вводили 1000мг/кг

При эксперименте в течение 2 года канцерогенное воздействие препарата не выявлено. Количество новообразований у опытных групп животных не превышало спонтанного уровня контроля. Признаки терогенность, эмбриотоксичность и мутагенность также не отмечалось. Таким образом, инсектицид Селлер 20 % к.с. не оказывает канцерогенное, тератогенное, эмбриотоксическое и мутагенное воздействие. Токсическое действие Селлера 20%кс изучали на половозрелых животных обоего пола (белые мыши и крысы) кролики. Предварительно выдержанных на лабораторном режиме, при введении его в желудок в виде водной эмульсии зондом в условиях острого, подострого и хронического экспериментов. Одновременно было изучено кожно- раздражающие и аллергизирущие действии препарата белых крысах путем нанесения на выстриженные участки кожи, внесение нативного препарата в конъюнктивальный мешок. При изучении токсического действия и степени токсичности Селлера 20%кс принимали во внимание следующие показатели: выживаемость животных, поведение, общее состояние, массу тела, время о симптомах интоксикации и гибели животных.

Таким образом, изучение токсичности препарата проводилось согласно методологическое пособие "Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды". Утвержденного министерством здравоохранение Республики Узбекистан.10 апреля 2014г.за №8Н-П/193Селлер 20 % к.с. - несистемный инсектицид контактного и брюшного действия с выраженным остаточным действием на обработанных растениях. - несистемный инсектицид контактного и брюшного действия с выраженным остаточным действием на обработанных растениях. Препаративная форма препарата. Агрегатное состояние - концентрат суспензии, белого (светло кремового) цвета со слабым химическим запахом. Препарат не летуч, не взрывоопасен, не обладает коррозионными свойствами.

Параметры токсичности препарата (Собственные исследования)

Изучение острой токсичности проводили на лабораторных животных - крысах. В опыт были взяты

крысы, обоего пола, которым вводили препарат в дозах 50,0 - 500,0 мг/кг. В результате исследований установлена средне - смертельная доза на уровне 300,0 (204,0 ± 395,0) мг/кг массы тела, ЛД16 - 120,0 мг/кг; ЛД84 - 440,0 мг/кг. Клиника отравления проявилась в следующим образом: животные становились вялыми, отмечались выделения из носа, повышенная салива-ция, затрудненное дыхание, животные принимали боковое положение, после чего отмечались клонические конвульсии.Таким образом, по параметрам острой токсичности препарат относится к III классу опасности, согласно СанПиН РУз № 0321-15 "Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности".

Некоторые параметры токсичности инсектицида Селлера

Показатель	Доза, полученный эффект
$ЛД_{50}$-белые крысы $ЛД_{16}$-белые крысы $ЛД_{84}$-белые крысы	300мг/кг 120,0мг/кг 440,0мг/кг
КВЧ	Препарат не обладает видовой чувствительности
Кожно-раздражающие действие	Слабо выраженное
Кожно-резорбтивное действие	Отсутствует
Кумулятивные свойства	Функционального характера, слабо выражены
Lim МНД ДСД	3,0мг/кг 0,6мг/кг 0,72мг/чел/сутки
Онкогенность Терратогенность Эмбриотоксичность Мутагенность	Отсутствует Отсутствует Отсутствует Отсутствует

Раздражающее действие препарата

ГЛАЗА. Экспериментальных животных изучали на белых крысах. Препарат вносили, в нативном виде в конъюнктивальный мешок глаза животного в количестве 2 - 3 капли, второй глаз служил контролем. Через 1 час после внесения в опытном глазе животного отмечалось покраснение и слезотечение. Через 4 часа после внесения отмечалось незначительное нагноение, блефароспазм. На 3 сутки наблюдаемые признаки раздражения (конъюнктивит) имели тенденцию к уменьшению и исчезали на 4-5 сутки опыта. На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что препарат обладает раздражающим действием на слизистые оболочки глаз.

КОЖА. Опыт проводили на экспериментальных животных - белых крысах. На выстриженные участки кожи наносили препарат в нативном виде, после 4-х часовой экспозиции препарат смывали и проводили наблюдения за опытными участками кожи. Сразу после снятия аппликации на опытных участках отмечалось покраснение, отек и единичные трещинки. Наблюдаемые признаки раздражения отмечались на протяжении 3 - 4 суток, к 5 дню опыта признаки раздражения отсутствовали. Таким образом, препарат обладает раздражающим действием на кожные покровы.

Изучение кумулятивные свойства препарата Селлера 20% к.с.

Кумулятивные свойства препарата изучали в условиях субхронического(4 месяц) эксперимента на белых крысах, которые были разбиты на 2 группы. Первая группа получала препарат в дозе 1/10 ЛД50 (30мг/кг). Вторая группа служила контролем. Из-за отсутствия гибели животных коэффициент кумуляции рассчитать не представилось возможным. Однако по проявлению некоторых признаков интоксикации (возбуждение после введения препарата), можно сделать вывод, что препарат обладает слабой функциональной кумуляцией.

Обоснование пдк препарата в воде водоемов

С целью установления ПДК препарата в воде водоемов проведены исследования по изучению влияния препарата на органолептические свойства воды и санитарный режим воды водоемов. По влиянию на органолептические свойства воды (запах) установлена пороговая концентрация на уровне 0,04 мг/л. Препарат в данной концентрации не обладал пенообразованием, не изменял окраски воды. По данным санитарно - токсикологического опыта установлена пороговая концентрация на уровне 0,72 мг/л.

Комплекс проведенных исследований с учетом данных санитарно-токсикологического эксперимента, позволил рекомендовать ПДК препарата в воде водоемов на уровне - 0,04 мг/л, лимитирующий признак вредности - органолептический.

Обоснование мду препарата в пищевых продуктах

Основываясь на данных о стабильности препарата, параметрах токсикометрии, руководствуясь общепринятыми в гигиенической практике подходами к нормированию пестицидов в пищевых продуктах, рекомендованы МДУ препарата: в пшенице - 0,18 мг/кг. Однако с учетом минимальных норм расхода препарата - 0,05 л/га остаточных количеств препарата в пшенице не должно быть.

Обоснование пдк препарат Селлера 20%к.с. в атмосферном воздухе и воздухе рабочей зоны

На основании методических подходов к нормированию вредных веществ в воздухе(методология-2014г.СанПиН Республики Узбекистан №0293-11), с учетом токсикологических параметров и его физико-химических свойств, расчетным путем обоснованы и рекомендованы ПДК препарата в атмосферном воздухе на уровне - 0,002 мг/м3, в воздухе рабочей зоны - 0,24 мг/м3.

Обоснование ориентировочно-допустимой концентрации (одк) препарата селлера 20% к.с.в почве

При расчете ориентировочно-допустимой концентрации (ОДК) препарата в почве руководствовались на методологическое пособие "Методо комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды -2014"

Расчет основывался на данных МДУ препарата в пищевых продуктах растительного происхождения. Рекомендована ОДК препарата в почве на уровне - 0,2 мг/кг.

Заключение

На основании проведенных экспериментальных исследований и экспертизы предоставленной документации установлено: Селлер 20% к.с. - несистемный инсектицид контактного и брюшного действия с выраженным остаточным действием на обработанных растениях. Препарат проявляет действие, направленное против поедания. Сфера применения - на пшенице против вредной черепашки, пиявицы. Инсектицид воздействует на кишечный тракт и нервную систему насекомых. Действие проявляется сразу после обработки в течении первого часа. Период защитного действия - один полный сезон. Опрыскивание в период вегетации. Срок последней обработки до сбора урожая 15 дней. По параметрам острой токсичности препарат относится к III классу опасности (СанПиН РУз № 0321-15). Изучение влияния препарата на слизистые оболочки глаз экспериментальных животных позволило установить, что препарат обладает раздражающим действием на слизистые оболочки глаз и кожные покровы. Изучение кумулятивных свойств препарата позволило установить, что препарат обладает функциональной кумуляцией. Научно - обоснована допустимая суточная доза на уровне 0,72 мг/чел/сутки. Инсектицид Селлер 20%к.с не обладает канцерогенным, мутагенным, эмбриотоксическим действиями.

На основании комплекса проведенных исследований разработаны и рекомендованы гигиенические нормативы Селлер 20%к.а: ПДК в воде водоёмов на уровне - 0,04 мг/л (лимитирующий признак вредности - органолептический); ПДК в воздухе рабочей зоны - 0,24 мг/м3; ПДК в атмосферном воздухе - 0,002 мг/м3; МДУ в пшенице - 0,18 мг/кг, ОДК в почве - 0,2 мг/кг. Санитарно-защитная зона (СЗЗ) - 200 метров; сроки выхода на работу - 7 суток.

Таким образом, на основании вышеизложенного инсектицид Селлер 20% к.с. может быть рекомендован к применению в сельскохозяйственной практике при условии обязательного применения средств индивидуальной защиты глаз, кожи, органов дыхания (раздражает глаза и кожу) и соблюдении регламентов применения препарата, рекомендованных норм расхода и мер безопасности при работе с пестицидами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авраман Ф.В. Экспериментальные исследования и и установление ПДК прометрина в воде водоемов.- В кн. :Гигиена применения, токсикология пестицидов. Киев, "Здоровье", 2001,с 385-389с.
2. Авраман Ф.В. К токсикологической характеристике прометрина.
5. В кн.: Гигиена применения, токсикология пестицидов. Киев, "Здоровье", 2001,с 93-98с.
3. Антон Фишер. Физиология и экспериментальная патология печени. Издательство АН.Венгерия, Будапешт 2001.
4. Березовский М.Я. Пестицида активность Симазина в зависимости от его распределения в почве.-Доклады ТСХА. М., вып.71,76с.
5. Власюк М.Г. К вопросу о токсичности некоторых пестицидов.- В кн.: Гигиена и токсикология пестицидов. Киев, "Здоровье" 2001,с100
6. Дерпачев В.В. Влияние пестицидов на компенсаторную гипертрофию сердца.- Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.2004,вып.58,т.9,с31
7. Динерман А.А., Лаврентьева Н.В.О токсичности пестицидов пропазина и прометрина.-Гигиена и санитария 2001№3с94-95.
8. Jumaeva A.A, Kasimov X.O, Jumaeva Z.J, Manasova. Hygienic aspects of the possibility of using the new insecticide Seller in agriculture. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, Vol. 24, Issue 06, 2020 ISSN: 1475-7192
9. A.A.Jumaeva. HYGIENIC BASES OF APPLICATION OF INSECTICIDE SELLER IN AGRICULTURE. Vol. 10 Issue 2, February 2020.p256-261
10. Косимов Х.О.EXPERIMENTAL DATA ON TOXITY OF ZENKOR HERBICIDE.Asian Jornal of Multidimensionai Research Voi 8, Issue11, November 2019 p 86-90
11. Косимов Х.О. Experimental data on toxity of zenkor herbicide. / /Asian Jornal of Multidimensionai Research Voi 8, Issue11, November 2019 p 86-90
12. Косимов Х.О.THE EFFECT OF HEAT TREATMENT OF POTATOES AND TOMATOES ON THE CONTENT OF RESIDUES OF ZENKORXER BISIDEAsian Jornal of Multidimensionai Research Voi 9, Issue4, April 2020 p 23-25
13. Каган Ю.С. О количественных критериях вредности химических веществ. - в кн.: Гигиена применения, токсикология пестицидов и клиника отравление.Киев "Здоровье" 2000г с 46-50.
14. Кулаков А.Е. К цитогенетической эффективности некоторых пестицидов. в кн.: Гигиена применения, токсикология пестицидов и клиника отравление. Киев "Здоровье" 2000г с 761-769.
15. Лабынцев А.В., Гринько А.В., Горячев В.П. Влияние применения гербицидов на засорённых посевах растений. // Известия Оренбургского государственного аграрного университета. 2013. 5 (43). С. 67-70.
16. Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в о бъектах окружающей среды. Ташкент. 2014. 35.с.
17. Мельников Н.Н. Современные направления развития и применения пестицидов. М.,1999.201с
18. Kasimov H.O.,Manasova I.S.,Nazarov S.E.,Jumaeva Z.J.,Nurova Z.H. "International Journal of Psychosocial Rehabilitation" United Kingdom Volume 24, Issue 09, 2020 (ISSN: 1475-7192) pages 3830-3838
19. СанПин № 032-15 "Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности", Ташкент, 2015 25.с

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.995.121:612.017.1

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Проанализированы результаты оперативного лечения 67 больных с множественными и рецидивными эхинококкозом печени. У 46 больных имело место первично множественный эхинококкоз печени (МЭП). Рецидивные формы ЭП встречались у 18 больных. До операции: осложнения в виде прорыва кисты в билиарные пути 22% случаев, плевральную полость 11% в брюшную полость 5,6%. Клиника механической желтухи выявлена у 28%, нагноение кисты 22% больных. При лечении МЭП с учетом локализации кист и характера осложнений применены следующие операции: идеальная эхинококкэктомия 17,4%, цистперицистэктомия у 17,4%, эхинококкэктомия сочетанием с цистперецистэктомия у 13%, полизакрытая эхинококкэктомия 52,2% больных. У больных осложненным ЭП с развитием клиники механической желтухи выполнены эндоскопические папиллосфинктеротомии с наружным дренированием. Анализы результатов хирургического лечения МЭП и рецидивных ЭП показало, что наиболее эффективным методом оперативного лечения является идеальная эхинококкэктомия. По показаниям выполнены наружное дренирование остаточной полости (ОП) и билиарных путей, которые являются методом выбора при лечении больных с МЭП и РЭП. Эхинококкэктомия печени из мини доступа создают благоприятные условия для строгого соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности.

Ключевые слова: множественный эхинококкоз печени, идеальная эхинококкэктомия, цистперицистэктомия, наружное дренирование, мини-лапаротомия.

КЎП СОНЛИ ВА ҚАЙТАЛАНУВЧИ ЖИГАР ЭХИНОКОККИНИ ДАВОЛАШДА ХИРУРГИК УСУЛЛАРНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Ҳикматов Ж.С.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Кўп сонли ва қайталанувчи жигар эхинококкини 67 беморда оператив даволаш натижалари таҳлил қилинди. 46 беморда бирламчи кўп сонли ва 18 беморда қайталанувчи жигар эхинококки аниқланди. Операциягача 22% ҳолларда эхинококк кистасининг ўт йўлларига, 11% плевра бўшлиғига, 5,6%-қорин бўшлиғига ёрилгани, механик сариқлик 28% ва кистанинг йиринглагани 22% беморларда аниқланди. Эхинококкнинг жойлашган жойи ва асоратларининг турига қараб 17,4% ҳолларда идеал эхинококкэктомия, 13%-эхинококкэктомия, цистперицистэктомия билан биргаликда ва 52,2% беморларда ярим ёпиқ эхинококкэктомия бажарилди. Механик сариқлик белгилари кузатилганда эндоскопик папиллосфинктротомия амалиёти бажарилди. Хирургик даволаш натижалари таҳлилида идеал эхинококкэктомия усулининг самарадорлиги юқорилиги аниқланди. Кўрсатмалар бўлганда қолдиқ бўшлиқни ва ўт йўлларини ташқи дренажлаш даволашнинг асосий усули экани хулоса қилинди. Минилапаротомия усули кўрсатма асосида қўлланилганда эса апаразитар ва антипаразитар тамойилларига қаттиқ риоя қилиниши таъкидланди.

Калит сўзлар: кўп сонли жигар эхинококкози, идеал эхинококкэктомия, цистперицистэктомия, ташқи дренажлаш, минилапаротомия.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR MULTIPLE AND RECURRENT FORMS OF LIVER ECHINOCOCCUS

Komilov S.O., Mirxodjayev I.A., Hikmatov J.S.,

Chair of Faculty and Hospital Surgery, Urology Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The results of surgical treatment of 67 patients with multiple and recurrent echinococcosis of the liver were analyzed. 46 patients had primary multiple liver echinococcosis (MLE). Recurrent forms of EP were observed in 18 patients. Before the operation, the cyst burst into the biliary tract in 22% of cases, into the pleural cavity in 11% and 5.6% into the abdominal cavity. The clinic of obstructive jaundice was detected in 28%, cyst suppuration in 22% of patients. In the treatment of MLE, taking into account the localization of cysts and the nature of complications, the following operations were used: ideal echinococcectomy in 17.4%, cystpericystectomy in 17.4%, echinococcectomy in combination with cystperecystectomy in 13%, polyclosed echinococcectomy in 52.2% of patients. Endoscopic papilosphincterotomy with external drainage was performed in patients with complicated EP with the development of obstructive jaundice. Analysis of the results of surgical treatment of MLE and recurrent EL showed that the most effective method of surgical treatment is ideal echinococcectomy. According to the indications, external drainage of the residual cavity (RC) and biliary tract was performed, which is the method of choice in the treatment of patients with MLE and RLE. Echinococcectomy of the liver from a mini access creates favorable conditions for strict adherence to the principles of aparasiticity and antiparasiticity.

Key words: multiple liver echinococcosis, ideal echinococcectomy, cystpericystectomy, external drainage, minilaparotomy.

Актуальность

Наиболее радикальным и современным методом лечения больных эхинококкоком печени (ЭП) является хирургический [1,3]. Традиционно выполняемый метод открытой эхинококкэктомия в полной мере не удовлетворяет хирургов, ибо частота развивающихся послеоперационных осложнений остается высокой, достигая от 35 до 40% [1,4,5]. Множественное поражение эхинококкокковыми кистами печени встречается в 6,4-44% случаев [6,7,8]. Чаще рецидивирование приходится именно на долю множественных форм эхинококка печени (МЭП).

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения МЭП и РЭП.

Материал и методы

Проанализированы результаты оперативного лечения 67 больных с множественными эхинококкозом печени (МЭП). У 46 больных имело место первично - множественный ЭП, при этом локализация кист в правой доли печени наблюдались у 20 (43%) больных, в левой доле печени наблюдались у 8 (17%), в обеих доли печени у 18 (40%) больных. Рецидивные формы ЭП имели место у 21 больных. Неосложненные формы МЭП встречались у 28, осложненные формы у 18 больных. В дооперационном периоде наблюдались нижеследующие осложнения: прорыв кисты в билиарние пути у 4(22%), прорыв в брюшную полость у 1 (5,6%), прорыв в плевральную полость у 2(11%), сдавление желчных путей с развитием клиники механической желтухи у 5 (28%), обызвествление у 2 (11%), нагноение кист у 4(22%) больных. При множественной эхинококкозе печени выполнены следующие оперативные вмешательства: идеальная эхинококкэктомия у 8 (17,4), цистпери-цистэктомия у 8 (17,4%), эхинококкэктомия сочетанием с цистпери-цистэктомий у 6 (13%), полузакрытая эхинококкэктомия у 24 (52,2%) больных.

Наибольший процент операции составили варианты с наружным дренированием остаточной полости (ОП), в 17 случаях были использованы варианты уменьшения остаточных полостей (частичная перицистэктомия, инвагинация, капитонаж). Остаточная полость печени обработаны бетаденом, губительно действующие на зародышевые элементы паразита.

В 4-х случаях при осложненном ЭП произошел прорыв содержимого кисты в билиарный тракт. Этим больным выполнена эндоскопическая папилло-сфинктеротомия (ЭПСТ), санация внепеченочных желчных путей декасаном+открытая эхинококкэктомия печени с дренированием остаточной полости. В послеоперационном периоде проведена антипаразитарная и гепатотропная терапия. После операции традиционной эхинококкэктомия печени в раннем послеоперационном периоде развились нижеследующие осложнения: экссудативный плеврит у 3(6,5%), аллергическая реакция у 2 (4,3%), формирования желчного свища в 6 (13%), абсцесс брюшной полости 1(2%) случаев. Чаще всего при поддифрагмальной локализации эхинококковых кист печени в послеоперационном периоде наблюдалось развитие реактивного характера скопление жидкости в правой плевральной полости. В диагностике экссудативного плеврита наряду с полипозиционным рентгенологическим исследованием большое значение представляет УЗИ плевральной полости. Преимуществом метода УЗИ является то, что в плевральной полости скопление жидкости объемом около 10 мл четко определяется эхосонографически, тогда как при рентгеноскопии жидкость в плевральной полости выявляется при объеме более 100 мл. Под контролем УЗИ можно определить глубину, локализацию и возможность повторных пункций без повреждения внутренних органов. Всем трем больным с реактивным плевритом производилась ежедневная пункция плевральной полости с последующим использованием антибиотика широкого спектра внутриплеврально в течении 5-7 дней. Критерием эффективности пункционной санации плевральной полости служила ликвидация явлений интоксикации и отсутствие накопление экссудата. Желчеистечение при наружном дренировании ОП у 6 больных, прекратились к 15-16 суткам консервативного лечения. В послеоперационном периоде для контроля регрессии ОП печени выполняли программные УЗИ. Полная редукция ОП у оперированных больных наступила к 54+11 суткам больных. В 6 случаях после операции по поводу МЭП наблюдался рецидив заболевания, которое успешно удалось вылечит путем пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под контролем ультрасонографии. После традиционной и миниинвазивных методов лечения МЭП проведен 3 курса антипаразитарной терапии альбендазолом (10-12мг/кг/сутки) в течении 28 дней. С интервалом перерыва 1 месяц. В хирургии МЭП обязательным является интраоперационная ультрасонография печени, с целью профилактики резидуальных форм ЭП.

У 21 рецидивными формами МЭП больных, кисты локализовались в основном в VII, VIII сегментах печени. Диагноз устанавливали на основании УЗИ, КТ, МРТ, реакции иммуноферментного анализа (ИФА). Всем больным выполнены чрескожные минимально инвазивные хирургические вмешательства - минилапаротомия. Показаниями к подобным вмешательствам явились сонографические картины эхинококковых кист I, II, III типов по H.Gharbi, нагноение остаточных полостей печени размером 8-10 см, тяжесть общего состояния больных. Техника выполнения чрескожных вмешательств из мини доступа под УЗ-контролем была следующей: все манипуляции выполнялись под внутривенным кетоналовым обезболиванием. Перед вмешательством проводили УЗИ, определяли место выполнения минилапаротомии, соблюдая принципы антипаразитарности, пунктировали кисту или же полость, эвакуировали жидкость, по ходу иглы расширяли рану, санировали и дренировали полости полихлорвиниловыми дренажами. Антипаразитарную обработку остаточной полости осуществляли раствором бетаденом с экспозицией 15 минут. Сроки дренирования полостей составили в среднем 16,8+4 дней.

Результат и обсуждения

После миниинвазивных вмешательств у двух больных по поводу реактивного плеврита выполнены пункционные способы извлечения жидкости из плевральной полости. Других осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не наблюдали. Больным с рецидивными ЭП в послеоперационном пери-

оде проводили химиотерапию альбендазолом в дозе 10-12 мг/кг/сутки, рекомендованная ВОЗ (1983).

Проведенный анализ результатов хирургического лечения множественного эхинококкоза печени у больных показал, что интраоперационные осложнения не столь значительны - 4,2%. Отмечены явные преимущества наружного дренирования неуменьшенной фиброзной полости перед вариантами дренирования уменьшенной полости (оментопластика, капитонажный и инвагинационные способы).

Выводы

Таким образом, наиболее эффективными методами оперативного лечения МЭП следует считать идеальную эхинококкэктомию, цистперицист-эктомию, при которых риск рецидирования заболевания сведены к нулю, а из открытых методов эхинококкэктомии - наружное дренирования остаточной полости с неоднократной обработкой остаточной полости бетаденом. Что касается эхинококкэктомии печени из мини доступа создаются благоприятные условия для соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности, являясь малотравматичной операцией - сокращает сроки пребывания больного в стационаре, отсутствие каких-либо осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахметов Д.Г. Радикальные операции при гидатидозном эхинококкозе печени "Анналы хирургической гепатологии", 2007, т. 12, №3, с.41.
2. Шевченко Ю.Л., Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Хирургия 2007, с.49-55;
3. Шангереева Р.Х. "Хирургическое лечение множественного эхинокок-коза печени у детей", 2005г.
4. Азиззода З.А., Курбонов К.М., Ризоев В.С. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени // Вест. Авиц. - 2019. - Т. 21. - № 1. - С. 116-120. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-116-120
5. Амонов Ш.Ш., Рахмонов Д.А., Файзиев З.Ш. и др. Современные аспекты диагностики хирургического лечения эхинококкоза печени / Вест. Авиц. - 2019. - Т. 21. - № 3. - С. 480-488. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-3-480-488
6. Мирходжаев И.А., Комилов С.О. Хирургическое лечение эхинококкоза печени, легких на фоне беременности. Проблемы биологии и медицины, 2019, №4.2, с.80-82.
7. Масленникова Н.А., Тихонова Е.П., Михайлова Л.А. Клинические аспекты проявления эхинококкоза печени // Современные проблемы науки и образо-вания.-2018-№5-URL: http: // www.scins-education.ru|ru-articule-viev.id-27998.
8. Shamsiev J.A., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S., Juraeva F.F. Results of surgical tratment of Live Echinococcus // Eur. Sci. Rev. - 2018. - № 7 (29). - P. 49-54.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616-089.168-06:616.441-008.64

ГНОЙНЫЕ РАНЫ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Курбанов О.М., Болтаев Т.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Проведен ретроспективный анализ клинического течения гнойных ран, сопутствующих тиреотоксикозом на фоне сахарного диабета (СД) и оценка нарушений белкового обмена у данной категории больных. У 104 (16,8%) из 619 пациентов, получавших лечение в клинической базе БухГосМИ был диагностирован тиреотоксикоз в сочетании с СД. В результате проведенного исследования у пациентов с гнойными ранами сопутствующих тиреотоксикозом на фоне СД наблюдается выраженное нарушение белкового обмена, которая отрицательно влияет на течение раневого процесса. Своевременная коррекция гормональных нарушений при тиреотоксикозе и гипергликемии приводит к лучшим результатам лечения. Таких пациентов необходимо лечить совместно с эндокринологом.

Ключевые слова: гнойные раны, сахарный диабет, тиреотоксикоз, клиническое течение, лечение.

PURULENT WOUNDS IN PATIENTS WITH THYROTOXICOSIS ON THE BACKGROUND OF DIABETES MELLITUS

Kurbanov O.M., Boltaev T.Sh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

A retrospective analysis of the clinical course of purulent wounds concomitant with thyrotoxicosis against the background of diabetes mellitus (DM) and an assessment of protein metabolism disorders in this category of patients was carried out. In 104 (16.8%) of 619 patients who received treatment at the clinical base of BukhGosMI, thyrotoxicosis was diagnosed in combination with diabetes mellitus. As a result of the study, in patients with purulent wounds concomitant with thyrotoxicosis against the background of diabetes, a pronounced violation of protein metabolism is observed, which negatively affects the course of the wound process. Timely correction of hormonal disorders in thyrotoxicosis and hyperglycemia leads to better treatment results. Such patients should be treated in conjunction with an endocrinologist.

Key words: purulent wounds, diabetes mellitus, thyrotoxicosis, clinical course, treatment.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ТИРЕОТОКСИКОЗ ФОНИДАГИ ЙИРИНГЛИ ЖАРОХАТЛАР ҲОЛАТИ

Курбанов О.М., Болтаев Т.Ш.,

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Йирингли булган беморларнинг тиреотоксикоз ва қандли диабет (ҚД) касаллиги фонидаги клиник кечиши ва оқсил алмашинувининг бузилишини ўргандик. БухДавТИ клиник базасида йирингли жарохат билан даволанган 619 бемордан 104(16,8%) да тиреотоксикоз ва ҚД касаллиги аниқланган. Изланишлар натижасида тиреотоксикоз хамда ҚД касаллиги бор беморларда йирингли йирингли жарохатларнинг узига хос клиник кечиши ва оқсил алмашинувининг бузилиши кузатилади бу эса йирингли жарохатларнинг битиш жараёнига салбий таьсир курсатади. Қандли диабетда кузатиладиган гипергликемияни ва тиреотоксикоздаги гормонал узгаришларни уз вактида ростлаш яхши натижаларга олиб келади. Бу беморларни эндокринолог билан бирга даволаш зарур.

Калит сўзлар: йирингли жарохатлар, қандли диабет, тиреотоксикоз, клиник кечиши, даволаш.

Актуальность

Проблема изучения патогенеза и лечения ран и раневой инфекции на фоне сахарного диабета относится к числу наиболее важных разделов научной и практической медицины. Вопросы лечения ран и раневых инфекций достаточно отражены в научных трудах многих ученых(2;5) . Однако течение гнойных ран на фоне СД и сопутствующего с ним тиреотоксикоза является одной из актуальных задач современной гнойной хирургии. В последние годы участились случаи сочетанной патологии тиреотоксикоза с СД у больных гнойными хирургическими заболеваниями(7). В этом плане имеет важное значение течение раневого процесса у данной категории больных. Сложный патогенетический механизм развития СД имеет системный характер. С одной стороны нарушения микроциркуляции, ищемия, гипоксия тканей, развитие оксидативного нарушения в клетках при сахарном диабете (8;10), а с другой стороны нарушения гемодинамики, угнетение иммунной системы и нарушения обмена веществ при тиреотоксикозе отрицательно влияет на исход гнойных хирургических заболеваний. (1;4;11). Снижение сопротивляемости к инфекции и частое возникновение гнойно-воспалительных заболеваний у больных СД обусловлены нарушениями иммунологических и пластических процессов в тканях. В основе этого лежат дефицит инсулина оказывающие активное влияние на все метаболические процессы (5;8;10).

Всё это приводит к замедлению регенерации и репаративных процессов.

Щитовидная железа является органом эндокринной системы и помимо других функций, выполняет функцию поддержки гомеостаза в организме. При заболеваниях щитовидной железы происходит нарушение гормонального баланса(3;6). Действие тиреоидных гормонов на обмен белков зависит от концентрации гормонов. В малых концентрациях они оказывают анаболическое действие на обмен белков, повышают синтез белков и тормозят их распад, вызывая положительный азотистый баланс. В больших же концентрациях тиреоидные гормоны оказывают сильное катаболическое действие на белковый обмен, вызывая усиленный распад белков и торможение их синтеза(9;121).

Остаётся много вопросов, касающихся механизма воздействия обеих заболеваний на течение раневого процесса. Решение этих задач будет способствовать достижению лучших результатов в лечении гнойных ран при сочетанной патологии тиреотоксикоза и сахарного диабета. Исходя из этого цель исследования: Улучшение результатов лечения гнойных ран у больных сочетанной патологией тиреотоксикоза с сахарным диабетом, путем изучения нарушений белкового обмена.

Материал и методы

В клинической базе Бух ГосМИ, за период с 2009 по 2019 гг находились на стационарном лечении 619 больных гнойными ранами страдающих различными формами Сахарного диабета. Из них У 104 (16,8%) пациентов, был диагностирован тиреотоксикоз. Возраст больных варьировался от 20 до 64 лет, средний возраст которых составило 42 года. Мужчин-364(58,8%), женщин-255(41,2%). Обследованные больные распределены на следующие две группы I гр- 515 больных с гнойными ранами различных локализаций на фоне сахарного диабета без тиреотоксикоза. II гр - 104 больных гнойными ранами на фоне сахарного диабета и тиреотоксикоза, мужчин-47 (45,2%), женщин-57(54,8%).

Прогностический коэффициент (ПК) течения раневого процесса определяли по формуле М.Ф.Мазурик (1984):

$$ПК = \frac{ОБП\ (общий\ белок\ плазмы)}{ОБРО\ (общий\ белок\ раневого\ отделяемого)}$$

При уменьшении ПК ниже нормы (1,2-1,3) больным переливали белковые препараты с учетом показаний.

У всех больных в динамике, проводили pH - метрию раневого экссудата.

Математическая обработка полученных данных результатов проводилась методами вариационной статистики. Достоверность различий определялось с помощью критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $P < 0,05$.

Полученные данные обрабатывались с использованием стандартных статистических методов корреляционного анализа. Как видно из таблицы 1, в первой группе было 515 (83,2%) больных из них 307 (59,6%) мужчин и 208(40,4%) женщин в возрасте от 19 до 80 лет (средний возраст составил 48,4 2,1 лет). Во II группе - 47 (45,2%) и 57(54,8%) в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст составил 49,4 1,8 лет),

Таблица. 1.

Характеристика больных по полу и возрасту

Группы	**Возраст**										**Всего**
	до 19 лет		**20-44 лет**		**45-59 лет**		**60-75 лет**		**75 лет и более**		
	Муж	Жен	Муж	жен	Муж	Жен	Муж	жен	Муж	Жен	
I	14	8	112	81	143	92	23	18	15	9	515
II	2	3	15	17	16	21	11	12	3	4	104
Всего	27 (4,4%)		225(36,3%)		272(44%)		64 (10,3%)		31 (5%)		619

Большинство больных (74,4%) находились в наиболее трудоспособном возрасте. (от 20 до 59 лет). При этом отмечались следующие виды гнойных хирургических заболеваний: Абсцессы-127(20,5%), флегмоны различных локализаций 104(16,8%), гнойные заболевания мягких тканей различных локализаций (панариции, флегмоны кисти и стопы, флегмона промежности, гидраденит, гнойный лимфаденит, нагноившаяся киста копчика, нагноившийся эхинококк печени) -302(48,7%), послеоперационные гнойные раны - 86(13,4%) больных. Всем больным с гнойными хирургическими заболеваниями принимались традиционные методы лечения - вскрытие гнойного очага, санация раны и наложение водорастворимой мази под повязкой. Объем оперативных вмешательств заключалось во вскрытии, санации и дренировании гнойных полостей под общим обезболеванием с учетом анатомического расположения, размеров и стадии гнойного процесса. Всем больным проводился общепринятый комплекс обследования: клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки.

Результат и обсуждение

Снижение сопротивляемости к инфекции и частое возникновение гнойно-воспалительных заболеваний у больных СД обусловлены нарушениями иммунологических и пластических процессов в тканях. Гипергликемия и дефицит инсулина оказывают активное влияние на метаболические процессы, которые приводят к нарушению белкового обмена. Из общего числа больных (619) выявлен СД различной степени тяжести. Так из них у 214 (34,5%) больных СД легкой степени тяжести, у 315(50,8%) средней степени тяжести и у 90(14,5%) больных тяжёлой степени с осложнениями. Диабетический анамнез выявил, что из 619 пациентов сахарный диабет у 412 (66,5%) больных выявлен впервые, 207 (33,4%) больных имели 4 и

более года, средняя продолжительность заболевания составила 11 лет.

Степень тяжести		Гликемия (ммоль/л
Лёгкая степень	(214)	8,3 – 9,9
Средняя	(315)	10,1 - 16,7
Тяжёлая	(90)	16,7 – 20,5

и причина бывает неясной. Они могут быть одиночными, множественными, ограниченными, обширными и распространенными.

Все пациенты предъявляли жалобы на гипертермию от 38 до 41 градуса, озноб, общую слабость. Многих беспокоили боли в области гнойного очага.

Наряду с клиническими проявлениями проанализированы показатели гипергликемии. Одновременно у этих больных была выявлена стойкая гипергликемия и глюкозурия. У больных с легкой формой заболевания глюкозурия не возникала. При тяжелой форме сахарного диабета развитие гнойного процесса сопровождалось повышением температуры до 39-40 С. У некоторых больных сознание было затемнено. Гнойный процесс протекал с высокой гипергликемией, выраженной глюкозурией, кетонурией. Обнаруживались также выраженные функциональные нарушения со стороны почек и печени, значительное увеличение количества лейкоцитов в периферической крови и увеличение СОЭ. Показатели клинического анализа крови не всегда соответствовали морфологическим изменениям: у 18 пациентов (43 %) лейкоцитоз был ниже 9,0×10г/л, а у 14 больных (32 %) процент палочкоядерных форм не превышал 10, что в большинстве случаев было отмечено у больных пожилого и старческого возраста и, возможно, это связано с ареактивностью организма в этот период жизни и из за наличия сахарного диабета. Максимальные значения этих показателей у остальных больных достигали: лейкоцитоз - 26,4×10г/л, метамиелоциты - 2 %, палочкоядерных - 32 %, токсическая зернистость ++. Из биохимических показателей наиболее часто повышались показатели креатинина, мочевины, АЛТ и АСТ - у 27 больных (49 %). Показатели общего билирубина повышались у 113 пациентов (23,6%) до 25,8 мкмоль/л. Всё это приводит к замедлению регенерации и репаративных процессов в ране. Клинически при сочетании СД с тиреотоксикозом жалобы больных помимо связанных с основной патологией были на сердцебиение, временами чувство нехватки воздуха, застревание в горле, бессоницу, неврозность, слабость и быструю утомляемость. Нами распределены больные на три группы по клиническому течению: тиреотоксикоз легкой степени, средней степени тяжести и тяжёлой степени при сочетанной патологии с гнойными хирургическими заболеваниями и СД. При легкой степени тиреотоксикоза у больных гнойными хирургическими заболеваниями наблюдались нервная возбудимость, раздражительность, снижение работоспособности, потеря веса на 10=15%, постоянная тахикардия пульс до 100уд в 1минуту.Обмен веществ повышен на 30%, А/Д в пределах нормы.

При средней степени тяжести наблюдалось выраженная возбудимость, раздражительность, потеря веса на 20% и больше. Тахикардия пульс 100-120уд в 1мин. Основной обмен повышается на 30-60%.А/Д повышена 140/60ммртст.Офтальмопатия и выраженная потливость.

При тяжёлой степени зоба у больных гнойными хирургическими заболеваниями наблюдалось сильная возбудимость нервной системы, сильная раздражительность. Полная потеря работоспособности. Потеря веса на 50%,тахикардия пульс больше 120уд в 1мин, аритмия. Основной обмен повышается более 60%,сердечная недостаточность, пароксизмальная тахикардия. Поражение печени. Психозы, бред и галюцинации. Выраженная офтальмопатия. Большая разница систолического и диастолического давления, разница более чем на 40%.

Наряду с клиническими проявлениями проанализированы данные гормональных тестов щитовидной железы (таблица №2) у больных гнойными хирургическими заболеваниями сопутствующих эндокринными патологиями. При этом у больных с легкой степенью тиреотоксикоза особо выраженных гормональных нарушений не отмечалось. Однако при средней степени тяжести зоба снижение активности ТТГ (тиреотропный гормон) сопровождалось возрастанием уровня Т-3(трийодтиронин) и Т-4 (тироксин). Повышение активности антитиреопероксидазы (Анти ТПО) у этих больных свидетельствует о аутоиммунном характере заболевания т.е. угнетается иммунная система при тиреотоксикозе. Более выраженные гормональные нарушения отмечались при тяжелой степени зоба с тиреотоксикозом. Так, снижением активности ТТГ, уровень гормонов щитовидной железы Т-3 и Т-4 резко возрастали, одновременно наблюдалось повышение активности Анти ТПО.

Все эти нарушения усугубляли течение раневого процесса, что проявлялось в замедлении сроков очищения раны, переход раневого процесса от первого к второй фазе.

Эти нарушения усугублялись при сочетании сахарного диабета с тиреотоксикозом, так при увеличении ТТГ уменьшаются общий белок и общий билирубин ($r=-0.3$, $p<0.05$), а при увеличении Т4 и шлаки в крови (мочевина и креатинин: $r=0.3$ $p<0.05$, $r=0.4$, $p<0.05$ соответственно). В целом полученные данные соответствуют основным звеньям патогенеза обеих заболеваний (СД и тиреотоксикоз) табл.3.

Анализ данных выявил у больных как прямую, так и обратную зависимость показателей обмена от уровня гормонов ТТГ и Т4 в крови, что соответствует литературным данным. Наблюдается прямая зависимость между уровнем Т4 и показателями белкового обмена (мочевина, креатинин, общий белок), и обратная зависимость с ТТГ.

Таким образом, у лиц, страдающих тиреотоксикозом на фоне СД, происходят значительные изменения в обмене веществ. В частности, это касается показателей углеводного обмена (глюкоза), белкового (мочевина, креатинин, общий белок) и жирового (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, потеря

Степень тяжести	Клиника	Лабораторные тесты
Легкая (67)	Нервная возбудимость, раздражительность, потливость. Работоспособность снижена, постоянная тахикардия, пульс до 100 уд в 1мин. Потеря веса на 10-15%. Обмен веществ повышается на 30%. А/Д не меняется или слегка повышена. Офтальмопатии нет.	Т-3 своб; 1,5 – 3,0 нг/дл Т-3 общ: 0,8 – 2,5 нг/дл Т-4 своб: 0,8 -2,5 нг/дл Т-4 общ: 4,4 – 11,0 г/дл ТТГ : 0,3 – 4,0 ммЕ/л Анти ТПО: 0 – 34 Е/мл.
Средней тяжести (31)	Выраженная нервная возбудимость, раздражительность, выраженная потливость. Работоспособность снижена, постоянная тахикардия пульс до 120уд в 1мин. Потеря веса на 20% и больше.Обмен веществ повышается на 60%. А/Д повышается 140/60мм рт.ст. повышена. Офтальмопатия.	Т-3 своб; 3,0 – 3,5 нг/дл Т-3 общ: 2,5 – 3,0 нг/дл Т-4 своб: 2,5 -3,0 нг/дл Т-4 общ: 11,0 – 11,5 нг/дл ТТГ: 0,1 – 0,2 ммЕ/л Анти ТПО: 34 - 36 Е/мл.
Тяжёлой степени (6)	Сильная возбудимость нервной системы, сильная раздражительность, выраженная потливость. Полная потеря работоспособности, снижена, постоянная тахикардия, пульс более 120 уд в 1мин, аритмия, сердечная недостаточность, пароксизмальная тахикардия. Поражение печени. Психозы, галлюцинации. Потеря веса на 50%, основной обмен повышается более 60%. Разница между систолическим и диастологическим А/Д состовляет более 40%. Выраженная офтальмопатия.	Т-3 своб; боле 3,5 нг/дл Т-3 общ: более 3,0 г/дл Т-4 своб: более 3,0 г/дл Т-4 общ:более 11,5 г/дл ТТГ: 0,03 и ниже ммЕ/л Анти ТПО: выще 36 МЕ/мл.

Таблица 3

Сравнительная динамика показателей ПК по Мазурику (белок + экссудаты) и заживление раны 1-2 группы больных

Группа болных	Общ.бел.в крови г/л	Бел.экссудат. г/л	ПК по М.Ф.Мазурику	сутки	сутки
				Перех II-фаза	Перех III-фаза
I-гр (515)	68,1±2,8*	56,9±1,8	1,1±0,02*	6	13
II-гр (104)	57,5±3,1	56,5±0,02*	1,0±0,03*	9	17

Примечание: * - р 0,05- показатель достоверности.

веса). Подобные сдвиги можно объяснить прежде всего исходя из влияния тиреоидных гормонов и гипергликемии на обменные процессы в организме. Что в свою очередь отрицательно влияет на течение раневого процесса. Главным образом это отражается в замедлении заживления раны на 3,4 сутки чем у больних с гнойными ранами на фоне СД без тиреотоксикоза.

Улиц II-гр, страдающих тиреотоксикозом и сахарным диабетом общий белок крови резко снижается до 57,5г/л, а потеря белка с экссудатом из раны увеличивается,что составила 56,5г/л. Тогда, как в I - гр по сравнению с II-гр уровень этих показателей нарушены в меньшей степени. В результате на 6 сутки происходит переход раневого процесса на вторую фазу,а на 13 сутки возникает переход на третью фазу заживления у первой группы больных. Во второй группе больных страдающих одновременно СД и тиреотоксикозом, сроки заживления раны замедляются. Как видно в таблице переход на вторую фазу происходит на 9 сутки, а переход на третью фазу заживления происходит на 17 сутки. Всё это связано с отрицательным влиянием обеих сопутствующих патологий на заживление раневого процесса, вследствие нарушения белкового обмена.

Выводы

1. Показатели, характеризующие белок крови и потеря белка с экссудатом из раны по Мазурику у больных тиреотоксикозом на фоне сахарного диабета, находятся в тесной взаимосвязи с уровнями гипергликемии и гормонов ТТГ, Т4 в крови.

2. Сроки заживления раны у больных тиреотоксикозом на фоне СД замедляются чем у больных с гнойными ранами сопутствующих только одним СД.

3. Необходимо в дальнейшем разработать пути коррекции нарушений белкового обмена у больных гнойными ранами с тиреотоксикозом на фоне сахарного диабета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арсланбекова Абаханум Чопановна. Состояние микроциркуляции у больных с заболеваниями щитовидной железы и их коррекция: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.05 / Арсланбекова Абаханум Чопановна; [Место защиты: ГОУВПО "Дагестанская государственная медицинская академия"]. - Махачкала, 2008. - 127 с.: ил.
2. Ахмедов Р.М., Сафоев Б.Б. Гнойно - некротические поражения нижних конечностей. Монография. 2010.с.109.
3. Багатурия.Г.О; Комбинированные хирургические вмешательства при запущенном раке щитовидной железы. Вестник хирургии. 2009г №5с.31-34. Г.О.Багатурия.
4. Бельцевич Д.Г. и (соавторы)Проект: клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба (новая редакция 2015 года). Эндокринная хирургия. - 2015. - №1 - с. 15-21.
5. Богун Л.В. Инфекции у больных сахарным диабетом. журн." Болезни и антибиотики" №1. 2009с.31-35.
6. Бутырский А.Г., Хилько С.С., Влахов А.К., Бобков О.В., Скоромный А.Н., Фомочкин И.И., Гринческу А.Е. Диагнос-

тика и хирургическое лечение заболеваний щитовидной и паращитовидных желез. Симферополь-2018г с. 31.
7. Курбанов О.М., Шаропова М.С., Сафоев Б.Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ. журн. Тиббиётда янги кун 2020. №2.с.532-535
8. Курбанов О.М.Особенности течения гнойных хирургических заболеваний при сахарном диабете. журн.Тиббиётда янги кун 2020. № 2.с.167-170.
9. Якубовский, С.В. Г.Г. Кондратенко, И.И. Попова Использование сукцинатсодержащих препаратов в комплексном лечении пациентов с диффузным токсическим зобом. // УО Белорус. гос.мед. ун-та. Клиническая медицина. - 2014. - № 8. - С. 50-53.
10. Сафоев Б.Б., Рахимов А.Я. Критическая ищемия нижних конечностей и диабетическая стопа. Монография. 2019г. С.321.
11. BrixT., HansenP. KyvikR. etal. Cigarette smoking and risk of clinically overt thyroid disease a population based twin case - control study // J.Endocrinol. Invest. - 1999. - Vol.22. - №6, Suppl. - P.22.
12. Diekman, M.J. Changes in plasma low-density lipoprotein and high-density lipoprotein cholesterol in hypo- and hyperthyroid patients are related to changes in free thyroxine, not to polymorphism in LDL receptor on cholesterol ester transfer protein genes / M.J. Diekman, N. Anghelescu, E. Endert et al. / / J. Clin. Endocrinol, and Metabolism. - 2000. - Vol. 85. - P. 1857-1862.

Поступила 09.11.2020

УДК 617.576-002.3-089

ПРИМЕНЕНИЕ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИСТИ

Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Актуальность данной темы обусловлена преимущественным поражением функционально активной правой верхней конечности, а также неудовлетворительной организацией хирургической помощи на до стационарном этапе лечения. По некоторым современным данным частота панарициев и флегмон кисти колеблется от 15 - 18% до 20 - 30%.

Цель: улучшение результатов лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти путем применения абактериальной среды в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 62 больных с острыми гнойными хирургическими заболеваниями кисти, они были условно разделены на 2 группы. В I-ую группу сравнения включены 33 больных, которым использовался традиционный метод лечения, включавший хирургическую обработку гнойного очага с последующей санацией раны 25% раствором димексида. Во II-ой (основной) группе 29 пациентам дополнительно в соответствии с задачами исследования проводилось воздействие абактериальной среды на гнойный очаг по 8 часов 2 раза в сутки.

Заключение: разработанный метод дополнительного воздействия на гнойную рану абактериальной среды 25%-ным раствором димексида ускорил переход раневого процесса во 2-ю фазу и сократил сроки амбулаторного лечения на 4-5 суток.

Ключевые слова: гнойные заболевания кисти, димексид, абактериальная среда.

ПАНЖА СОҲАСИ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА АБАКТЕРИАЛ МУҲИТНИ ҚЎЛЛАШ

Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш.,

Бухаро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ушбу мавзунинг долбзарблиги меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида касалланиш даражаси юқори бўлганлиги, кўп ҳолларда функционал ўнг қўлнинг шикастланиши, шунингдек стационаргача бўлган тиббиёт хизматнинг мукаммал бўлмаганлиги билан боғлиқ. Айрим замонавий манбаларга қараганда панжа соҳаси панарицияси ва флегмонаси 15 - 18% дан 20 - 30% гача оралиқ соҳаларида учрайди.

Тадқиқод мақсади: амбулатория шароитида абактериал муҳитни қўллаган ҳолда, қўлнинг йирингли жарроҳлик касалликларига чалинган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва услублар: қўл панжа соҳаси ўткир йирингли жарроҳлик касалликлари билан касалланган 62 беморни даволаш натижаларини таҳлил қилишда шартли равишда 2 гуруҳга бўлинди. I таққослаш гуруҳига 33 беморга анъанавий даволаш, II асосий гуруҳдаги 29 беморга эса тадқиқот вазифаларига асосланиб қўшимча абактериал муҳит таъсири 8 соатдан кунига 2 маҳал қўланилди.

Хулоса: ишлаб чиқилган димексиднинг 25% ли эритмаси билан абактериал муҳитнинг йирингли жароҳатга қўшимча таъсир ўтказиш усули жароҳатни битиш жараёнини 2-фазасига ўтишини ва амбулатория даволаниш вақтини 4-5 кунга тезлаштирди.

Калит сўзлар: қўлнинг йирингли касаллиги, димексид, абактериал муҳит.

APPLICATION OF THE ABACTERIAL MEDIA IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULENT SURGICAL DISEASES OF THE BRUSH

Latipov O.Z., Safoev B.B., Boltaev T.SH.,

Buxara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The relevance of this topic is due to the high morbidity among the working-age population, the predominant lesion of the functionally active right upper limb, as well as the unsatisfactory organization of surgical care at the pre-inpatient stage of treatment. According to some modern data, the frequency of panaritium and phlegmon of the hand ranges from 15 - 18% to 20 - 30%.

Objective: to improve the results of treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand by using an abacterial environment on an outpatient basis.

Materials and Methods: the analysis of the results of treatment of 62 patients with acute purulent surgical diseases of the hand was conventionally divided into 2 groups. The I-th group of comparison included 33 patients who used the traditional method of treatment, which included surgical treatment of a purulent focus with subsequent debridement of the wound with 25% Dimexide solution. In the second (main) group, 29 patients additionally, in accordance with the objectives of the study, were additionally exposed to the abacterial environment on the purulent focus for 8 hours 2 times a day.

Conclusion: the developed method of additional impact on a purulent wound of an abacterial environment with a 25% solution of Dimexide accelerated the transition of the wound process to the 2nd phase and the terms of outpatient treatment by 4-5 days.

Key words: purulent diseases of the hand, Dimexide, abacterial environment.

Актуальность

В современной хирургической практике острые гнойно-воспалительные заболевания кисти занимают одно из ведущих мест, как по частоте встречаемости, так и по общему числу времени нетрудоспособности пациентов [5,6,7]. Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей у впервые обратившихся за хирургической помощью больных, удельный вес гнойных заболеваний кисти составляет, по данным современных Российских и зарубежных авторов, от 8 до 30% [10].

Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности представляют собой серьёзную медико-социальную проблему. Актуальность данной темы обусловлена преимущественным поражением функционально активной правой верхней конечности, а также неудовлетворительной организацией хирургической помощи на до стационарного этапа лечения. Острые гнойные заболевания кисти в хирургической практике занимают одно из ведущих мест [1,4]. По данным некоторых авторов частота панарициев и флегмон кисти колеблется от 15 - 18% до 20 - 30%. Большое значение в развитии гнойной инфекции, кроме микротравмы, имеет бактериальная флора рук. Она изменчива в зависимости от условий внешней среды, профессии и конкретных видов работы. По общему мнению исследователей возбудителем гнойной инфекции кисти чаще всего является стафилококк. Наряду с нарушением функции пальцев и кисти перечисленные особенности течения патологического процесса при гнойных заболеваниях кисти резко снижают эффективность и качество профессиональной деятельности у лиц "опасных" профессий, связанных с физическим трудом [9,10]. Постоянное повышение требований к качеству подготовки, физическим кондициям и функциональному состоянию пациентов, в случаях развития у них нагноительных заболеваний конечностей и выведения этих пациентов из строя, диктует потребность в их своевременной адекватной хирургической и медикаментозной коррекции, а также ранней полноценной реабилитации. Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей гнойные заболевания кисти занимают первое место, составляя до 15% от всех впервые обратившихся к хирургу больных [2,4,5].

Как доказано многими исследованиями основная причина этиологии гнойных заболеваний кисти принадлежит стафилококкам, в меньшей степени другая микрофлора (стрептококки, синегнойная палочка, протей и др.). Контаминация происходит в результате мелких повреждений: колотые раны о проволоку, древесную щепу, металлическую стружку, рыбью кость, а также ссадины, мозоли, трещины кожи и пр. [6,7]

Дополнительные методы физического воздействия на раневую инфекцию, такие как лазерное облучение, лечение в абактериальной среде, применение вакуумной и гидровакуумной обработки ран, гипербарическая оксигенация и другие методы в изолированном виде не всегда являются достаточно эффективными, требуют весьма дорогостоящего оборудования и подготовленных специалистов, что ограничивает их широкое использование [3,8].

Для повышения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам традиционно используется раствор димексида (диметилсульфоксид, ДМСО), обладающий бактериостатическим и бактерицидным действием. Димексид, помимо бактериостатического, а для ряда бактерий и бактерицидного действия, обладает способностью повышать чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам [3,9]. Он способен проводить транскутанно лекарственные препараты, создавать их депо в тканях и применяется в составе местной антибактериальной терапии. Уже современными исследованиями доказана его антиадгезивная активность, способность снижать факторы вирулентности стафилококка и синегнойной палочки и ингибировать образование биопленок [2,3,8,9].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти путем применения абактериальной среды в амбулаторных условиях.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 62 больных с острыми гнойными хирургическими заболевания-

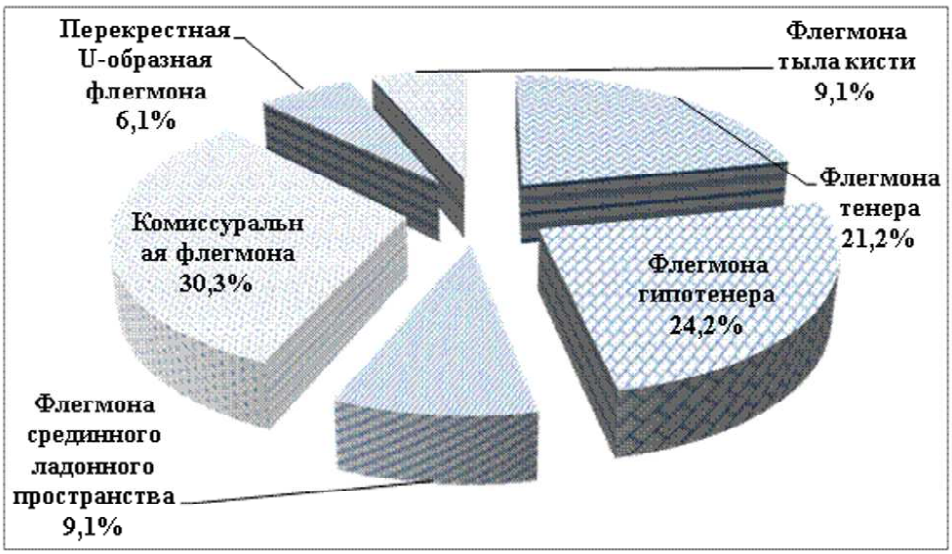


Рис. 1. Разновидность гнойных хирургических заболеваний кисти больных I группы (n=33)

ми кисти различной этиологии, поступивших в хирургическую клинику Бухарского Государственного медицинского института. Больные были условно разделены на 2 группы. В I-ую группу сравнения были включены 33 больных, которым использовался традиционный метод лечения, включавший хирургическую обработку гнойного очага с последующей санацией раны 25% раствором димексида. Проводилась, также системная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из ран, дезинтоксикационная терапия и симптоматическое лечение. Во II-ой (основной) группе 29 пациентам дополнительно в соответствии с задачами исследования дополнительно проводилось воздействие абактериальной среды гнойного очага по 8 часов 2 раза в сутки.

В I группе из 33 (42,3%) больных имелись гнойные заболевания кисти в виде флегмона тенара 7 (21,2%), флегмона гипотенара 8 (24,2%), флегмона

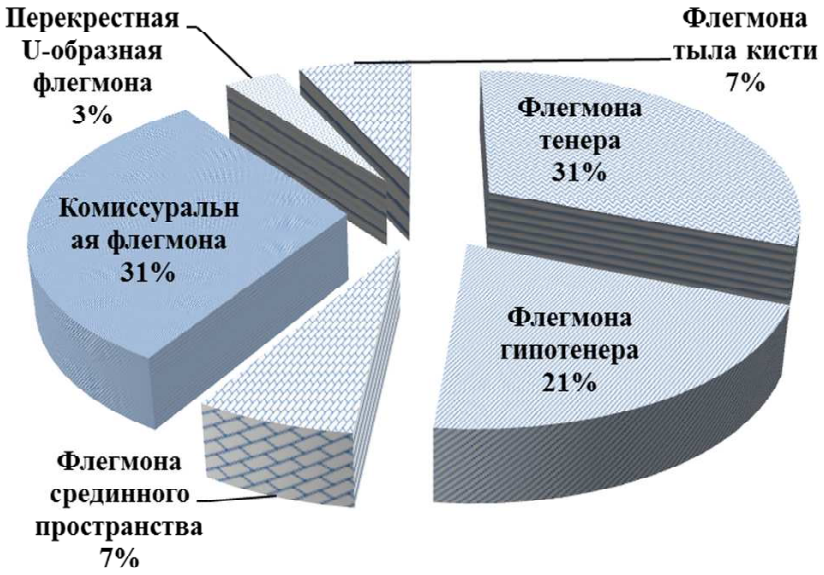


Рис. 2. Разновидность гнойных хирургических заболеваний кисти больных II группы (n=29)

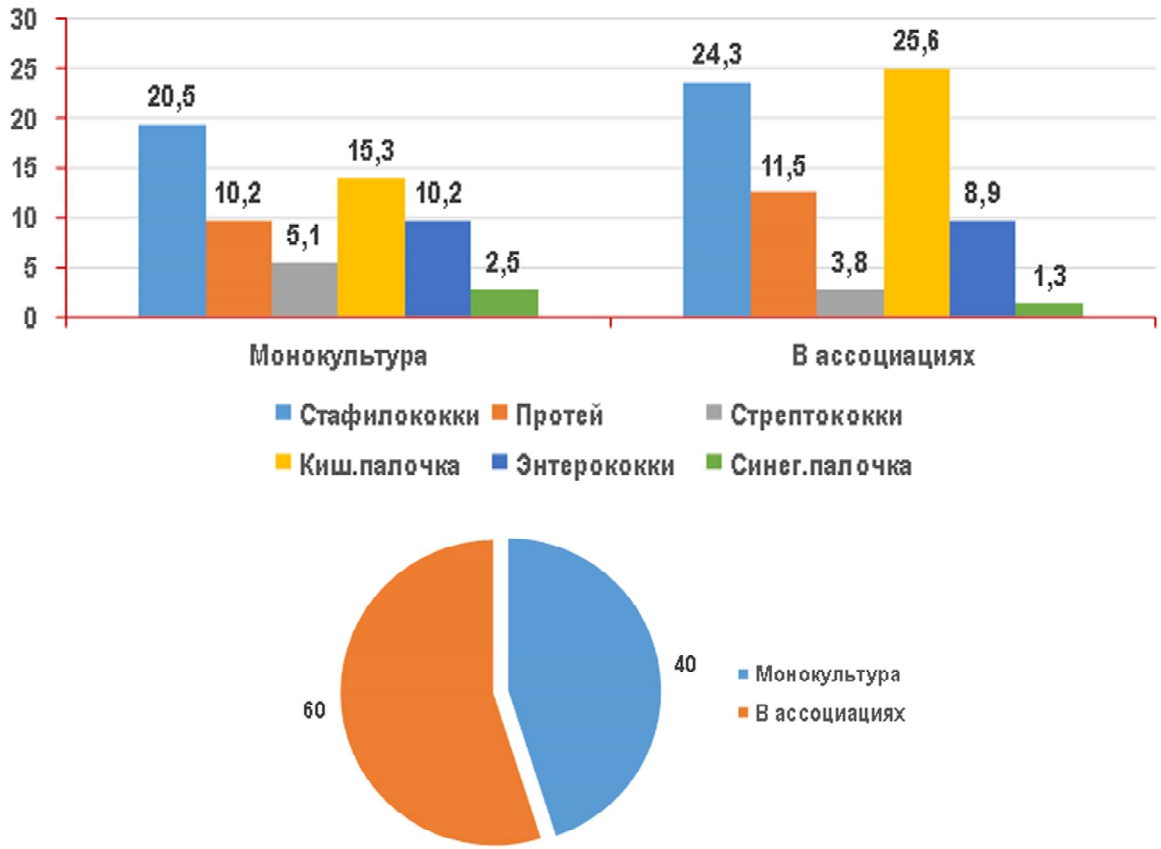


Рис. 3. Видовой состав микрофлоры, высеянных их экссудата инфицированных ран больных с гнойными хирургических заболеваниями кисти (n=62)

срединного ладонного пространства (надподапоневротическое) 3 (9,1%), комиссуральная флегмона (мозольный абсцесс) 10 (30,3%), перекрестная (U-образная флегмона) 2 (6,1%), флегмона тыла кисти (надподапоневротическая) 3 (9,1%), после различных этиологических факторов рисунок 1.

У 29 (41,4%) больных II группы имелись гнойные заболевания кисти в виде флегмона тенара 9 (31,1%), флегмона гипотенара 6 (20,7%), флегмона срединного ладонного пространства (надподапоневротическое) 2 (6,9%), комиссуральная флегмона (мозольный абсцесс) 9 (31,1%), перекрестная (U-образная флегмона, флегмона тыла кисти (надподапоневротическая) 1(3,4%), фурункул (карбункул) тыла кисти 2 (6,7%) после различных этиологических факторов рисунок 2.

Важным характерным критерием оценки раневого процесса явилось выявление количество микробной обсемененности, определение видового состава микрофлоры. Выявленный видовой состав микрофлоры, высеянной из экссудата инфицированных ран у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти, представлен на рисунке 3.

В большинстве случаев у 29 пациентов высеявался патогенный стафилококк, из них у 12 (19,3%) в виде монокультуры и у 17 (27,4%) в ассоциациях. В 23 наблюдениях высеявалась кишечная палочка, которая в 9 (14,5%) случаях присутствовала в виде монокультуры и в 14 (22,5%) в составе микробных ассоциаций. Следующим по частоте выявляемости был протей - 13 наблюдений, высеянный 6 (9,6%) случаях в виде монокультуры и в 7 (11,2%) в составе микробных ассоциаций. Далее следовали энтерококки, обнаруженные в 12 наблюдениях, по 6 (9,6%) в виде монокультуры и ассоциаций соответственно, стрептококки в 5 наблюдениях, 3 (4,8%) - монокультуры и 2 (3,2%) в ассоциации. Синегнойная палочка высеяна у 1 (1,6%) пациента в виде монокультуры и у 1 (1,6%) в составе микробных ассоциаций.

У пациентов обеих групп изучены показатели качественного и количественного анализа микрофлоры ран в динамике, степени интоксикации, сроки очищения и заживления ран.

Результат и обсуждение

В I-ю группу сравнения вошли 33 больных с острыми гнойными хирургическими заболеваниями кисти. У всех пациентов при поступлении имелись явления общей интоксикации - легкой и средней степени тяжести. Параллельно с общей симптоматикой, отмечали местные проявления воспалительного процесса - гиперемия, отечность и инфильтрация тканей в области раны. Более 85 % больных поступили в сроки от 2 до 6 суток после начала заболевания.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти I группы сравнения выявили нижеследующие изменения (табл. 1). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем 39,1 0,290С. Содержание лейкоцитов в крови было равно в среднем 10,1 0,51 х 109/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,216 0,011ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

Таблица 1.

Динамика показателей интоксикации у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти I группы сравнения (n=33)

Показатели	Время наблюдения				
	1 день	3 день	5 день	7 день	10 день
t^0 тела	39,1±0,29	37,9±0,16*	37,5±0,16*	36,9±0,14	36,6±0,12*
L крови $\times 10^9$/л	10,1±0,51	8,9±0,42*	8,2±0,34	7,1±0,24	6,4±0,32
МСМ ед	0,216±0,011	0,162±0,006**	0,157±0,008	0,135±0,003**	0,106±0,007***
ЛИИ ед	2,4±0,11	2,1±0,08*	1,8±0,06	1,5±0,05	1,3±0,04***
СОЭ мм/ч	48,7±1,64	39,6±1,47*	34,3±1,21*	28,6±1,14***	18,4±0,62***

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующими критериями оценки динамики раневого процесса у больных, были pH раневой среды, процент уменьшения площади раневой поверхности и показатели ПК по М.Ф.Мазурику (табл. 2).

Лишь к десятым суткам лечения pH раневой среды становился нейтральным. Уменьшение площади раневой поверхности за сутки стало равным 3,4 0,17%. Прекратилось выделение экссудата из раны, что, на наш взгляд, обусловлено переходом раневого процесса от 1-й ко 2-й фазе.

Динамический контроль уровня микробной обсемененности гнойных ран у больных данной подгруппы выявил следующее: в момент поступления микробная обсемененность, в среднем, составила 108 мт/г, в следующие сутки, после хирургической обработки раны с наложением мазевой повязки, ее значения составили 105 мт/г. К пятым-шестым суткам комплексного лечения у этих больных степень микробной обсемененности была ниже критического уровня и составила 102мт/г ткани.

Таким образом, у больных группы сравнения отмечено очищение раны от инфекции лишь к 5,5-м суткам, начало появления грануляций - к 7-м суткам, начало эпителизации - к 10-м суткам. Биохимические показатели раневого экссудата нормализуются только к 10-м суткам лечения.

При традиционном методе лечения больных I группы с гнойными хирургическими заболеваниями кисти, средняя продолжительность амбулаторного лечения составило 13,5+-0,8 дня.

Во II (основную) группу вошли 29 больных с острыми гнойными хирургическими заболеваниями кисти, которым в день поступления выполнена хи-

Таблица 2.

Динамика биохимических показателей и скорости заживления раны у больных I группы сравнения (n=33)

Показатели	Время наблюдения				
	1 день	3 день	5 день	7 день	9-10 день
pH раневой среды	4,3±0,14	4,6±0,11	5,4±0,16***	5,8±0,27	6,9±0,29***
Процент уменьшения площади раневой поверхности	0	1,2±0,04***	2,4±0,03***	2,9±0,16***	3,4±0,17
Белок экссудата раны (г/л)	59,6±1,64	57,1±1,49	48,1±1,28***	44,7±1,14	-
Общий белок крови (г/л)	62,7±2,39	66,2±1,74	69,6±1,74	71,3±1,66	74,5±3,43
ПК по М.Ф.Мазурику	0,9±0,03	1,2±0,04**	1,3±0,05***	1,5±0,04*	-

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

рургическая обработка гнойного очага (также носившая условно радикальный характер). Затем применяли дополнительно лечение раны в абактериальной среде с использованием 25% раствора димексида.

Абактериальная среда создавалась с использованием стерильной резиновой хирургической перчаткой, при этом размер перчатки подбирали на 2 номера больше кисти пациента. Просвет перчатки заполняли 25%-ным раствором димексида до верхней границы пальцев, в последующем погружали туда пораженную кисть больного. Верхнюю часть перчатки герметично фиксировали на нижнюю часть предплечья с помощью фиксирующего материала.

Динамический контроль уровня интоксикации организма больных II группы выявил значительно ускоренный темп нормализации показателей, чем у больных группы сравнения. Как свидетельствуют данные таблицы 3, на 3-4 сутки лечения остальные показатели интоксикации: МСМ, L-крови, ЛИИ снизились почти до нормальных цифр, на 5-е сутки лечения, за исключением СОЭ крови, достоверно нормализовались. При дальнейшем лечении с применением абактериальной среды 25%-ым раствором диметилсульфоксида, к 9-10 суткам СОЭ крови также имела нормальные показатели.

Таким образом, сопоставляя показатели интоксикации организма больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти группы сравнения, предыдущей I группы выявили, что температура тела больных, L - крови, ЛИИ и МСМ у больных II группы на 3-4 сутки лечения соответствовали 7-8 суткам группы сравнения, т.е. при применении местной абактериальной среды 25%-ным раствором димексида, показатели интоксикации регрессировали на 3-4 дня раньше, чем в группе сравнения (табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей интоксикации у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти II группы (n=29)

Показатели	Время наблюдения				
	День поступления	3-й день	5-й день	7-й день	10-й день
t^0 тела	38,9±0,08	37,3±0,07***	36,7±0,08***	36,6±0,08	36,5±0,09
L- крови·10^9/л	9,8±0,38	7,0±0,32***	6,2±0,34*	5,6±0,18	5,7±0,26
МСМ ед	0,218±0,012	0,121±0,007***	0,093±0,004*	0,082±0,004***	0,072±0,005
ЛИИ ед	2,7±0,14	1,3±0,07***	0,9±0,05***	0,7±0,03	0,5±0,04***
СОЭ мм/ч	49,8±2,24	28,5±1,4***	18,4±0,85***	11,6±0,44***	6±0,34***

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Динамический контроль pH раневой среды, процент уменьшения раневой поверхности и показатели ПК белка по М. Ф. Мазурику выявили следующее (табл. 4).

Уже к 6-7 суткам pH раневой среды был достоверно нейтральным. Суточное уменьшение площади раневой поверхности составило 3,3±0,12%. Следует отметить, что нормализация указанных показателей раневого процесса у больных группы сравнения наблюдалась лишь на 10 сутки лечения. Как показывает наше исследование, при применении местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, уже к 6 суткам лечения все показатели pH раневой среды и скорости заживления ран нормализовались. На наш взгляд, это, в основном, обусловлено положительным эффектом комплексного лечения с применением местной абактериальной среды с 25%-ным раствором димексида.

Изучение динамики обсемененности ран на фоне комплексного лечения и применение местной абактериальной среды 25%-ным раствором димексида показало, что в момент поступления степень обсемененности была как у больных группы сравнения, т.е. достаточно высокой, в среднем составив 108 мт/г. Но в динамике на фоне комплексного лечения после хирургической обработки, применение местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, на следующие сутки микробная обсемененность ран снизилась до 103 мт/г и уже на 3 сутки лечения эти цифры были ниже критического уровня и

Таблица 4.

Динамика биохимических показателей и скорости заживления ран у больных II группы

Показатели	Время наблюдения				
	День поступления	3 день	5 день	7 день	10 день
pH раневой среды	4,1±0,24	5,6±0,28***	6,7±0,34*	7,1±0,38	7,1±0,38
% уменьшения раневой поверхности	0	2,4±0,14***	3,2±0,16***	3,3±0,12	3,9±0,21
Белок экссудата раны (г/л)	54,7±2,62	43,6±2,28**	38,8±1,39**	-	-
Общий белок крови	64,7±1,32	69,7±3,64	71,8±3,25	72,1±2,28	76,2±3,35
ПК по М.Ф. Мазурику	0,9±0,04	1,4±0,07***	1,6±0,06***	-	-

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

соответствовали 102 мт/г ткани. Следует отметить, что подобные явления у больных группы сравнения достигались только на 4-5 сутки лечения.

На фоне комплексного лечения гнойных хирургических заболеваний кисти с применением местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, сроки очищения ран от инфекции сократились до 2,0±0,5 дней, что у больных группы сравнения отмечено лишь на 5,5±0,5 сутки.

Рассасывание инфильтрата отмечалось через 2,0±0,3 дня. Появление грануляций наблюдалось, в среднем, на 3,0±0,5 день, эпителизации к 5,3±0,3 дню. Сравнение этих показателей выявило, что при комплексном применении местной абактериальной среды 25%-ным раствором димексида сроки рассасывания инфильтрата у больных II группы достоверно опережают данные группы сравнения на 2 дня, появление грануляции на 3-4 дня, начало появления эпителизации на 4-5 суток.

Применение местной абактериальной среды 25%-ным раствором димексида ран в комплексном лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти способствовало полному очищению ран от инфекции уже к 2 суткам лечения. Ко 2-м суткам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг ран

Средняя продолжительность лечения больных IIой группы составила 8,5 0,8 дней.

Предложенный нами метод улучшает биохимические и цитологические показатели раневого экссудата, позволяет ускорить сроки очищения раны на 2 0,3 дня и сократить сроки пребывания в амбулаторном лечении больных основной группы на 5,0 0,7 дня по сравнению с группой сравнения.

Заключение

1. Применение абактериальной среды 25%-ным раствором димексида у больных с острыми гнойными хирургическими заболеваниями кисти является наиболее оптимальным, потому что способствует более быстрому и качественному очищению раневой поверхности от гнойно-некротических тканей и микробных тел, снижению показателей интоксикации и ускорению регенераторных процессов, что в совокупности позволяет сократить сроки их лечения и реабилитации.

2. С учетом результатов сравнительного анализа разработан оптимальный метод лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях путем местного применения абактериальной среды с 25%-ным раствором димексида.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеев М.С., Гаджикеримов Т.А. Опыт хирургического лечения больных с гнойно-воспалительной патологией кистевого сустава //Российский медицинский журнал, 2012.-N 5.-С.18-21
2. Болтаев Т.Ш., Сафоев Б.Б., Борисов И.В., Рахимов А.Я. Усовершен-ствование способа лечения гнойных ран больных с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей // Проблемы биологии и медицины. - 2019, №4.2 (115) - С. 261-264.
3. Болтаев Т.Ш., Сафоев Б.Б. Местное лечение гнойно-хирургических за-болеваний мягких тканей химическим препаратом диметилсульфоксидом и его сочетание с физическим методом лечения // Проблемы биологии и медицины. - 2020, №1 (116) - С. 27-31.
4. Крайнюков П.Е., Кокорин В.В., Колодкин Б.Б., Сафонов О.В. Этапы развития хирургии гнойной инфекции кисти и современные подходы к лечению // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. №3.
5. Кузин М.И., Костюченок Б.М. Раны и реневая инфекция. Руководство для врачей. М.: Медицина,1990; 591 с.
6. Петрушин А.Л. Опыт лечения осложненных форм панариция в условиях районной больницы / А.Л. Петрушин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2010. - № 1. - С. 47-50.
7. Рутенберг Д.Г. Гнойные заболевания верхней конечности: Авто-реф.дис□д-ра мед нак.-СПб, 2011.- 43с.
8. Сафоев Б.Б., Латипов О.З., Болтаев Т.Ш. Современные подходы к лечению гнойных заболеваний кисти в амбулаторных условиях (Обзор литературы) // Тиббиётда янги кун. - 2020, -№3(31). - С. 700-705.
9. Boltaev T.SH., Safoev B.B., Borisov I.B., Yarikulov Sh.Sh., Khasanov A.A., Rahmatov Sh.Sh., Rajabov V.B. Effectiveness of the application of the phys-ical method on a wound by plasma flow of argon in the complex treatment of patients with purious diseases of soft tissues // Asian Journal of Multidimensional Research. - 2019, №8(12), p.161-167.
10. Menendez ME, Ring D. Emergency Department Visits After Hand Surgery Are Common and Usually Related to Pain or Wound Issues.//Clin Orthop Relat Res. 2016 Feb;474(2):551-6.

Поступила 09.11.2020

УДК 616. -01/-099

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мавлонов Н.Х.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье рассмотрены проблемы касающиеся хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) которые в данное время затронуты не только в отношении лиц трудоспособного возраста, но и в более глобальном плане - для реальной и/или истинной оценки эпидемиологических ситуаций, возможностей профилактики. Имея ввиду то, что ХНИЗ по статистике заболеваемости и смертности занимают ведущее место в мире и пациенты пожилого и старческого возраста более привержены к данным патологиям имеется большая необходимость проведения данных исследований.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, профилактика, сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, болезни костно-мышечной системы.

СУРУНКАЛИ НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ УЮШМАГАН АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

Мавлонов Н.Х.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада сурункали ноинфекцион касалликларининг (СНК) тарқалишига оид маълумотлар таҳлил қилинади. СНК ҳозирги кунга келиб нафақат меҳнатга лаёқатли ёшда балки глобал миқёсда реал эпидемиологик ҳақиқий ҳолатни ўрганиш мақсадида барча ёш гуруҳларида изланишлар олиб борилишини ва профилактика қилиш имкониятларини таҳлил қилинишини талаб қилади. СНКдан ўлим кўрсаткичлари бўйича етакчи эканлиги ва кексалар ва қарияларнинг айниқса ушбу касалликларга мойил эканлигини инобатга олиниб ушбу изланишлар олиб борилди.

Калит сўзлар: сурункали ноинфекцион касалликлар, профилактика, юрак қон-томир касалликлари, сурункали респиратор касалликлар, суяк-мушак тизими касалликлари.

THE PREVALENCE OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG THE UNORGANIZED POPULATION OF ELDERLY AND SENILE AGE

Mavlonov N.X.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article deals with the problems related to chronic non-communicable diseases (NCDS) that are currently affected not only in relation to people of working age, but also in a more global sense - for a real and/or true assessment of epidemiological situations and prevention opportunities. Taking into account the fact that NCDS occupy a leading place in the world in terms of morbidity and mortality statistics and elderly and senile patients are more committed to these pathologies, there is a great need to conduct these studies.

Key words: chronic non-communicable diseases, prevention, cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, diseases of the musculoskeletal system.

Актуальность

В нашей стране последовательно принимаются меры по профилактике и контролю ХНИЗ и их факторов риска, снижению преждевременной смертности и заболеваемости населения. В стратегии действий Республики Узбекистан по пяти приоритетным направлением на 2017-2021 годы определены приоритетные задачи такие как "обеспечения снижения заболеваемости жизни".

Результаты последних научных исследований наших и зарубежных исследователей однозначно утверждают, что ХНИЗ распространены во всех возрастных группах и всех регионах мира.

Однако, их часто связывают с пожилыми возрастными группами. Пожилые люди уязвимы перед факторами риса, способствующими формированию ХНИЗ и их осложнений. Поэтому в масштабе ВОЗ реализуется глобальный план действий по профилактике и борьбе с ними на 2013-2020 годы. Этот план на снижение случаев смерти от ХНИЗ на 25% к 2025 году [WHO, 2015]. [1,2,3]

Превентивные подходы реализуются в эпидемиологических исследованиях и их планирование включает не только определения целей исследований, но и выбор когорты, доступных, экономически и организационно адекватных методов изучения популяционного здоровья, выбор методов описательной и аналитической статистики [5].

В нашей стране также ХНИЗ становится причиной 79% всех смертельных случаев. Каждый четвертый человек в Узбекистане умирает по причине ХНИЗ [Ханс Клюге-директор Европейского Бюро ВОЗ, 2020]. В некоторых развитых станах мира экономический

ущерб только от этих заболеваний составляет около 1 триллиона в год (около 3% ВВП). К тому же в отличие от научной информации о профилактических мерах, направленных на предупреждения инфекционных заболеваний, существующие исследования представляют недостаточно материалов для практического осуществления мер по профилактике ХНИЗ, особенно у населения пожилого и старческого возраста. [6].

Цель: Изучить эпидемиологию хронических неинфекционных заболеваний, их гендерных особенностей.

Материал и методы

Объектом исследований явились репрезентативная выборка (1618) неорганизованного мужского и женского населения пожилого (60-74лет) и старческого возраста (75-89 лет) г. Бухары.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы методология и инструменты ВОЗ STEPS, успешно использованные в масштабном национальном исследовании "Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний" в Узбекистане (2014) и в более чем 150 станах мира.

Сбор данных включало 3 следующих шага: Шаг 1- изучение поведения: опрос по выявлению ХНИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, сахарный диабет, онкологические заболевания, остеопороз, опрос по выявлению основных факторов риска ХНИЗ-нездорового питания, недостаточной физической активности, присутствия избыточной массы тела, ожирения, повышенного артериального давления, повышенного уровня холестерина, повышенного уровня в крови глюкозы и мочевой кислоты, микроэлементозов, табакокурение, алкоголя и насвая, потребления овощей и фруктов).

Шаг 2 - физический осмотр, антропометрические измерения, измерение артериального давления (АД) частоты пульса, ЭКГ, УЗИ ЭхоКГ (выборочно)

Шаг 3 - определение клинических и биохимических показателей

Результаты и обсуждение

С помощью стандартизованных методик нами обследовано популяция пожилых людей, проживающих в аридной зоне и на территории терапевтических участок городских поликлиник Бухары. В таблице 1 представлены данные, нашего анализа обследованных, по половой принадлежности.

Таблица 1.

Распределение популяции по половым группам

Возраст (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола		P
	n	%	n	%	n	%	
60-74	560	83.3	730	83.7	1290	83.6	≤ 0.05
75-89	112	16.7	142	16.3	254	16.4	≤ 0.05
60-89	672	43.5	872	56.5	1544	100.0	≤ 0.05

Как видно из данных таблицы 3, и рис. 3. Лица пожилого и старческого возраста составили 1544 (100,0%) от посписочного состава, мужчины 672 (43,5%), женщины 872 (56,5%) P≤0.05. Прослеживается преобладание популяции пожилого возраста (83,6%) по сравнению с популяцией старческого возраста (16,4%); p≤0,0001.

Мужчины и женщины в возрастных группах 60-74 и 75-89 лет составили 83,3% и 83,7% (P≤0.05), 16,7% и 16,3% (P≤0.05) соответственно.

При анализе по национальной принадлежности выявлено, что основную массу лиц пожилого и старческого возраста составили узбеки (85,9%), коренные жители региона. Некоренные жители (14,1%) представлены русскими (8,8%), татарами (2,1%), казахами (0,1%), таджиками (1,1%), каракалпаками (0,9%) и другие (1,1%).

Следует обратить внимание, что в группе обследованных преобладали семейные пожилые люди (72,8%); разведенные и группа популяции "вдовец/вдова" составили 2,0% и 23,1% соответственно (p≤0,0001). По видимому, семейный фактор является протективным фактором риска в популяции пожилых людей. При изучении образовательного статуса отмечено, что пожилые люди с образованием составили - 99,6% и лишь 0,4% лиц пожилого и старческого возраста не имели образования (p≤0,0001).

В таблице 2 приведены сравнительные данные распространенности ХНИЗ среди обследованного контингента мужчин и женщин в зависимотсти от возраста.

Таблица 2

Распространенность ХНИЗ среди обследованной популяции в зависимости от пола возраста

Популяция мужчин пожилого и старческого возраста						
Возрастная группа	Нет ОХНЗ		Популяция с ОХНЗ		Общая популяция	
	n	%	n	%	n	%
60-74 лет	11	2,0	549	98,0	560	100,0
75-89 лет	4	3,6	108	96,4	112	100,0
60-89 лет	15	2,8	657	97,4	672	100,0
Популяция женщин пожилого и старческого возраста						
Возрастная группа	Нет ОХНЗ		Популяция с ОХНЗ		Общая популяция	
	n	%	n	%	n	%
60-74 лет	28	3,8	702	96,2	730	100,0
75-89 лет	4	2,8	138	97,2	142	100,0
60-89 лет	32	3,0	840	97,0	872	100,0

Как видно из приведенных данных таблицы 2 в обследованной популяции 60-89 лет мужчин и женщин распространенность ХНИЗ составляет соответственно -97,0% и 97,2%, то есть разняться на 0,2% (P≤0.05). В общей популяции ХНИЗ выявлено у 97,0%. С возрастом наблюдается статистически недостоверное увеличение частоты распространения ХНИЗ у женщин -с 96,2% (в возрасте 60-74 лет) до 97,2% (в возрастной группе 75-89 лет), то есть с возрастанием случаев ХНИЗ на 1,0 % (P≤0.05). У мужчин пожилого и старческого возраста нет такой логики в уровнях распространенности: ОХНЗ отмечается с частотой -98,0% и 96,4% соответственно (P≤0.05).

Таким образом, у пожилых людей ОХНЗ характеризуются высокой распространенностью, только 3,0%, обследованные не имели ОХНЗ (p≤0,0001). Выявленные различия по возрастам оказались недостоверны (рис.1)

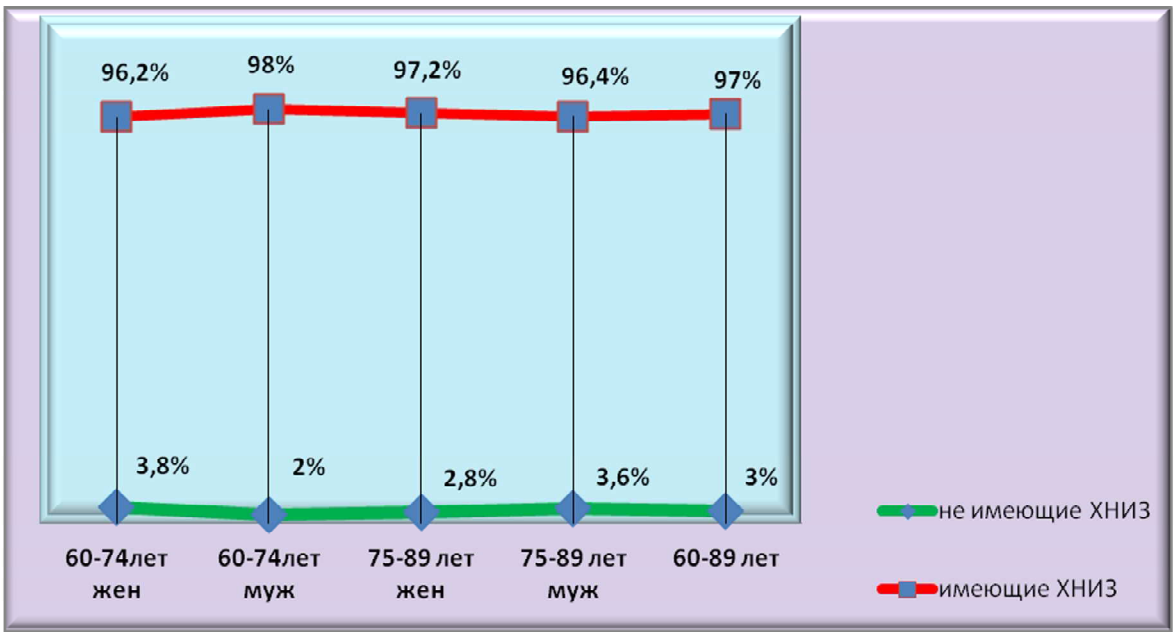


Рис.1. Сравнительное изучение распространенности ХНИЗ в популяции пожилого и старческого возраста (в %).

Сравнительный частотный анализ структуры ХНИЗ в обследованной нами популяции пожилого (ППВ) и старческого возраста (ПСВ) представлены в таблице 3 и на рис.2.

Таблица 3

Популяция мужчин пожилого и старческого возраста

Популяция мужчин пожилого и старческого возраста						
Возрастная группа	**ППВ (n=1290)**		**Популяция с ПСВ (n=254)**		**Общая популяция (n=1544)**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
ССЗ	933	$72,3^{xxx}$	199	$78,3^{xxx}$	1132	$73,3^{xxx}$
ХРЗ	110	$8,5^{xx}$	14	$5,5^{x}$	124	$8,0^{xx}$
СД	267	$20,6^{xxx}$	58	$22,8^{xxx}$	325	$21,0^{xxx}$
ОНКЗ	41	3,1	10	3,9	51	3,3
БКМС	153	$11,8^{xx}$	32	12,6	185	$12,0^{xxx}$

Примечание: ХРЗ — хронические респираторные заболевания, ОНКЗ — онкозаболевания, БКМС — болезни костно-мышечной системы, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; ^{x} — означает достоверность различий относительно группы ОНКЗ.

Согласно полученным данным из ХНИЗ наиболее распространенной является ССЗ. По нашим результатам ССЗ выявлены у 73,3% обследованных, при чем их частота увеличивается с возрастом на 6,0% с 72,3% (в возрасте 60-74 лет) до 78,3% (в популяции старческого возраста). Однако в зависимости от возраста достоверной разницы получить не удалось (P≤0.05).

ХРЗ выявлены у 8,0% людей старшего возраста, в том числе у 8,5% популяции пожилого возраста и 5,5% ПСВ (P≤0.05). Частота ХРЗ возрастает достоверно на 3,0% или в 1,7 раза. Эта закономерность подтверждает доказанную версию современных исследователей, считающих пожилой возраст одним из серьезных факторов, способствующих ХНИЗ, в том числе ХРЗ.

СД выявлен у 21,0% обследованных, то есть каждый пятый пожилой человек, по нашим данным, страдает сахарным диабетом. Распространенность СД, как это видно из таблицы 5. И рис. 5, увеличивается недостоверно с возрастом от 20,6% в возрасте 60-74 лет до 22,8% в 75-89 лет, т.е. на 2,2% (P≤0.05).

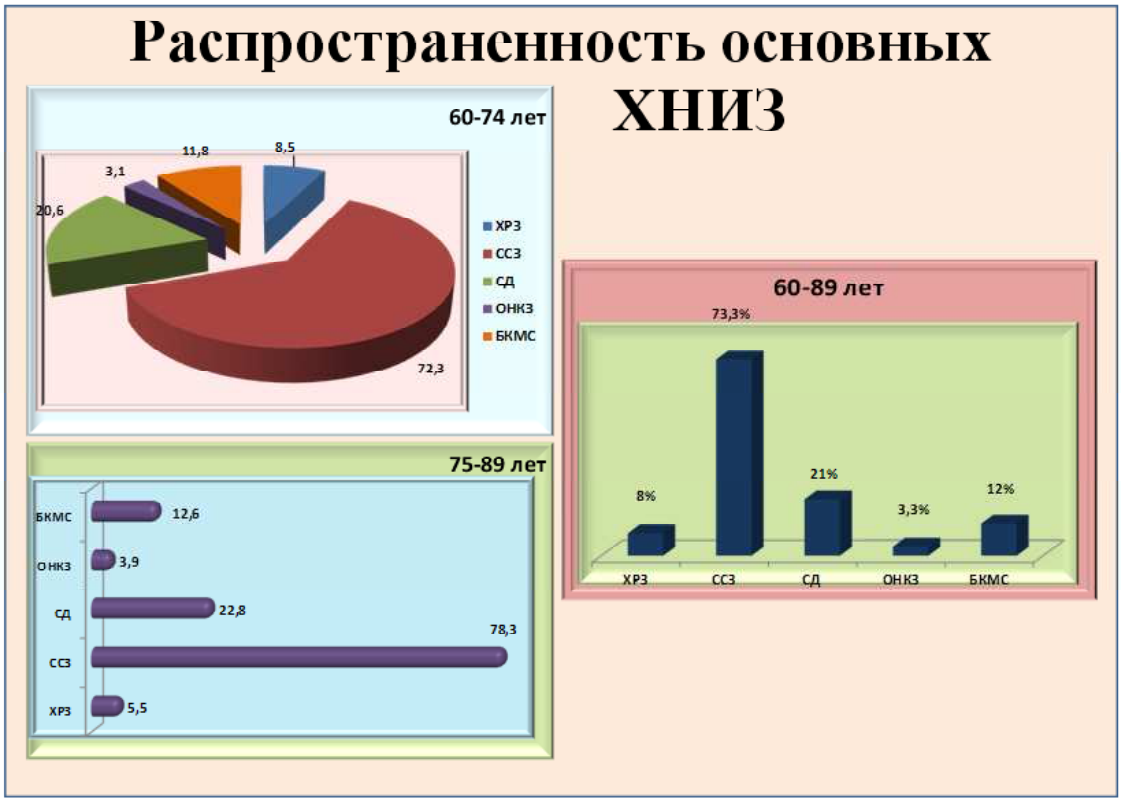


Рис 2. Сравнительный анализ распространенности различных форм хронических неинфекционных заболеваний в популяции пожилого (ППВ) и старческого (ПСВ) и общей популяции (ОП), в процентах (%).

Онкологические заболевания выявлены у 3,3% обследованных, в том числе у 3,1% ППВ и 3,9% ПСВ (P≤0.05).

Распространенность БКМС в общей популяции составлял 12,0% в 6,1 раз ниже чем ССЗ; в том числе 11,8% - у пожилых в возрасте 60-74 лет и 12,6% - у пожилых людей старческого возраста (P <0.05).

Наши результаты подтверждают, что в обследованной популяции г. Бухары самой низкой частотой регистрируются онкопатологии, по сравнению с ними довольно высокой частотой наблюдаются другие заболевания: более чем в 24 раза больше ССЗ (p≤0,0001), в 2,6 раза чаще ХРЗ (p≤0,001), в 7 раз больше (p≤0,0001) и в 4 раза чаще БКМС (p≤0,0001).

Проблема развития и прогноза ХНИЗ тесно связана с полиморбидностью/коморбидностью (наличием более двух или нескольких заболеваний у одного больного в определенный период времени). В последние годы это клиническое состояние (КП) получило широкое распространение, что определяет необходимость детального изучения и особенностей, определяющих её формирование в различных группах популяции или регионах. Поскольку среди больных с КП отмечаются более высокие показатели смертности и/или "эпидемиологических конечных точек". Поэтому, нами далее анализировалась частота распространенности КП в изученной популяции пожилого и старческого возраста (таблица 4 и рис. 4).

Таблица 4

Распространенность КП в популяции мужчин и женщин пожилого и старческого возраста

Популяция мужчин пожилого и старческого возраста						
Возрастная группа	**Нет КП**		**Популяция с КП**		**Общая популяция**	
	n	%	n	%	n	%
60-74 лет	376	68,5	173	31,5	549	100,0
75-89 лет	56	51,9	52	48,1	108	100,0
60-89 лет	432	43,5	225	56,5	657	100,0
Популяция женщин пожилого и старческого возраста						
	Нет КП		**Популяция с КП**		**Общая популяция**	
	n	%	n	%	n	%
60-74 лет	442	63,0	260	37,0	702	100,0
75-89 лет	46	33,4	92	68,6	138	100,0
60-89 лет	486	48,2	352	51,8	840	100,0
Статистические различия по t-критерию (p)	≤0.05		5-2			
	≤ 0.01		-			
	≤ 0.001		-			

Коморбидные патологии встречались в общей популяции с частотой распространенности 54,1%, в том числе у мужчин -56,5%, и у женщин -51,8% (P≤0.05), т.е. каждый второй обследованный пожилой человек страдает КП. Мужчины страдают КП чаще (на 4,7%), чем женщины. С целью оценки половозрастного фактора распространенности КП была изучена частота КП в пожилом и старческом возрасте у мужчин и женщин (таблица 4 и рис. 3)

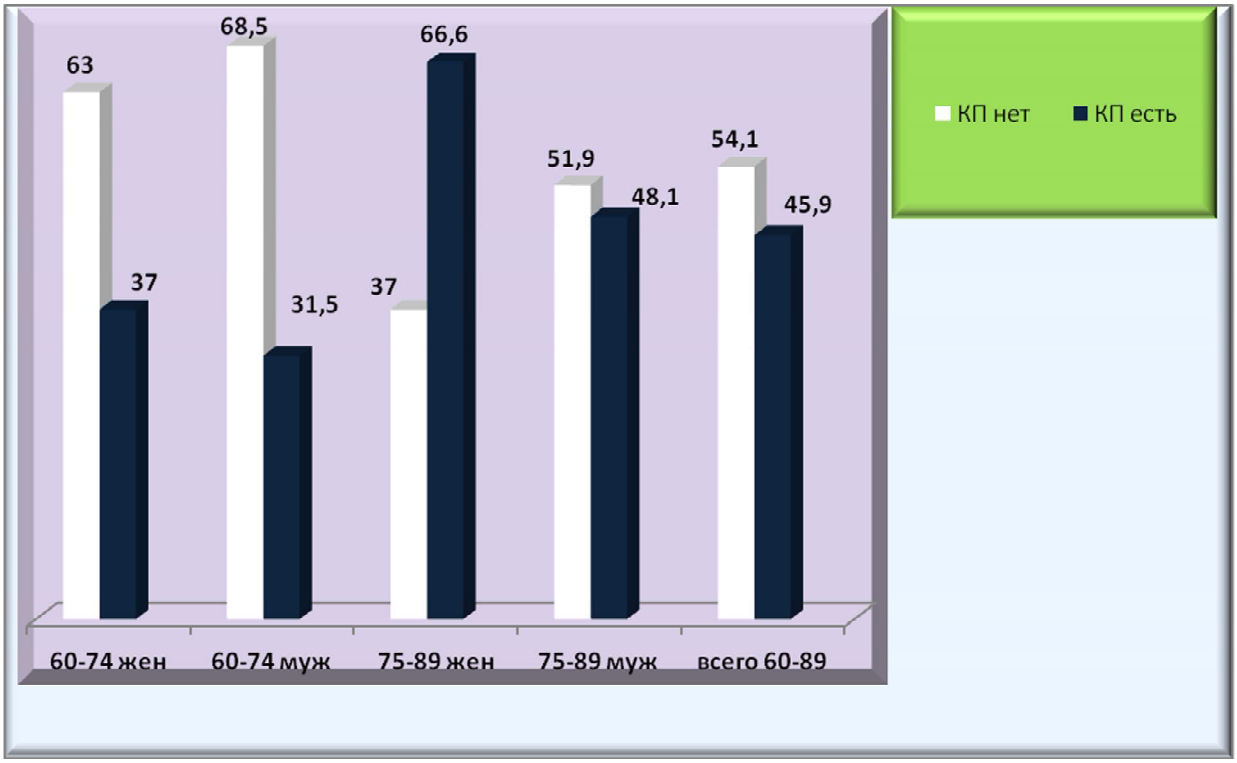


Рис. 3 Сравнительный анализ гендерных различий и возрастных эпидемиологических характеристик КП у пожилых людей.

Распространенность КП статистически достоверно увеличивалась с возрастом - у женщин с 37% (в возрасте 60-74 лет) до 66,6% (в возрасте 75-89лет), т.е. в 1,6 раза (P≤0.05); а у мужчин -с 31,5% до 48,1%, т.е. в 1,4 раза (P ≤0.05).

Выявленные результаты показывают, что среди населения пожилого и старческого возраста обследованного региона имеет место неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, в отношении коморбидной патологии, то есть каждый второй пожилой человек фактически страдает КП. Наши данные близки к данным большинства исследователей по изучению распространенности КП [4,7].

Коморбидности анализировали также по среднему количеству нозологий и в зависимости от степени тяжести КП всех обследованных разделили на три группы: пожилые люди с низкой (1-2 нозологии) степенью коморбидности (ПНС КП), средней степенью коморбидности (ПСС КП) и тяжелой степенью (более 5 нозологий) коморбидности (ПВС КП). Данные в этом отношении обобщены и оценены в таблице 5.

Таблица 5

Анализ коморбидности по степени тяжести в обследованной популяции

Степень тяжести КП	Популяция женщин				Популяция мужчин				Всего 60-89 лет (n=1497)	
	60-74(n=702)		75-89 (n=138)		60-74 (n=549)		75-89 (n=108)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ПНС КП (1)	205	29,2	91	65,9	153	27,8	40	37,0	489	32,7
ПСС КП (2)	51	7,2	1	0,7	19	3,5	12	11,1	83	5,6
ПВС КП (3)	4	0,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0	5	0,3
Статистические различия по t-критерию (p)	P≤0.05	-	-		-		-		-	
	P≤0.01	1-2	-		-		-		-	
	P≤0.001	1-3	1-2,1-3		1-2,1-3		1-2,1-3		1-2,1-3,2-3	

Анализ структуры коморбидности показал, что наиболее часто встречались ПНСКП (32,7%), сравнительно меньше ПССКП (5,6%) и в меньшей степени ПВСКП (0,3%); P≤0.001. При сравнении этих показателей у женщин и мужчин выявлено статистически значимое повышение ПНСКП, ПССКП и ПВСКП с возрастом. Так, ПНСКП выявлено у 29,2% женщин в возрасте 60-74 лет и 65,9%-в возрастной

группе женщин 75-89 лет (P≤0.05). У мужчин частота ПНСКП увеличивается с возрастом от 27,8% (в возрасте 60-74 лет) до 37,0% (в возрастной группе 75-89 лет), т.е. в 1,4 раза или на 9,2% (P≤0.05).

При сравнительном изучении распространенности ПНСКП у женщин и мужчин отмечено, что этот показатель сравнительно больше у женщин (в возрасте 60-74 лет на 1,4%, в группе 75-89 лет - на 28,9%; P1≤0.05, P2≤0.05).

Частота распространенности ПССКП у женщин и мужчин пожилого и старческого возраста составила соответственно 7,2% и 0,7% (P≤0.0001), 3,5% и 11,1% (P≤0.01). Если посмотреть в целом, ПССКП сравнительно больше у женщин пожилого возраста и меньше в старческом возрасте. У мужчин показатель ПССКП регистрируется с высокой частотой в возрасте 75-89 лет и, сравнительно меньшей распространенностью характеризуется у пожилых (60-74лет); (P≤0.01). ПВСКП в обследованной популяции пожилых людей определены с частотой не более 0,6% у женщин и 0,2% у мужчин (P≤0.01).

Следует заметить, что среди больных пожилых с ХНИЗ узбеки составили - 93,9%, каракалпаки - 3,6%, казахи - 1,5%, татары - 3,6% и русские - 63,9%.

При углубленном анализе исследований выявлено, что основную долю в структуре ССЗ составляет ИБС, который занял 30,6% в структуре всех кардиальных больных. Перенесенный инфаркт миокарда (ПИКС), и атеросклеротический кардиосклероз (АК) регистрируются с частотой 8,3% и 9,6% соответственно в обследованной популяции в возрасте 60-89 лет (P≤0.05).

Частота ПИКС увеличивается с возрастом от 1,8% (у женщин 60-74 лет) до 19,3% (у женщин 75-89 лет), т.е. в 19 раз (P≤0,0001) и от 5,7% (у мужчин 60-74 лет) до 44,4% (у мужчин 75-89 лет), т.е. в 8,9 раз (P≤0,001), в структуре ССЗ стабильная ИБС у женщин 60-89 лет составила 58,4%, втом числе в группе женщин 60-74 лет - 32,7% и у женщин 75-89 лет -25,7% (P≤0.05).

По нашим данным у женщин пожилого и старческого возраста, второе место в структуре ССЗ приходится на атеросклеротический кардиосклероз (21,7% всех кардиальных заболеваний). Отмечается с большей частотой у женщин 60-74 лет, чем у женщин 75-89 лет - 11,6% и 10,1% соответственно (P≤0.05).

АК у мужчин 60-89 лет наблюдается с распространенностью 15,4% в том числе группе пожилых мужчин (60-74 лет)-7,6% и у мужчин старческого возраста (75-89лет) - 7,8% (P≤0.05). Анализ также показал, что стабильной ИБС чаще страдают мужчины в возрасте 60-74 лет (34,0%), чем мужчины старческого (75-89 лет) возраста (7,8%); (P≤0.001).

Результаты нашего исследования свидетельствуют также, что обследованные нами популяция пожилых людей очень редко страдают ревматическими болезнями сердца (0,6%). Однако, более чем каждый второй пожилой человек (50,9%), считающий, что он "практически здоровь" фактически страдает гипертонической болезнью.

В структуре хронических респираторных заболеваний (табл.8) хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) выявлены у 50,8% обследованных, в том числе у 62,4% мужчин и 44,8% женщин 60-89 лет (P?0.05). С возрастом частота распространенности ХОБЛ увеличивается от 54,0% (в возрасте 60-74 лет) до 71,4% (в возрасте 75-89 лет), т.е. с увеличением на 17,4% или в 1,2 раза (P≤0.05) у мужчин. В популяции женщин регистрировалась с частотой 46,7% (в возрасте 60-74 лет) и 42,9% (в возрасте 75-89 лет); P≤0.05. Данные нашего анализа в этом отношении отражены в таблице 6.

Таблица 6

Распространенность ХРЗ в обследованной популяции пожилого и старческого возраста

Популяция женщин пожилого и старческого возраста							**P**
Виды ХРЗ	**60-74**		**75-89**		**Всего 60-89 лет**		
	n	%	n	%	n	%	
ХОБЛ	28	46,7	3	42,9	31	44,4	P≤0.05
БА	32	53,3[нд]	4	57,1[x]	36	55,6	P≤0.05
Всего ХРЗ	60	100,0	7	100,0	67	100,0	
Популяция мужчин пожилого и старческого возраста							
Виды ХРЗ	**60-74**		**75-89**		**Всего 60-89 лет**		
	n	%	n	%	n	%	
ХОБЛ	27	54,0[x]	5	71,4[xx]	32	62,7	P≤0.05
БА	23	46,0	2	28,6	25	37,3	P≤0.05
Всего ХРЗ	50	100,0	7	100,0	57	100,0	

Примечание: нд),х)-означают достоверность различий относительно группы ХОБЛ.

Бронхиальная астма (БА) установлена у 55,6% женщин и у 37,3% мужчин в возрасте 60-89 лет, т.е. сравнительно часто регистрируется у пожилых женщин (P≤0.05). Среди женщин пожилого возраста БА выявлена с частотой - 53,3%, а в группе женщин старческого возраста -57,1%. (P≤0.05). Среди пожилых мужчин частота БА преобладает в возрасте 60-74 лет (46,0%), по сравнению с возрастной группой 75-89 лет (28,6%), т.е. достоверно высокая частота распространенности БА (в 1,8 раза больше) наблюдается у мужчин пожилого возраста (P≤0.05).

На наш взгляд, представляло научно-практический интерес проведения сравнительного анализа уровней распространенности ХНИЗ у коренного и некоренного населения пожилого и старческого возраста в условиях исследованного региона Узбекистана (таблица 7 и рисунок 4).

При сравнительном изучении этнических особенностей распространенности основных форм ХНИЗ

Таблица 7

Сравнительный анализ распространённости основных ХНИЗ в обследованной популяции коренного и некоренного населения

Группа обследованных	Основные формы ХНИЗ												P		
	ССЗ (1)		ХРЗ (2)		СД (3)		БКМС (4)		ОНКЗ (5)		Другие ХНЗ (6)		≤0,05	≤ 0,01	≤ 0,001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Коренные жители	1063	93.9	116	93.6	307	94.5	157	84.9	48	94.1	361	94.3	1-4 2-4 3-4	-	-
Некоренные жители	69	6.1	8	6.4	18	5.5	28	15.1	3	5.9	22	5.7		4 - 1,2,3,5,6	-
Всего	1132	100,0	124	100,0	325	100,0	185	100,0	51	100,0	383	100,0			

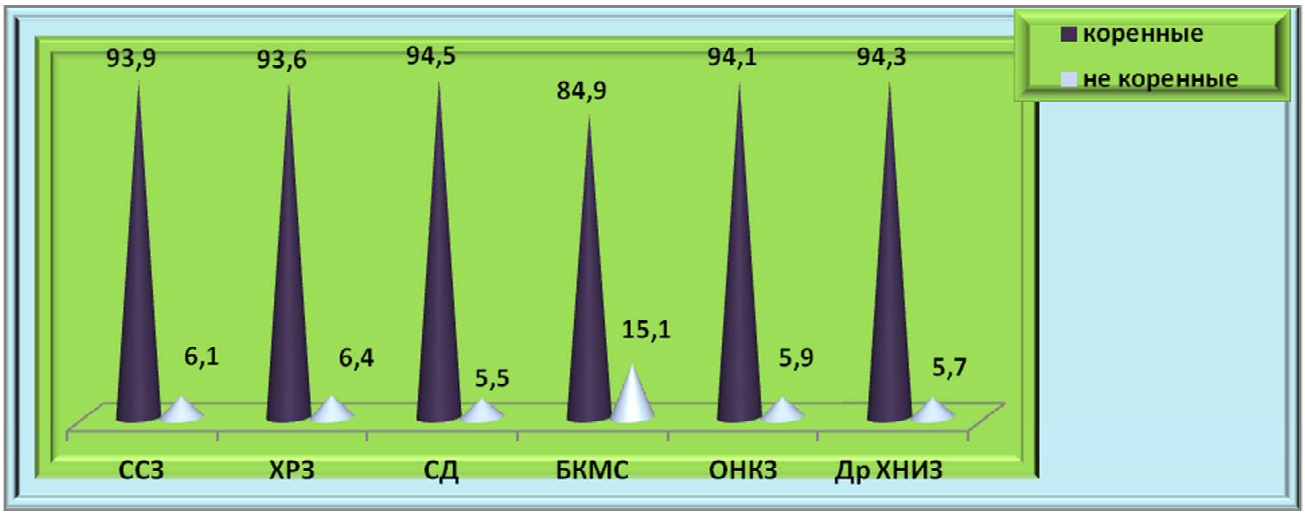


Рис.4 Частота преваленса основных видов видов ХНИЗ в этнических группах коренного и некоренного населения 60-89 лет (в %).

были отмечены существенных их различий среди коренной и некоренной популяции пожилого населения.

Так, распространенность различных форм ХНИЗ у коренных и некоренных жителей составили соответственно: ССЗ - по 93,9%, и 6,1% (P≤0.0001), ХРЗ - по 93,6% и 6,4% (P≤0.0001), СД - по 94,5% и 5,5% (P≤0.0001), БКМС - по 84,9% и 15,1% (P≤0.0001), ОНКЗ - по 94,1% и 5,9% (P≤0.0001), и другие ХНИЗ - по 94,3% и 5,7% (P≤0.0001).

Выводы

Выявленные результаты свидетельствуют о том, что в обследованной коренной популяции пожилого и старческого возраста имелась сравнительно более неблагоприятная ситуация в отношении ХНИЗ, чем у некоренных жителей.

Таким образом, из полученных данных можно сделать вывод о том, что пожилой возраст является сравнительно мощным фактором риска развития ХНИЗ и полиморбидности.

У людей пожилого и старческого возраста, как показывают наши прогнозы превентивный подход своей научностью, социально-экономической значимостью, комплексностью и эффективностью является состоятельным и перспективным к решению проблем эпидемиологии и профилактики ХНИЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Драпкина О.М. Терапевтический дайджест. Топ новостей в кардиологии 2017г. По версии Medscape //В.к.н.: VII-Международный интернет конгресс специалистов по внутренним болезням. //Москва-vidox-2019- С-57-59.
2. Емельянов А.В. - Особенности бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте //РМЖ. -2016-№16. -С.1102-1107.
3. Купрюшин А.С., Маркова А.А., Купрюшина Н.В., Вишнякова Ж.С. и соавт. - Структура причин смерти больных пожилого и старческого возраста, умерших дома // Современные проблемы науки и образования. -2016. -№3. -С.15-18.
4. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. - профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2019. №2. -С.5-12.
5. Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н. - Превентивные подходы к раннему выявлению и профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста//Проблемы биологии и медицины 2020 №4. -С-210-214.
6. "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний". Российские (2013) и Европейская (2016) рекомендации.
7. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 года "О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан".
8. http://www.WHO.int/gho/mortality/byrden-disease/en/index/html.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.31-002.1-036.1

ОЦЕНКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ПЕРИОСТИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

Махмудов Ж.К.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Острый гнойный одонтогенный периостит челюстей представляет собой наиболее частую причину обращаемости больных к челюстно-лицевым хирургам. При несвоевременном или неадекватном лечения эта нозология может привести к серьезным последствиям, представляющим угрозу для жизни больных. Поэтому поиск новых способов комплексного лечения больных с острым гнойным одонтогенным периоститом челюстей является необходимой мерой, предотвращающей осложнения данного воспалительного процесса. Применение магнитно-инфракрасного лазерного излучения в комплексной терапии ОГОПЧ представляет собой современный физиотерапевтический способ, оптимизирующий результаты лечения.

Ключевые слова: одонтогенный периостит, магнитно - лазерное инфракрасное излучение, челюстно-лицевая область, лейкоцитоз, гематологические показатели.

JAG‘LARNING O‘TKIR YIRINGLI ODONTOGEN PERIOSTITIDA BEMORLARNI KOMPLEKS DAVOLASHNING GEMATOLOGIK KO‘RSATKICHLARINI BAHOLASH

Maxmudov Z.K.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume***

Jag‘larning o‘tkir yiringli odontogen periostiti bilan bemorlarning yuz - jag‘ jarrohlarga murojaat qilishlari eng keng tarqalgan sabablardandir. O‘z vaqtida yoki noadekvat davolash choralari o‘tkazilganida, ushbu nozologiya bemorlarning hayotiga xavf soladigan jiddiy oqibatlarga olib kelishi mumkin. Shuning uchun jag‘larning o‘tkir yiringli odontogen periostiti bilan bemorlarni majmuaviy davolash yangi usullarini izlash, ushbu yallig‘lanish jarayonini asoratlarini oldini oluvchi zarur chora bo‘lib hisoblaniladi. O‘tkir yiringli odontogen periostiti bilan bemorlarni majmuaviy davolashda magnit-infraqizil lazerli nurlanishni qo‘llanilishi, zamonaviy fizioterapevtik usuli bo‘lib, davolash natijalarinioptimallashtiradi.

Kalit so‘zlar:odontogen periostit, magnit-infraqizil lazerli nurlanish, yuz - jag‘ sohasi, leykositoz, gemotologik ko‘rsatkichlar.

ASSESSMENT OF HEMATOLOGICAL PARAMETERS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT ODONTOGENIC PERIOSTITIS OF THE JAWS

Makhmudov Zh.K.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Acute purulent odontogenic periostitis of the jaws is the most common cause of patients access to maxillofacial surgeons. If untimely or inadequate treatment, this nosology can lead to serious consequences that pose a threat to the lives of patients. Therefore, the search for new methods of complex treatment of patients with acute purulent odontogenic periostitis of the jaws is a necessary measure to prevent complications of this inflammatory process. The use of magnetic-infrared laser radiation in the complex therapy of AGAPE is a modern physiotherapy method that optimizes the results of treatment.

Keywords: odontogenic periostitis, magnetic laser infrared radiation, maxillofacial region, leukocytosis, hematological parameters.

Актуальность

Острый гнойный одонтогенный периостит челюстей (ОГОПЧ) - одно из наиболее распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, которое в 23-38 % случаев осложняется развитием абсцессов и флегмон лица и шеи, одонтогенного остеомиелита, верхнечелюстного синусита, медиастинита, сепсиса и др. [1, 2]. В комплексном лечении ОГОПЧ в последние годы с успехом применяется локальное воздействие фитопрепаратов, а также лазеротерапии на область послеоперационной раны. [2-4]. Однако механизм действия фитопрепаратов, а также сочетания фито- и лазеротерапии на различных стадиях раневого процесса изучен недостаточно.

Одним из показателей эффективности хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний является динамика показателей развернутого клинического анализа крови как одного из наиболее важных и информативных методов лабораторной диагностики [5].

Цель исследования - изучение показателей крови в динамике больных с ОГОПЧ при их комплексном лечении путем применения методов фито- и лазеротерапии на разных этапах хирургического лечения.

Материал и методы

Нами было исследовано 65 пациентов (38 (58,4%) мужчин, 27 (41,5 %) женщин) в возрасте 22 - 55 лет с ОГОПЧ без сопутствующих заболеваний. Больные были госпитализированы в экстренном порядке в отделение челюстно - лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра.

Поступившим больным после госпитализации в стационар проводили вскрытие гнойного очага с последующим дренированием раны и удалением причинного зуба. После хирургического вмешательства больным назначали следующие медикаментозные препараты: противовоспалительного, десенсибилизирующего и антимикробного действия с коррекцией на этапах лечения.

Все больные с ОГОПЧ В с учетом выбранного метода лечения были разделены на две группы. Первую - контрольную группу составили 28 человек 18 (64,2%) мужчин, 10 (36,0%) женщин, которым проводили традиционное лечение на протяжении 4-5 дней. Во вторую - основную группу было включено 37 пациентов (25 (67,5%) мужчин, 12 (32,4%) женщин) которым, после адекватного хирургического вмешательства и стихания острых воспалительных явлений проводили облучение послеоперационной раны с использованием аппарата "Милта" (магнитно-инфракрасный лазерный терапевтический аппарат) с дистанционным (на расстоянии 0,5-1 см) применением магнитно-инфракрасного лазерного излучения. Использовали лабильную методику облучения (сканирование лазерным лучом) с плотностью потока мощности излучения до 40-50 мВт/см2, время воздействия - 2-3 мин., количество сеансов - 4, ежедневно. На 3-4-е сутки дренаж из операционной раны удаляли.

У больных обоих исследуемых групп на протяжении стационарного лечения три раза оценивали гематологические показатели: первый раз - при поступлении в отделение до проведения хирургического лечения; второй раз - на следующие сутки после проведенного оперативного вмешательства и 3-й раз - на 4-е сутки после операции по окончании стационарного лечения и перед выпиской на амбулаторное лечение.

При статистических исследованиях определяли медиану с величиной стандартного отклонения, t-критерий по методу Стьюдента с уровнем значимости $p<0,05$.

Результат и обсуждение

При обследовании пациентов с ОГОПЧ до проведения оперативного вмешательства значимых различий ($p>0,05$) между гематологическими показателями обоих исследуемых групп не обнаружено, что является свидетельством однородности исследуемых объектов.

Количественный состав всех изученных гематологических показателей, за исключением лейкоцитов, сохранялся в пределах нормы на протяжении всего лечебного периода, включая первичное обследование пациентов до операции.

Показатели умеренного лейкоцитоза в сочетании с нормальными показателями лейкограммы, отмеченные у обследованных нами больных, могут быть выражением снижения функции защитных сил организма. Принимая во внимание тот факт, что каждый из медиаторов воспалительного процесса клеточного и гуморального звена обладает модулирующим эффектом на проявление воспалительных явлений, потенцируя или угнетая их в зависимости от своей концентрации, полученные нами данные исследования позволяют рассматривать ОГОПЧ как ограниченный острый гнойный процесс.

Основными медиаторами воспаления на клеточном уровне, обладающими про- либо противовоспалительным эффектом, являются лейкоциты, так, например, нейтрофилы стимулируют высвобождение биогенных аминов (гистамина и серотонина) из тромбоцитов и тучных клеток [5]. Эозинофилы содержат гистаминазу, кининазу, ферменты, расщепляющие лейкотриены С и D, подавляют высвобождение гистамина, являясь ингибиторами воспаления [6], в том числе в моноцитах, синтезируют простагландин PGE2. Поскольку PGE2 препятствует высвобождению клеточных медиаторов воспаления и подавляет агрегацию тромбоцитов, макрофаги обладают как провоспалительной, так и противовоспалительной функцией [7].

Уровень содержания лейкоцитов и показатели лейкограммы на стадиях воспалительного процесса, а также на протяжении лечебного периода могут являться выражением ответа иммунной системы и сопротивляемости организма.

Приведенные выше теоретические положения подтверждаются клинико-лабораторными данными, полученными нами при исследовании больных. Вскрытие гнойных воспалительных очагов в сочетании с комплексным медикаментозным лечением позволило улучшить общее состояние больных, значительно снизить интенсивность боли, уменьшить местные признаки воспаления, а также снизить уровень лейкоцитоза. Содержание лейкоцитов в основной группе уже через сутки после оперативного лечения было в пределах нормы. В контрольной группе отмечалось сохранение незначительного лейкоцитоза (9,12±0,14*109 /л), но без достоверных различий между изучаемыми группами. К 4-м суткам после операции в контрольной группе наблюдался нормальный уровень лейкоцитов. Содержание эозинофилов в каждой из двух обследуемых групп оставалось в пределах нормы на каждом этапе обследования периферической крови. Это косвенно подтверждает отсутствие аллергического компонента у изученного контингента больных с ОГОПЧ.

В процессе лечения прослеживалась вариабельность количества моноцитов периферической крови с тенденцией к верхней границе нормы, особенно выраженная через 4 суток после операции. Так, в контрольной группе содержание моноцитов составило 8,04 ± 0,51 %, в основной группе - 7,25 ± 0,33 %. Учитывая макрофагальную функцию моноцитов, можно расценивать факт перераспределения этих клеток в лейкограмме в сторону увеличения как положительный.

Лимфоциты играют ключевую роль в гуморальном и клеточном иммунитете. Учитывая тот факт, что при гнойно-воспалительных заболеваниях может наблюдаться относительная лимфопения, изучение динамики изменения содержания лимфоцитов является немаловажным прогностическим признаком успешности проводимого лечения.

Операционный стресс, получаемый даже при незначительном оперативном вмешательстве, приводит к подавлению защитных факторов, угнетая тем самым реакции иммунитета на клеточном и гуморальном уровне. Процентное содержание лимфоцитов до операции у лиц обоих обследуемых групп соответствовало нижним пределам нормы. В процессе лечения во всех исследуемых группах наблюдалась тенденция к росту процентного содержания лимфоцитов без значимых отличий между группами. Количественное изменение содержания лимфоцитов в сторону возрастания их числа косвенно подтверждает успешность хирургического лечения пациентов с ОГОПЧ.

Проанализирована также динамика изменения содержания гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов по результатам комплексного лечения больных с ОГОПЧ в процессе традиционного лечения (контрольная группа), с использованием магнитно-инфракрасного лазерного излучения (основная группа). Полученные результаты показали, что у пациентов двух групп не отмечалось достоверного изменения указанных показателей на этапах лечения ($p>0,05$), хотя прослеживалась тенденция к их увеличению по окончании лечения.

Выводы

1. Показатели крови обследованных больных с ОГОПЧ до проведения хирургического вмешательства, за исключением умеренного лейкоцитоза, находились в пределах нормы. Умеренный лейкоцитоз в сочетании с нормальными параметрами лейкограммы может свидетельствовать о снижении защитных сил организма и отграниченности гнойного очага при одонтогенном периостите челюстей.

2. На этапах хирургического лечения, исследованные гематологические показатели сохранялись в нормальных пределах, показывая к моменту окончания стационарного лечения некоторую тенденцию к увеличению уровня лимфоцитов и моноцитов, что свидетельствует о благоприятном течении послеоперационного периода.

3. С целью объективизации эффективности использованных методик лечения необходимо применение более тонких методов лабораторной диагностики, в частности, биохимического метода исследования ротовой жидкости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: Руководство для врачей / Под ред. А.Г. Шаргородского. - М.: ГЭОТАР-МЕД.2002. - 528 с.
2. Суханов А.Е. Комплексное лечение острых гнойных одонтогенных периоститов челюстей: автореф. дисс. на соискание учен.степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 "Стоматология" / А.Е. Суханов - Санкт-Петербург, 2011. - 27 с.
3. Можливостқ використання препаратқв на основқ лққарських рослин у практицқ лққаря-стоматолога / О. В. Ганчо, Т. М. Мошель, Т. Д. Бублқй, Е. В. Нққолқшина // Питання експериментальноҷ та клқнқчноҷ стоматологққ : зб. на-ук. праць. - Вип. 12. - Х. : ХНМУ, 2016. - С. 53-58.
4. Кизилова Н.Н. Механизмы влияния низкоинтенсивного оптического излучения на систему микроциркуляции (обзор) / Н.Н. Кизилова, А.М. Коробов // Фотобюлогш та фотомедицина. -2016 -Т1. № 2-С.75-95.
5. Hematology: basic principles and practice / Ed. R. Hofman et al. 3 rd ed. - Churchfull Livingstone, 2000. - 2584 p.
6. Bochner B.S. Systemic activation of basophils and eosinophils: markers and consequences // J. Allergy Clin. Immunol. - 2000. - Vol. 5, № 2. - P. 292-302.
7. Ginhoux F. Tissue-resident macrophage ontogeny and homeostasis / F. Ginhoux, M. Guilliams // Immunity. - 2016. - Vol. 44. - P. 439-449.

Поступила 09.11. 2020

УДК 617.581.089

ОПТИМИЗАЦИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Мирзамуродов Х.Х., Ахмедов Ш.Ш., Нуруллоев С.О., Зиядуллаев А.Х., Нематов Д.А.,

Бухарского государственного медицинского института.

✓ ***Резюме***

Дегенеративно-дистрофические поражения тазобедренного сустава - актуальная проблема, решением которой является проведение эндопротезирования - от 100 до 300 случаев на 100000 населения в год. Асептическая нестабильность компонентов эндопротеза доминирует в среде неудовлетворительных результатов в долгосрочной перспективе. Для предотвращения асептической нестабильности компонентов протеза тазобедренного сустава при патологии тазобедренного сустава авторами предложена методика "надрезания" сухожилия m. iliopsoas и интраоперационным методом определения центра вращения головки эндопротеза. В данной работе проанализирована методика хирургического лечения 103 пациентов, оперированных традиционным способом, и 91 пациента, которым был произведен хирургический разрез т. сухожилие подвздошно-поясничной мышцы интраоперационно методом определения центра вращения головки эндопротеза

Ключевые слова: диспластический коксартроз, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, асимметрия нижней конечности, асептическая нестабильность.

ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗДА СОН ЧАНОҚ БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШ

Мирзамуродов Х.Х., Ахмедов Ш.Ш., Нуруллоев С.О., Зиядуллаев А.Х., Нематов Д.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Сон-чаноқ бўғимининг дегенератив-дистрофик жароҳатланиши долзарб муаммо бўлиб, унинг ечими бир йилда 100000 аҳоли сонига 100 дан 300 тагача эндопротезлаш операцияси амалиётини бажариш орқали амалга оширилади. Узоқ муддатли натижалар ўртасида эндопротез қисмларининг асептик ностабиллиги доминантлик қилади. Сон-чаноқ бўғими патологиясида протез компонентларининг асептик ностабиллигини олдини олиш учун муаллифлар томонидан т. Iiopsoas мушаги пайини кесиш ва интероперацион сон бошчасини ўз ўқи атрофида айланиши марказини аниқлаш усулини таклиф қилинган. Мазкур ишда 103 та беморда ананавий усулда хирургик даволаш усулида ва 91 та беморда эса интероперацион сон бошчасини ўз ўқи атрофида айланиши марказини аниқлаш ва т. Iiopsoas мушаги пайини кесиш усули орқали ўтказилган операциялар таҳлил қилинган.

Ключевые слова: диспластик коксартроз, сон-чаноқ бўғимини тотал эндопротезлаш, пастки мучалар ассиметрияси, асептик ностабиллик.

OPTIMIZATION OF TOTAL HIP ARTHROPLASTY FOR DYSPLASTIC COXARTHROSIS

Mirzamurodov H.H., Akhmedov Sh.Sh., Nurulloyev S.O., Ziyadullaev A.H., Nematov D.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Degenerative-dystrophic lesions of the hip joint are an urgent problem, the solution of which is the implementation of endoprosthetics - from 100 to 300 cases per 100,000 populations per year. Aseptic instability of the components of the endoprosthesis dominates the environment of unsatisfactory outcomes in the long term. In order to prevent aseptic instability of the components of the hip joint prosthesis in case of hip joint pathology, the authors proposed a technique for "incising" the tendon m. iliopsoas and using the intraoperative method for determining the center of rotation of the endoprosthesis head. In this work, we analyze the method of surgical treatment of 103 patients operated on in the traditional way, and 91 patients who underwent surgical incision of the m. iliopsoas tendon using the intraoperative method of determining the center of rotation of the endoprosthesis head.

Key words: Dysplastic coxarthrosis, total hip replacement, asymmetry of the lower limb, aseptic instability.

Introduction

Underdevelopment of the acetabulum becomes the main reason for the development of progressive pathology of the hip joint, referred to as dysplastic coxarthrosis. And this pathology occupies a special place among orthopedic diseases in connection with a wide range of patients requiring surgical treatment. The specific gravity of dysplastic coxarthrosis, according to literature data, is 40-87% of the total pathology of the hip joint [2]. Considering that the development of arthrosis against the background of hip dysplasia is inevitable, this prompts to continue the search for solutions for the treatment of this pathology. In the main group of these patients, restoration of the supporting and motor function of the lower extremity is possible only by endoprosthetics of the hip joint [3]. Acetabular deformity is a common manifestation of diseases and injuries of the hip joint. It is characterized by the presence of defects in the walls of the acetabulum and (or) bone growths - osteophytes. A

deformed acetabulum complicates the intraoperative orientation of the acetabular component of a total hip arthroplasty, and the presence of pronounced defects reduces the possibilities of implant fixation [8, 9, 10]. The more significant the anatomical changes in the acetabulum, the more often non-standard placement of the acetabular component is required to optimize fixation [11, 12, 13, 14, 15], which leads to little predictable changes in biomechanics [16, 17, 18]. Preoperative planning of total arthroplasty in routine clinical practice is carried out using radiographs of the hip joints, performed in frontal projection. This projection is well studied, standardized, and therefore the most informative both for preoperative planning and for assessing the results of arthroplasty [1, 19]. However, there are many difficulties in achieving a stable installation of the bowl in an underdeveloped cavity [4]. An important point of endoprosthetics is that pathological anatomical relationships in dysplastic coxarthrosis require a differential approach for implantation of endoprosthesis components [5]. In hip arthroplasty, despite the improvement in the technology of surgical intervention, the quality of materials for the manufacture of implants and their design [6,7], the frequency of aseptic instability of the prosthesis is quite high [7]. The main reason for failure is aseptic loosening of the components of the endoprosthesis. The problem of aseptic instability and ways to eliminate it have been actively discussed since the 1970s [2,4]. Satisfactory outcomes in hip arthroplasty in the first years after surgery in 3% of cases are associated with technical errors, in 7% with the development of an infectious process, in 6% with dislocation of the head of the joint. Aseptic loosening of the components of the endoprostheses occurs at a later period [2-4,7]. According to the leading orthopedic centers in 12 European countries (EUROHIP), the level of aseptic instability has practically no tendency to decrease. Aseptic instability of the endoprosthesis components dominates the environment of unsatisfactory long-term outcomes. In order to prevent aseptic instability of the components of the hip joint endoprosthesis in destructive - dystrophic lesions of the hip joint, the authors proposed a tenotomy technique for the tendon part of m. iliopsoas using the intraoperative method for determining the center of rotation of the endoprosthesis head. The article analyzes the diagnostics and features of surgical treatment of 66 patients operated on in the traditional way, and 70 patients who underwent tenotomy of the tendon of m. iliopsoas with the determination of the intraoperative center of rotation of the head with the instrument (No. FAP20190128).

Objective: To improve the results of total hip arthroplasty in dysplastic coxarthrosis.

Materials and methods

In the department of orthopedics of the multi-disciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and the "Starorthomed" clinic, 136 patients were operated on for dysplastic coxarthrosis from 2017 to 2020, who were implanted with hip joint endoprostheses. There were 92 (67.8%) women and 44 (32.2%) men. The age aspect ranged from 30 to 72 years (average 40.2 ± 0.7 years). (table 1).

Table 1.

Distribution of patients by sex and age

floor	Age groups										Total	
	31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		abs.	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
Women	11	8,0	27	20,2	40	28,9	12	9,5	2	1,2	92	67,8
Men	2	1,7	10	7,3	28	20,1	4	3,1	-		44	32,2
Total	13	9,7	37	27,5	68	49	16	12,6	2	1,2	136	100

To assess the degree of hip dysplasia, the Crowe classification was used [9], according to which the proximal displacement of the femoral head by a distance of less than 10% of the pelvic height (less than 50% of the head height) corresponds to the I degree, at a distance of 10-15% of the pelvic height (50-75 % of the height of the head) - II degree, at a distance of 15 - 20% of the height of the pelvis (75-100% of the height of the head) - III degree, at a distance of more than 20% of the height of the pelvis (more than 100% of the height of the head) - IV degree of dysplasia. (table 2).

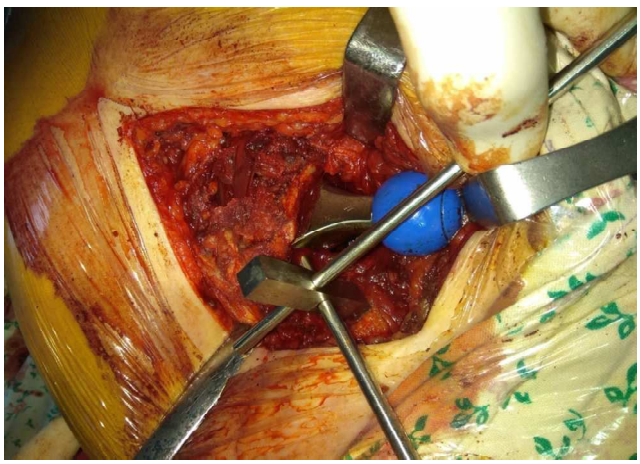
Table 2.

Distribution of patients according to Crowe classification

Power	Number of patients											
	Main group n-70				Total		Control group n-66					
	Women		Men				Women		Men		Total	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I Power	24	34,4	15	21,4	39	55,8	28	27,4	21	21,2	49	48,6
II Power	10	14,3	8	11,2	18	25,5	16	14.3	10	9,6	26	23,9
III Power	8	8.4	5	5.8	13	14.2	13	13.1	10	9.4	23	22.5
IV Power	3	3.1	1	1.4	4	4.5	3	3.3	2	1.7	5	5.0
Total	56	60.2	35	39.8	70	100	60	58.1	43	41.9	66	100

The main and control groups were also matched by gender, age, severity of joint damage and by the method of endoprosthetics. In the clinical observation group, in 126 (92.7%) patients during X-ray and CT examination and preoperative planning, we revealed - marginal sclerosis, flatness of the acetabulum roof (decrease in the vertical slope of the acetabulum and Weberg's angle), mushroom deformity of the femoral head with cystic foci and aseptic necrosis. In patients who use crutches for a long time, osteoporosis of the femur and muscle atrophy of the affected lower limb were observed against the background of degenerative-dystrophic changes. The dominant part of the patients was registered with an orthopedist since childhood, regularly received courses of conservative treatment, 2 patients had previously undergone surgical intervention (open reduction, Shantz support osteotomies, intertrochanteric osteotomies, formation of acetabular roofs). Subluxation or dislocation of the femoral head was observed in these patients due to the underdevelopment of the acetabulum. The concomitant adductor-flexion contracture and limitation of movements in the hip joint impeded their movement, the gait was "duck". Patients with unilateral lesions had an asymmetry in the length of the limbs from 1 to 5 cm. For joint replacement, endoprostheses Zimmer -36, Bioimplant - 24, DePuy - 54, Irene - 11 were used, hybrid constructs were used in 6 cases. The reasons leading to loosening of the acetabular component in the immediate postoperative period include: violation of the technique for installing the acetabular component; inadequate selection of the size of the implantable endoprosthesis (for example, a small size of the endoprosthesis cup and over-machining of the acetabular cutter); cicatricial changes and inadequate release [2]. In the clinical picture, one can observe the appearance of an early pain syndrome in the area of the operated joint and, as a result, lameness. The patient starts to use additional support means again. The most valuable for the diagnosis of instability of the acetabular component are radiography and computed tomography. These methods made it possible to quantify the response of various anatomical zones of the acetabulum to implantation of the endoprosthesis. It was clinically important to exclude the body's inflammatory response to the implant. Therefore, we studied all available clinical and biochemical analyzes. The blood levels of calcium, phosphorus, alkaline phosphatase, and parathyroid hormone were examined in patients at risk of developing early aseptic instability.

Surgical technique: The hip arthroplasty was performed in a lateral position, under general anesthesia in 4 cases, combined general and spinal anesthesia in 132 cases. In order to ensure minimal trauma to the already atrophied muscles of the hip joint, the Harding approach was considered optimal; during an open examination of the acetabulum, its depth, orientation relative to the sagittal plane of the body, and the condition of the roof and posterior wall were specified. In Crowe grade III hip dysplasia, they tried to position the endoprosthesis cup as appropriate as possible, since restoration of the center of rotation of the head, adequate to the physiological one, provides optimal conditions for the functioning of the entire lower limb girdle and the implant itself. In 4 cases the installed cup under 430 protruded with its 1/3 part beyond the limits of the depression. Observations have shown that in most of the patients with hip dysplasia, cervical antivision is excessively expressed; therefore, the orientation of the femoral component of the endoprosthesis was performed along the frontal plane. In order to facilitate the lowering and reduction of the head, decompression and reduction of friction of the components, as well as to reduce the pressure between the implant and the bone, tenotomy of the tendon part of m. iliopsoas (No. FAP 20100081). To eliminate the adduction contracture, subcutaneous tenotomy of the adductor muscles of the thigh was performed. The manufacturer indicated that, without cement prosthetics, the rasp is 0.3 mm less than the leg of the femoral component, which ensures its good fixation. We also know that the stem, installed using the press-fit method, sits in the cancellous part of the bone, where its osseointegration takes place. Insufficient processing of the femoral canal can cause aseptic instability of the stem, and processing to the cortical layer can lead to a split of the femur, since an expansion of 0.3 mm is not acceptable for the cortical part, it will simply burst. And in this case, you have to rely on the experience of the surgeon, who will determine by ear that the leg will not go further. This leads to the fact that if, before the operation, we planned to put the leg at a certain level and decided which head we would put. Then, after the operation, we visually find that we slightly lengthened the limb (due to the fact that the leg did not sit down to the intended level). When determining the length of the head, you can navigate by diastasis, after repositioning the test heads. However, for example, in patients with dysplasia who have been brought down, in order to eliminate the shortening, there may be no diastasis, while in elderly patients, due to muscle flabbiness, this diastasis between the head and the liner is unacceptably large. All this leads to patient dissatisfaction with different limb lengths, and with regard to aseptic instability, we also know that different limb length disrupts gait biomechanics, which will subsequently negatively affect the stability of implants. For this purpose, in order to intraoperatively correct the errors of preoperative planning in relation to the selection of the head length, we proposed a device (patent FAP 20190128) for intraoperative determination of the center of rotation of the femoral head. This device consists of an A-rod, B-rod and a connecting rod, the rods intersect strictly perpendicular to each other (Pic. 1). Rod A is inserted into the technical opening located in the proximal part of the endoprosthesis stem, which serves to insert it into the femoral canal using a guide. In this position, the rod A is parallel to the stem of the endoprosthesis. The next step is to install rod B on rod



(Pic. 1).

A, where rod B lies perpendicular to rod A. Having installed one end of rod B on the apex of the greater trochanter, we determine the level of the center of rotation of the head on the neck of the endoprosthesis stem. It remains only to select the appropriate head, the center of which will coincide with the center of rotation on the device.

Results and discussion

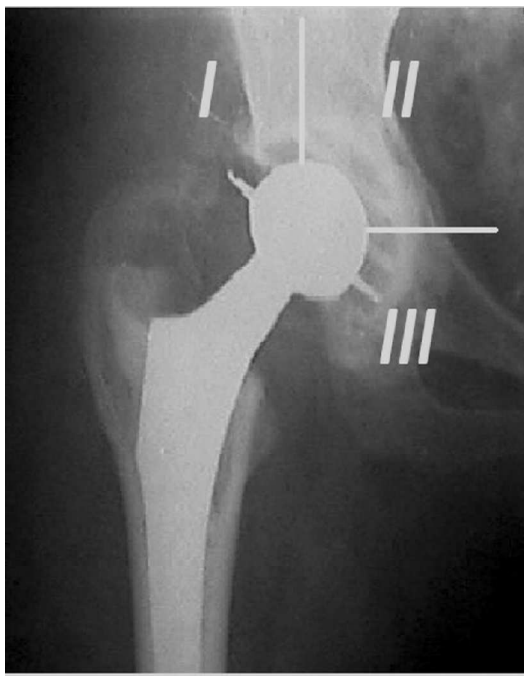
The results were assessed after 3, 6, 12 months. after surgery, then annually. During the examination, radiographs of the pelvis in frontal projection and the operated joint in Launstein's projection were performed (Pic. 1a, b). Functional results were assessed using the W.H. Harris system [11].

A

B

Radiographs of the hip joint of a patient with dysplastic coxarthrosis. a - before surgery, b - 4 years later, after total arthroplasty of the right hip joint with the Howmedica implant - cement fixation. X-ray assessment of the cement mantle was carried out according to the Barrack et al system, which includes 4 categories (A, B, C, D): category A - uniform and complete filling with X-ray contrast cement of the space of the medullary canal around the stem of the endoprosthesis; category B - presence of minor defects at the cement-bone interface; category C - X-ray image enlightenment at the cement - bone border, 50 to 99% or incomplete mantle; category D - brightening up to 100% or no cement in the apex of the pedicle. We analyzed the dynamics of the X-ray density at the implant-bone interface, according to the Gruen system, in 7 zones around the stem of the endoprosthesis (Pic. 2).

Pic. 2.



Pic. 3.

Pic. 2. Assessment of the state of the femoral component according to the Gruen system.

Pic. 3. Assessment of the state of the acetabular component according to the De Lee and Charnley system. The status of the acetobular component was assessed by De Lee and Charnley. The average observation period for patients was 21.4 ± 11.7 (from 3 to 72 months). The main variants of changes in bone tissue were identified, such as: resorption, hypertrophy and remodeling. Resorption with a diffuse increase in bone transparency was observed in the proximal zones (1), and trabecular reorientation in zone 7. In 59 cases (84%) in the patients of the main group in the distal regions (zones 3,4,5), we noted hypertrophy in the form of an increase in the mass of the cortical layer. No changes were found in the middle sections (2.6 zones). In 63 (96%) patients of the control group, hypertrophy was observed in the form of entrainment of the cortical layer in the distal regions.

Functional assessment.

Tab. 3.

The result of evaluating the effectiveness of hip arthroplasty. (W.H. Harris scale)

Treatment results (in points)	Excellent (100-90)		Good (89-80)		Satisfactory (79-70)		Unsatis-factory Less than 69		Total	
	абс.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%%
Total group	25	35.7	40	56.3	4	6.4	1	1.6	70	100
Control group	22	33.5	34	52.3	7	11.5	2	2.7	66	100

Table 3 shows that in the main group excellent and good results were found in 65 patients (92%). In the control group, excellent results were recorded only in 22 patients (33.5%) due to an increase in the cohort with good outcomes. In this group, the proportion of satisfactory outcomes was 7 patients (11.5%). Out of 136 operated patients for dysplastic coxarthrosis, 18 (13.3%) patients underwent revision of the endoprosthesis area in terms of 3 to 15 years. Moreover, in 6 (4.12%) patients, re-endoprosthetics was performed twice. In 8 (6.18%) cases, the stem of the endoprosthesis was replaced (Irene endoprosthesis), in 7 (5.15%) cases, the endoprosthesis cup was replaced (Bioimplant endoprosthesis). In 7 (5.15%) cases, both components were replaced. When the cup of the endoprosthesis was protruded, reimplantation was performed with bone grafting of the bottom of the acetabulum with an autograft taken from the iliac crest. A lot of technical troubles arise when lowering the operated limb with III-IV degrees of hip dysplasia according to Growe. Forced reduction is fraught with the fact that this increases the pressure of the head of the endoprosthesis into the cavity, disrupting the spatial orientation of the components of the endo-prosthesis, accelerates the aseptic instability of the components of the endoprosthesis, in addition, leads to tension in the anterior muscle group, causing a sharp limitation of flexion in the knee joint.

To eliminate or at least reduce such negative phenomena, it is necessary to perform tenotomy of the tendon m. iliopsoas and subcutaneous tenotomy of the adductor muscles of the thigh. At the same time, it becomes possible to eliminate the shortening of the diseased limb, reduce the compression pressure, prevent aseptic instability of the endoprosthesis components, and reduce the wear of rubbing surfaces. During hip arthroplasty in patients with dysplastic coxarthrosis, there are the following unfavorable conditions that adversely affect the strength of fixation of the implant components: defects of the femur and acetabulum; lack of walls of the acetabulum; bending of the medullary canal; narrowing of the proximal femur. The presence of the above anatomical variations causes limb shortening and mixing of the center of rotation of the joint. In this case, it is necessary to plan the installation of the acetabular component so that the center of rotation of the endoprosthesis coincides with the center of rotation of the joint. As we can see, during hip arthroplasty in conditions of dysplasia, two problems arise: significant changes in the biomechanics of the hip joint and the discrepancy between the shape and size of conventional implants to the shape and size of the patient's acetabulum and femur. It should be noted that the success of total hip arthroplasty, especially in cases of dysplasia, depends on the stability of the acetabular and femoral components of the endoprosthesis with their correct anatomical ratios. The correct anatomical relationships can sometimes be achieved only by reconstructive osteoplastic interventions in the acetabulum and proximal end of the femur. Among them, the restoration of the level of rotation of the heads along the planes plays an important role. At the same time, not only the lowering of the hip and decompression of the joint is achieved, which lead to the elimination of the gap along the Shenton line and the restoration of the length of the limb, but also normalize the muscle balance, which enhances the abduction, extensor and internal-rotating effect of the gluteal muscles. Comparative analysis showed that immediate, mid-term and long-term results (excellent 35.7%, good 56.3%) after primary hip arthroplasty in patients of the main group with late stage coxarthrosis compared with the control group (excellent 33.5%, good 52.3%), average follow-up which was 5.1 years, testifies to the high efficiency of using the effectiveness of the developed method of tenotomy of the tendon m. iliopsoas

Conclusions

1. For the purpose of decompressive mobilization of the hip joint, when bringing down the femur, it is necessary to perform a "notch" plasty m. iliopsoas and subcutaneous tenotomy of the adductor muscles of the thigh.

2. In the presence of defects in the acetabulum, reconstructive surgery is required before, or at the time of arthroplasty.

3. When placing the cup in a dysplastic cavity, it is necessary to achieve primary stability of the pelvic component of the endoprosthesis.

4. In hip arthroplasty, it is necessary to plan the installation of the endoprosthesis components so that the

center of rotation of the endoprosthesis coincides with the center of rotation of the joint.

LIST END LITERATURE:

1. Kavalerskiy G.M., Sereda A.P., Murylev V.Yu., Rukin Ya.A., Gavrilov A.V., Arkhipov I.V.et al.2D planning of hip arthroplasty. Traumatology and Orthopedics of Russia. 2015; (4): 95-102. doi: 10.21823 / 2311-2905-2015-0-4-95-102.
2. Petrov A.B., Kovaleva I.D., Ruzanov V.I. Method of acetobuloplasty for hip dysplasia // Modern technologies in traumatology, orthopedics: errors and complications, prevention and treatment / Materials, inter. Congress (October 5-7, 2004).- M., 2004. - S. 127.
3. Ribachuk OI, Kukuruza LP, Torchinsky VP Total endoprosthetics of the stump with yogodysplasii // Orthopedist., Traumatology., 1999.-№1. - P.29-30.
4. Sergeev KS, Katrenko IN, Toropov EV, Kuznetsov IV, Markov AA. Errors, complications and measures of their prevention in hip arthroplasty // Modern technologies in traumatology, orthopedics: Errors and complications, prevention and treatment / Materials between. Congress (October 5-7, 2004). -M., 2004. - S.151.
5. Tikhilov R.M., Shapavalov V.M.Guidelines for Hip Replacement Surgery. - SPB, 2008. - 293 - 301.
6. Lachiewicz P., McCaskill B., Inglis A.et al.Total hip arthroplasty in juvenile rheumatoid arthritis two to eleven -yaer result. //J. Bone J Sur. - 1986. - Vol. 68A. - P. 502-508.
7. Radl R., Hungerford M. et al.Higher failure rate and stem migration of an uncemented femoral component in patients with femoral head osteonecrosis than in patients with osteoarthrosis. //Act Orthop. Scand. -2005. - Vol. 76,N 1. - P.49 - 55.
8. Zeng W.-N., Liu J.-L., Jia X.-L., Zhou Q., Yang L., Zhang Y. Midterm Results of Total Hip Arthroplasty in Patients With High Hip Dislocation After Suppurative Hip Arthritis. J Arthroplasty. 2019;34(1):102-107. doi: 10.1016/J.ARTH.2018.09.081.
9. L ing T.-X., Li J.-L., Zhou K., Xiao Q., Pei F.-X., Zhou Z.-K. The Use of Porous Tantalum Augments for the Reconstruction of Acetabular Defect in Primary Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2018;33(2):453-459.doi: 10.1016/J.ARTH.2017.09.030.
10. Zha G.-C., Sun J.-Y., Guo K.-J., Zhao F.-C., Pang Y., Zheng X. Medial Protrusio Technique in Cementless Total Hip arthroplasty for Developmental Dysplasia of the Hip: A Prospective 6- to 9-Year Follow-Up of 43 Consecutive Patients. J Arthroplasty. 2016;31(8):1761-1766. doi: 10.1016/J.ARTH. 2016.01.052.
11. Eskildsen S.M., Wilson Z.J., McNabb D.C., Olcott C.W., Del Gaizo D.J. Acetabular Reconstruction With the Medial Protrusio Technique for Complex Primary and Revision Total Hip Arthroplasties. J Arthroplasty. 2017; 32(11):3474-3479. doi: 10.1016/ J.ARTH.2017.05.037.
12. Greber E.M., Pelt C.E., Gililland J.M., Anderson M.B., Erickson J.A., Peters C.L. Challenges in Total Hip Arthroplasty in the Setting of Developmental Dysplasia of the Hip. J Arthroplasty. 2017;32(9):S38-S44. doi: 10.1016/J.ARTH.2017.02.024.
13. Montalti M., Castagnini F., Giardina F., Tassinari E., Biondi F., Toni A. Cementless Total Hip Arthroplasty in Crowe III and IV Dysplasia: High Hip Center and Modular Necks. J Arthroplasty. 2018; 33(6):1813-1819. doi: 10.1016/J.ARTH. 2018.01.041.
14. Galea V.P., Laaksonen I., Donahue G.S., Fukui K., Kaneuji A., Malchau H., Bragdon C. Developmental Dysplasia Treated With Cementless Total Hip Arthroplasty Utilizing High Hip Center Reconstruction: A Minimum 13-Year.
15. Follow-up Study. J Arthroplasty. 2018;33(9):2899-2905. doi: 10.1016/ j.arth.2018.04.037.
16. Berninger M.T., Hungerer S., Friederichs J., Stuby F.M., Fulghum C., Schipp R. Primary Total Hip Arthroplasty in Severe Dysplastic Hip Osteoarthritis With a Far Proximal Cup Position. J Arthroplasty. 2019;34(5):920-925. doi: 10.1016/ J.ARTH.2019.01.032.
17. Komiyama K., Nakashima Y., Hirata M., Hara D., Kohno Y., Iwamoto Y. Does High Hip Center Decrease Range of Motion in Total Hip Arthroplasty? A Computer Simulation Study. J Arthroplasty. 2016;31(10): 2342-2347.doi: 10.1016/J.ARTH. 2016.03.014.
18. Rowan F.E., Benjamin B., Pietrak J.R., Haddad F.S. Prevention of Dislocation After Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2018;33(5):1316-1324. doi: 10.1016/J.ARTH.2018.01.047.
19. Karaismailoglu B., Erdogan F., Kaynak G. High Hip Center Reduces the Dynamic Hip Range of Motion and Increases the Hip Load: A Gait Analysis Study in Hip Arthroplasty Patients With Unilateral Developmental Dysplasia. J Arthroplasty. 2019;34(6):1267-1272. doi: 10.1016/J.ARTH.2019.02.017.
20. Widmer D., Reising K., Kotter E., Helwig P. Correct Assessment of Acetabular Component Orientation in Total Hip Arthroplasty From Plane Radiographs. J Arthroplasty. 2018;33(8):2652-2659. doi: 10.1016/J.ARTH.2018.02.023.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.89-072.8: 616.127-005.8

ЎСМИРЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЧЕГАРАДОШ РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРДАГИ ШАХС ХУСУСИЯТИ УРҒУЛАНИШИНИНГ КЛИНИК ДИНАМИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мухторова Х.К., Нурмуродов Ш.Н.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Турли ёшдаги шахслар орасида руҳий касалликлар анализ қилинганда ўсмирлар орасидаги чегарадош руҳий бузилишлар клиник белгилари билан ажралиб туради. Руҳий бузилишларнинг ўсмир ёшида юзага келиши - касалликнинг патологик белгилари тез ривожланишига олиб келади. Бугунги кунда клиник амалиётимизда қуйидаги чегарадош руҳий касалликлар тез-тез учраб туради: шахс хусусияти урғуланиши, неврозлар (обсессив-компулсив бузилишлари) ва реактив депрессиялардир. Ушбу касалликлар сурункали тус олганда мехнат қобилияти ва хаёт сифатини пасайтиради. Чегарадош руҳий касалликларни даволашда психотерапиядан ва психофармакологик воситалардан мувозанатли фойдаланишга асосланган.

Калит сўзлар: психопатия, невроз, преморбид, шизоид, ананнкаст, депрессия.

КЛИНИКО ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТНОЙ АКЦЕНТУАЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ПОДРОСТКОВ

Мухторова Х.К., Нурмуродов Ш.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

При анализе психических заболеваний у лиц разного возраста пограничные психические расстройства у подростков различают по клиническим признакам. Возникновение психических расстройств в подростковом возрасте - приводит к быстрому развитию патологических симптомов заболевания. В нашей клинической практике сегодня распространены следующие пограничные психические заболевания: личностные особенности, неврозы (обсессивно-компульсивное расстройство) и реактивная депрессия. Когда эти заболевания становятся хроническими, они снижают трудоспособность и качество жизни. К лечению пограничных психических заболеваний основаны на сбалансированном применении психотерапии и психофармакологических средство.

Ключевые слова: психопатия, невроз, преморбид, шизоид, ананнкаст, депрессия.

CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF PERSONAL ACCENTUATION IN BORDERLINE PSYCHIC DISORDERS OF ADOLESCENTS

Mukhtorova X.K., Nurmurodov Sh.N.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

When analyzing mental illness in people of different ages, borderline mental disorders in adolescents are distinguished by clinical signs. The onset of mental disorders in adolescence - leads to the rapid development of pathological symptoms of the disease. The following borderline mental illnesses are common in our clinical practice today: personality traits, neuroses (obsessive-compulsive disorder), and reactive depression. When these diseases become chronic, they reduce the ability to work and the standard of living. Modern approaches to the treatment of borderline mental diseases are based on the balanced use of psychotherapy, psychopharmacological agents.

Key words: psychopathy, neurosis, premorbid, schizoid, anannkast, depression.

Долзарблиги

Умумтиббий амалиётда чегарадош руҳий бузилишлар билан касалланганлар кўп учраб туради уларга ташхис қўйиш ва даволаш шифокордан тегишли тайёргарликни ва касбий билимларни чуқур билишни талаб қилади. Чегарадош руҳий бузилишларни замонавий,оқилона даволаш учун психотерапия ва психофармакотерапия сохасини чуқур билиш зарур [1]. Ибн Сино "Тиб қонунлари" асарида инсон организмининг тузилиши, ундаги физиологик жараёнлар ва улар билан бевосита боғланишда бўлган руҳий омиллар, уларнинг инсон танасига таъсири тўғрисида қимматли маълумотларни келтирган. Психология соҳасида боланинг руҳий хусусияти, унинг ривожланиши ва ривожланишдан орқада қолиш ҳолати узоқ вақтлардан буён инсонларни ташвишга, ҳақли равишда мушоҳада юритишга олиб келувчи муаммолардан бири сифатида психологлар томонидан эътироф этилиб келинмоқда. Болага тўғри ташкил этилган таълим-тарбия, оила ва ундаги аъзоларнинг ўзаро муносабатлари характери, бола мулоқотда бўладиган ижтимоий гуруҳлар, у танлаган касб, бола ички руҳий имкониятларининг мукаммаллиги каби қатор ижтимоий ва биологик омиллар шахс бўлиб шаклланиши, ўзини-ўзи англаши ва ўзгаларга муносабати ҳамда унинг интеллектуал тараққиётига албатта таъсирини кўрсатмай қолмайди [2]. Чегарадош руҳий бузилиш билан оғриган беморларнинг психиатрга мурожат қилиш мезонлари: шикоятлари бўйича чарчоқ, узоқ вақт давомида кайфиятнинг доимий пасайиши, уйқусизлик, ўзини паст бахолаш, диққат бузилиши,асабийлашиш, хаво-

тир,умидсизлик ҳисси. Атроф мухитнинг стресси билан кучайган вегетатив (соматизацияланган) бузилишлар масалан: кўкрак суяги ортидаги оғирлик ва оғриқ, ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши (қабзият, диарея, диспепсия), кўп терлаш, бош айланиши, бош оғриғи, эректил дисфункция ва шунга ўхшаш вегетатив бузилишлар учраб туради. Ижтимоий ва касбий мослашувлардан норозилик бунда беморда оиладаги ва жамоадаги мулоқот муносабатларнинг бузилиши билан намоён бўлади. Ўз вақтида ташхис қўйиш ва тўғри даволаш билан яхши натижага эришилади. Чегарадош руҳий касалликларда даволаниш прогнози хар доим ижобий бўлади, шунингдек ёрдам кўрсатадиган малакали психиатр ва беморнинг хоҳиш-истаги билан боғлиқ бўлади [3]. Қўллаб қувватловчи психотерапия бутун дунёда енг кенг тарқалган терапия усулидир. 2000-йилларнинг бошларида кашф қилинган когнитив хулқ атвор терапияси бўйича катта ютуқларга эришилди. ЧРБ билан оғриган ўсмирларга терапевтик таьсир, ўз-ўзини бошқариш, диалектик хулқ-атвор терапияси, аналитик терапия, ментализация асосидаги терапиялар мавжуд. Ўсмирлар учун диалектик хулқ-атворли терапия хафтасига уч марта, мултимодал терапевтик дастурдан иборат бўлиб унга индивидуал психотерапия, кўп ҳонадонли маҳорат дарслари, оилавий учрашувлар, беморлар ва оила аьзолари учун телефон орқали тренинг ўтказилади. Бир йиллик кузатувлар давомида маьлум бўлдики юқоридаги терапевтик усуллар ёрдамида ижобий натижаларга эришилди [4]. Чегарадош руҳий касалликка чалинган беморлар ҳиссий нотурғунлиги билан ажралиб туради. Ҳиссий ўзгаришлар тез ва осонлик билан юзага келади. Беморлар кўпинча ўзларини ҳиссий турғун ҳолатига қайтишда қийналадилар. Улар кўпинча ғазаб, вахима ва умидсизлик билан муносабатда бўлишади. Чегарадош руҳий касалликлари билан беморлар амбулатор мурожатларнинг 10% ва касалхонага ётқизилган руҳий беморларнинг 20% ни ташкил этади [5].Чегарадош рухий бузилишлар билан оғриган 35 та бемор танлаб олинган бўлиб, клиник-динамик кузатувларимиз давомида, касалликнинг энг кенг тарқалган вариантлари депрессив бузилишлар, соматоформ бузилишлар ва ҳавотирли-фобик бузилишлар устунлик қилади. Айрим психоактив воситалар қабулидан сўнг ўз-ўзига зарар етказиш ва ўткинчи васваса ғоялари пайдо бўлади бу кўпроқ шахс хусусиятлари декомпенсациясида намоён бўлади. Бундай ҳолатларда бизга психофармакотерапия ва психотерапия катта ёрдам беради [6]. Ривожланган давлатларда шахс хусусиятлари декомпенсацияси илмий адабиётларда тез-тез муҳокама қилинадиган руҳий касалликлардан бири бўлишига қарамай, кўпчилик психиатрлар буни тан олишга қийинчиликларга дуч келишмоқда. Бунга сабаб касалликнинг клиник полиморфизми ва руҳий бузилишнинг регрессив динамикаси хосдир [7]. Руҳий касаликлар тўғрисида замонавий тушунча уларнинг кўп қиррали клиник мезонларини инобатга олган холда, болалар ва ўсмирларнинг руҳий саломатлик муаммоларини ҳал қилишда комплекс даволаш чораларини ишлаб чиқиш мухимлигини белгилайди. Бу ўз навбатида кўпгина касбий сохаларни ривожлантириш билан боғлиқ бўлади. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти такидлашича руҳий саломатлик кўрсаткичларини янада яхшилаш учун тиббий устувор монопрофессионаллик, шахсни йўналтириш модели бўйича сифатли психосоциал терапия ва психосоциал реабилитация, психологик методларни кенг қабул қилиш ва қўллаш назарда тутилган [8]. Хулқнинг нормадан оғиши билан боғлиқ бузилишлар: Хулқнинг нормадан оғиши холатларига руҳий соғлиқ ва ифодаланган нуқсон ўртасидаги шартли чегара яқинида жойлашган рухий-асаб бузилишларининг заиф, ўчиб кетган шакллари киради. Бундай бузилишлар доираси жуда кенг. Нормадан оғиш холатлари орасидаги умумий кўринишда ўткир психопатик бузилишларсиз бўлган психогения, руҳий зарбали бузилишлар ва руҳий-шахвоний ривожланиш девиацияси ажратилади. Психогения - асаб тизими ва шахсий хислатларининг ўзига хос хусусиятлари асосида ривожланадиган руҳий жарохатлар таъсири остида юзага келадиган руҳият бузилишидир. Ўз таркибига кўра реактив холатлар, неврозлар ва шахсият бузилишларига бўлинади. Реактив холатларнинг енг кўп тарқалган шакллари кайфият бузилишларидир. Бундай шахслар кучли ҳаяжонланишга мойил ёки бефарқ бўлиб ўзларини назорат қила олмайдилар. Депрессия маълумки юзлаб йиллардан буён киши руҳиятида оғриқли кечиш шакли сифатида тавсифланади. Депрессиянинг келиб чиқишини қадимги юнонлар қора сафродан заҳарланиш деб тушунтиришган. Бу унинг эски номидан меланхолия, "қора сафро"да акс этган. Невротик депрессия принципиал равишда мутаносиб сабаблар ва ривожланишнинг невротик белгилари билан эндоген депрессиядан фарқ қилади, бунда эндоген ёки биологик депрессия кайфиятнинг чуқур, бирламчи оғриқли тушиб кетиши ҳисобланади. Невротик депрессия ўзида аффектив тарзда, у ёки бошқа психоген воқеалардан таъсирланишни намоён қилади. Унда кам холларда витал қайғу ва тормозланиш ҳамда кўпроқ холларда ғамгин ёки қўрқувли хавотир, турли хавфсирашлар, ўзига ва ўз оиласига ачиниш, хис-ҳаяжонли лабиллик, йиғлоқилик, руҳий-жисмоний ҳаракатларнинг пасайиши холатлари кузатилади [9]. Клиник-динамик тадқиқотлар ўтказиш учун 595 та ўсмир ёшидаги ўрта мактаб ўқувчилари танлаб олинган бўлиб улардан олинган статистик маьлумотларга кўра руҳий касалликнинг клиник белгилари яширин кечган 273 та (45,9%), клиник белгилари яққол намоён бўлганлари 254 та (42,7%) ва руҳий соғлом ўсмирлар гуруҳи эса 68 та (11%) ни ташкил қилади. 10-11-синфлардаги руҳий саломатлик холати таққосланганда 10-синф ўқувчилари орасида (56,5%) нозологик касаллик аниқлангунча сезиларли даражада тарқалишини кўрсатди ва чегарадош руҳий касалликларнинг клиник шакллари (59,7%) 11-синфларда кўпроқ аниқланди. Бундай ўқувчилар психоастениклиги, янги жамоада мослашиш қийинчиликлари, обсессив-компулсив фикрлари ва преморбид ривожланиши билан ажралиб туради. Хулқ-атвор бузилишлари атроф мухитнинг салбий таьсирлари ва ҳиссий лабиллик асосида пайдо бўлади. Бунинг натижасида ўсмир хатти-ҳаракатида тажовузкорлик, жанжаллашиш, итоатсизлик, норозилик реакциялари ва шахслараро муносабатларнинг бузилишига сабаб бўлади. Ўсмир ёшидаги ўқувчиларининг 3,1% да гиперкинетик хатти-ҳаракатларнинг бузилиши, аралаш хатти-ҳаракатлар ва ҳиссий бузилишлар 1,6% да аниқланди. Бундай ўсмирлар қоида бузарликка ва антисоциал муҳитга берилувчан бўладилар. Бизнинг изланишларимиз давомида кўриб чиқилганларнинг 0,8% да 1,6% шахснинг ҳиссиёт бузилишлари, 1,2% шахснинг истерик бузилишлари аниқланди. Бундай ўсмир ёшидаги ўқувчилар асабийлашиш, қўзғалувчанлик, қасоскорлик хусусиятлари билан ажралиб

туради ва уларда қизиқишларнинг нотурғунлиги, импулсивлик, ўзини-ўзи бошқаришнинг йуқлиги қайд этилди. Ушбу гуруҳдаги ўсмирлар чарчоқнинг кучайиши, асабийлашиш, кўп йиғлаш, уйқусизлик, даврий бош оғриғидан шикоят қилади. Бу намойишлар эпизодик бўлиб, узоқ давом этган ҳиссий ўзгаришлар туфайли пайдо бўлади. Шуни ҳисобга олган холда касалликнинг нозологик шакллари аниқланди. [10]. 18 ёшгача бўлган ўсмирларда чегарадош руҳий касалликларнинг ярмини ташкил этадиган невротик касалликларнинг нозологик турлари аниқланган бўлиб шулардан дезадаптатив бузилиши (22,1%), неврастения (9,6%) ва соматоформ бузилишлари (8,7%) учрайди. Клиник текширувлар натижасида чегарадош руҳий касалликлардаги депрессив ҳолатлар (30,1%) ни ташкил қилади бу ўз навбатида хар учинчи беморда руҳий тушкунлик ҳолатида ўз жонига қасд қилиш харакати билан тугаши (35,7%) ни ташкил қилади. Бу психопатологик касалликларнинг келиб чиқиши инсоннинг демографик ва этник холати (ёши, турар жойи, этник-маданий келиб чиқиши) билан яқин алоқани кўрсатади. Чегарадош руҳий касалликларнинг патогенезини аниқлаш давомида кўп босқичли статистик таҳлил натижасида (78,66%) асосан бешта омил аниқланди: Булар шахснинг этник-маданий диссоциацияси (31,7%), оила таркибининг нотўлиқлиги(18,7%), атроф муҳит таьсирлари (9,7%), рационал фикрлашнинг бузилиши (9,3%) ва диний-этник бефарқлик (9,2%). [11].Улар турли хил психопатик хатти-ҳаракатларни ўз ичига олади: параноид, шизоид, ҳиссий лабиллик, ананкаст ва бошқалар. Бундай беморларга асаб тизимининг туғма ёки эрта орттирилган етишмовчилиги ва зарарли экологик таьсир асосида шаклланган шахс хусусиятлари намунаси хосдир. Шахс хусусияти патологиясининг асосий клиник кўринишлари ҳиссиёт бузилиши, уйқусизлик, патологик реакциялар ва шахс характерологик хусусиятларнинг декомпенсацияси билан боғлиқ. ХКТ -10 мезонларига мувофиқ, шахс хусусияти патологияси шахснинг ўзига хос бузилиши деб тушунилади, деярли ҳар доим шахсий позициялар ва шахс хатти-ҳаракатларидаги сезиларли дисгармония, шахсий ва ижтимоий мослашишни бузилиши ва шахсий ва ижтимоий парчаланиш билан бирга келади. [12].Чегарадош руҳий касалликлар эрта ёшда ўз-ўзидан декомпенсацияланиш кўринишида пайдо бўлиб, хулқ-атвор бузилишлари, хатти-ҳаракатларнинг қўпол бузилиши ва доимий ижтимоий ноқулайликларга сабаб бўлади. Чегарадош рухий касалликлар ривожланиши қуйидагиларга боғлиқ бўлади: салбий ҳаёт кечириш, тез-тез оиладаги можаролар, ёмон таьлим стратегияси, жисмоний нуқсонлар, соматик касалликлар ва нотўғри тарбия натижасидир. Шахс хусусиятлари декомпенсацияси ўзининг пластиклиги хаёт шароитлари ўзгарганда яхшироқ прогнозга эга бўлиши билан характерланади. Шахс хусусияти патологияси билан оғриган беморларнинг хаммаси ҳам психиатрга мурожат қилавермайди, уларни биз кўпинча касалликнинг декомпенсация холатида ёки криминал харакат содир қилиб тиббий кўрик пайтида учратамиз. Шу сабабларга кўра шахс хусусияти патологиясини тарқалиш даражасини аниқлаш қийин. Шахс хусусияти патологиясининг тарқалиш даражаси 1000 аҳолига ўртача 5та дан 10 кишигача учрайди. Статистик маьлумотларга қараганда ушбу касаллик қиз болаларга қараганда ўғил болааларда кўпроқ кузатилган [13]. Шахс бу биологик ва ижтимоий келиб чикиш хусусиятларга эга булган конкрет инсондир. Хар бир инсон - бу алохида шахсдир. Шахс хусусиятлари биологик ва ижтимоий компонентлардан иборат тузилишга эга: темперамент, характер, кизикишларнинг йуналганлиги ва кенглиги, дунёкараш. Нормал характер бу шахснинг барча белгиларидаги богликлик, яхлитлик, органиклик, гармония, бунда белгилар бири иккинчисидан келиб чикади ва адекват шахслараро муносабатларни шакллантириш хусусиятига эга булади, бу эса шахснинг жамиятдаги адаптациясига ёрдам беради. Характер акцентуацияси бу ташхис эмас, норманинг чегара ҳолати бўлиб, дезадаптация факатгина маълум бир холатда, шахснинг кучсиз звеносига мухит таъсир килганда пайдо булади, бунда шахснинг кучли томонлари уни компенсация килишга кодир ва адаптация доирасида ушлаб туради. Шахс хусусияти патологияси нерв тизимининг туғма ёки эрта орттирилган биологик нотуликлиги ва ташки мухит ўзаро таъсири натижасида юзага келади. Шахс хусусияти патологияси деганда шахс руҳий хусусиятларининг дисгармонияси ва унинг ташқи таъсиротларга ноадекват реакциялари билан намоён бўлувчи хусусият аномалиялари тушунилади. Ҳиссий-иродавий бекарорлик психопатик ҳарактернинг асосий белгиларидан бири сифатида зиддиятли вазиятларнинг осон келиб чиқишини таъминлайди, бунда кўпинча интеллект юқори даражада сақланган бўлади. Шахсиинг бундай хусусиятлари туфайли атрофдагилар, жамоа билан қийин чиқишади ва кўпинча ўзи жамиятнинг реал талабларига мослашиши қийинлигидан азият чекади. Шундай қилиб, шахс хусусияти патологиясини руҳий касаллик деб эмас, балки шахс шаклланишининг хасталик кўриниши деб қараш лозим. Бундан келиб чиқадики, шахс хусусияти патологияси билан касалланмайдилар, балки хусусиятнинг руҳий хасталик белгилари ҳаёт давомида шаклланади. Ташқи муҳит руҳий хасталик ҳодисаларини юмшатиши мумкин бўлганидек уларни қўлаб-қувватлаши ва кучайтириши ҳам мумкин. Бироқ хусусиятларнинг руҳий хасталик билан шаклланишида атроф-муҳитнинг таъсири билан бир қаторда нерв тизимининг туғма нобоплиги ҳам аҳамият касб этади. Бу ҳолатни таькидлаб, пуштнинг патологияси ва ҳомиланинг ҳар хил зарарланишларини назарда тутиш лозим бўлади. Хасталик хусусиятлар белгиларининг наслдан -наслга узатилиши ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади. Шахс хусусияти патологиясининг дастлабки клиник аломатлари болалик ва усмирлик даврларига тўғри келади ҳамда бу белгилар аниқ ва турғун эмас, боланинг атроф-муҳитга мослашиб кетишини ҳар доим ҳам қийинлаштирмайди. Шахс хусусияти патологиясининг жуда ривожланган даражаси кўпинча жадал ривожланувчи пубертат даврига тўғри келади. Бироқ, жинсий балоғатга етиш даврида мавжуд психопатик белгиларнинг юмшаши ҳам кузатилиши мумкин. Клиник кўриниши беморнинг бутун ҳаёти давомида барқарор турмайди. Руҳий хасталик аломатларининг декомпенсацияси қонуний жараён ҳисобланиб, соматик касалликлар ва энг асосийси психоген вазиятлар таьсирида келиб чиқади. Шикастловчи омил таъсирининг тарқалганлигига қараб руҳий хасталарда неврозлар, реактив ҳолатлар ва баъзан дарҳол стационарга ётқизишни талаб қилувчи ўткир психоген эпизодлар учрайди. Шахсий ва меҳнат фаолиятидаги вазиятларни ижобий ҳал қилиш ҳамда бурчини адо этаётганда ватан-парварлиги юзага келувчи ижобий ҳислар шахс хусусияти патологиясининг

клиник кўринишини юмшатади, беморнинг жамиятда ўз ўрнини топиб, мослашиб кетишини таъминлайди. Бундай беморларнинг асосий қисми оилада қолади, мунтазам меҳнат билан шуғулланади ва атрофдагилардан ўзини руҳиятига хос томонлари билан ажралиб туради. Шахс хусусияти патологиясининг ривожи ёш ўзгариши таъсирида яққолроқ кўзга ташланади. [14]. Чегарадош руҳий касалликларнинг эрта ташхислаш ва даволаш мақсадида таълим муассасаларида профилактик кўрикларни ўтказишда психиатрнинг иштироки тавсия этилади, бунда руҳий касалликларнинг дастлабки белгилари ва хавф гурухлари аниқланади. Шунга кўра махсус сўровнома асосида касаллик даражалари аниқланиб даволаш чоралари ишлаб чиқилади [15]. Ўсмирлик ёши хулқ-атвордаги кескин ўзгаришлар содир бўлиши билан характерланади, буни ҳар бир ўсмирни ташқи томондан кузатиш орқали осонгина билиб олиш мумкин. Психолог олимларнинг фикрларига таянган ҳолда ўсмир шахсининг шаклланишига икки хил, яъни ижтимоий ва биологик омилларнинг тарбиявий таъсири мавжуд эканлигини таъкидлаш жоиз. Ижтимоий омилларга: умумий ўрта таълим мактабига ўтиш ва бу билан боғлиқ бўлган ўқув фаолиятидаги, ўқувчи ва ўқитувчилар билан мулоқотдаги ўзгаришлар; мустақил ва амалий ишларни кўпроқ бажариш натижасида ўсмирнинг оиладаги ўрни ҳам ўзгаради; жисмоний ва ақлий имкониятларининг ўсиб бориши муносабати билан унга кўпроқ ишона бошлайдилар. Биологик омилларга: жинсий етилишнинг бошланиши, шунингдек, барча аъзоларнинг жисмоний ривожланиши киради [16]. Умуман олганда эркакларга нисбатан аёллар депрессив касалликларга кўпроқ мойил эканлиги тан олинган. 13-19 ёшли ўсмирлар клиник-динамик кузатувлари тахлил қилинганда кўпроқ қиз болалар депрессияга мойил эканлиги аниқланган. Ўғил болаларда эса антисоциал мухитга берилиш кўпроқ кузатилган [17]. Америка психиатрлар ассоциацияси томонидан ишлаб чиқилган таснифга кўра: шахснинг хулқ атворидаги оғишлари, ижтимоий дезадаптацияси яъни чегарадош руҳий патологияси бўлган шахслар ўсмирлик ёки эрта балоғатга етиш даврида кўпроқ намоён бўлади. Уларнинг патохарактерологик хусусиятлари узоқ муддат барқарор сақланади шу сабабли бундай беморлар жамият талабларига мослаша олмайдилар. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики психиатрияга ихтисослашган даволаш муассасаларида кузатув остидаги беморларнинг 10% ва касалхонага ётқизилган беморларнинг 20% чегарадош руҳий патологияси бўлган беморлар ташкил этади. Охирги 10 йил ичида чегарадош руҳий касалликлар аёлларда эркакларга қараганда уч маротаба кўпроқ кузатилган [18]. Адабиётлардан олинган маьлумотларга қараганда барча ёшдаги шахслар хусусан ўсмир ёшидагилар орасида чегарадош руҳий бузилишлар кўпайиб бориши замонавий тиббиёт учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Аммо ўрта мактаб ўқувчиларида чегарадош руҳий касалликларни аниқлаш расмий статистикага асосланган ҳолда ўрганиб келинган. Болалик ва ўсмирлик даврида чегарадош руҳий касалликларнинг клиник намоён бўлишини эрта аниқлаш ва психиатрик ёрдамни ўз вақтида кўрсатиш жуда муҳимдир. Ёш авлоднинг руҳан соғлом шаклланишига экопатоген, макро ва микросоциал омиллар, биологик ва психологик омиллар таьсир кўрсатади [19].Чегарадош руҳий бузилишларда энг кўп учрайдиган ҳолатлар қуйидагилар: касаллик белгилари невротик бузилиш даражасида аниқланди, ўзининг руҳий холтига танқидий муносабатнинг сақланиши, тунги уйқунинг бузилиши, вегетатив бузилишлар, соматик касалликка хос бўлган бузилишлар. Чегарадош руҳий бузилишлар декомпенсацияси учун психоген омил ва шахснинг конституционал хусусиятлари ахамиятли. [20].

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак патохарактерологик реакцияларни ташхисий мезонларида кўпроқ хулқ-атвор билан руҳиятга салбий таъсир қилувчи омиллар орасидаги боғлиқликка эътибор қаратиш керак бўлади. Бунда урғуланган (акцентуант) шахс патохарактерологик реакцияларга кўпроқ мойил бўлади. ХКТ-10 мезонларига мувофиқ ушбу касалликни шахс хусусиятининг урғуланиши деб юритилади. Шахс хусусияти патологияси кўпроқ ўсмирлик даврида намоён бўлади, аёллардан кўра эркакларга кўпроқ кузатилади. Шахс хусусияти патологиясининг бошқа рухий касалликлардан фарқи шундаки, ўткир психопатологик бузилишлар, васваса ғоялари, галюцинациялар, онг бузилишлари кузатилмайди. Шахснинг атрофдаги жамоа билан муросаси қийин бўлиб, жамият талабларига мослаша олмайди. Ушбу касалликларнинг олдини олишда психопрафилактика ва психотерапия чораларини тўғри ташкил қилиш муҳим ўрин тутади. Психопрафилактик чоралар олиб бориш учун биринчи навбатда ўсмир ўсаётган ёки тарбияланаётган микромухитга ва оилавий муносабатларга аниқлик киритилади ва ўрганилади, иккинчидан оилавий индивидуал психотерапия ўтказиш керак бўлади: оиланинг хар бир аьзоси билан махсус сухбатлар ўтказилиши билан амалга оширилади, учинчидан ўсмир билан рационал психотерапия, психофармакотерапия ва психологик коррекция зарур, ўқиш жойида ўсмирларга диспансердан ташқари ёрдам кўрсатишнинг янги шакли таклиф қилинса, унга кўра психолог, психиатр ва педагогларнинг биргаликда харакати жорий қилинса албатта ижобий натижага эришилади. Бу ўз навбатида ўқув ва педагогик кўрсаткичларнинг сезиларли даражада самарасини оширади, ҳаёт фаолиятини, мехнат фаолиятини, одамлар билан муносабат тарзини ва янги ўқув шаклларига мослашишни яхшилайди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. А.Б. Смулевич. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. М. 2000.
2. А. Нурмаматов. Боланинг шахс сифатида шаклланишидаги айрим психологик муаммолар. Замонавий таълим, журнал 2015й.
3. Быков Александр Павлович. Пограничные психические расстройства в современной клинической практике. Волгоград. 2018.
4. Джеймсл Джекобсон, Алан Мджекобсон. Секреты психиатрии. М. 2007.
5. Д.В.Романов. Клинические варианы декомпенсации у пациентов, страдающих пограничным расстройством личности. 2009.
6. Д.В.Романов. Проблема обьективизации диагностики пограничного расстройства личности. 2015.
7. Е.В.Корен. Подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервнопсихическими расстройствами. 2011.
8. И.М.Хакимова. Девиант хулқ-атвор психологияси. Дарслик.2014.
9. К. А. Владимировна. Пограничные нервно-психические расстройства у учащихся старших классов общеобразовательных учреждений (клиника, динамика, превенция.). 2008.
10. Н. Е. Львович. Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен. 2006.

11. Н.Я.Оруджев. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. Вестник журнал. 2008.
12. Н.Г.Незнанов. Психиатрия. Учебник. 2010.
13. Н.И.Ходжаева. Психиатрия. Дарслик. 2011.
14. Н.М. Попова. Непсихотические психические расстройства в подростково-юношеском возрасте. 2013.
15. Н.М. Нагметов. Ўсмир йигитларни мустақил хаётга тайёрлашнинг илмий назарий асослари. Замонавий таълим, журнал. 2017.
16. Н.А. Мазаева. Подростковые депрессии: взгляд на проблему (по данным зарубежных публикаций). 2017.
17. С.Я.Христофорова. Пограничные состояния и их диагностика у сотрудников правоохранительных органов. 2006.
18. Э.А. Филиппова. Пограничные психические расстройства у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы. 2010.
19. Ю. А. Александровский. Пограничные психические расстройства. 2000.
20. Guil? JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? Clin Neuropsychiatr. 2005.
21. Ougrin D, Latif S. Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. Crisis. 2011.

Келиб тушган вақти 09.11.2020

УДК 616.98-036-07-08:578.834.11

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

Ниёзов Г.Э., Облокулов А.Р., Пондина А.И., Бадиева Б.М., Шадиева Н.Ш.,

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Мақолада янги коронавирусли инфекция (Covid-19) билан касалланганларнинг клинико- эпидемиологик тавсифи келтирилган. Барча беморларда SARS-CoV-2 инфекцияси лаборатор (ЗПР реал вақтдаги натижаси) тасдиқланган. Рентгенологик текширув натижалари ўрганилганида 64,5% беморларда ўпкаларда "хира ойна" кўринишида тиниқ бўлмаган манзара, маҳаллий ва икки томонлама доғли қорайиш акс этган. Текширувлар натижалари шуни кўрсатадики, беморларда типик белгилар билан бир қаторда неврологик, ошқозон-ичак, терибелгилари каби экстрапулмонал ва атипик белгилар ҳам кузатилган.

Калит сўзлар: коронавирусли инфекия, Covid-19, SARS-CoV-2, "хира ойна".

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ COVID-19

Ниёзов Г.Э., Облокулов А.Р., Пондина А.И., Бадиева Б.М., Шадыева Н.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

В статье освящены клинико-эпидемиологические характеристики больных новой коронавирусной инфекцией (Covid-19). У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2 (результат ОТ-ПЦР в реальном времени). При изучении рентгенологических данных, отклонения от нормы на рентгенограмме грудной клетки, были выявлены у 64,5% больных, ввиду непрозрачность "матового стекла", местное пятнистое затенение, двустороннее пятнистое затемнение. Результаты исследования показали, что у обследуемых больных вместе с типичными признаками этого заболевания встречались такие экстрапульмональные и атипичные проявления, как неврологические, желудочно-кишечные и кожные.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, Covid-19, SARS-CoV-2, "матового стекла".

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COVID-19 PATIENTS

Niyazov G.E., Oblokulov A.R., Pondina A.I., Badieva B.M., Shadieva N.Sh.,

Bukhara state medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino.

✓ ***Resume***

The article highlights the clinical and epidemiological characteristics of patients with new coronavirus infection (Covid-19). All patients had laboratory-confirmed MERS-CoV-2 infection (real-time RT-PCR result). When studying x-ray data, deviations from the norm on the chest x-ray were detected in 64.5% of patients, due to the opacity of the "frosted glass", local spotty shading, and bilateral spotty darkening. The results of the study showed that the examined patients, along with the typical signs of this disease, had such extrapulmonary and atypical manifestations as neurological, gastrointestinal and skin.

Keywords: coronavirus infection, Covid-19, SARS-CoV-2, "frosted glass".

Актуальность

Новый коронавирус (SARS-CoV2) привел к многочисленным случаям вспышек заболевания в городе Ухань в декабре 2019 года. 7 января 2020 года новый коронавирус (SARS-CoV-2) был признан причиной нескольких случаев заболевания пневмонией [1]. Клинические признаки коронавирусной инфекции широко варьируют от бессимптомного проявления до острой пневмонии с дыхательной недостаточностью и даже летальным исходом [2, 3]. У около 80% инфицированных коронавирусом людей, заболевание протекает в легкой или субклинической форме, у 13-14% - в острой форме, а у 4-6% развивается критическая форма, которая требует госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии [4].

Отмечено, что пациенты старшей возрастной группы, у которых имеются сопутствующие патологии, например, гипертензия, диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы, более подвержены развитию острой формы заболевания и риску наступления летального исхода [5, 6]. У большинства пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-I9 обычно наблюдаются такие симптомы, как повышенная температура, сухой кашель, диспноэ, усталость и миалгия [7, 8]. Менее распространенные симптомы при коронавирусной болезни включают головную боль, головокружение, тошноту, боль в животе, рвоту и диарею [7, 9]. У пациентов с COVID-19 обычно наблюдаются респираторные симптомы, такие как сухой кашель и боль в горле, которые ассоциируются с общими симптомами - головной болью, повышенной температурой и миалгией [10]. Кроме того, центры по контролю и профилактике заболеваний назвали тошноту или рвоту, диарею и вновь приобретенную потерю вкуса и обоняния признанными характерными особенностями проявления COVID-19 [11].

В публикациях сообщается о нескольких неврологических проявлениях при COVID-19. К ним относятся: синдром Гийена-Барре, вирусный энцефалит, токсическая энцефалопатия, острая некротическая геморрагическая энцефалопатия, нарушения обоняния и вкуса, инсульт и неспецифические неврологические симптомы, такие как головная боль и головокружение [12].

О нарушениях обоняния и вкуса сообщается как о симптомах проявления COVID-19. Они могут предшествовать или возникать вместе с другими классическими симптомами COVID-19, или возникать обособленно. Исследование, в ходе которого были рассмотрены 59 случаев заболевания COVID-19, показало, что почти у 34% пациентов наблюдались нарушение обоняния и/или вкуса [13].

Сообщается о нескольких неспецифических неврологических симптомах, проявляющихся у пациентов с COVID-19 с разной частотой. К ним относятся головокружение (16,8%), головная боль (13,1%), мышечные повреждения, ведущие к миалгии и повышению уровня креатинкиназы в сыворотке (10,7%), невралгия (2,3%), эпилепсия (0,5%) и атаксия (0,5%) [14]. Сообщается о нескольких желудочно-кишечных симптомах у пациентов с COVID-19. К ним относятся анорексия (83,8%), диарея (2-35,6%), тошнота (1-10%), рвота (1-6,4%) и боль в животе (2,2- 5,8%) [15]. Кожная сыпь была отмечена у 0,2% пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19. Она может возникать при первых признаках заболевания или же во время пребывания в больнице [16].

Целью исследования явилось изучения клинико-эпидемиологической характеристики у больных новой коронавирусной инфекции (Covid-19).

Материал и методы

Это исследование было одноцентровым ретроспективным когортным исследованием. Мы включили всех пациентов с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2, госпитализированных в инфекционную больницу с 21 марта по 12 августа 2020 года в Бухаре. Клинические данные были получены из электронных медицинских карт, включая демографические данные, историю воздействия, признаки и симптомы, а также лабораторные данные при поступлении.

Всем пациентам с COVID-19, включенным в это исследование, был поставлен диагноз в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению пневмонии, вызванной инфекцией нового коронавируса. У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2 (результат ОТ-ПЦР в реальном времени, специфичный для SARS-CoV-2, был положительным).

Результат и обсуждение

Медицинские карты пациентов были проанализированы исследовательской группой Бухарского медицинского института им. Абу Али ибн Сино. Клинические данные были получены с помощью форм сбора данных из электронных медицинских карт. Собранная информация включала демографические данные (пол, возраст), эпидемиологический анамнез, признаки и симптомы (лихорадка, кашель, мокрота, одышка, усталость, анорексия, мышечные боли, головная боль, озноб, тошнота и рвота, диарея, спутанность сознания и т. д.), историю болезни (артериальная гипертензия, болезни сердца, диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, болезнь печени и т. д.), историю курения и меры лечения (например, противовирусные терапия, кортикостероидная и антикоагуляционная терапия). Лабораторные данные были собраны в день поступления, включали результаты обычных анализов крови (количество лейкоцитов, количество нейтрофилов, количество лимфоцитов, гемоглобина и количество тромбоцитов), функции печени и почек (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, альбумин, креатинин, скорость клиренса креатинина и т. д.), коагулограмму (протромбиновое время, активность протромбина и фибриноген), молочную кислоту, прокальцитонин, С-реактивный белок, и рентгенографию грудной клетки. Датой начала заболевания считали день, когда симптомы впервые были замечены.

С 21 марта по 12 август 2020 года в Бухарскую областную инфекционную больницу было госпитализировано 206 пациентов. Пациенты были разделены на тяжелых больных (n=68, в том числе 26 пациентов с тяжелыми случаями при поступлении и 42 пациента со среднетяжелыми случаями, которые стали тяжелыми после поступления) и пациентов со среднетяжелыми формами (n=138). Из них 12 (8,6%) пациентов были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, 8 (3,8%) пациентов умерли, 185 (89,8%) пациентов были выписаны к 12 августу 2020 года.

Средний возраст составил 53 года, из 206 пациентов 181 (88%) были мужчинами. Более подробные данные о возрасте пациентов с диагнозом COVID-19, указаны на рис. 1. Среднее время от появления симптомов до госпитализации составляло 4-5 дней, а среднее время до постановки диагноза тяжелого заболевания составляло 6-7 дней.

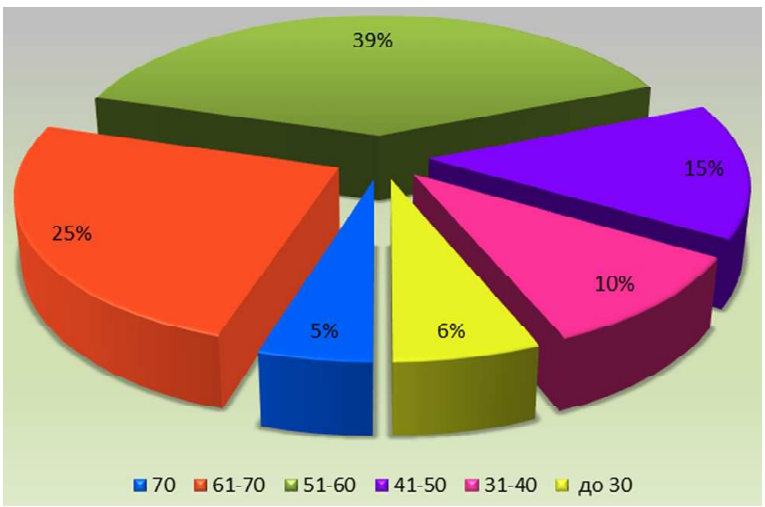


Рис. 1. Соотношение возрастных групп больных коронавирусной инфекцией.

Наиболее частыми хроническими заболеваниями (рис.1.) были: гипертоническая болезнь, у 26 больных; сердечно-сосудистые заболевания, у 25; неосложненный диабет, у 15; хроническая обструктивная болезнь легких, у 13 больных. Только 17 из 206 пациентов курили в анамнезе.

Рис. 2. Соотношение количества больных различными хроническими заболеваниями, с диагнозом COVID-19.

Наиболее частым симптомом у пациентов с были: лихорадка, выявленная у 187 больных (90,8%), за которой следовали кашель - у 148 (71,8%), мокрота - у 50 (24,3%), одышка - у 49 (23,8%), утомляемость - у 154 (74,2%), анорексия - у 178 (86,4%), миалгия - у 72 (35%), боль в горле - у 115 (56%), диарея - у 26 (12,6%), тошнота - у 28 (13,6%), рвота - у 12 (5,8%), головная боль - у 165 (80%), головокружение - у 37 (18%), боль в животе - у 10 (4,8%), кровохаркание - у 8 (3,9%), потеря вкуса - у 75 (36,4%), потеря обоняния - у 78 (37,9%), спутанность сознания - у 35 (17%), конъюнктивит -у 48 (23,2%), артралгия - у 51 (24,7%), судороги - у 4 (2%).

По результатам полученных данных о 206 больных, выяснилось, что у 45 пациентов (21,8%) были обнаружены кожные проявления. У 18 пациентов они проявились совместно с манифестацией других симптомов, у 27 пациентов - после госпитализации. Среди кожных проявлений преобладали: эритематозная сыпь (у 24 пациентов), распространенная крапивница (у 13 пациентов), а также везикулы, подобные высыпаниям при ветряной оспе (у 8 пациентов).

Лечение включало противовирусную терапию (16,3% больных получали таблетки "фавиправир" или "гидроксихлорохин", и хлорохин), кортикостероидную терапию (для 87,9% больных), приём антикоагулянтов и антиагрегантов (для 100% пациентов, низкомолекулярные гепарины, гепарин натрия, ацетилсалициловая кислота) или комбинацию из двух или трех этих препаратов.

Восемь летальных случаев включали смерти пяти мужчин и одной женщины, в возрасте от 62 до 74 лет. У всех шести пациентов были серьезные хронические заболевания, включавшие сердечно-сосудистые заболевания и гипертонию. Время от начала болезни до смерти для пациентов составляло 11 дней, 20 дней и 14 дня.

По результатам лабораторных данных было выяснено, что у 72 больных (35,0%) наблюдалась лейкопения, у 30 больных (14,5%) -лейкоцитоз; у 168 больных (81,5%) выявлена лимфоцитопения, у 34 больных (16,5%) - повышение количества лимфоцитов; тромбоцитопения обнаружена у 87 (42,2%) пациентов.

При изучении рентгенологических данных, отклонения от нормы на рентгенограмме грудной клетки, были выявлены у 133 (64,5%) больных, непрозрачность "матового стекла" у 49 (23,7%), местное пятнистое затенение - у 67 (32.5%), двустороннее пятнистое затемнение - у 82 (39,8%) больных. У части пациентов не было обнаружено патологических изменений на рентгенограмме.

Выводы

Таким образом, пациенты с тяжелым течением заболевания были значительно старше, чем пациенты с заболеванием проходившем в среднетяжелой форме, а доля пациентов мужского пола была намного выше доли пациентов женского пола. Частота следующих симптомов, в группе больных с тяжелой формой заболевания, была значительно увеличена: мокрота, одышка, анорексия и спутанность сознания. Не было резких различий в хронических заболеваниях, во времени между появлением симптомов и поступлением в стационар между двумя группами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. WHO I Pneumonia of unknown cause -China [Интернет]. WHO. World Health Organization; [процитировано 23 апреля 2020]. Доступно по ссылке: http://www.who.intksr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirns in Wuhan, China. The Lancet. 15 февраля 2020;395(10223):497-506.
3. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 17 марта 2020;323(11):1061-9.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 7 апреля 2020;323(13):1239-42.

5. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 28 марта 2020;395(10229):1054-62.
6. Облокулов А.Р., Мусаева Д.М., Элмурадова А.А. Клинико-эпидемиологические характеристики новой коронавирусной инфекции (COVID ? 19). // Новый День в Медицине. 2020. №2 (30/2) С.110-115.
7. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 17 марта 2020;323(11):1061-9.
8. Облоқулов А.Р, Нарзиев И.И., Жалолова В.З., Рахматова М. Р., Элмуродова А.А. COVID-19 нинг даволаш истиқболлари. / /Инфекция, иммунитет ва фармакология 2020. №3 128-138 бетлар
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirns in Wuhan, China. The Lancet. 15 февраля 2020;395(10223):497-506.
10. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. 2020;.
11. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)- Symptoms [Интернет]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020/
12. Wu Y, Xu X, Chen Z, Duan J, Hashimoto K, Yang L et al. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. Brain, Behavior, and Immunity. 2020.
13. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bemacchia D, Siano M, Oreni L et al. Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study. Clinical Infectious Diseases. 2020;.
14. Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, Ruiz L, Invemizzi P, Cuzzoni M et al. Guillain-Barre Syndrome Associated with SARS-CoV-2. New England Journal of Medicine. 2020;.
15. Wong S, Lui R., Sung J. Covid-19 and the digestive system. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2020;. Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, Wang R, Yan J et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Digestive Symptoms in Hubei, China. The American Journal of Gastroenterology. 2020;:1.
16. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2020.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.22-008.54: 616.22-053

ДЕРМАТОГЛИФИКА РУК У ДИЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ

Нуров У.И., Арифов С.С.,

Бухарский государственный медицинский институт,
Ташкентский институт усовершенствование врачей.

✓ ***Резюме***

Работа посвящена одной из актуальных проблем оториноларин-гологии-исследование наследственности дерматоглифики у глухих дизиготных близнецов.

Данная работа основана на результатах дерматоглифических исследований 176 глухих дизиготных близнецов.Из них с врождёнными формами глухоты было 103, а с приобретенными формами 73.В качестве контроля 134 здоровых детей общеобразовательных школ.

Результаты показывает, дерматоглифики рук глухих дизиготных близнецов по сравнению с контролем выявило некторое ее различия, как при сравнительном статистическом анализе пальцевых узоров кистей рук, так и при анализе гипотенарных узоров.

Ключевые слова: дерматоглифика рук, дизиготных близнецов, сравнение.

ДИЗИГОТ ЭГИЗАКЛАРДА ҚЎЛ ДЕРМАТОГЛИФИКАСИ

Нуров У.И., Арифов С.С.,

Бухоро давлат тиббиёт институти,
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти.

✓ ***Резюме***

Илмий иш оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланган кар дизигот эгизакларда дермотоглификанинг ирсийлигини ўрганишга бағишланган.

Ушбу иш 176 та кар дизигот эгизакларнинг дерматоглифик текширишлар натижасига асосланган бўлиб, улардан 103 таси карликнинг туғма шакли, 73 таси эса орттирилган шакли билан касалланган эгизаклардир. Назорат гуруҳига 134 та мактаб ёшидаги соғлом болалар олинган.

Олиб борилган текшириш натижалари шуни кўрсатдики, қўл бармоқлари ва гипотенар соҳа нақшларининг қиёсий статистик таҳлил қилганда, дизигот кар эгизаклар қўлларининг дерматоглифкаси назорат гуруҳидагиларга қараганда, баъзи фарқлар аниқланади.

Калит сўзлар: қўл дерматоглификаси, дизигот эгизаклар, таққослаш.

DERMATOGLYPHICS OF HANDS IN DIZYGOTIC TWINS

Nurov U.I., Arifov S.S.,

Bukhara State Medical Institute,
Tashkent Institute for Advanced Training of Doctors.

✓ ***Resume***

The work is devoted to one of the urgent problems of otorhinolaryngology - the study of heredity of dermatoglyphics in deaf dizygotic twins.

This work is based on the results of dermatoglyphic studies of 176 deaf dizygotic twins. Of these, 103 were with congenital forms of deafness, and 73 with acquired forms. As a control, 134 healthy children of secondary schools.

The results show that dermatoglyphics of the hands of deaf dizygotic twins in comparison with the control revealed some of its differences, both in the comparative statistical analysis of the finger patterns of the hands and in the analysis of the hypotenary patterns

Key wort: dermatoglyphics of hand, dizygotic twins, comparison.

Актуальность

В настоящее время в связи с развитием медицинской генетики дерматоглифика является одним из существенных методов генетического обследования. Папилярные узоры формируется на шестом месяце внутриутробного развития и остаются неизменными на протяжении всей жизни человека. Анализ общирных сведений в области этнической дерматоглифики показывает, что папилярные узоры распределяется в разных географических областях и этнических группах с определенной закономерностью.

Первые попытки в исследовании наследственности дерматоглифики были сделаны [3]. Впоследствии большинство исследователей подтвердило наследственную природу кожных узоров рук [6,7]. Последнее обстоятельство привело к тому, что дерматоглифика становится одним из существенных методов генетического исследования, как в условиях нормы, так и патологии [8]. К настоящему времени при хромосомных болезнях отмечаются некоторые характерные изменения дерматоглифики [5]. Например, некоторые авторы указывают, что для такой хромосомной болезни, как болезнь Дауна, изменения кожного рельефа настолько характерны, что диагноз может быть поставлен, даже если ограничиться исследованием одной только дерматоглифики [17,13]. На важную роль дерматоглифики, как наследственного маркера, в

быстрой диагностике хромосомный аберраций при таких заболеваниях, как болезнь Дауна и синдром Шершевского -Тернера, указывает и считает, что отклонения от нормы при исследовании дерматоглифики может иметь место и при врожденных расстройствах метаболизма [15,16]. Изучение дерматоглифики у близнецов с нарушениями слуха, доступной литературы мы не нашли. Turpin с сооавторами исследовал дерматоглифику у 302 глухих. Больные были разделены на группы. Первая группа включала 4 вариации-приобретенная после рождения, приобретеннная внутриутробно, семейная и врожденная неизвестного происхождения [7,9]. Дерматоглифика в первых двух вариациях не отличалась от контрольной группы [11]. В двух последних, по сравнению с контрольной группы, отмечается большая частота узора (средняя петля) на гипотенаре [10,14]. Отмечено также некоторое повышение частоты промежуточного осевого трирадиуса. Эти отклонения были более значительными у мужчин, и причем это отличие было больше присуще для правой руки [4]. Вторая группа включала нарушениями слуха неизвестной этиологии. У этой группы глухих частота узора на гипотенаре была промежуточной между семейной и контольной группами [18,19]. Автор полагает, что по всей вероятности это является следствием неоднородности данной группы [1,2]. В другой работе исследовалась пальцевая дерматоглифика у 36 глухих. Обнаружено что встречаемость радиальных петель у глухих и контроле примерно одинакова (3,1±2,82% и 3,2±1,53%).

Несколько большие различия обнаруживаются по дуговому рисунку рук у глухих-5,6±3,37% и 6,2±2,09% в контроле. Общее количество радиальных и ульнарных петель обнаруживает тенденцию к преобладанию их в группе здоровых (контроль) главным образом за счет превалирования ульнарных петель. Что касается завиткового рисунка рук, то здесь наблюдаются обратные соотношения -41,1±7,98%у глухих по сравнению с 35,0±4,09% среди контроля. По дельтовому индексу соотношения в обеих группах были примерно одинаковые. Таким образом, учитывая, что в отечественной и иностранной литературе имеются указания на генетическую связь между глухотой и особенностями дерматоглифики рук мы поставили перед собой, Цель: изучить дерматоглифику у близнецов с нарушениями слуха.

Материал и методы

Мы изучали дерматоглифику 176 дизиготных близнецов с нейросенсорными нарушениями слуха. Из них с врожденными формами глухоты было 103 близнецов, а с приобретенными -73. В качестве контроля нами были использовани данные по дерматоглифике рук, слышащих 134 человека. Уннификация папиллярных узоров производилась по методу, описанному Cummins,Midlo.

Результат и обсуждение

При сравнительном статистическом анализе пальцевых узоров кистей рук у дизиготных близнецов с врожденными формами глухоты и контрольной группой (таблица 1) обнаружено, что в группе детей с врожденной глухотой отмечается меньшее количество таких узорных типов, как дуги (P≤0,5), петли ульнарные (P≤0,05) и петли радиальные (P≤0,5).

Таблица 1

Распределение частоты пальцевых узоров среди глухих дизиготных близнецов (в%) с врожденными и приобретенными формами глухоты и здоровых лиц (M±m)

Группы обследованных	A	R	V	R+V	W	DL
Врожденная глухота (103 человека)	6,02 ±2,39 P>0.5	2.921 ±1.66 P>0.5	50.39 ±4.93 P<0.5	53.31 ±4.93 P<0.02	40.68 ±4,84 P>0.1	13.46
Приобретенная глухота (73 человека)	3.84 ±2.24 P>0.2	3.29 ±2,08 P>0.5	47.54 ±5.84 P<0.05	50.83 ±5.85 P<0.05	45.48 ±5.82 P<0.02	14.17
Здоровые (контроль) 134 человека	6,20 ±2,09	3.20 ±1.53	55.60 ±4.31	58.80 ±4.26	35.00 ±4.09	12.83

(P- дано в сравнении с контролем)

Завитки у них встречались значительно чаще (P≤0,1). Аналогичное меньшее количество пальцевых узоров отмечено в группе близнецов с приобретенной глухотой, где одинаково, дуги (P≤0,2) встречались почти в два раза реже, чем в контроле, а завитки (P≤0,02) наборот превалировали над контролем больше, чем в группе детей с врожденной глухотой.

Общая узорная интенсивность (дельтовый индекс) выше у близнецов с приобретенными формами глухоты (14,17),чем у глухих с врожденными формами (13,46) и в контроле (12,88).

Формулы распространения узорных типов по пальцам (суммарно правых и левых) у лиц с врожденной, приобретенной глухотой и контрольной группы показали, что они имеют идентичный вид во всех группах обследованных по ульнарным петлям, тогда как радиальные петли, дуги и завитки имели значительные различия в этих формулах.

Анализ данных гипотенарных узоров у глухих с врожденными и приобретенными формами глухоти показывает, что распределение различных типов рисунков в этих группах неодинаково. (таблица 2)

Радиальные петли встречается у глухих чаще, чем в контроле (врождённая -16,02% и приобретенная -15,75%,при 11,18% в контроле). Ульнарные же петли у глухонемых обеих групп встречаются почти в два раза меньше,чем в контроле. Отмечено незначительное преобладание частоты отсутствия рисунка на гипотенаре у лиц с врожденной глухотой над лицами с приобретенной глухотой и контролем. Для лиц с врожденной глухотой характерно отсутствие S-образного рисунка, который среди приобретенных форм встре-

Таблица 2

Частота гипотенарных узоров у глухонемых Ферганской долины, в%

Тип узора	Врожденная глухота 103 человека	Приобретенная глухота 73 человека	Контрольная группа 107 человек
0	77,66	76,02	74,70
L^r	16.02	15.75	11.18
L^u	6.79	5.47	10.00
L^p	0.48	-	1.76
L^c	-	-	0.88
S	-	2.73	0.58
W	1.45	-	0.88

чается в 2,73% (при 0,58%) в контроле. Обнаружено тенденция прабладания в контрольной группе детей двойных петель, а в группе глухонемых с врожденной глухотой -завитков. Таким образом, исследование дерматоглифики рук глухих Бухарской, Навоинской и Кашкадаринской области по сравнению с контролем выявыло некоторое ее различия, как при сравнительном статистическом анализе пальцевых узоров кистей рук, так и при анализе гипотенарных узоров. Однако, поскольку различия в дерматоглифике рук в обеих группах глухих детей были идентичны, мы не могли говорить о генетической связи врожденной глухоты и особенностями дерматоглифики рук. По-видимому, здесь сказывается влияние и каких-то других факторов. Однако, в одновременном возникновении патологии органа слуха и особеннностями дерматоглифики, несомненно, участвуют врожденные предрасполагающие моменты.

Выводы

Изучению дерматоглифики у глухих дизиготных близнецов с врождёнными и приобретенными формами глухоты показывает, что радиальные петли встречается у глухих близнецов чаще, чем в контроле. Ульнарные петли у глухих дизиготных близнецов обеих группе встречается в два раза меньше, чем в контроле. У дизиготных близнецов с врожденной глухотой характерно отсутствие S-образного рисунка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Асроров А.А. Формирование хронического тонзиллита у детей в зависимости от клинико-иммуногенетических факторов.// автореф. дис. канд. мед. наук / А.А. Асроров. - М., 2007. - С. 24.
2. Пулатов В.Р. Матерали о глухонемоте среди населения Ферганской долины. // автореф. дис. канд. мед. наук / В.Р. Пулатов - М., 1972. - С. 21.
3. Романенко А.А., Деревцова С.Н., Медведева Н.Н., Николаев В.Г. Современные представления об использовании дерматоглифики в медицине // современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 6.;
4. Рубцова, А.В. Редкие дерматоглифические признаки у жителей Западной Сибири / А.В. Рубцова, А.Е. Рубцов, В.П. Мишагин // Современные проблемы применения новых технологий в раскрытии и расследовании преступлений: сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. Томск, 14-15 марта 2007 г. / под ред. С.Ю. Кладова. - Томск: ТМЛПресс, 2007. - С. 101-104.
5. Солониченко, В.Г. Медицинская дерматоглифика / В.Г. Солониченко, Н.Н. Богданов // Папиллярные узоры: идентификация и определение характеристик личности: дактилоскопия и дерматоглифика. - М., 2002. - С. 59-80.
6. Сидоренко, А.Г. Возможности ладонной дерматоглифики при судебно-медицинской идентификации личности: дис. □ канд. мед. наук / А.Г. Сидоренко. - М., 2006. - 114 с.
7. Титаренко, А.Г. Криминалистическая характеристика внешних данных личности преступника с помощью дерматоглифики / А.Г. Титаренко // Государство и право: теория и практика: материалы междунар. науч. конф. (г. Челябинск, апрель 2011 г.). - Челябинск: Два комсомольца, 2011. - С. 19-22.
8. Фандеев, А.Л. Экспертиза родства по признакам дерматоглифики кисти и стопы: автореф. дис. □ канд. мед. наук / А.Л. Фандеев. - М., 2005. - С. 16.
9. Фандеева, О.М. Изучение дерматоглифических признаков ног как характеристик генетического родства применительно к судебномедицинским идентификационным экспертизам : автореф. дис. □ канд. мед. наук / О.М. Фандеева. - М., 2002. - С.
10. Хить, Г.Л. Дерматоглифика и расогенез финно-угров Евразии / Г.Л. Хить, Н.А. Долинова // Антропология современных финно-угорских народов. - М., 2000. - С. 27-29.
11. Хазиев, Ш.Н. Из истории бертильонажа и дактилоскопии в дореволюционной России / Ш.Н. Хазиев // Папиллярные узоры: идентификация и определение характеристик личности: дактилоскопия и дерматоглифика. - М., 2002. - С. 204-234.
12. Чистикин, А.Н. Дерматоглифические особенности лиц с криминальными наклонностями / А.Н. Чистикин, Т.А. Чистикина // Современные проблемы применения новых технологий в раскрытии и расследовании преступлений : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. Томск, 14-15 марта 2007 г. / под ред. С.Ю. Кладова. - Томск : ТМЛПресс, 2007. - С. 125-128.
13. Шпак, Л.Ю. Дерматоглифика средних и основных фаланг: новые аспекты и перспективы исследования / Л.Ю. Шпак / / Вестник антропологии. - 2001. - Вып. 7. - С. 161-175.
14. Шпак, Л.Ю. Папиллярные узоры средних и основных фаланг кисти в близнецовых и посемейных исследованиях / Л.Ю. Шпак // Научный альманах кафедры антропологии. - М. : Путь, 2001. - Вып. 1. - С. 99-111.
15. Andrew R. Zinn, David Roeltgen, Gerry Stefanatos, Purita Ramos, Frederick F. Elder. A Turner syndrome neurocognitive phenotype maps to Xp22.3 // Behavioral and Brain Functions. - 2007-05-21. - Т. 3, вып. 1. - С. 24. - ISSN 1744-9081. - doi:10.1186/1744-9081-3-24.
16. Claus H?jbjerg Gravholt. Epidemiological, endocrine and metabolic features in Turner syndrome // European Journal of Endocrinology. - 2004-12. - Т. 151, вып.6. - С.657-687. - ISSN 0804-4643. - doi:10.1530/eje.0.1510657.
17. Lixin Sun, Weilin Xue, Jun Li, Zhaoshan Zhou, Wei Han. Palm dermatoglyphs and interleukin-4 receptor polymorphisms in asthma // Biomedical Reports. - 2017-02-27. - Т. 6, вып. 1. - С. 21-26. - ISSN 2049-9434. - doi:10.3892/br.2016.803.
18. Mich?le M.M. Mazzocco. The cognitive phe notype of Turner syndrome: Specific learning disabilities // International congress series / Excerpta Medica. - 2006-10-01. - Т. 1298. - С. 83-92. - ISSN 0531-5131. - doi:10.1016/j.ics.2006.06.016.
19. R. Vonk, A. C. van der Schot, G. C. M. van Baal, C. J. van Oel, W. A. Nolen. Dermatoglyphics in relation to brain volumes in twins concordant and discordant for bipolar disorder // European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. - 2014-12-01. - Т. 24, вып. 12. - С. 1885-1895. - ISSN 1873-7862. - doi:10.1016/j.euroneuro.2014.09.010.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.31-002.1-036.1

ОПТИМИЗАЦИЯ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рахимов З.К., Абдуллаев Ш.Ю.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данном статье приведено современные методы лечения больных с переломами нижней челюсти и пути предотвращение их осложнений, а также при гнойно - воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области с помощью современные рационального фармакотерапией и их влияние на организм.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, фармакотерапия, гнойно-воспалительная заболевания.

OPTIMIZATION OF ANATOMICAL AND FUNCTIONAL AND COMPLEKX TREATMENT OF PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES

Rakhimov Z.K., Abdullayev Sh.Yu.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

This article presents modern methods of treatment of patients with lower jaw fractures and ways to prevent their complications, as well as for purulent - inflammatory diseases of the maxillofacial region using modern pharmacotherapy methods and their impact on the body.

Key words: maxillofacial area, pharmacotherapy, purulent-inflammatory diseases.

PASTKI JAG ' SINISHLARI BO‘LGAN BEMORLARDA ANATOMO - FUNKTSIONAL VA KOMPLEKS DAVOLASHNING OPTIMALLASHTIRISH

Rakhimov Z.K., Abdullayev Sh.Yu.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume***

Ushbu maqolada pastki jag‘ sinishi va ularning asoratlarini oldini olish yo‘llari, shuningdek, yuz-jag‘ sohasining yiringli yallig‘lanish kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni zamonaviy ratsional farmakoterapiya va ularning organizmga ta'siri bilan davolashning zamonaviy usullari keltirilgan.

Kalit so‘zlar: yuz-jag‘ sohasi, farmakoterapiya, yiringli yallig‘lanish kasalliklar.

Актуальность

Посттравматический остеомиелит - весьма распространенное осложнение при переломе нижней челюсти: у 10-12% пациентов с переломами нижней челюсти в зоне повреждения кости развивается нагноение тканей, сопровождающееся некрозом раневых поверхностей отломков с образованием секвестров. Для решения этой проблемы используется значительное количество методов и средств, однако число инфекционно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде продолжает оставаться высоким, что значительно осложняет лечение пострадавших[3].

Переломы нижней челюсти и их лечение являются одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии. Среди всех травм костей лица такие переломы составляют по данным разных авторов от 45 до 90,9%. Частое развитие абсцессов и флегмон в области головы и шеи обусловено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной, тонзилогенной инфекции, а также инфекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта. Самой распространенной формой септического воспаления являются одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания. Сохраняется высокая частота встречаемости инфекционно-воспалительных осложнений при переломах челюстных костей. В последние десятилетия интерес к острой инфекции лица и шеи возрос в связи с ростом числа больных с этими заболеваниями и количеством тяжёлых внутри- и внечерепных осложнений[1,4,5,6.].

Поиск новых эффективных, патогенетически обоснованных методов терапии гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО) является одной из самых сложных проблем современной детской хирургии. Особенности анатомии детского возраста, слабо выраженный общий и местный иммунитет к гноеродной флоре являются предпосылками для более частого возникновения, быстрого развития и тяжелого течения воспалительных заболеваний по сравнению со взрослыми[7].

Общей задачей при лечении больных с гнойно-воспалительными процессами нижней челюсти является включение комплекса лечебных мероприятий направленных как на организм больного, так и на возбудителей.

Лечение гнойно-воспалительных процессов основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и консервативных мероприятий. Хирургическое вмешательство, заключающееся в обязательном вскрытии гнойного очага и рациональном их дренировании. Вскрытие гнойников осуществляется раз-

резами над пораженными очагами, что обеспечивает свободный отток гноя и экссудата, уменьшает давление в инфильтрированных тканях, нормализуют микроциркуляцию и раннее удаление некротизированных тканей, а также способствует подавлению микрофлоры непосредственно в патологическом очаге и ускоряет процессы регенерации[2,8,.].

После хорошего дренирования рану многократно промывают растворами антисептиков (фурацилин, перманганат калия, димексид, экстерицид и др) антибиотиков, поверхностно-активных веществ (хлоргексидина, рокала и др). Одним из эффективных местных методов очищения раны от микробов и токсинов, а также продуктов тканевого распада, является диализ раны, который активно влияет на процессы заживления, улучшает функциональные результаты и сокращает сроки лечения больных.

С целью быстрого очищения раны местно применяют диоксидин, диметилсульфоксид, оксацилин, хлорацетофосовую и левомеколевую мази, протеинолитические ферменты. Общим недостатком различных мазей применяемых при лечении гнойно-воспалительных заболеваний является то, что их основой является жир. В связи с этим, мази не смешиваются с раневым экссудатом и не могут поглощать раневое отделяемое, что неблагоприятно сказывается на процессах очищения и заживления раны в начальных стадиях. Видимо в начальных стадиях воспалительного процесса лучше применять препараты в виде растворов, а после очищения раны и при отсутствии выделений из нее применять мазевые препараты.

В последние годы появилось некоторое количество работ об успешном применении ряда физических факторов в местной терапии, способствующей очищению и заживлению раны, сокращению продолжительности лечения.

В комплекс лечебных мер при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, особенно при наличии анаэробной инфекции все шире применяется гипербарическая оксигенация, эффективность которой связана, прежде всего с ускорением местной и общей гипоксии, а также созданием гипероксии, которая губительно воздействует на аэробы и ряд анаэробов, в тоже время повышает активность антибиотиков. Основной составной частью комплекса общей терапии является применение антибактериальных препаратов. Общую терапию при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛО начинают сразу после операции внутримышечным или внутривенным введением антибиотиков.

Нерешенные вопросы актуальной проблемы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с различными формами патологии ЧЛО послужили предметом настоящего исследования с целью обоснования организационных и комплекса лечебных мероприятий, направленных на оптимизацию анатомо-функциональной и социальной реабилитации больных с переломами нижней челюсти.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование включало в себя результаты обследования и лечения 94 человек. Среди них 63 больных с односторонним переломом и 31пациентов с двухсторонним переломом нижней челюсти, которые находились на стационарном лечении Бухарской областной многопрофильной медицинской центр в клинике хирургической стоматологии г. Бухары в период с 2011 по 2020гг. Контрольную группу составили 31 человек из практически здоровых людей идентичного возраста. Возраст обследуемых находился в диапазоне от 17- до 62 лет. Среди них большая часть была представлена мужчинами - 59 человек (65%), женщин было - 35 (35,0%). В таблице 1 представлено распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1.

№		До 20 лет	20-29	30-39	40-49	50 и старше	итого
1	**Мужчины**	9	20	16	8	6	59 (62,7 %)
2	**Женщины**	6	12	14	3	0	35 (37,3 %)
3	**Всего**	15	32	30	11	6	94 (100%)

Больные в большинстве случаев травму получили в результате ран и хирургических действий, что составило 48,9 % (46 случаев), далее бытовые травмы 19 случаев (20,2 %), спортивные травмы 13 (13,8 %), транспортные 9 (9,5 %) и производственные травмы составили 7,4 % (7 случаев).

Из всех больных 33 (35,1 %) были госпитализированы в первые сутки, в течение 2-3 суток -18 (19,1 %), и на поздние сроки - 8 (8,5) пациентов.

Сроки поступления больных в стационар представлены в таблице 2.

Из обследованных у 59 больных наблюдался односторонний перелом НЧ, а у 35 был диагностирован двухсторонний перелом НЧ.

Все больные госпитализированы по экстренным показаниям.

Анализ литературных данных и результаты наших исследований свидетельствует о том, что к наиболее часто встречающимися жалобами воспалительного характера при гнойно-воспалительных заболеваний относятся боли в области припухлости, слабость, недомогания, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела.

Общее состояние больных с гнойно-воспалительными заболеваниями у 36 (38,3%) было удовлетворительными, у 48 (51,0 %) средней степени, у 10 (10,7%) тяжелым. Температура тела колебалась от 36,8оС до 39,5оС.

Клиническая картина у больных характеризовалась наличием воспалительного инфильтрата в зоне повреждения. Общая реакция организма была выражена пропорционально распространению и характеру местного гнойного процесса.

Жалобы больных в основном складывались из обще мозговых и местных симптомов и составили боль в области перелома нижней челюсти у 59 (62,7%), 59 (62,7 %) - общая слабость, 66 случаев отмечена раздражительность, что составило 70,2% больных.

Основными местными симптомами у больных при поступлении были в области НЧ (у 100% больных) и

Таблица 2

Сроки поступления больных в клинику от момента получения травмы

№		1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки	5 сутки	Итого
1	Односторонний перелом НЧ	33	12	6	2	6	59 (62,7 %)
2	Двухсторонний перелом НЧ	15	2	6	4	8	35 (37,3 %)
	Всего	48	14	12	6	14	94 (100%)

Таблица 3.

Частота встречаемости общих и местных симптомов у обследованных больных при поступлении

№	Симптомы	Абс	%
1	Боль области перелома НЧ	59	62,7
2	Припухлость мягких тканей	67	71,3
3	Гематома в области перелома НЧ	48	51,1
4	Гнойное расплавление мягких тканей (абсцесс и флегмоне)	79	84
5	Деструкции костной ткани	63	67,2
6	Свищи	15	15.9
7	Ограничение открывания рта	65	69,1
8	Общая слабость	59	62,7
9	Раздражительность	66	70,2
10	Разрыв слизистой оболочки полости рта (СОПР)	73	78,7

наличие припухлости мягких тканей (71,3 %). Все больные так же отмечали затруднения пережевывания пищи и у 65 (69,1 %) пострадавших отмечался ограничения открывания рта из-за сильных болей.

При обследовании полости рта у больных наблюдались разрыв СОПР 73 (78,7 %) в результате смещения отломков, у 48 (51,1 %) обследованных отмечались гематомы или кровоподтеки слизистой оболочки в области перелома НЧ.

Основными гнойно-воспалительными осложнениями при переломе НЧ являлся абсцесс у 23 (24,4%), флегмоны - 56 (59,5%) свищи- 15 (15, 5%) случаях.

При осмотре у всех больных с флегмонами отмечалась гиперемия кожных покровов, отечность и инфильтрация мягких тканей. Со стороны полости рта также имеется отек и инфильтрация слизистой оболочки и надкостницы, могут формироваться подслизистые или поднадкостничные абсцессы. На рентгенограммах нижней челюсти рентгенологических признаков остеомиелита в острой стадии нет. Не ранее, чем через две недели после развития воспалительных явлений в кости, рентгенологически определяется расширение щели перелома с признаками остеопороза, а вдоль линии повреждения челюсти обнаруживаются разной формы и размеров секвестры.

Симптом флюктуации отмечался у 44 (46,8%) больных, у 46 (48,9%) - резкая болезненность окружающих мягких тканей, боль при глотании наблюдался у 4 (4,3%) больных. Исследование микрофлоры из гнойного очага у больных на аэробы проводилось у 94 больных, из них у 63 (67, 02%) высевалось St.epidermidis, у 13 (13,8%) St.aureus, в 15 (15,9%) случаях St.viridans и в 13 (13,8%) случаях получен роста аэробов.

Также проведенные нами исследования показали, что развитию этого осложнения предшествуют функциональные изменения в микроциркуляторном русле. Решающую роль в развитии посттравматического остеомиелита играет инфицирование зоны повреждения челюсти микрофлорой ротовой полости или бактериальное загрязнение извне при нарушении эпителиальных покровов. Развитию посттравматического остеомиелита челюсти способствует нарушение трофики тканей в зоне повреждения, возникающее из-за возможного сдавливания нижнего альвеолярного нерва костными отломками. Помимо этого к развитию посттравматического остеомиелита может привести гальваническая коррозия разнородных металлов, из которых изготовлены внутриочаговые скрепители.

При исследованиях активности гидролитических ферментов лизосом нейтрофилов у больных с переломами нижней челюсти установлены весьма важные сдвиги в системе протеолитической активности сыворотки крови. Сущность этих сдвигов заключается в том, что при развитии гнойно-воспалительных осложнений у больных с переломами нижней челюсти, закономерно увеличивается активность кислот РНКазы и катепсина D. (табл.3.) Высокая активность катепсина D, видимо, обусловлена усиленным распадом белков, где функция катепсина заключается в расщепление пептидных связей. Кроме того, изучаемая протеаза участвует в инактивации ряда ферментов, гормонов, биологически активных белков и пептидов. Немаловажная роль отводится и таким протеалитическим ферментам лизосом нейтрофилов, как кислая и щелочная фосфотаза, ДНКаза. Эти ферменты высвобождаются из микрофагов не только при распаде этих клеток, но и под действием фрагментов системы комплемента (С3а, С5а) и иммунными комплексами. Гнойно-воспалительный процесс у больных с переломами нижней челюсти сопровождалось отчетливо выраженным повышением активности изучаемых лизосомальных ферментов полиморфноядерных нейтрофилов. Так у данной группы больных отмечено повышение активности кислой фосфатазы в 6 раз, ДНК-азы на 24 %, напротив, активность щелочной фосфотазы имела тенденцию к снижению 2,4 раза.

Немаловажное значение имеет также значение среднемолекулярных пептидов (СПМ) в крови у пациентов с переломами нижней челюсти. Высокие значения уровня СМП у больных с переломами нижней челюсти (ПНЧ) свидетельствовали о неблагоприятном клиническом течении воспалительного процесса, так как они обладают токсичностью и снижают тем самым местную резистентность. [5]

Исследуя уровень иммунных комплексов у обследуемых больных, мы обнаружили достоверное ($P<0,05$) повышение последнего. Видимо одной из главных причин повреждения тканей при гнойно-воспалительных осложнениях является высвобождение под действием иммунных комплексов лизосомальных ферментов.

Таблица 3.

Характер изменений активности лизосомальных ферментов нейтрофилов у больных с гнойно-воспалительными осложнениями на фоне перелома нижней челюсти

Показатели	Здоровые лица	Больные при поступлении
Количество полиморфиоядерных нейтрофилов (%)	56,0 ± 2,01	78,0 ± 1,43
Активность катепсина D (мкмоль/мин/г белка)	5,5 ± 0,51	10,8 ± 0,91
РНКаза (мкмоль/мин/г белка)	61,4 ± 1,27	78,6 ± 3,12
ДНКаза (мкмоль/мин/г белка)	121,0 ± 2111	149,6 ± 35,1
Кислая фосфатоза (ЕД)	1,1 ± 0,09	6,6 ± 0,51
Щелочная фосфатоза (ЕД)	5,3 ± 0,41	2,4 ± 0,21
Циркулирующие иммунные комплексы (усл.ед)	35,4 ± 2,71	78,0 ± 5,11
СМП (условные единицы)	0,28±0,06	0,58±0,06

Выводы

1. Интенсивная антибактериальная терапия при гнойно-воспалительных осложнения может осложниться развитием токсического шока, обусловленного одновременной гибелью и распадом большего числа микроорганизмов. Поэтому в тактику лечения таких больных необходимо включить ферментных препаратов наряду с антибактериальной терапией, в результате чего доза используемого антибиотика намного уменьшится и этим достигается пролонгированный эффект.

2. Из обследованных у 59 больных наблюдался односторонний перелом НЧ, а у 35 был диагностирован двухсторонний перелом НЧ. Анализ результатов исследований свидетельствовали о том, что к наиболее часто встречающимися жалобами воспалительного характера при гнойно-воспалительных осложнений переломах нижней челюсти относятся в первые дни после травмы, так и спустя 7-10 дней ухудшение состояние больного т.к. нарастание симптомы интоксикации слабость, недомогания, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела. Усиливающий бол в области перелома, воспалительная инфильтрация мягких ткани и щель перелома. Клинические симптомы формирования гнойного очага в около челюстных мягких тканях, наличия не удаленного зуба препятствующего выходу гноя в щели перелома. Со стороны полости рта имеется отек и инфильтрация слизистой оболочки и надкостницы, могут развитие подслизистые или под надкостничные абсцессы. На рентгенограммах нижней челюсти рентгенологических признаков остеомиелита в острой стадии нет. Не ранее, чем через две недели после развития воспалительных явлений в кости, рентгенологически определяется расширение щели перелома с признаками остеопороза, а вдоль линии повреждения челюсти обнаруживаются разной формы и размеров секвестры.

3. Таким образом, в механизме описанных биохимических изменений при гнойно-воспалительных осложнениях на фоне перелома нижней челюсти можно выделить следующие основные моменты: это образование иммунных комплексов, активация системы комплемента, активация лизосомальных ферментов нейтрофилов, повышение сосудистой проницаемости, нарушение микро- циркуляции. Последнее усугубляет вышеуказанные нарушения и может активизировать систему гемостаза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. https://www.hambaarst.ee/artiklid/541
2. Владимировна И. И. ВАК РФ 2006, Москва. Оптимизация процесса репаративного остеогенеза при лечении больных с переломами нижней челюсти.
3. Соловьев М.М. О.П.Большаков. Абсцессы, флегмоны головы и шеи- -Практические пасобие 2001. Москва.
4. Сергеевна Л.Л. Клинико-иммунологическая оценка эффективности локальной иммунокоррекции в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. диссертации и автореферата по ВАК РФ. Челябинск 2009.
5. https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-odontogennyh-flegmon-chelyustno-litsevoy-oblasti/viewer. Г.М. Флейшер Лечение одонтогенных флегмон челюстно лицевой области. Стоматологический центр г. Липецк 2017.
6. Рахимов З.К. Гнойно-воспалительные осложнения переломов нижней челюсти (монография) Узбекистан г. Бухара 2019.
7. Азимов М.И., Кутыркина Н.Ю. Влияние обработки гнойных ран челюстно-лицевой области у детей низкочастотным ультразвуком на процессы перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты //Новое в стоматологии.- 2001.-№5.-С.85-87.
8. Rakhimov Z.K. Nazarov J. S. E. "Immunocorrection of Post-traumatic inflammatory complications in patients with fractures of the lower jaw" "World Journal of Pharmaceutical Research" (WJPR) Volume 9, Issue 9, pages 105-166 (ISSN 2277-7105) DOI: 10.20959/wjpr20209-18037

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.24.3-002-089

ЭФФЕКТИВНОСЬ НАЗОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ДРЕНИРОВАНИЕ И КОНСЕРВАТИВНЫЙ БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АБСЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОСЛОЖНЕННЫЙ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ

Сафоев Б.Б., Хасанов А.К., Икромов Т.Э., Мирсолиев Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Проанализированы данные обследования и лечения 106 больных с абсцессами легкого осложненный бронхиальным свищом различной этиологии, находившихся на лечении в гнойном хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного института в 2010-2019 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I - группа сравнения и II - основная. Контрольная I группа, составила 68(64,1%) больных, которым проводилось консервативная лечения с санационная бронхоскопия. Во II - основную группу включены 38(35,9%) больных котором проводилась назотрахеобронхиальная дренирования гнойного очага легкого с ежедневной санацией с антибактериальными и разжижающими препаратами.

Проведенные нами исследование выявили: - Длительная бронхоскопическая исследования имеет свои недостатки такие как: осложнения в виде трахеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев.

Назотрахеобронхиальное дренирование гнойных полостей легкого является эффективным способом лечения и не имеет осложнения, которые встречаются при длительная бронхоскопическая санации легкого в лечения гнойных заболевания легкого осложненным бронхиальным свищом.

Ключевые слова: Назотрахеобронхиальная дренирования, бронхоскопической санации, абсцесс легких.

EFFECTIVENESS OF NASOTRACHEOBRONCHIAL DRAINAGE AND CONSERVATIVE BRONCHOSCOPIC DEBRIDEMENT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG ABSCESSES COMPLICATED BY BRONCHIAL FISTULA

Safoev B.B., Khasanov A.K., Ikromov T.E., Mirsoliev Sh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The data of examination and treatment of 106 patients with lung abscesses complicated by bronchial fistula of various etiology, who were treated in the purulent surgical department of the clinical base of the Bukhara State Institute in 2010-2019, were analyzed.

All patients, depending on the method of treatment, were divided into 2 groups: I - comparison group and II - main. The control group I consisted of 68 (64.1%) patients who underwent conservative treatment with sanitation bronchoscopy. The II - the main group included 38 (35.9%) patients who underwent nasotracheobronchial drainage of the purulent focus of the lung with daily sanitation with antibacterial and thinning drugs.

Our research revealed: - Long-term bronchoscopic examination has its drawbacks, such as: complications in the form of tracheobronchitis up to 23.52%, hoarseness up to 2.94% of cases.

Nasotracheobronchial drainage of purulent lung cavities is an effective method of treatment and does not have the complications that occur with prolonged bronchoscopic lung debridement in the treatment of purulent lung disease with complicated bronchial fistula.

Key words: Nasotracheobronchial drainage, bronchoscopic debridement, lung abscess.

BRONXIAL FISTULA BILAN ASORATLANGAN O‘PKA XO‘PPOZI BO‘LGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA NASOTRAHEOBRONXIAL DRENAJ VA KONSERVATIV BRONXOSKOPIK DEBRIDMENTSIYANING SAMARADORLIGI

Safoev B.B., Xasanov A.K., Ikromov T.E., Mirsoliyev Sh.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume***

2010-2019 yillarda Buxoro davlat instituti klinik bazasining yiringli jarrohlik bo‘limida davolangan turli xil etiologiyadagi bronxial fistula bilan murakkablashgan o‘pka xo‘ppozi bo‘lgan 106 nafar bemorni tekshirish va davolash ma'lumotlari tahlil qilindi. Barcha bemorlar, davolash uslubiga qarab, 2 guruhga bo‘lingan: I - taqqoslash guruhi va II - asosiy. I nazorat guruhi sanitariya bronkoskopiyasi bilan konservativ davo o‘tkazgan 68 (64,1%) bemorni tashkil etdi. II - asosiy guruhga antibakterial va suyultiruvchi dorilar bilan kunlik sanitariya bilan o‘pkaning yiringli fokusi nazotraxeobronxial drenajdan o‘tgan 38 (35,9%) bemor kirgan.

Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko‘rsatdiki: - Uzoq muddatli bronkoskopik tekshiruvning kamchiliklari bor, masalan: traxeobronxit ko‘rinishidagi asoratlar 23,52% gacha, tovushlar 2,94% gacha.

Yiringli o‘pka bo‘shliqlarini nasotraxeobronxial drenajlash samarali davolash usuli hisoblanadi va bronxial fistula bilan murakkablashgan yiringli o‘pka kasalliklarini davolashda o‘pkaning uzoq davom etadigan bronxoskopik debridatsiyasi paytida yuzaga keladigan asoratlarni keltirib chiqarmaydi.

Kalit so‘zlar: Nasotraheobronxial drenaj, bronxoskopik tozalash, o‘pka xo‘ppozi.

Актуальность

Литературные исследования последних лет отмечают нарастание числа больных с тяжелыми и осложненными формами течения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких [1,8,14]. Данные авторов исследований показывают, что процент развития легочно-плевральных осложнений при абсцессах легких колеблется от 30 до 70%, а частота развития гангренозных форм от 28 до 74 % [3,4,5]. Высоким остается и уровень летальности, составляя в целом при различных формах гнойно-некротического процесса от 12,7% до 77,8% [9,15].

Немецкие ученые Marra A, Hillejan L, Ukena D.(2015) рассматривают современные возможности развития абсцесса легкого. Абсцесс легкого - это инфекционное заболевание легких, характеризующееся наличием гнойной полости в паренхиме легкого. Содержимое абсцесса часто самопроизвольно попадает в дыхательные пути, что приводит к образованию уровня воздушной жидкости, видимого на рентгенограммах грудной клетки и КТ. Первичные абсцессы легкого возникают у пациентов, склонных к аспирации, или у здоровых людей; вторичные абсцессы легкого обычно развиваются в связи со стенозирующим новообразованием легкого или системным заболеванием, которое нарушает иммунную защиту, такую как СПИД, или после трансплантации органа. Организмы, обнаруженные при абсцессах, вызванных аспирационной пневмонией, отражают резидентную флору ротоглотки. [10,13].

Ведущая роль в диагностике абсцесса легкого принадлежит рентгенографии. Описанию рентгенологической картины посвящена работа Л.С. Розенштраух с соавт. Благодаря им рентгенологическая семиотика этого заболевания разработана достаточно полно, хотя появившаяся в последние десятилетия компьютерная томография, несомненно, обладает значительно более высокими диагностическими характеристиками с возможностью уточнения локализации и размеров ал, толщины пиогенной капсулы, характера содержимого и сопутствующих изменений паренхимы. [9,12].

Роль эндобронхиальных вмешательств при лечения больных гнойных заболевания легкого российские авторы [2,7].) показывают оценку эффективности применения эндоскопической окклюзии бронха при лечении пациентов с бронхоплевральным свищом и длительным сбросом воздуха по плевральным дренажам различной этиологии. Современные методы лечения абсцессов и гангрен легких направлены на удаление гнойного содержимого из полостей малоинвазивными способами эндоскопическим либо трансторакальным способами. Авторы (Сыздыкбаев М.К., Куртуков В.А., Шойхет Я.Н.) утверждают, что дестенозирование бронхов является эффективным методом в комплексном лечении у больных с рубцовыми стенозами бронхов на фоне гнойно-воспалительных процессов в лёгких, осложнившихся острым абсцессом легкого и гангреной легких. [6.11,16].

Новые технологии в диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний легких, позволили на протяжении последних десятилетий незначительно снизить заболеваемость, что подтверждают существующие литературные публикации, однако поиск наиболее эффективных и малотравматичных путей лечения крайне актуален.

Цель исследования: выявить эффективность назотрахеобронхиальная дренирования и санации при лечении больных с абсцессом легкого осложненного бронхиальным свищом.

Материал и методы

Проанализированы данные обследования и лечения 106 больных с абсцессами легкого осложненный бронхиальным свищом различной этиологии, находившихся на лечении в гнойном хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного института в 2010-2019 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I - группа сравнения и II - основная. Контрольная I группа, составила 68(64,1%) больных, которым проводилось консервативная лечения с санационная бронхоскопия. Во II - основную группу включены 38(35,9%) больных котором проводилась назотрахеобронхиальная дренирования гнойного очага легкого с ежедневной санацией с антибактериальными и разжижающими препаратами.

Все обследованый больние в день паступления общее состаянения в большенсва сулечиях были тёжолим до 55%.

Табл. №1

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий

Группы больных с гнойным заболеваниям легкого	Метод лечения:
Группа сравнения I группа (n=68)	консервативная лечения с санационная бронхоскопия.
Основная группа II группа (n=38)	консервативный метод лечения с назотрахеобронхиальным дренированиям гнойного очага легкого

Все они поступыли с жалыбами; на чуства нехватка воздуха, на интенсивный кашел с зловонным запохом (30% больных), выделения гнойным макротий, одышка смешанного характера при умеренной физической нагрузке, на стабильно высокий температуры, потливость, слабость.

Из 106 обследованных больных 58(54,7%) пациентов отмечались правосторонняя локализация гнойного очага, у 48(45,3%) пациентов были левосторонняя локализация. Из 58 больных правосторонняя локализации гнойный очаг 19(32,7%) случаях было расположена верхний долы, 25(43,1%)- больных в нижние доли правого легкого 14(24,2%)- средний долы расположена. При левосторонний расположена из 48 больных 27(56,3%) случаях отмечалось очага поражения оказалось нижнедолевая, 21(43,7%) пациентам наблюдалось верхнедолевая локализация.

Эффективность используемых и предложенных клинических методов лечения нагноительных заболеваний легких оценивали по продолжительности брон-

холегочной симптоматики, общих симптомов интоксикации, противовоспалительной терапии, динамике размеров гнойно-деструктивной полости, продолжительность общего койко-дня.

Методика проведения назотрахеобронхиальная дренирования полости абсцесса легкого.

После соответствующей премидикации, с целью местной анестезии непосредственно перед исследованием проводилась обработка носовой и ротовой полости 10% Лидокаин-спреем. Гипкый бронхоскоп размреом 5,2 проводели к трахею через нос, гортан голосовой связкии под вызуалным контролом. Конец бронхоскопа направыли к главному бронху паражонного легкого походу при необходимосты проводилась санация просвет бронха. Бронхоскоп продвынули до обнаружения областы бронхиалного свыша. Через спицалный просвет для проводника бронхоскопа проводилы эластичиский катетер, конца которого под строгом вызуалный кантролу проводилась полосты абсцесса с осторожносту в вадели бронхоскоп. Эластический катетр(микродренаж) спомуший лейкопластра фиксировали на коже верхный губы и носа.

Результат и обсуждение

Всех обследованных больных как критерии оценки состояния изучена, лабораторных показателей признаков эндогенной интоксикации из периферической крови (концентрация гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, ЛИИ, ЛИ, МСМ), качественный и количественный бактериологический исследования микрофлоры мокроты и смывного выделения из бронхов при бронхоскопии, динамика спадения размеров гнойных полостей легкого, продолжительности пребывания пациента в стационаре. На момент поступления и в процессе лечения состояние больных оценивалось по клиническим признакам, по данным лабораторно-инструментальных методов обследования, а также использованием рентгенологических методов исследовании.

Из 68 исследованных больных I группы 35(51,5%) были с острым абсцессом, 15(22,1%) обострениям хронического абсцесса у 18(26,4%) больных отмечалось нагноения остаточный полости после удалена паразитарный кисти. (Рис. 1).

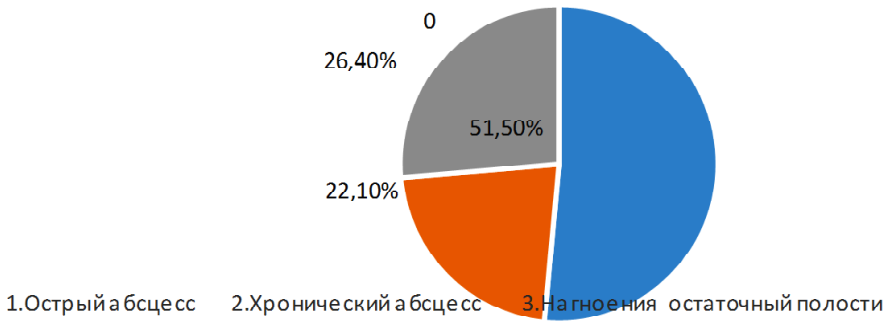


Рис1. Распределения контрольной группы больных по этиологическому фактору.

Бактериологические исследования у больных I группы проводилась из промывной жидкости бронхиального дерева, у II группы микрофлора изучалась из выделений катетера с полости абсцесса.

В большинстве случаев у 75(70,7%) пациента высевался патогенный стафилококки (Staphylococcus aureus). 34(32,1%) наблюдениях высевалась Pneumococcus, в 9(8,4%) наблюдениях высевалась кишечная палочка. В протей высеивался - в 6(5,7%). Далее следовали стрептококки (Streptococcus haemoliticus) в 15(14,1%) наблюдениях. Синегнойная палочка (Pseudomonas aeruginosa) высеяна у 7(6,6%) пациентов.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких I группы сравнения выявили нижеследующие изменения (табл.№2).

Таблица №2

Динамика показателей интоксикации I группы сравнения (n=68)

Показатели	Время наблюдения				
	день поступления	3 день	7 день	14 день	20 день
t^0 тела	39,3±0,41	38,2±0,13*	37,8±0,14*	36,9±0,14	36,6±0,20*
L крови $\times 10^9$/л	9,9±0,46	8,4±0,45*	7,4±0,39	7,0±0,31	6,6±0,25
МСМ ед	0,199±0,010	0,168±0,007**	0,152±0,009	0,126±0,005**	0,114±0,006***
ЛИИ ед	2,4±0,06	1,9±0,08*	1,7±0,07	1,4±0,05	1,2±0,04***
СОЭ мм/ч	45,8±1,66	40,4±1,52*	34,1±1,22*	27,2±1,11***	15,2±0,62***

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем 39,3 0,410С. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем 9,9 0,46 × 10^9/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,199 0,010 ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от 38,2 0,13 до 37,8 0,14, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до 8,4 0,45×10^9/л. Объем средних молекул составил в сред-

нем 0,168±0,007 ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до 1,9 0,08 и 40,4 1,52 соответственно. К седьмым суткам лечения у больных группы сравнения с гнойными заболеваниями легких сохранялся незначительный субфебрилитет (37,8 0,14 °С). При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации - 7,4 0,39×10^9; 0,152 0,009; 1,7 0,07; 34,1 1,22 соответственно. К четырнадцатым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы. При дальнейшем лечении и наблюдении, к двадцатым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

При анализе контрольных рентгенологических снимков и МСКТ грудной клетки установлено, что у I группы больных в день поступления, размеры полостей гнойного очага составили в среднем 6,8±0,66 см. В динамике на протяжении всего периода наблюдений размеры полости гнойного очага планомерно уменьшались. (табл.№3)

Таблица №3

Динамика уменьшения размеров полостей абсцесса I группы

Группы больных	Размеры полости, см				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
I гр.	6,8±0,66	5,9±0,26	5,2±0,28	4,5±0,34	3,1±0,35

Примечания: - Где * достоверность различий (p<0,05) размеров очагов деструкции между в динамики по сроками приведёнными в таблице.

грудной клетки установлено, что у I группы больных в день поступления, размеры полостей гнойного очага составили в среднем 6,8±0,66 см. В динамике на протяжении всего периода наблюдений размеры полости гнойного очага планомерно уменьшались. (табл.№3) К 18-20 суткам лечения размеры полостей сократились до 3,1±0,35 см, то есть на 45,6% от исходного размера.

Следует отметить, что анализ проведенных исследований I группы выявили следующее: ежедневное длительное бронхоскопическое исследование имеет и свои недостатки такие как: при длительном ежедневном проведении бронхоскопического исследования больных I группы отмечалось осложнения в виде трахеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев, все эти осложнения возникали вследствие раздражения и травматизации голосовой связки, трахеи и бронхов, которые при соответствующей консервативной терапии были устранены.

-Средняя продолжительность консервативного лечения абсцесса легкого осложнённым бронхиальным свищом больных I группы составляет 18±1,5 суток.

Из 38 исследованных больных II группы 21 (55,2%) были с острым абсцессом, 9 (23,7%) обострениям хронического абсцесса у 8 (21,1%) больных отмечалось нагноения остаточный полости после удалена паразитарный кисти.

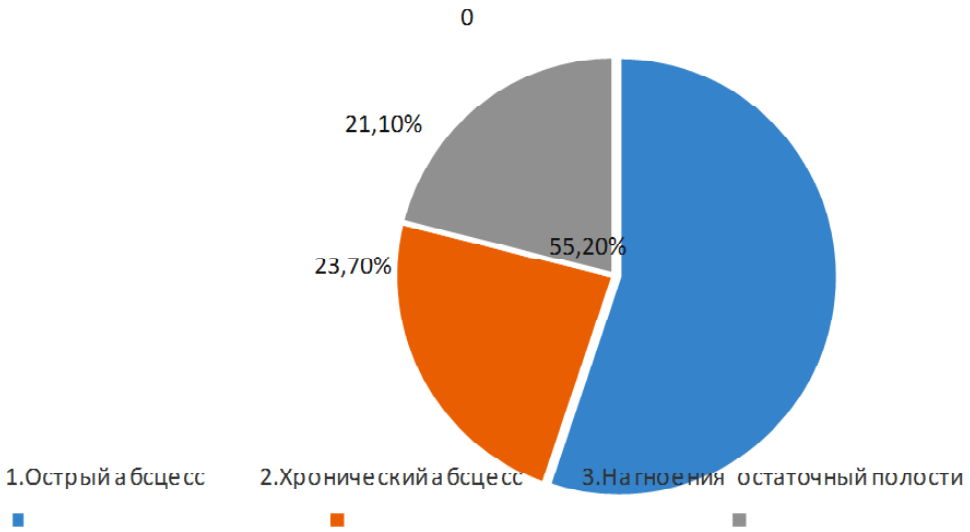


Рис 2. Распределения основной группы больных по этиологическому фактору.

Всем больным после соответствующей премедикации по вышеуказанной методике производилась назотрахеобронхиальная дренирование гнойного очага легкого. Проводилась постоянная пассивная и активная аспирационная санация с антибактериальными и разжижающими препаратами. Для разжижения содержимых здесь также использовали препараты ферменты лидаза или трипсин. Антибиотикотерапия проводилось с учётом чувствительности микрофлоре. Для эмпирического лечения подбирали один из антибиотиков ряда цефалоспоринов или фторхинолинов котором по нашем данном микрофлоры нашего региона более чувствительным.

Результаты изучения показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких II - группы выявили нижеследующие изменения

(табл.4.). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем 39,9 0,45°С. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем 9,9 0,31×10^9/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,199 0,009 ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

Таблица 4.

Динамика показателей интоксикации у больных с гнойными заболеваниями легких II- группы сравнения (n=38)

Показатели	Время наблюдения				
	день поступления	3 день	7 день	14 день	20 день
t^0 тела	39,9±0,45	36,6±0,13***	36,5±0,12	36,5±0,10	36,5±0,09
L крови ×10^9/л	9,9±0,31	7,8±0,35*	7,0±0,27	6,5±0,19	6,3±0,30
МСМ ед	0,199±0,009	0,136±0,006**	0,124±0,008	0,118±0,004**	0,101±0,005***
ЛИИ ед	2,7±0,07	1,3±0,09***	1,1±0,05*	1,0±0,04	1,0±0,03
СОЭ мм/ч	49,2±1,64	36,6±1,34***	24,3±1,44***	18,4±1,26***	14,8±0,56***

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001).

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от 39,9 0,45 до 36,6 0,13, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до 7,8 0,35*×10^9/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,136 0,006** ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до 1,3 0,09***и 36,6 1,34***соответственно.

К седьмым суткам лечения у больных группы сравнения с гнойными заболеваниями легких сохранялся незначительный субфебрилитет (37,2 0,16 0С). При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации - 7,4 0,29×10^9; 0,156 0,007; 1,7 0,07; 33,3 1,33 соответственно. К седьмым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Таблица №5

Динамика уменьшения размеров полостей абсцесса у II группы по сравнению I группы

Группы больных	Размеры полости, см				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
I группа	6,8±0,66* (100%)	5,9±0,26* (86,8%)	5,2±0,28* (76,5%)	4,5±0,34* (66,2%)	3,1±0,35* (45,6%)
II группа	7,3±0,68* (100%)	5,1±0,22* (69,9%)	4,2±0,33* (57,5%)	1,8±0,28* (24,6%)	-

Примечания: - Где * достоверность различий (p<0,05) размеров очагов деструкции между в динамики по сроками приведёнными в таблице.

Динамический анализ показателей рентгенологический установлено, что у больных II группы в день поступления размеры полостей гнойного очага легкого было идентичном как у I группы. Это цифры различных группы в день поступления достоверно не отличались. Следует отметит скорость сокращения размера полости у больных II группы отмечалось значительними быстрому темпами чем I группы. Как видно из таблицы №5 в процессе лечения к третьим суткам у больных контрольный группы объём процент сокрашения размеров гнойных полостей сократилась максимум до 13,2%тов. У II группы больных в этом сроке процент подавления размеров гнойных полостей составлял в среднем на 30,1%. Дальнейшая динамическая сравнительная анализ этих показателей I и II группы выявили значительная ускоренная темп спадения размера гнойных полостей у больных котором использована назотрахеобронхиальная дренированная гнойного очага легкого (II группа) чем I группа больных котором использована консервативная с санационный бронхоскопия. Так как размер полостей у больных II группы 12-14 суткам лечения имели максимально меньше размере что сокращались до 75,4% от исходного, то есть размер полостей в этом сроки было ровный 1,8+0,28 см что составило 24,6% от исходного размера. В этом сроки у больной контрольной группы I объём размери гнойных полостей было ровны к 66,2% от исходного размера.

Следюущем кретериям оценки динамика состаяния больных было изучения сатурация (содержания кислорода артериалного кровы) кровы с помощу пулсоксиметра.Сравнительная резултатов показателей пулсоксиметрии различных групп преведени Табл.№6. Как показивает табл.№ в день поступления

больных II группы, показатели пульсоксиметрии было значительно меньше чем норма 86,5%±0,6. В процессе лечения показатель SpO2, больных II группы востонавилось значетельной быстрому темпами чем I группы. К третим суткам лечения динамическая рость показатель SpO2 II группы больных было ровней пределах 2,7% от исходного, к седьмой суткам это показатель выросла 5,8%, к 12- 14 суткам положительная динамическая разница было ровно на 10,1% от исходного и показатель SpO2 достиг нормальный цифр 96,6%±0,7.

Таблица №6

Динамика показатели пульсоксиметрия II группа по сравнения I группы

Группы больных	Показатель SpO_2%				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
I группа	87,6%±0,2	87,9%±0,2	88,3%±0,5	91,2%± 0,6	94,1%±0,9
II группа	86,5%±0,6	89,2%±0,4	92,3%±0,8	96,6%±0,7	97,6%±0,5

Примечания: - Где * достоверность различий ($p<0,05$) размеров очагов деструкции между в динамики по сроками приведёнными в таблице.

Что опережает от I группы на 7-8 сутки. Средний продолжительностей стационарного лечения II группы составила 12 ±1,8 день.

Таким образам нами проведённый анализ результатов исследования больных гнойными заболеваниями легкого выявила следушие.: Полученные результаты лечения больных II группы выявили ряд положительных моментов динамики показателей лечения ГЗЛ при комбинированным применении назотрахеобронхиальная катетеризация гнойных полостей по разработанной методики, которые, главным образом, проявлялись ускорением сроков очищения гнойного полостей от инфекции, а также ранним спаданием гнойного полостей, подтвердились при сравнении бактериологических, клинико-биохимических, рентген-лабораторных критериев оценки местного процесса и общего состояния больных.

Выводы

1. Длительная бронхоскопическая исследования имеет свои недостатки такие как: осложнения в виде трахеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев.

2. Назотрахеобронхиальное дренирование гнойных полостей легкого является эффективным способом лечения и не имеет осложнения, которые встречаются при длительная бронхоскопическая санации легкого в лечения гнойных заболевания легкого осложненным бронхиальным свищом.

3. При применении комплексе в лечения назотрахеобронхиальная катетеризация гнойных полостей легкого с санация антибиотикотерапией, сроки нормализации всех показателей интоксикации, динамическая рость показатель SpO2, ускорения сроков очищения гнойного полостей от инфекции, а также спадания размеров гнойных полостей ускоряются в среднем 6-8 сутки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Григорьев Е.Г. Хронические нагноительные заболевания легких (лекция) // Acta Biomedica Scientifica. 2014. №4 (98).
2. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Судовых И.Е. Эндоскопическая клапанная бронхоблокация при лечении бронхоплевральных свищей и утечки воздуха. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(5):49-57.
3. Охунов А.О., Бабаджанов Б.Д., Пулатов У.И. Причины генерализации инфекции у больных с гнойновоспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. № 4, 2016. С. 89-93.
4. Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Инновационный взгляд на патогенез хирургического сепсиса. Результаты фундаментальных исследований. // Издательство: LAP LAMBERT Academic Publishing RU, 2018. 145 с.
5. Петухов В. И., Русецкая М. О., Шаврова С. В. Роль классических рентгенологических методов исследования и компьютерной томографии в диагностике гнойных заболеваний легких и плевры // Проблемы здоровья и экологии. 2010. №1 (23). -С.
6. Романов М. Д., Киреева Е. М. Миниинвазивные трансторакальные комбинированные технологии в лечении больных острыми абсцессами легких // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки. 2014. №4 (32).
7. Сафоев Б.Б. Курбонов О.М. Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш. Роль бронхоскопии лечении осложнённых эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкэктомии легкого. //Новый день в медицине.-2019.-№3 (27).-С.239-241.
8. Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш., Мухамадиев И.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Проблема острого абсцесса легкого: этиопатогенез, диагностика и лечение на современном этапе//Новый день в медицине.-2019.-№ 4 (28).-С.324-328.
9. Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных гнойными заболеваниями легкого //Новый день в медицине.-2020.-№3 (31).-С.149-155.
10. Жданов, А.И. Малоинвазивные вмешательства под контролем рентгеновской компьютерной томографии с применением устройств пассивной навигации / А.И. Жданов, В.В. Евтеев, М.А. Черных // Конгресс российской ассоциации радиологов: тезисы докл. - Санкт-Петербург, 2015. - С. 172-173.
11. Шойхет Я.Н., Сыздыкбаев М.К., Куртуков В.А., Капитулин С.Ю. Селективная транстрахеальная катетеризация бронхов в лечении острых абсцессов и гангрен легкого //Соврем Проблемы Науки и Образования. [Электронный журнал]. 2014;(3).
12. Ясногородский О.О., Гостищев В.К., Шулутко А.М. Абсцесс и гангрена легкого: эволюция методов лечения // Новости хирургии. 2020. №2. -С.15-155.
13. Schweigert M., Kraus D, Ficker J.H., Stein H.J. Closure of persisting air leaks in patients with severe pleural empyema--use of endoscopic one-way endobronchial valve.//Eur J Cardiothorac Surg. 2011 Mar;39(3):401-3.
14. Feki W., Ketata W., Bahloul N., Ayadi H. Lung abscess: Diagnosis and management //Rev Mal Respir. 2019 Jun;36(6):707-719.
15. Jones N.C., Kirk A.J., Edwards R.D. Bronchopleural fistula treated with a covered wallstent //Ann Thorac Surg. 2006 Jan;81(1):364-6.
16. Keshishyan S., Revelo A.E., Epelbaum O. Bronchoscopic management of prolonged air leak. //J Thorac Dis. 2017; 9(10) :S.1034-S.1046.

Поступила 09.11. 2020

УДК 618. 39.021.3/618.396

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Султонова Н.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Невынашивание беременности, как правило, является следствием не одной, а нескольких причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Принимая во внимание, что невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание нескольких причин, то и обследование пациенток должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Ключевые слова: превичное невынашивание беременности, инфекция, лизосомальные ферменты.

EARLY DIAGNOSIS OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Sultonova N.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Miscarriage, as a rule, is the result of not one, but several reasons, acting simultaneously or sequentially. Taking into account that miscarriage is a multifactorial disease, in which most patients have a combination of several reasons, the examination of patients should be comprehensive and include all the necessary modern clinical, instrumental and laboratory methods.

Key words: premature miscarriage, infection, lysosomal enzymes.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ШАРОИТИДА РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАРГА УЧРАГАН АЁЛЛАРДА ЙЎЛДОШ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Султонова Н.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ҳомила тушиши, қоида тариқасида, бир вақтнинг ўзида бир неча сабаблар натижасидир. Ҳомиланинг тушиши кўп омилли касаллик эканлигини ҳисобга олган ҳолда, бир беморнинг ўзида бир неча сабаблар борлигини эътироф этиш лозим. Беморларни текшириш кенг қамровли бўлиши ва барча керакли замонавий, клиник, инструментал ва лаборатория усулларини ўз ичига олиши керак.

Калит сўзлар:одатий бола ташлаш, инфекция, лизосомал ферментлар.

Актуальность

На сегодняшний день настоящее время, в Республике Узбекистан производится до 200 тысяч абортов [4,5,7], причем наиболее печальным является факт искусственного прерывания почти 70% повторных беременностей в возрасте 25-29 лет. Зачастую следствием аборта, наряду с эндокринными нарушениями, бесплодием, воспалительными заболеваниями гениталий наступает привычноеневынашивание беременности [3,6].

Цель исследования: Разработать диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния внезародышевых образований у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

Материал и методы

Была обследована 51 женщина в сроки гестации 4-42 нед., в том числе 31 пациенток с первой настоящей беременностью, составившие контрольную группу; 20 пациенток с искусственным прерыванием первой беременности в I триместре в анамнезе. Клиническую оценку состояния здоровья обследованных женщин проводили с помощью разработанной нами статистической карты. Изучаемые параметры отражали паспортные данные, сведения о наличии профессиональных вредностей, перенесенные гинекологические заболевания, экстрагенитальные заболевания. Изучали характер менструальной и репродуктивной функции[2,8]. Программа исследования включала клинико-статистическую характеристику женщин и их новорожденных. Беременные подвергались сонографическому контролю с параллельным определением показателей липидного обмена и ПОЛ в плазме крови, мембранах эритроцитов, активности лизосомальных ферментов ACE и GLU в сыворотке крови. Плацента и ГШ матки подвергались морфологическому и морфометрическому исследованию с использованием метода световой и электронной микроскопии. Ультразвуковое исследование проводилось на ранних сроках гестации (от 4 до 17 недель). Исследование проводили на аппарате "MedisonSonoAec 8800" (Южная Корея), снабженного допплерометрическим блоком пульсовой волны, с помощью которого проводилось

определение кровотока в маточных, спиральных и радиальных артериях. На первом этапе в ходе УЗИ устанавливали маточную беременность на основании визуализации плодного яйца с эмбрионом или без него в полости матки. Оценивали жизнедеятельность эмбриона по двум параметрам: наличию сердечной деятельности и двигательной активности. На следующем этапе проводили изучение экстраэмбриональных структур: наличие или отсутствие желточного мешка (в виде округлого тонкостенного анэхогенного образования, в непосредственной близости от эмбриона), амниотической оболочки (тонкой нежной мантии вокруг эмбриона), хориальной оболочки.

При математической обработке полученных результатов использовался персональный компьютер PENTIUM-5. В качестве основного программного обеспечения выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTIC A forWindows, Release 4.3 компании Stat.SoftInc., США (1993).

Результат и обсуждение

Клинико-статистическая оценка анамнеза пациенток с репродуктивными потерями показала, что:
наиболее частым сроком искусственного прерывания первой беременности являются 8-10 нед.
искусственный аборт в 2,6 раза увеличивает частоту воспалительных заболевший женской половой сферы, в то же время у пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью их частота возрастает в 5,5 раза.
у пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью в анамнезе отмечается удлинение интергенетического интервала, что, по всей видимости, связано со страхом повторной потери плода.
КОК не нашли должного применения у пациенток с искусственным прерыванием первой беременности. В большинстве случаев женщины (каждая вторая) для предупреждения нежелательной беременности пользуются барьерным методом (презерватив);
искусственный аборт в 4,5 раза, а самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность в 7,1 раза увеличивают частоту доброкачественных заболеваний молочных желез;

Анализ клинического течения настоящей гестации у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе свидетельствует, что: репродуктивные потери в анамнезе являются фактором, увеличивающим риск осложненного течения последующей беременности. Частота угрозы прерывания беременности возрастает в среднем в 3 раза, если между искусственным абортом и настоящей гестацией прошло менее 1 года. Риск потери второй беременности у пациенток с самопроизвольным прерыванием первой беременности составляет 11,9%, а вероятность формирования повторной замершей беременности составляет 5,8%, у женщин с искусственным абортом и неразвивающейся беременностью в анамнезе течение настоящей гестации достоверно чаще (в 2 и более раз) осложняется угрозой прерывания на протяжении всей беременности, а в группе с самопроизвольными выкидышами частота угрозы прерывания в I триместревозрастает в 7,2 раза, а во II - в 3,6, а в III триместре имеет местоу каждой седьмой. Длительная угроза прерывания беременности отмечалась в 2,6 раза чаще у повторнобеременных ($p<0,05$) после искусственного первого аборта и неразвивающейся беременности и в 5,4 раза - после самопроизвольного выкидыша.Нефропатия различной степени тяжести развивается в 1,4 раза чаще у повторнобеременных первородящих.У первобеременных пациенток с неосложненным течением беременности наиболее значимые и достоверные ($p<0,05$) различия активности выявились по ферменту ACE, уровень которого в плазме крови в первом триместре составил 0,020±0,0004 нмоль/мг, а пик его активности выявлен в третьем триместре беременности . - 0,056±0,006 нмоль/мг. Динамика изменения активности GLU была противоположной, то есть с увеличением срока беременности активность его в плазме крови уменьшалась. Максимальная активность этого фермента наблюдалась в первом триместре беременности (0,004+0,0008 нмоль/мг), во втором триместре она уменьшилась вдвое и составила 0,00210,0005 нмоль/мг, а к третьему триместру (0,001+0,0002 нмоль/мг) - вчетверо ($p <0,05$). То есть, с увеличением срока беременности в плазме крови, наряду с увеличением активности одного фермента (ACE), активность другого (GLU) снижалась [2,8]. Определение активности лизосомальныхэнзимов в I триместре у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе продемонстрировало неоднородность выявленных изменений, зависимую от характера осложнений настоящей беременности. Так, у 53 пациенток, чья беременность протекала с угрозой прерывания в первом триместре, активность обоих ферментов в плазме крови имела тенденцию к снижению по сравнению с физиологической беременностью. Активность GLU при угрожающем аборте практически в четыре раза уменьшалась ($p<0,05$) по сравнению с неосложненной беременностью и составила 0,001010,0001 нмоль/мг, активность ACE несколько снизилась (0,019±0,0002 нмоль/мг), хотя и не имела достоверных различий с неосложненнойбеременностью.В двух случаях диагностированной повторной неразвивающейся беременности активность GLU составила 0,0033+0,0002 нмоль/мг, но наиболее сильным было снижение ACE до 0,011+0,0005 нмоль/мг, причем, статистически значимое снижение сывороточного уровня ферментов отмечалось не только по сравнению с неосложненной беременностью, но и с угрозой прерывания беременности.

В сыворотке крови пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе, чья настоящая беременность протекала без угрозы прерывания в I триместре, отмечалось снижение активности фермента ACE, что, по всей видимости, является своего рода следовой реакцией после перенесенного самопроизвольного выкидыша и неразвивающейся беременности. Корреляционный анализ выявил сильные зависимости' активности лизосомальных ферментов от ПОЛ: между ПОЛ и ACE (r=+0,64) и ПОЛ и GLU (r=-0,64), что свидетельствует о повреждении и деструкции клеточных мембран продуктами свободнорадикального окисления.

Допплерометрическое исследование продемонстрировало постепенное снижение сопротивления кро-

вотоку в МА, РА и СА на протяжении первого, начала второго триместра беременности. У пациенток с самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью в анамнезе, чья настоящаябеременность протекала без угрозы прерывания, было выявлено отсутствие латерализации кровотока, что свидетельствовало о снижении интенсивности кровотока и может являться неблагоприятным прогностическим признаком. В то же время, у 29 пациенток, чья беременность протекала с угрозой прерывания, УЗИ с применением допплерометрии показало, что более чем у каждой второй женщины (57,1%) при оценке структуры хориона была выявлена его неоднородность, характеризующаяся наличием гипоэхогенных зон различной величины. Как правило, эти зоны локализовались либо в непосредственной близости к хориону (между миометрием и субхориальнойпластиной), либо были в самой структуре хориона. При использовании функции энергетического картирования по периферии гипоэхогенных структур определялся повышенный периферический кровоток.

Выводы

Для исхода беременности особую значимость имеет плацентарно-маточная область, поскольку структурное взаимодействие фетоплацентарных тканей и клеток с маткой определяет успешность и полноту важнейших процессов имплантации и дальнейшего состояния плода. Именно из-за этого мы считаем особенно важным включение пациенток с эхографическими признаками внутриутробного инфицирования в группу риска позволит избежать повторных репродуктивных потерь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве. // СПб.: ДЕАН. -2011. -400с.
2. Базовая М.Ю. Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис.канд. мед. наук. Москва. - 2013. - 12с.
3. Горин В.С., Серов В.Н., Жабин С.Г. и др. Пренатальная диагностика хромосомных заболеваний: новые направления и методы // Акуш. игинек. - 2011. -№1. -С.5-8.
4. Духина Т.А. Ультразвуковаядопплерометрия в динамике первого триместра беременности: Автореф. дисс.канд. мед. наук. - М. 2011. - 24с.
5. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
6. И.Калашникова Е.П., Федорова М.В. Недостаточность плаценты // Акуш. игинек. 2012.- №8. - С.57-59.
7. Керчелаева С.Б. Значение антител к фосфолипидам и фосфолипидсвязывающим белкам при неразвивающейся беременности// Рос.вестник акушера-гинеколога. 2003. - том 3, № 4. - С.11 - 16.
8. Куценко И.И., Гудков Г.В., Томина О.В. Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при различной активности аденомиоза // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2013. - Том 3, №5. - С.13-16.
9. Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. Алгоритм ведения пациенток с инфекционным генезом невынашивания // Материалы III -го Российского форума "Мать и дитя", Москва. 2011. - С. 109-110.
10. Махмудова А.Р., Хашаева Т.Х., Рамазанова И.В. и др. Внутриутробное инфицирование как фактор невынашивания беременности // Материалы III - го Российского форума "Мать и дитя", Москва. 2011. - С. 116-117.
11. Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. European journal of biomedical and pharmaceutical sciences. 2020. Vol-7, issue-6

Поступила 09.11.2020

УДК 611.127

ЮРАК, ЮРАК ИЧИ ТУЗИЛМАЛАРИ ВА МЕДИАСТЕНАЛ ЙИРИК ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ ФЕТАЛ ВА ТОПОГРАФИК АНАТОМИЯСИНИНГ МОРФОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИ

Тастанова Г.Е, Рахмонов О.Р., Хамдамов Ш.И.,

Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси.

✓ ***Резюме***

Мақолада инсоннинг юрак ва медиастенал йирик қон томирларини фетал анатомияси ва топографиясини ўрганишда қўлланидиган асосий морфологик усулларга таъриф берилган. Тадқиқот инсон эмбрионал ривожланишининг 16-22 ҳафтасида ўтказилган. Изланишлар ёрдамида юрак ва медиастенал йирик қон томирларининг нормал анатомияси, голотопик ва синтопик хусусиятлари, ҳамда хар бир анатомик тузилмага морфометрик тасниф берилди.

Калит сўзлар: фетал анатомия, фетал топография, юрак, юрак ичи тузилмалари, медиастенал магистрал қон томирлари.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТАЛЬНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СЕРДЦА, ВНУТРИСЕРДЕЧНЫХ СТРУКТУР И КРУПНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ СРЕДОСТЕНИЯ

Тастанова Г.Е, Рахмонов О.Р., Хамдамов Ш.И.,

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, ORCID: 0000-0002-1825-0097.

✓ ***Резюме***

В статье описаны основные морфологические методы, применяемые при изучении анатомических и топографических особенностей плода в целом, и ряда внутренних органов и сосудов, в частности сердца и сосудов средостения человека. В ходе исследования были изучены анатомия и топография сердца, крупных сосудов средостения у эмбрионов человека на 16-22 неделе антенатального онтогенеза, также была дана их морфометрическая характеристика.

Ключевые слова: Эмбрион, анатомия, топография плода, сердце, внутрисердечные структуры, кровеносные сосуды средостения.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF FETAL AND TOPOGRAPHICAL ANATOMY OF THE HEART, INTRACARDIAC STRUCTURES AND LARGE BLOOD VESSELS OF THE MEDIASTINUM

Tastanova G.Y., Rachmonov O.R., Chamdamov Sh.I.,

Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, ORCHID: 0000-0002-1825-0097

✓ ***Resume***

The article describes the main morphological methods used in the study of fetal anatomy and topography of the heart and large blood vessels of the human mediastinum. Features of topographic anatomy of the heart and blood vessels in human embryos at 16-22 weeks of antenatal ontogenesis were revealed. With the help of these studies, the features of the normal anatomy of the heart and large blood vessels of the mediastinum, their holotopy and syntopia, and their morphometric characteristics were determined.

Key word: fetal anatomy, fetal topography, heart, intracardiac structures, mediastinal stem blood vessels.

Долзарблиги

Юракнинг туғма нуқсонлари (ЮТН) барча ривожланиш нуқсонларининг ичидан 30% ташкил этади, таянч-ҳаракат ва марказий асаб тизими аномалияларидан кейинги учинчи ўринни эгаллайди. Туғилаётган чақалоқларнинг 0,8 - 1% юрак ва магистрал қон томирларининг ривожланиш аномалиялари билан туғилади [1, 3]. Охирги уч аср давомида, ички аъзолар анатомияси ва топографиясини ўрганишда катта ютуқларга эришилди [2,4,5,6,] бунга қарамасдан ривожланаётган ҳомилани тўғри баҳолашда морфологлар олдига бир қатор янги савол ва масалаларни қўйилмоқда. Шунинг учун пренатал онтогенез босқичида инсон ички аъзолари анатомияси ва топографияси тадқиқотнинг долзарблиги англатади.

Демак, қуйидаги тадқиқотнинг мақсади, классик морфологик усуллар ёрдамида фетал даврдаги юрак, юрак ичи тузилмалари, медиастенал магистрал қон томирларини топографик ҳусусиятларини ўрганишдир.

Материал ва усуллар

Барча тадқиқотлар ижтимоий кўрсатмалар сабаб, соғлом аёлларда тўхтатилган ҳомиладорлик натижасида олинган, 16-22 ҳафталик 20 та эмбрион танасида бажарилган. Материаллар барча юридик ва деонтологик талаблар риоя қилинган ҳолда йиғилган. Тадқиқотда классик морфологик методологиялар қўлланилган, буларга: макромикроскопик препаратлаш, Пирогов Н.И. буйича кесиш усули ва гистотопографик усуллар киради. Кесим горизонтал, саггитал ва фронтал сатҳларда умуртқа, қовурға ва қовурғалараро бўшлиқларнинг аниқ верификацияси билан амалга оширилган. Олинган барча маълумотларнинг вариацион-статистик тахлили қилинди.

Тадқиқотнинг биринчи қисмида, 15 ҳомиланинг танасида юрак ва кўкрак қафаси йирик томирларнинг макромикроскопик анатомияси ва топографияси ўрганилди. Препаратлар тайёрлаш босқичма-босқич амалга оширилди, кетма-кет суяк ориентирларини шаффоф ташувчиларда фиксация қилиш ва очиш, кўкрак қафасини очиш, ўпка ва тимус безини олиб ташлаш, кўкрак қафаси томир ва нервларини препаратлаш.

Олинган натижалар шуни кўрсатади, макроскопия усули кўкрак қафаси аъзоларининг ўзаро жойлашуви, уларнинг скелет- ва голотопиясини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Макропрепаратлар аъзоларнинг бир бирига тегиниш даражаси, бир бирига тегиб турган қисм ва бўлаклари, юрак ва томирларнинг ёпилган жойларини баҳолаш имконини беради. Бундан ташқари бу усул, юрак, ўпка, тимус, аорта, ўпка томири ва артериал оқим шакли ва ҳажмини ўрганиш имконини хам яратади. Ўтказилган тадқиқот натижасида, кукрак қафасида юрак латерал позицияда жойлашганлигини ва иккинчи қовурғадан саккизинчи қовурға даражасида жойлашганини кўрсатиб берган. Асосан, юрак учинчи ва олтинчи қовурғалар орасидаги позицияни эгаллайди.

Кўрсатилган ривожланиш даврида юрак асоси қия жойлашишда иккинчи қовурғалараро даражасида, латерал жойлашувда бир қовурғаларарога паст жойлашган бўлади. Юракнинг ўнг чегараси ўнг ўрта чизиқ чизиғигача етиши мумкин (латерал жойлашганда), асосан эса ўнг парастернал чизиқдан 0,5 см ташқарига жойлашади. Аъзонинг чап чегараси латерал жойлашувда юракнинг юқори чегарасига мос тушади, қия жойлашувда чап парастернал ва ўртачизиқ чизиқлари орасидаги масофанинг ўртасида бўлади. Кузатувларнинг 14 % ҳолатларида у чап олди қўлтиқ ости чизиғига етган.

Бундан ташқари, макроскопик усул ҳомила юрагининг икки позицияда жойлашишини аниқлаш имконини берган: латерал ва қия, бунда қия жойлашув диафрагма билан фақат ўнг қоринча тегишини кўрсатади, чўққиси чап ўртачизиқ чизиғидан чиқмайди, латерал жойлашувда эса чўққи чап ўртачизиқ чизиғининг чап чегерасига тарқалади.

Тадқиқотнинг бу бўлими аортанинг кўтарилувчи қисми ва ўпка магистралини ўрганиш имконини яратади.

Аниқланган, тадқиқотнинг бу босқичида аортанинг кўтарилувчи қисми, гестация ҳафтасига боғлиқ ҳолда ThIVдан ThVIгача бошланиши аниқланса, ThIII - ThV умуртқаларда аорта равоғига давом этади. Ўпка стволи тўртинчи қовурғалараро оралиғида ўнг қоринчадан чиқади ва аортанинг кўтарилувчи қисмига нисбат чапроқ ва олд томонида жойлашади. Аорта равоғи орқа юзасида, тўртинчи кўкрак умуртқаси проекциясида ўнг ва чап ўпка артерияларига ажралади, сўнгра улар перикард бўшлиғидан чиқиб ўпка паренхимаси томонига қараб боради. Ўпка стволи бифуркацияси соҳасидан ёки ўнг ўпка артерия бошланиш жойида артериал (Боталов) йўли (Боталлов йўли) чиқади.

Макропрепаратларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, юрак ва юрак атрофидаги қон томирларнинг фетал анатомиясини макромикроскопик усул ёрдамида ўрганишда бир қатор қоидаларга риоя қилиш лозим.

Биринчидан, формалин фиксация биринчи босқичининг муҳим шарти -эмбрион торсни тўғирланган ҳолатида сақланиши, бу эса умуртқалар, қовурғалар ва қовурғалараро бўшлиқларни рақамлашда ҳато бўлмасликни олдини олади. Иккинчидан, олдин умуртқанинг ўткир қиррали ўсимталарининг препаровкаси, кейин эса биринчи қовурға ва қатор умуртқаларига чизиқ чизишни лозим, яъни уларни верификацияси бажарилади.

Бундан ташқари, препаратларни тайёрлаш вақтида ҳар бир босқични суратга олиш керак, чунки ҳар бир босқич ўзида морфологик маълумотга эга бўлиб, тадқиқот учун аҳамиятга эга. Айтиш лозимки, бу усул юрак ичи тўсиқлари, камералар, клапанлари, томирлар ва юрак нервлари каби тузилмаларни анатомияси ва топографиясини ўрганиш имкониятни яратмайди.

Пирогов Н.И. томонидан таклиф этилган кесиш усули, тадқиқотнинг иккинчи босқичида 20 та ҳомилани ўрганишда қўлланилди. Горизонтал кесимларда кесиш биринчи кўкрак умуртқасидан бошлаб ўн иккинчи кўкрак умуртқасигача ҳар бир умуртқадан кейин ўтказилди.Тиббиётда қўлланадиган саггитал ва фронтал кесимлар тананинг проекцион чизиқлари буйича ўтказилди. Келтирилган 2 расмда турли хил босқичларда бажарилган, бир ҳолат кесимлари кўрсатиб берилган. Турли хил сатҳлардаги Пирогов кесимлари юрак, юракичи тузилмалари, магистрал қон томирларининг макромикроскопик анатомияси ва топографиясини чуқур ўрганиш имконини яратади.

Шундай қилиб, гестациянинг бу босқичида юракнинг барча бўлимлари яққол дифференциация қилинади: буларга юрак қулоқчалари билан чап ва ўнг бўлмачалари, иккала қоринча, артериал (Боталов) йўли, юқорги ва пастки ковак веналар. Иккала бўлмачаларнинг қоринчаларга нисбатан катта ҳажми ўзига эътибор қаратади. Бундан ташқари, иккала қулоқча ҳам ҳажми буйича бўлмачалар ҳажмига мос келади ва кўкрак қафасига тегиб туради, ундан фақат перикард орқали ажралиб туради. Ўнг қоринча девори қалинлиги чап қоринчадан фарқ қилиб, биринчисининг ўртача қалинлиги 2,13±0,1 мм ташкил этса, чап қоринча эса 3,0±0,11 мм ташкил этади. Қоринчалараро тўсиғи девори қалинлиги юрак учи қисмида ўртача 4,8±0,31 мм, юрак асоси соҳасида ўртача 3,3±0,1 мм га тенг, юрак қоринчалараро тўсиғининг узунлиги 1,41±0,2 см ташкил этади.

Горизонтал ва сагиттал Пирогов кесимлари ёрдамида, ҳомиланинг ўпка билан нафас олгунча, қон айланиш тизимида энг муҳим аҳамиятга эга бўлган артериал (Боталов) йўли топографиясини ўрганиши мумкин. Барча кузатувларда у ўпка томирининг бифуркация жойидан иккинчи ва учинчи қовурғаларда ажралган булиб, кам ҳолатларда ўпка артериясининг шоҳланиш жойидан кейин ажралган бўлади.

Артериал (Боталов) йўли олд томонидан медиастинал плевра билан тўсилган бўлади. Артериал (Боталов) йўли учинчи қовурғанинг бошчаси рўпарасида ўпка стволидан ажралади ва аортага қўйилади, аорта ва артериал йўли ўртасидаги 10 -15° бурчак ҳосил бўлади. Боталов йўлининг ташқи диаметри ўртача 2,1 мм, узунлиги эса 3 мм ташкил этган.

Юрак клапанларинг топографик анатомиясини аниқ тасвирлашда Пирогов кесимлари катта ёрдам беради, макромикроскопик усулдан фарқли равишда медиастенал магистрал қон томирларни аниқ проекциясини кўрсатиб беради.

Шундай қилиб, ҳомила ривожланишинг бу босқичида аорта клапани (АК) учинчи қовурғалараро ва тўртинчи қовурғаларга тўғри келади, ўпка стволининг

клапани эса (ЎТК) 3 қовурға проекциясида жойлашган бўлади. Ўтказилган тадқиқотмизнинг тенг ярим ҳолатларда АК тўш суягининг ўнг 2/3 қисмида жойлашса, ЎТК эса чап 1/3 қисмида жойлашган, бошқа ҳолатларда эса олд томонида чап парастернал ва ўрта умров чизиқлари орасида, ва орқадан курак чизиғи соҳагача тўғри келади.

Тадқиқотда қўлланган Пирогов кесимларни таҳлили шуни кўрсатдики, медиастенал йирик қон томирлари ва юракнинг топографик анатомияси ҳақида тўлақонли маълумотларни бизга фақат горизонтал сатхда бўлган кесимлар беради. Улар юрак, унинг камералари, тўсиқлари ва қон томирлари анатомияси ва топографиясини ҳар бир умуртқа даражасида ўзгариши ва максимал маълумотлар олишга ёрдам беради.

Бундан ташқари, улар онтогенезнинг эрта ҳомила даврида кузатиладиган ўзгаришларни аниқлашда имконини яратади. Шу билан бирга, фронтал ва сагиттал кесимлар эса кам маъмумотли бўлиб, фақатгина айрим тузилмаларни таърифлаш учун қўшимча кесимлар сифатидаишлатилиши мумкин.

Макромикроскопик усул ва Пирогов кесимлари ёрдамида олинган маълумотларни тўлдириш имконини учинчи усул яратади, бу гистотопографик усул бўлиб, у билан тадқиқотдаги 5 та ҳомила ўрганилди. Ҳомила торсларидан гистотопограммалар тайёрлаш бир қанча қийин ҳисобланади, чунки турли турдаги тўқималар ҳажми кам ва препаратларни декальцинация қилиш керак. Шунинг учун, гистотопографик усул асосий ва ҳар доим қулланадиган усуллар руйхатига кирмайди. Шу билан бирга, горизонтал плоскостда қилинган гистограммалар юрак, юракичи тузилмалари ва медиастенал қон томирларини анатомияси ва топографиясида микроскопик деталларни ўрганиш имконини беради.

Шундай қилиб, ўтказилган текширув натижасида инсон ривожланишинг пренатал босқичида юрак, юрак ичи тузилмалари, магистрал томирларнинг фетал анатомияси ва топографияси ўрганиш учун, асосий морфологик усуллар ўрганилди. Бу хар бир усул ўз камчилик ва афзалликларига эга, шу билан бирга ички аъзоларнинг топографик анатомиясини ўрганишда энг тўлақонли усул бу Пирогов Н.И. буйича кесиш усули ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроки 22-27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2011. Т. 10, №1. С. 17-20.
2. Коростышевская А.М., Макагон А.В. МРТ плода: новое слово в пренатальной диагностике // Медицинская визуализация. 2009. № 1. С. 132-140.
3. Открытая и пункционная хирургия плода в современном акушерстве / Абрамян М.А. [и др.] // Акушерство и гинекология. 2014. N 1. С. 3-8.
4. Полякова В.А., Ральченко Е.С. Внутриматочная коррекция пороков развития плода // Медицинская наука и образование Урала. 2012. № 3.С. 128-129.
5. Kohl T. Percutaneous minimally invasive fetoscopic surgery for spina bifida aperta. Part I: surgical technique and perioperative outcome // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2014. №44. P. 515-524. Morphometric study of subpubic angle in human fetuses / Mahboobul Haque [et al.] // Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016. Vol. 10, N. 1. P. 01-04.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.233-002-036.12-092

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Тиллоева Ш.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Целью исследования, было изучение сложности взаимосвязи между качеством жизни и психоэмоциональным статусом у пациентов с легочной гипертензией с использованием динамического подхода. В результате исследования установили, что пациентов с бронхиальной астмой, осложненной легочной гипертензией, рекомендуется комбинированная терапия с антагонистами кальциевых каналов и бишофитом в сочетании с электрофорезом для улучшения эндотелиального слияния и коррекции качества жизни и психоэмоционального статуса.

Ключевые слова: бронхиальная астма, легочная гипертензия, гипертрофия правого желудочка, качества жизни, психоэмоциональное состояние.

ЎПКА ГИПРЕТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИ ВА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИ

Тиллоева Ш.Ш.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Тадқиқот мақсади, ўпка гипертензияси бўлган беморларда ҳаёт сифати ва психоэмоционал статус кўрсаткичлари ўртасидаги боғликликни комплекс давони динамикада қўллаш орқали ўрганишдан иборатдир. Натижаларга кўра, ўпка гипертензияси билан асоратланган, бронхиал астма билан оғриган беморларда базисли даво билан биргаликда амлодипин ва бишофитни электрофорез билан биргаликда қўллаш эндотелий фукнциясининг яхшиланишига, ҳаёт сифати ва психоэмоционал статус кўрсаткичларини коррекция қилишга тавсия этилади.

Калит сўзлар: бронхиал астма, ўпка гипретензияси, ўнг қоринча гипертрофияси, ҳаёт сифати, психоэмоционал ҳолат.

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH PULMONARY HYPERTENSION AND EFFECTS OF COMPLEX THERAPY

Tilloeva Sh.Sh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The aim of the study was to investigate the complexity of the relationship between quality of life and psycho-emotional status in patients with pulmonary hypertension, using a dynamic approach. Conclusion: In patients with bronchial asthma complicated by pulmonary hypertension, combination therapy with amlodipin and bishofitis combined with electrophoresis is recommended to improve endothelial fusion and correction of quality of life and psycho-emotional status.

Key words: bronchial asthma, pulmonary hypertension, right ventricular hypertrophy, quality of life, psychoemotional state.

Актуальность

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА), все чаще отмечают появление ее тяжелых форм. Растущая заболеваемость БА сочетается с некоторыми особенностями ее течения, осложнений и исходов. Возросло количество пациентов, у которых первые проявления болезни возникли после 40-50 лет, поэтому БА стала чаще сочетаться с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые в свою очередь значительно "помолодели". Кроме того, структура хронической патологии в настоящее время характеризуется не только увеличением распространения отдельных нозологий, но и ростом их сочетанного течения, что взаимоотягощает течение заболеваний и создает трудности в диагностике и лечении [2,3]. Роль повреждения эндотелия легочных сосудов в изменении легочного кровообращения при БА уже достоверно доказана. Установлено, что эндотелиоциты непрерывно производят и выделяют большое количество биологически активных факторов, которые участвуют в регуляции местного кровотока и механизмов гемостаза, контролируют процессы воспаления и пролиферации. Легочная гипертензия (ЛГ) определяется как группа заболеваний, характерузующихся прогрессивнием легочного сосудистого сопротивления, что ведет к правожелудочковой недостаточности и преждевременной смерти [1]. Заболевание может значительно ограничивать повседневную активность, качество жизни пациентов и приводить к смерти. [4,9]. Главной целью лечения служит достижение полного контроля БА и высокого качества жизни у всех пациентов вне зависимости от степени тяжести заболевания, однако пока не определены прогностические факторы, влияющие на уро-

вень контроля БА. Наряду с демографическими, социальными и клиническими факторами в ряде работ изучалось влияние на течение БА психических расстройств (тревога, депрессия), и полученные данные довольно противоречивы. Одни авторы рассматривают депрессию как причину тяжелого течения БА и высокого уровня смертности, а другие исследователи считают, что выраженность тревоги и депрессии не влияет на течение БА [5, 8]. Одним их основных аспектов в лечении больных с бронхиальной астмой (БА) является поддержание адекватного контроля над течением заболевания, то есть достижение состояния, позволяющего больному чувствовать себя практически здоровым. Существуют данные о корреляции тяжести БА со степенью снижения качества жизни пациентов в различных популяциях. Нестабильность течения заболевания может способствовать значительным по времени пропускам занятий в школе у детей, у взрослых отсутствию на работе, может повредить карьере больного [4,7] .Основные расстройства могут сами по себе вызвать недомогание, особенно когда их развитие непредсказуемо.Уровень контроля над течением БА в свою очередь влияет на психо-эмоциональную сферу пациента, возможность выполнения физических нагрузок, на социальную адаптацию пациента в целом, то есть на качество жизни больного с астмой. Изучение качества жизни может быть использовано как для одномоментной оценки состояния пациента, так и для динамической оценки, например при определении эффективности лечения [6]. Лечение больных БА, основанное на элиминации причин означимых факторов, купировании воспаления и восстановлении проходимости бронхов, имеет положительный результат: болезнь стала протекать значительно легче, улучшилось качество жизни больных, значительно уменьшилась летальность.Однако по обобщенным данным различных авторов даже при применении современных методов лечения добиться контроля над течением БА удается у ≤ 50 % больных, низка эффективность лечения больных с тяжелым течением БА. Для наиболее ранней диагностики, адекватной профилактики и лечения больных бронхиальной астмой (БА) II-IV ступенью тяжести с легочной гипертензией (ЛГ), необходимо уточнить патогенез этого заболевания, факторы, приводящие и усугубляющие его течение [1,7]. У больных бронхиальной астмой II- IV ступенью тяжести легочная гипертензия является предопределяющим неблагоприятным исходом заболевания, при этом резко снижается качества жизни (КЖ) больных. Требует дальнейшего изучения вопрос о роли вегетативной нервной системы (ВНС), периферического звена кровообращения и вентиляционной способности легких (ВСЛ) в прогрессировании ЛГ. Значительные достижения в лечении ЛГ в последние годы связаны с антагонистами кальция, которые значительно улучшают выживаемость и прогноз жизни больных легочным сердцем. Однако не все эффекты препаратов этой группы достаточно изучены. [4,9]

Цель исследования: Сравнительный анализ взаимосвязи нарушений качество жизни и психоэмоционального статуса больных при различных ступенях тяжести БА и эффективность различных режимов комплексной терапии.

Материал и методы

В исследование включены 40 больных в возрасте от 36 до 64 лет, страдающих БА, у которых заболевание осложнилось ЛГ. Больные были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 17 больных БА II-III ступенью тяжести с ЛГ (средний возраст 57,1±1,5 лет) Ко 2-й группе были отнесены 23 больных БА III-IV ступенью тяжести с ЛГ (средний возраст 57±1,8 лет). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (ЗЛ), сопоставимых по возрасту. Обследованные больные не имели сопутствующих заболеваний. За неделю до включения в исследование отменялись все вазодилататоры.

Исследования проводились в период относительной ремиссии легочного заболевания. Помимо общеклинических исследований у всех пациентов исследованы функция внешнего дыхания, насыщение крови кислородом, выполнены электрокардиография в 12 общепринятых отведениях, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, двухмерная и допплерэхокардиография.

Гемодинамику малого круга кровообращения изучали с помощью двухмерной и допплерэхокардиографии. 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, %). Среднее легочное артериальное давление (ЛАД) рассчитывали по формуле, предложенной Kitabatake et al. Анализировали вентиляционную способность легких (ВСЛ) с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1, %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV1/FVC, %).

Психоэмоциональный статус больных оценивали на основании психологического тестирования с помощью теста Спилбергера на выявление реактивной и личностной тревожности.

Изучение параметров качества жизни больных БА осложненной ЛГ проводилось по специализированному Сиэтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Данный опросник позволяет оценивать у больного уровень эмоционального состояния (ЭС), удовлетворенности лечением (УЛ), профессиональной пригодности (ПП) и физического состояния (ФС).

В зависимости от методов лечения больные разделены на следующие 2 подгруппы: 1а подгруппа- (11 больных) и 2а подгруппа (15 больных) получали таблетки амлодипина 5-10 мг однократно в сутки, электрофорез бишофита (ЭБ) и стандартную терапию (СТ) по (GINA, 2016 г), которая включает бронхолитики короткого и/или продленного действия ингаляционные ГКС и муколитики, а также ЛФК и дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, сеанс психотерапии. При наличии признаков внутрибронхиальной инфекции пациентам назначали антибактериальную терапию; 1б подгруппа (11 больных) и 2б подгруппа (14 больных) на фоне стандартной терапии получали процедуры ЭБ. Исследования больных проводили в день поступления и после 10 процедур.

Результаты и обсуждение

После комплексной терапии обнаружили, что у больных БА осложненной ЛГ и ГПЖ/ДПЖ реактивная тревожность и личностная тревожность во всех подгруппах уменьшились. В 1а и 1б подгруппах больных балльные показатели теста МИЛ больше, чем в 2а и 2б подгруппах.

Однако, в периоде клинического улучшения у больных сохраняется относительно высокая напряженность симпатоадреналовых звеньев в адаптивных реакциях организма.

В динамике лечения амлодипином, ЭБ на фоне СТ, у больных БА осложненной ЛГ, показатели параметров КЖ: ФС, ЭС, ПП и УЛ улучшены больше чем у больных получавшие только процедуры ЭБ и СТ. При сравнении внутри подгруппы, у больных БА II-III ступенью тяжести с ЛГ (1а и 1б подгруппы) параметры качества жизни оказались несколько существеннее, чем у больных III-IV ступенью тяжести с ЛГ 2а и 2б подгруппы ($p < 0,05$). Определили уменьшение ВЗ, ВИР, ФПН и ЛАДср, а также повышение Е/А ($p < 0,05$, достоверность различия с показателями до лечения). Полученные нами факты показывают, что у обследованных больных снижение давления в легочной артерии ведет к уменьшению давления в ПЖ сердца. В результате происходит уменьшение продолжительности ВИР, ВЗ и ФПН и снижение градиента давления между желудочками. То есть, положительные сдвиги в ДФПЖ существенно влияют на ремоделирование сердечно-сосудистой системы.

При проведении корреляционного анализа между параметрами КЖ, ВСЛ, индексов легочной гемодинамики и ремоделированием ПЖ сердца отмечено, что с улучшением бронхиальной проходимости FEV1 улучшились ФС, ЭС, ПП и УЛ на ($r=0,64$; 0,45; 0,26 и 0,21, $p < 0,03$). Снижение уровня ЛАД ср приводило к улучшению ФС, ЭС, ПП и УЛ на ($r=-0,74$; -0,65; -0,58 и -0,27, $p < 0,01$). Установлена взаимосвязь между повышением Е/А и ФС, ЭС, ПП и УЛ ($r=-0,57$; -0,49; -0,38 и -0,19, $p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных БА осложненной легочным сердцем амлодипина и ЭБ на фоне стандартной терапии позволяет повысить вентиляционную способность легких, снизить гемодинамическую нагрузку на правые отделы сердца тем самым, улучшит структуру диастолы ПЖ сердца. Нужно отметить, что взаимосвязанные нарушения психовегетативных 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.

Таким образом, исследования показали, что у больных БА осложненной ЛГ изменения эмоционально-личностной сферы, ВНС и физического состояния параллельны нарушениям диастолической функции правого желудочка, легочной гемодинамики и бронхиальной проходимости. Прогрессирование легочной гипертензии у больных БА носит адаптивный характер, а развитием БА III-IV ступени тяжести больные хуже адаптируются ко всем сферам деятельности, т.е. наблюдается дезадаптивное состояние в сфере психовегетативных факторов регуляции. Кардиоваскулярные нарушения тесно связаны с развитием дисфункции психовегетативных факторов регуляции, что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов [1].

Взаимное отягощение и прогрессирование нарушений диастолической функции ПЖ и легочной гемодинамики основано на общности некоторых звеньев патогенеза: развитие гипоксии нарушений легочно-сердечной микроциркуляции и легочной гипертензиии. Нами было отмечено параллельное улучшение параметров психовегетативного, физического статуса и уровней ДФПЖ, ЛАД ср, а также состояния вентиляционной способности легких у больных БА осложненной ЛГ, наступающее после стандартного лечения с включением амлодипина и ЭБ.

Выводы

1. У больных БА III-IV ступенью тяжести с ЛГ отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, а у больных БА II-III ступенью тяжести с легочной гипертензией по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности ($p<0,05$), что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

2. В основе возникновения и развития легочной гипертензии у больных БА II-III ступенью тяжести лежат адаптивные, а у больных с гипертрофией/дилатацией ПЖ дезадаптивные состояния в сфере психовегетативных факторов регуляции, что свидетельствует о снижении ВСЛ и длительной гипоксии головного мозга.

3. Лечение амлодипином и ЭБ на фоне стандартной терапии способствует улучшению нарушений психовегетативного состояния больных ЛГ, который положительно коррелирует с состоянием ВСЛ, легочной артериальной гипертензией и ремоделированием ПЖ сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т. Легочная гипертензия. // Монография. - Ташкент, 2016. С-89.
2. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш., Сабиржанова З.Т. Оценка состояния вентиляционной функции легких при развитии легочной гипертензии у больных бронхиальной астмой во взаимосвязи с нарушениями эндотелийзависимой вазодилатации // Украинский терапевтический журнал.- Украина, 2019.- №1.- С.14-17.
3. Rakhimova D.A., Tilloeva S.Sh. Study a comparative analysis of the relationship between disorders quality of life and psychoemotional status of patients at different steps of severity of bronchial asthma relating to arterial hypertension and efficiency of various modes of complex therapy //Asian Journal of Multidimensional Research. Reviewed International Journal (AJMR). -India, 2019.-Vol.8, Issue 10. - P. 5-10. (IF -6.053)
4. Alyavi A.L., Rakhimova D.A., Tilloeva S.Sh., Sabirjanova Z.T. Ventilation- perfusion ability of the lungs and pulmonary hemodynamics in the dynamics of treatment with nebivolol in bronchial asthma with pulmonary hypertension // International Journal of Scientific Research And Education. -India, 2019.- Vol. 07, Issue 02. - P. 72-75. (IF -6.039).
5. С.И. Овчаренко, А.Б. Смулевич, М.Н. Акулова. Контроль течения бронхиальной астмы: психосоматические соотношения и расстройства личности. // Пульмонология и аллергология №1.2009.С-25.
6. А.Б. Строк, С.Б. Баширова.Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой. //Клиническая практика №3 2008 г. С-53
7. Г.Б.Федосеев, В.И.Трофимов, Н.Л.Шапорова, В.А.Александрин, Н.А.Филиппова, К.Н.Крякунов. Пульмонология. 2015; 25 (1): 5-18.С-7 .
7. Яковлева Л.Н. Легочная артериальная гипертензия. //Харьковская медицинская академия. Лики Украини..№10(156) / 2011.С-62.
8. Gomez-Arroyo JG, Farkas L, Alhussaini AA, Farkas D, Kraskauskas D, Voelkel N, Bogaard HJ. The monocrotaline model of pulmonary hypertension in perspective // Am. J. Physiol. Lung. Cell. Mol. Physiol. -2012. -Vol.302(4). - P.L363-L369.
9. https://www.minzdrav.uz/uz/documentation/detail.php ID-40989

Поступила 09.11.2020

УДК 104.200.900:24.9 -008.64

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ РУБЦОВ НА ТЕЛЕ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Мухаммадиев Ф.Н., Рузиев Ш.И.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Термезиский филилал Тошкентской медицинской акадамии, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Экспертиза рубцов кожи была и остается одним из распространенных видов судебно-медицинского исследования, отличающегося высокой степенью субъективности. Поскольку рубцы кожи являются весьма устойчивыми образованиями, именно они чаще всего становятся объектом судебно-медицинского исследования в случаях позднего направления потерпевших на освидетельствование (экспертизу).

Ключевые слова: рубец, механизме образования, ультразвуковое исследования, цифровый фоторисунки.

APPLICATION OF MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS FOR DETERMINING THE TIME OF SCARS ON THE BODY IN THE PRACTICE OF FORENSIC MEDICINE

Mukhammadiev F.N., Ruziev Sh.I.,

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Termezi branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The examination of skin scars has been and remains one of the most common types of forensic medical research, characterized by a high degree of subjectivity. Since skin scars are very persistent formations, it is they that most often become the object of forensic medical research in cases of late referral of victims for examination (examination).

Key words: scar, formation mechanism, ultrasound examination, digital photo drawing.

СУД-ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ТАНАДАГИ ЧАНДИҚЛАРНИ ЕТКАЗИЛИШ МУДДАТИНИ АНИҚЛАШДА ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Мухаммадиев Ф.Н., Рўзиев Ш.И.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали, Ўзбекистон.

✓ ***Резюме***

Тери чандиқлари экспертизаси субъективликнинг юқори даражаси билан фарқланувчи суд-тиббиёт текширувининг кўп тарқалган турларидан бўлиб қолмоқда. Тери чандиқлари жуда турғун ҳосилалар бўлгани туфайли, айнан улар жабр кўрганларнинг экспертизага кеч йўлланма олган ҳолатларида суд-тиббиёт текширувининг объекти бўладилар.

Калит сўзлар: чандиқ, хосил бўлиш механизми, ультра товуш текшируви, рақамли фотосуратлар.

Актуальность

Экспертиза рубцов кожи была и остается одним из распространенных видов судебно-медицинского исследования, отличающегося высокой степенью субъективности. Поскольку рубцы кожи являются весьма устойчивыми образованиями, именно они чаще всего становятся объектом судебно-медицинского исследования в случаях позднего направления потерпевших на освидетельствование (экспертизу) [1,3]. При отсутствии медицинских документов или дефектном оформлении таковых, рубцы достоверно свидетельствуют о наличии бывших телесных повреждений, позволяют ориентировочно судить об их давности, механизме образования, параметрах травмирующих орудий, количестве травматических воздействий [6,7,9].

А.А. Халиков (2006) утверждает, что для достаточной степени точности экспертного суждения необходима комбинация не менее двух объективных методов количественной регистрации повреждения. Если мнение практического эксперта подтверждается численными характеристиками конкретных величин, с экспертизы снимается оттенок субъективизма, возникающий при оценке повреждения "на глаз", руководствуясь "книжными данными" с поправкой на величину личного опыта эксперта [1].

В дальнейшем И.М. Серебренников продолжил разрабатывать тему, оценил возможности диагностики и оценки келоидных и гипертрофических рубцов (1981), описал рубцы кожи после электротравмы (1989). В 1981 и 1992 годах он опубликовал обзорные статьи с анализом всей доступной литературы, посвященной проблеме изучения рубцов кожи за период с 1962 по 1992 год. С этого момента никакой систематической работы по данному вопросу судебными медиками не проводилось, а публикации носили спорадический характер, хотя высокая частота катастроф с многочисленными человеческими жертвами и достаточное количество локальных военных конфликтов на территории постсоветского пространства, в Европе и ближневосточном регионе, отнюдь не свидетельствуют о снижении актуальности вопроса [8].

Гораздо подробнее рассмотрением данной проблемы занимались хирурги, дерматологи и косметологи. О.С. Озерская (2004) указывает: "Проблема различного вида рубцов кожи находится на стыке дерматологии, косметологии и хирургии... рубцы кожи, особенно на открытых частях тела, имеют и социальную значимость... подобный косметический дефект приводит к разного рода психоневрологическим нарушениям" [1,2,5,7,8].

Цель исследований. Разработка алгоритма судебно-медицинской диагностики давности образования повреждений по морфологическим свойствам рубцов кожи на лице с применением новейших технологий.

Материалы и методы

В работе были проанализированы результаты судебно-медицинская экспертиза 25 случаев с наблюдениями рубцов кожи на лице. Для сравнительного анализа были взяты 16 рубцов различной давности и механизма образования на теле.

Судебно-медицинская экспертиза анализ цифровой фотографии, ультразвуковой исследования (размер, плотность, эхогенности) рубцов кожи на теле.

Результаты исследования. В ходе анализа оценивались основные статистические закономерности встречаемости подобных исследований, полнота описания рубца, характер обозначения цветов и оттенков, соответствие выводов (заключения) обстоятельствам дела, данным медицинских документов и данным судебно-медицинского осмотра.

Основные вопросы и задачи, решаемые в ходе судебно-медицинской экспертизе рубцов. Вопросы, возникающие перед судебно-медицинским экспертом при исследовании рубцов, весьма разнообразны.

Прежде всего, следственным органам бывает необходимо установить механизм образования и давность повреждения, оставившего после своего заживления рубец. Для юридической квалификации деяния по характеру рубца проводится определение тяжести вреда, причиненного здоровью, устанавливается процент утраты трудоспособности в связи с бывшим повреждением, оценивается изгладимость рубцов (если они локализуются на открытых участках тела). В ряде случаев по характеру, локализации и взаиморасположению рубцов "удается проанализировать соответствие предложенных следствием версий получения травмы объективным данным (ситуационные экспертизы). Большое значение экспертизе рубцов уделяется в процессе идентификации личностидстве по идентификации личности, в ходе сложных экспертиз по "врачебным делам", при установлении следов бывших инъекций у лиц, употребляющих наркотики.

Заживление ушибленных и рвано-ушибленных ран, не подвергавшихся первичной хирургической обработке, завершается образованием рубцов с неровными краями и поверхностью. Рубцы плотные, выступают над окружающей кожей, малоподвижные. В определенной степени они могут отражать размеры и форму ран. При заживлении ран с нагноением рубцы не сохраняют особенностей, позволяющих определить характер раны и соответственно делать заключение о травмирующем орудии.

После термической травмы рубцы остаются лишь на месте ожогов и от-морожений 3 и 4 степени, реже 2 степени. Чем тяжелее степень ожога и отмо-рожения, тем грубее рубцы с деформацией ткани. Рубцы неправильной формы, бугристые, края с пигментацией, стягивают ткани. При локализации ожогов на шее с переходом их на грудную клетку и верхние конечности, или в других аналогичных местах рубцы могут принимать перепончатую, веерообразную форму. В области суставов рубцы могут привести к образованию контрактур.

Рубцы на месте электроожогов тонкие, гладкие, обычно белесого цвета с неровными краями, плотноватые на ощупь, подвижные.

В случаях огнестрельных ранений дополнительно возникают вопросы о характере раны (входная, выходная), дистанции выстрела, возможно, о харак-тере заряда.

После огнестрельных ранений остаются рубцы, внешний вид которых зависит от вида повреждения и дистанции выстрела. На месте входной огне-стрельной раны, причиненной выстрелом с близкой дистанции и не подвергав-шейся хирургической обработке, рубцы имеют овальную, лучистую, звездча-тую или неправильную форму, как правило, умеренно втянуты и малоподвиж-ны. Размеры могут быть больше рубца на месте выходного огнестрельного ра-нения, особенно при выстреле в упор. Вокруг отмечают следы внедрившихся порошинок, иногда рубцовая ткань импрегнированна копотью. После огне-стрельного ранения от выстрела с неблизкой дистанции рубец округлый, небольших размеров, как правило, меньше чем рубец на месте выходной раны, где рубец имеет неправильную, воронкообразно втянутую форму.

Рентгенологически в глубоких слоях рубцов в мягких лучах могут выяв-ляться инородные включения, металлизация.

В случаях взрывной травмы характерны грубые дефекты и размозжения ткани с последующим грубым рубцеванием. Оскольчатые повреждения оставляют рубцы неправильных форм, рентгенологически в их проекции могут об-наруживаться инородные тела.

Давность образования рубца устанавливают на сопоставлении данных медицинской документации и свойств рубца, изменяющихся по мере его созре-вания. В ходе формирования рубца при заживлении неосложненной ушитой хирургической раны хирурги выделяют следующие стадии:

1. Эпителизация кожной раны (7-10 сутки). Характеризуется развитием и завершением послеоперационного воспаления. Между стенками раны образу-ется грануляционная ткань, начинается эпителизация при плотном контакте краев кожной раны. Клинически после снятия швов края раны могут разойтись под действием даже незначительной силы. Рубца, как такового, еще нет.

2. Образование непрочного рубца (10-30 сутки). Созревание грануляци-онной ткани и активное развитие фибриллогенеза с образование непрочного рубца. Клинически рубец относительно легко растяжим и хорошо заметен.

3. Образование прочного рубца (30-90 сутки). Увеличение количества во-локон в рубцовой ткани и их ориентация в соответствии с доминирующим на-правлением нагрузки. Уменьшение количества клеток и сосудов. Клинически кожный рубец становится прочным и менее заметным. В неблагоприятных условиях рубец начинает гипертрофироваться или подвергаться келоидозу.

4. Окончательная перестройка рубца (90 суток -1 год). Происходит мед-ленная перестройка рубца с' усилением продольной ориентации волокон, руб-цовая ткань содержит минимальное количество клеточных элементов и еди-ничные мелкие сосуды. Кожный рубец постепенно достигает максимальной прочности и становится еще менее заметным. В неблагоприятных условиях окончательно формируется гипертрофический или келоидный рубец.

Таблица 1.

Ориентировочные данные о внешних свойствах рубцов различной давности (при обычном формировании рубца)

Давность рубца	Свойства рубца		
	Цвет и оттенки	Плотность	Другие признаки
До 1 месяца	Розоватый, позднее красноватый, с	Мягкий	Плоский, нежный, покрыт
1 - 2 месяца	Красноватый, с различными оттенками	Плотноватый	Выпуклый, мало
2-3 месяца	Красноватый. Синюшность	Плотный на всем протяжении	Выпуклый, гипертрофического
3-6 месяцев	Синюшность исчезает. Начинает	Постепенно размяг	Выпуклый, иногда втянутый
От 6 месяцев до 1	Бледно-розовый. Появляется коричневая	Слегка плотноватый или	Поверхность неровная или
Свыше 1	Чаще белесоватый (белый), реже	Мягкий, плотноватые тяжи или	Тонкий, атрофический,

Исследование рубцов кожи в ультрафиолетовых лучах основано на том, что различные ткани по-разному флуоресцируют в ультрафиолетовых лучах.

Соединительная ткань при воздействии на нее фильтрованных ультрафиолетовых лучей выступает как светящийся экран, на котором видны в виде теней скопления пигмента, которые ослабляют, "тушат" флюоресценцию. Оттенки в определенной степени зависят от толщины рогового слоя эпидермиса: толстый слой дает желтоватую, более тонкий - беловато-синюю флуоресценцию (1-таблица).

По данным 1-го таблицы свежие рубцы, давностью не-сколько месяцев и имеющих при обычно освещении красноватый цвет с синюшным оттенком дают в ультрафиолетовых лучах слабую темно-фиолетовую флуоресценцию. Рубцы, имеющие при обычном освещении бледно-розовый цвет, в ультрафиолетовых лучах дают слабую бледно-фиолетовую флуоресценцию. Рубцы коричневого цвета, пигментированные, выглядят в ультрафиолетовых лучах темными участками. Старые, белые рубцы светятся слабым синева-то-белым цветом. Общий фон кожи выглядит темно-зеленоватым.

Выводы

1. Цифровая фотография, выполненная с применением масштаба и цветового эталона, позволяет проводить оценку давности и механизма образования нормотрофического рубца кожи в экспертной практике.

2. Данный метод позволяет зафиксировать эхографическую картину рубца и сохранить в цифровом формате значения эхогенности, полученные на момент исследования, для его последующей судебно-медицинской оценки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, С.С. Методика формализации растровых цветных изображений повреждений при исследовательской съемке / С.С. Абрамов, СВ. Ерофеев, Ю.Ю. Шишкин // Актуальные вопросы судебной и клинической медицины. - Ханты-Мансийск, - 2002. - Вып.6. - С 112-113.
2. Антонов, В.Ф. Физика и биофизика. Ультразвук и его применение в медицине / В.Ф. Антонов, А.В. Коржуев. - М.: Гэотар-мед, 2004. - С. 33-37.
3. Бабаханян, А.Р. Судебно-медицинская практика несмертельных повреждений, причиненных резиновыми пулями / А.Р. Бабаханян // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц. Сб. тезисов док. Всерос. науч.-практич. конференции, 15-16 марта 2007 г. - М - Рязань: РИО ГОУ ВПО "РГМУ им. академика И.П. Павлова Росздрава"; РИО ФГУ "РЦСМЭ Росздрава", 2007. - С. 29-30.
4. Белоусов, А.Е. Пластическая хирургия рубцов: возможности и проблемы / А.Е. Белоусов // Эстетическая медицина. - 2005. - Т. 4. - №2. - С. 145-152.
5. Василевская, Е.А. Использование высокочастотной ультразвуковой аппаратуры для исследования кожи в норме и при патологии / Е.А. Василевская, Е.В. Иванова, Т.С. Кузьмина и др. // Эксперим. и клинич. дерматокосметология. - 2005. - №1. - С. 33-37.
6. Газизянова, Р.М. О возможности ультразвуковой диагностики посттравматических кровоизлияний в экспертной практике / Р.М. Газизянова, Г.М. Харин, И.В. Клюшкин // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики. Мат. 6-го Всерос. съезда судебных медиков, посвящ. 30-летию Всерос. общества судебных медиков. М. -Тюмень, 2005 г. - М. -Тюмень. : Издательский центр "Академия", 2005. - С. 64-65.
7. Ерофеев, СВ. Основные направления применения и развития компьютерных технологий в судебно-медицинской службе Ивановской области / СВ. Ерофеев, Ю.Ю. Шишкин // Актуальные проблемы регионального здравоохранения. Материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию образования Ивановской области : сб. ст. - Иваново, 2003.-С169-171.
8. Серебренников, И.М. Судебно-медицинская экспертиза келоидных и гипертрофических рубцов (диагностика и оценка) / И. М. Серебренников // Суд.-мед. эксперт. - 1981. -№1. - С. 38-40.
9. Adams, T.S.T. The use of high frequency ultrasonography in the prediction of bum depth / T.S.T. Adams, J.V. Murphy, P.H. Gillespie // J. Bum Care Rehabil.- 2001. - № 22 (3). - P. 261-262.
10. Aspres, N. Imaging the skin. / N. Aspres, LB. Egerton, A.C. Lim, S.P. Shumack // Australas. J. Dermatol. - 2003. - Vol. 44, №1. - P. 19-27.
11. Batisse, D. Influence of age on the wrinkling capacities of skin / D.Batisse, R. Bazin, T. Baldeweck, B. Querleux, J.L. Leveque / / Skin Res Technol. - 2002.-Vol.3, №8.-P. 148-154.
12. Gold, M.H. Prevention of hypertrophic scars and keloids by the prophylactic use of topical silicone gel sheets following a surgical procedure in an office setting / M.H. Gold, T.D. Foster, M.A. Adair // Dermatol. Surg. - 2001. -Vol. 27, №7.-P. 641-644.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.31-02

РОЛЬ ИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА

Шадиева Шодия Шухратовна,

Бухарский государственный медицинский институт, им. Абу Али ибн Сино.

✓ ***Резюме***

В статье приводятся данные по изучение показателей иммунной системы в ротовой полости и в крови у больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) при развитии у них липополисахаридного (ЛПС) и иммуннокомплексного (ИК) воспаления в тканях пародонта (ТП). Обследовали 100 пациентов с ХГП средней степени тяжести в возрасте от 37 до 55 лет и 20 добровольцев от 23 до 32 лет.

Ключевые слова: пародонт, воспаление, ротовая жидкость, кровь, иммунокомплексный, липолисахаридный, пародонтит, ткань, параметры иммунитета, цитокины.

ЯЛЛИҒЛАНГАН ПАРОДОНТ ТЎҚИМАСИДА ЦИТОКИН СТАТУС ВА ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИНГ НОСПЕЦИФИК ҲИМОЯ ТИЗИМИ

Шадиева Ш.Ш.,

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Ўртача оғирликдаги сурункали умумлашган пародонтит билан касалланган беморлар тадқиқот объекти бўлдилар. 37 ёшдан 55 ёшгача бўлган 100 нафар бемор ва 33 ёшдан 52 ёшгача бўлган 20 нафар кўнгиллилар ўрганиб чиқилди. Бухоро давлат тиббиёт институти терапевтик стоматология кафедрасининг клиникасига ёрдам сўраб мурожат қилган, Сурункали умумий пародонтит азият чеккан беморлар кўрикдан ўтказилди.

Калит сўзлар: пародонт, яллиғланиш,оғиз суюқлиги, қон, иммунокомплекс, липпополисахарид, пародонтит, ҳужайра, иммунитет параметрлари, цитокин.

THE CYTOKINE STATUS AND NONSPECIFIC DEFENSE SYSTEM OF THE ORAL CAVITY IN THE DYNAMICS OF THE DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY DISEASES IN PERIODONTAL TISSUES

Shadieva Sh.Sh.,

Bukhara State Medical Institute Named after Abu Ali ibn Sina.

✓ ***Resume***

The article presents data on the study of the parameters of the immune system in the oral cavity and in the blood of patients with chronic generalized periodontitis (CGP) with the development of lipopolysaccharide (LPS) and immune complex (IC) inflammation in the periodontal tissues (TP). We examined 100 patients with moderate CGP aged 37 to 55 years and 20 volunteers from 23 to 32 years old.

Key words: parodont, sitokin, blood.

Актуальность

Воспалительные заболевания ТП представляют собой одну из актуальных проблем в стоматологической практике и являются главной причиной преждевременной потери зубов. Тяжелое течение воспалительного процесса при ХГП обусловлено участием микроорганизмов в деструктивных процессах, направленных против IgA и IgG [1, 2, 5].

В патогенезе ХГП помимо микробов существенная роль принадлежит иммунопатологическим механизмам. Нарушения функционирования нормальных иммунных механизмов в ротовой полости (РП) при ХГП и формирование аутоагрессивных процессов приводят к прогрессирующему и рецидивирующему течению ХГП [3, 4, 6].

Цель работы: изучение параметров иммунной системы в РП и в крови при развитии ЛПС и ИК воспаления в ТП у больных ХГП.

Материал и методы

Обследовали 100 пациентов с ХГП средней степени тяжести в возрасте от 37 до 55 лет и 20 добровольцев от 23 до 32 лет. Иммунологические исследования проведены в Институте иммунологии АН РУз. (г. Ташкент).

Больные ХГП были разделены на три группы: 1-ая - пациенты без патологии в РП (здоровые); 2-ая -пациенты с воспалением в ТП ЛПС этиологии; 3-я - пациенты с воспалением ИК этиологии. В сыворотке крови и в смешанной ротовой жидкости (РЖ) определяли концентрацию про- (IFNα, IL-1α, IL-6) и противовоспалительных (IL-4) цитокинов и компонентов комплемента С3, С5а при помощи наборов реагентов ЗАО "Вектор-Бэст" и НПО "Цитокин", Россия).

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета MicrosoftExcel 2016 (MicrosoftCorp., США) и пакета Statistica версии 6.0 (StatSoftInc., США).

Результат и обсуждение

Из представленных в табл. 1 данных видно, что у больных с воспалением ТП был выявлен значительный лейкоцитоз в обеих группах. Во 2-ой группе отмечалось снижение Т-лимфоцитов с маркером CD3+, CD4+ и ИРИ в относительном выражении, тогда как по абсолютным значениям не было обнаружено отличий от контрольной группы. В 3-ей группе отмечали снижение лишь субпопуляции CD4+-клеток-хелперов в относительном и абсолютном выражении и иммунореактивного индекса (ИРИ), тогда как в отношении всех других параметров можно заметить их возрастание по сравнению с нормой, т.е. с 1-ой группой сравнения.

У лиц с воспалительным заболеванием ТП отмечено снижение ИРИ CD4/CD8 (1,50±0,2) по сравнению 1-ой конт рольной группой (1,81±0,3). Следовательно, воспаление ТП ЛПС этиологии ассоциированы с нарушениями в клеточном иммунитете: относительной лимфопенией, дисбалансом субпопуляций Т-клеток с уменьшением относительных величины Т-хелперов и возрастанием числа клеток, несущих маркер естественных киллеров (CD16+). У лиц 3-ей группы - воспаление ТП ИК этиологии - ассоциированы с нарушениями в иммунном статусе: увеличением относительного и абсолютного уровня с фенотипом CD3+, CD8+, CD16+.

На фоне воспалительной реакции ТП у пациентов с ХГП отмечено нарушения иммунных механизмов защиты РЖ, которые проявлялись местными факторами защиты - сдвигами цитокинового профиля.

Таблица.

Параметры иммунного статуса в крови у больных с воспалением ТП

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Лейкоциты, -10^9/л	5,4±0,8	8,1±1,3	6,1±1,2
Лимфоциты, %	35,5±1,0	29,7±0,9*	39,9±1,1*
CD3+, %	62,4±2,0	55,2±1,6*	67,3±1,5*
CD3+, -10^9	1,12±0,1	1,05±0,2	1,88±0,1**
CD4+, %	43,9±1,5	39,4±1,4*	37,5±1,6*
CD4+, -10^9	0,78±0,09	0,75±0,05	0,65±0,04
CD8+, %	24,2±1,3	26,1±1,1	29,9±1,2 *
CD8+, -10^9	0,43±0,04	0,49±0,07	0,57±0,06*
ИРИ, у.е.	1,81±0,3	1,50±0,2	1,69±0,1
CD16+, %	15,6±0,9	17,5±0,8	24,8±0,4*
CD16+, -10^9	0,30±0,01	0,32±0,02	0,43±0,04

У больных 2-ой и 3-ей групп отмели возрастание IL-1α в 11 и 3,5 раза, соответственно, в РП по сравнению с контролем ($p<0,001$). Кроме этого, наблюдали возрастание провоспалительных цитокинов IL-6, IFNα и уровня противоспалительного цитокина IL-4 в составе смешанной слюны и крови у всех больных с ХГП, но наиболее интенсивные изменения параметров цитокиновых реакций были характерны для 2-ой группы больных с ХГП с ЛПС этиологией. На основании полученных результатов можно заключить, что воспалительный процесс в ТП сопровождается значительной возрастанием провоспалительного цитокина IL-4 как в составе слюны РП, так и в крови, т.е. здесь имеет место системный характер изменений. Система комплемента (СК) "вносит свой вклад" в патогенез ИК воспаления ТП. Образующийся ИК с антителами класса IgG и IgM, является одной из причин конформационных изменений, обеспечивающий запуск каскада комплемент-зависимого цитолиза, что часто осложняется повреждением ТП. У больных с ХГП выявили значимые различия в содержании СК С3. Регистрируемое нами продолжение активации классического пути комплемента у пациентов можно связать с нарастанием в крови титра антител классов М и G как эндогенной, так и микробной природы. Комплемент С5а - многокомпонентная ферментная система плазмы, проявляющая при активации функции лизиса и опсонизации. Так, например, исходно количество этого компонента у здоровых лиц находились на уровне (2,33± 0,11 пг/мл). У пациентов ИК этиологией воспаления определялись более высокие его концентрации (5,84 ± 0,44пг/мл), что было в 2 раза больше по сравнению с контролем. Соответственно, высокие концентрации С5а, определяемые в группе с ИК этиологией воспаления ТП, являются предрасполагающими для формирования аутоагресии к ТП.

Таким образом, у больных с ХГП в их ТП с ЛПС ИК этиологией воспаления имеются серьёзные сдвиги параметров иммунной системы. При этом у этих пациентов выявили разбалансировку как общих, так местных факторов иммунной защиты, что связано и деструкцией ТП, продолжительностью патологии и недостаточностью адекватной терапии.

Под влиянием продуктов жизнедеятельности ППМ повреждается зубодесневое соединение, резко возрастает проницаемость эпителия для вышеуказанных патогенных факторов. Непосредственной реакцией является усиленная миграция в просвет зубодесневой борозды полиморфноядерных лейкоцитов и клеток моноцитарно-макрофаговой системы. Пролиферация полиморфноядерных лейкоцитов в очаг воспаления происходит в несколько этапов, заключительным из которых является диапедез лейкоцитов между клетками эндотелия (трансэндотелиальная миграция).

У больных липолисахаридной воспалением тканей пародонта отмечено увеличение количество лейкоцитов, тогда как уровень пула лимфоцитов сниже-

но при сравнении с группой лиц без патологии пародонта. Последнее сопровождается снижение процентного содержания CD3+, CD4+. В остальных показателях абсолютного и относительного количество субпопуляций иммунокомпетентных клеток у обследуемых лиц на фоне воспалительных заболеваний пародонта липополисахаридной этиологии не отмечено.

Интересная динамика отмечено относительно воспаления тканей пародонта иммуннокомплексной этиологии, где отмечено повышение процентного содержания CD3+, CD8 и CD16+, тогда как процентное содержание CD4+, была снижена при сравнении с группой контроля. Следовательно, показатели клеточного иммунитета у больных с воспалительными заболеваниями пародонта имеют своеобразный характер. Так у обследуемых лиц с воспалительными заболеваниями пародонта отмечались изменения в клеточном звене иммунитета, характеризующиеся снижением относительного числа общей популяции лимфоцитов, зрелых Т- лимфоцитов (CD3), Т-хелперов CD4), повышением относительного количества субпопуляции естественных киллеров (СД16). У лиц с пародонтитом отмечено достоверное снижение иммунореактивного индекса CD4/CD8 (1,50±0,2) по сравнению со здоровыми лицами (1,81±0,3).

Выводы

Таким образом, у лиц с воспалительными заболеваниями тканей пародонта липополисахаридной этиологии ассоциированы с нарушениями в клеточном звене иммунитета: относительной лимфопенией, дисбалансом субпопуляций Т-клеток с уменьшением относительных значений содержания Т-хелперов и возрастанием относительного числа клеток, несущих маркер естественных киллеров (CD 16). У лиц воспалительным заболеванием тканей пародонта иммуннокомплексной этиологии ассоциированы с нарушениями в иммунном статусе; увеличением процентного содержания лимфоцитов, а также популяций лимфоцитов (CD3, CD8, CD16).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта // М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2010. 96 с.: ил.
2. Василиадис Р.А., Бельская Н.А., Вайнер Г.Б. и др. Клинико-диагностическая оценка ферментов ротовой жидкости у больных с пародонтитами различной степени тяжести // Фундаментальные исследования. 2014. № 10 (6). С. 1056-1061.
3. Воложин А.И., Порядин Г.В., Казимирский А.Н. Иммунологические нарушения в патогенезе хронического генерализованного пародонтита // Стоматология. 2005. № 3. С. 4-7.
4. Нисанова С.Е., Звонникова Л.В. Эффективность использования "Полиоксидония" в комплексном лечении апикального периодонтита // ЭндодонтияToday. 2008. № 2. С. 37-39.
5. Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., Николаев А.И., Михеева Е.А. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических воспалительных генерализованных заболеваний пародонта (Обзор литературы). Часть I. // Пародонтология. 2005. № 2. С. 3-6.
6. Ebersole J.L., Dawson D.R., Morford L.A. et al. Periodontal disease immunology: 'Double indemnity' in protecting the host // Periodontology. 2013. Vol... 62. № 1. P. 163-202.

Поступила 09.11.2020

УДК 616-002.4-058.86:616-0807

МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ТИШ КАРИЕСИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Эронов Ё.Қ.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Бугунги кунда мия фалажи билан касалланган болаларда стоматологик касалликларни олдини олиш ва самарали даволаш долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу касаллик билан касалланган болаларда махсус даволаш чораларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: мия фалажи, тиш кариеси, комплекс даволаш усуллари.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ КОМПЛЕКСОМ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Эронов Ё.К.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Сегодня профилактика стоматологических заболеваний у детей, связанных с церебральным параличом, и эффективный государственный долг становятся одной из проблем. У детей, которые связаны с этим замком, есть обязанность разработать специальные меры лечения.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, кариес зубов, комплексные методы лечения.

METHODS OF TREATMENT OF DENTAL CARIES COMPLEX IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Eronov E. K.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Today, prevention of dental diseases in children associated with cerebral palsy and effective public debt are becoming one of the problems. Children who are associated with this lock have a duty to develop special treatment measures.

Key words: cerebral palsy, dental caries, complex treatment methods.

Долзарблиги

Бугунги кунда мия фалажи билан касалланган болаларда стоматологик касалликларни олдини олиш ва самарали даволаш долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу касаллик билан касалланган болаларда махсус даволаш чораларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эга.

Мия фалажи - бу асаб тизимининг мураккаб касаллиги бўлиб, у миянинг етуклиги шароитида юзага келади, яъни ҳомила ривожланиши, туғиш ва янги туғилган чақалоқларда мия фалажи мушак-скелет тизимининг шикастланиши, нутқ ва ақлий бузилишлар, эшитиш ва кўриш қобилиятининг пасайиши билан тавсифланади. Биринчи марта мия фалажининг аломатлари 1861 йилда инглиз жарроҳи Уилям Литл томонидан аниқланган бўлиб, 20-аср бошларида келиб, Муратова С.А.(1898), унда мия фалажининг асосий клиник белгиларини тавсифлаб берган. "Мия ярим фалажи" атамаси 1958 йилда Оксфордда халқаро олимлар гуруҳи томонидан тасдиқланган.

Мия фалажининг бошланиши ва ривожланишининг сабаблари кўплаб маҳаллий ва хорижий муаллифлар томонидан ўрганилган Семенова, 1972.1991; Д.И Зелинский, 1997; Э.Т. Лилина, 2002; В.Х. Китчен ва бошқ., 1987; Н. Веелкен томонидан ўрганилган. Турли мутахассислар, тиббиёт мутахассислари ва отаоналарнинг фаол ишларига қарамай, афсуски, мия фалажи ташхиси қўйилган бемор болаларни сони йилдан-йилга кўпайиб бормоқда (И.А.Беленова 2010; Ю.А.Ипполитов 2012; Е.А.Залазаев.,М.К.Макаеев 2013; М.А.Полякова 2017;). Мия фалажи билан касалланган 11-14 ёшли болаларда тиш кариесининг болалар орасида учрашини аниқлаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш самарадорлигини ошириш муаммоси ҳозирги кунда ёш авлод саломатлигини сақлашда ҳамда касалликларни профилактика қилишда муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади. Стоматологик касалликлар бошқа касалликлар орасида энг кўп тарқалган касалликлар қаторига киради ва улар ичида болалар ёшида церебрал фалажларда кариес ва унинг асоратлари етакчи ўринни эгаллайди. Болаларда церебрал фалажлар 1000 нафар туғилган чақалоқларнинг 3-5 нафарида аниқланиб, беморнинг ногиронлиги билан белгиланади. Стоматологик текширишлар натижасига кўра церебрал фалажлар билан касалланган болаларда тиш кариеси ва унинг асоратларининг тарқалиши 80 % дан 85 % гача ўзгариб туради. Болаларда 11-14 ёшгача беморларнинг 120 нафар мия фалажи билан касалланган бемор болаларларга текшириш ўтказилганда, тиш кариеси билан касалланиш даражаси шу ёшдаги мия фалажи билан касалланмаган болаларга

қараганда кариеснинг тарқалиш интенсивлиги (38,7±1,9%; p<0,001), 2,2 марта (84,7±2,7%), тез учрагани аниқланди. Мия фалажи билан касалланган болаларда стоматологик статуси орқали кариес касаллиги ва унинг асоратларини ўрганиш, таҳлил қилиш ва даволаш дастурини ишлаб чиқиш натижалари шу соҳа бўйича илмий аҳамиятга эга.

Мия фалажи билан касалланган болаларда оғиз бўшлиғи гигиенасининг пастлиги натижаси оғиз бўшлиғида турли хил стоматологик касалликлар ривожланиши учун муҳит яратилади. Тиш пеликуласи (биоплёнка)полиморф шаклланишдир. Унинг таркибида микроорганизмлар колониялари, оқсил субстратлари, иммуноглобулин A.G, микроэлементлар Ca, K, Na, P, Fe милкда ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг дефляцияланган эпителияси, углеводлар аниқланади. Бляшка микрофлораси тишлар пелликуласида тўпланган пайтдан бошлаб доимий равишда ўзгариб туради. Беш ёки ундан ортиқ кун давомида бляшка тўпланиши унинг миқдорий ва сифат таркибига таъсир қилади ва айниқса тиш эмалининг эрувчанлиги ва деминерализациясини оширишга ёрдам беради, бу эса ўз навбатида кариесни ривожланишига имконият яратиб беради.

Карисоген омиллари интенсивлик ва табиатда ҳар хил бўлиши мумкин, уларнинг ўзаро таъсирининг турли хиллари кариеснинг бошланишига ёрдам беради, аммо етакчи омил оғиз бўшлиғининг микрофлораси бўлиб ҳисобланади. Патологик жараёнлар оғиз бўшлиғида микроорганизмлар, озиқ-овқатда ортиқча миқдордаги углеводлар мавжудлиги ва углеводлар ва микроорганизмларнинг тиш эмаллари билан алоқа қилишида ривожланиши мумкин. Углеводларни истеъмол қилиш кислота шаклланишига олиб келади. Оғиз бўшлиғидаги суюқликнинг pH даражаси 6,2 дан паст бўлганда, кўп миқдордаги гидроксиапатитдан сўлак тўйинмаган бўлади, шунинг учун у минераллаштиришдан деминерализация (қаттиқ тиш тўқимасини йўқ қилиш) суюқлигига айланади. Органик кислоталарнинг шаклланиши микроорганизмларнинг узоқ муддатли ферментатив фаоллиги билан боғлиқ. Органик кислоталарнинг тўқималарга узоқ муддатли таъсири оғиз гигиенаси ёмон бўлганида, эмал устига тиш бляшка ҳосил бўлганда кузатилади. Унинг остида кислотали муҳит оғиз бўшлиғига тушиб қолган углеводларни яхши сингдиришга қодир бўлган жуда кўп миқдордаги микроорганизмларнинг ферментатив фаоллиги натижасида яратилганлиги аниқланади.Шундай қилиб, тана бўшлиғи зич кислота ишлаб чиқарадиган жойларда, pH 5,5 га нисбатан кислотали бўлган тиш плёнкаси остида ҳосил бўлади. Оғиз орқали яхши ювилиши, шакарни кам истеъмол қилиши билан маҳаллий pH ўзгариши тезда текисланади. Аммо ширин овқатни тез-тез истеъмол қилганда сўлак кириш имконияти кам бўлган жойларда, деминерализация жараёни реминерализация жараёнидан устун бўлиши мумкин. Бу шуни англатадики, углеводларни қабул қилиш pH ўзгариши ва минераллашув жараёнларининг бузилишида ҳал қилувчи омил бўлиши мумкин, бу эса кариеснинг ривожланишига олиб келади.

Тиш қаттиқ тўқималарининг (кариес) прогрессив деминерализациясининг тўғридан-тўғри сабаби органик кислоталар бўлиб, уларнинг шаклланиши микроорганизмларнинг узоқ вақт давомида ферментатив фаоллиги билан боғлиқ бўлади. Кариеснинг пайдо бўлиши бир қатор карисоген омилларнинг ўзаро таъсирининг якуний босқичидир.Эпидемиологик изланишларда катта миқдордаги бляшка ва болаларда кариес ривожланиши билан ўзаро боғлиқлиги аниқланган. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг табиати ва ҳолати сўлакнинг асосий хусусиятлари ва таркиби билан белгиланади: турғун ва турғун бўлмаган флоранинг мавжудлиги, ёпишқоқлик, pH, ион потентциали, минерал таркибий қисмлар, органик таркиблар (аминокислоталар, полисахаридлар, витаминлар, пуринлар, пиримидинлар) кўпроқ ривожланади.

Тадқиқотнинг мақсади мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини комплекс даволаш усулларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари

Тадқиқот Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти "Болалар стоматологияси" кафедраси илмий ходимлари томонидан Бухоро шаҳар 27 сонли мактаб интернатида тарбияланувчи 11 ёшдан 14 ёшгача бўлган тиш кариеси ва унинг асоратлари мавжуд бўлган 120 нафар бемор болалар ва уларнинг ота-оналари орасида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 17.02.2020 йилдаги № 0493 Протокол билан тасдикланган, "Тиш кариесини комплекс профилактикаси ва даволашни церебрал фалажли болаларда олиб бориш стоматологик беморлар касаллик варақаси" ёрдамида ретроспектив сўровлар, клиник-стоматологик, оғиз бўшлиғи гигиеник индекси, папиляр, маргинал, алвеоляр индекс, кариеснинг тарқалиш ва жадаллик индекслари орқали текширишлар ўтказилди.

Клиник ва морфологик маълумотларга асосланиб, Д.С. Футер, 1958, мия фалажининг 5 шаклини ажратишни таклиф қилди.

1) икки томонлама гемиплегия - юқори оёқ-қўлларининг парезияси устунлик қиладиган тетрапарез;

2) спастик диплегия - тетрапарез, пастки экстремиталарнинг парезияси устунлик қилади;

3) гемипарез - тананинг бир томонида парезия, устки оёқ парезининг устунлиги;

4) гиперкинетик шакл - эр-хотин атҳетоз гиперкинез, хореоатетоз, хореик гиперкинез;

5) атоник-астатик шакл - ақлнинг ривожланишидаги кечикиш ёки унинг ривожланишидаги оғиш ("фронтал психика").

Умумий кўрикдан ўтган бемор болаларни Д.С. Футер (1958), мия фалажининг 5 шаклини ажратишни таснифи асосида стоматологик текширувлар ва даволаш усуллари, Д.С. Футер (1958) таснифига кўра кўпроқ охирги 3 гуруҳда кариес кўп тарқалиши илмий изланишларимизда аниқланди. Мия фалажи билан касалланган болаларда кариеснинг келиб чиқиши ва оғиз бўшлиғи ёмон гигиенасини эътиборга олган ҳолда, биз илмий изланишларимизни гемипарез, гиперкинетик, атоник-астатик гуруҳига кирувчи 120 нафар бемор болаларни стоматологик текширувдан ўтказдик. Биз стоматологик текширувларимизни гемипарез 46 нафар, гиперкинетик 48 нафар, атоник -астатик 46 нафар бемор болалар гуруҳларга ажратилиб, уларнинг барчаси стоматологик текширувлардан ўтказилди ва даволанди. Назорат гуруҳи сифатида 11-14 ёшли оғиз бўшлиғида кариес касаллиги мавжуд, мия фалажи билан касалланмаган 40 нафар болалар ўрганилди.

Мия фалажи билан касалланган 3 гуруҳга кирувчи 120 нафар бемор болалар ва назорат гуруҳи сифа-

тида олинган кариес касаллиги мавжуд, мия фалажи билан касалланмаган 40 нафар болалар ҳам кариеснинг жадаллик индекси, кариеснинг тарқалиш интенсивлиги, оғиз бўшлиғи гигиеник индекслари орқали кариес касаллигини даволашдан олдин текширилди.

Жадвал № 1

Кариеснинг жадаллик индекси

Гурухлар	Кі –кариес жадаллик индекси	ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичи
Гемипарез(С=46)	(Кі= 6) 7.6%	Кариес жадаллик кўрсаткичи ўртача даражаси
Гиперкинетик (С=48)	(Кі= 12) 13.1%	Кариес жадаллик кўрсаткичи юқори даражаси
Атоник-астатик (С=46)	(Кі= 16) 16.7%	Кариес жадаллик кўрсаткичи жуда юқори даражаси
Назорат (С=40)	(Кі= 2) 2.1 %	Кариес жадаллик кўрсаткичи жуда паст даражаси
Умумий (С=160)	(Кі= 38)	Умумий кўрсаткич (160) 100%

Изох: *- Мия фалажи билан касалланган болаларда 3 гурухда ҳам кариес жадаллик индекси кескин ўзгариши кузатилди.

Федоров-Володкина усулида гигиеник кўрсаткични аниқлаш.

Бу усул оғиз бўшлиғиги гигиеник ҳолатини аниқлаш учун тавсия қилинади. Бу усулда гигиеник кўрсаткични аниқлаш учун 43, 42, 41, 31, 32, 33 тишларнинг вестибуляр юзаси текширилади. Тишларнинг даҳлиз юзаси махсус эритмалар (Шиллер-Писарев, фуксин, эритрозин) ёрдамида бўялади ва мавжуд бўлган тиш юзаси карашлари қуйидаги код ва баллар ёрдамида баҳоланади. Бунда 5 баллик системадан фойдаланилади:

1 балл-тиш караши мавжуд эмас-тиш бўялмаган.

2 балл-тиш сатҳининг 1\4 қисми бўялган.

3 балл-тиш сатҳининг 1\2 қисми бўялган.

4 балл-тиш сатҳининг 3\4 қисми бўялган.

5 балл-тиш сатҳи тўлиқ бўялган ёки караш билан копланган.

Гигиеник кўрсаткич даражасини аниқлаш учун олинган баллар йиғиндиси бўялган тишлар сонига бўлинади.

Маълум гуруҳ учун ўртача ОГИ ни аниқлаш учун барча текширилганларнинг гигиеник кўрсаткичлари йиғиндисини текширилганлар сонига бўлиш керак. Шунда мазкур гуруҳ учун оғиз бўшлиғининг ўртача тозалик даражаси аниқланади.

Оммавий эпидемиологик кўрик пайтида, оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини, гигиеник воситалар сифатини, самарадорлигини. баҳолаш ва оғиз гигиенасини тишлар ва пародонт касалликларини келиб чиқишидаги ўрнини белгилашда тиш карашларининг миқдори ва сифати тўғрисида маълумот берувчи объектив кўрсаткичлар жуда зарурдир. Охирги пайтларда тиш устини қоплаб турувчи карашларнинг тиш ва пародонт касалликларини келиб чиқишида муҳим рол ўйнайди. Тиш юмшоқ карашлари ва тошларини математик ҳисоблаш йўли билан унинг миқдори, структураси ва сатҳини аниқлашнинг жуда кўп усуллари таклиф қилинган.

Таклиф қилинган усуллар ёрдамида олинадиган кўрсаткичлардан қуйидагилари тиш устида ҳосил бўлувчи юмшоқ ва қаттиқ чўкмаларни ҳар томонлама баҳолашда эътиборга лойиқ деб ҳисобланади: а) тиш усти карашларининг сатҳи тўғрисида маълумот берадиган; б) тиш усти карашларининг қалинлиги тўғрисида маълумот берадиган; в) тиш усти карашларининг кимёвий, физик ва микробиологик хусусиятлари тўғрисида маълумот берадиган. Бу кўрсаткичлардан олинган маълумотлар асосан тиш бляшкасининг структураси ва хусусиятларини ўрганишга йўналтирилгандир.

Бизга маълумки тиш бляшкаси рангсиз караш бўлиб, уни махсус бўёқлар билан бўяб аниқланади. Тиш юмшоқ карашлари ва тошларини бўяш учун жигарранг бисмарк, асосли фуксин эритмаси, қизил эритрозин таблеткаси (чайнаш учун), люгол эритмасидан кенг фойдаланилади. Одатда Шиллер-Писарев эритмасидан хам қўлланилади.

Жадвал №2

Федоров-Володкина усулида оғиз бўшлиғи гигиеник кўрсаткичларини аниқлаш

Гурухлар	OGI –оғиз бўшлиғи гигиеник индекси эритрозин эритмаси билан аниқлаш	ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичи
Гемипарез(OGI=46)	OGIумум кўр= 50 %	3 балл-тиш сатҳининг 1\2 қисми бўялган.
Гиперкинетик (OGI=48)	OGIумум кўр=75 %	4 балл-тиш сатҳининг 3\4 қисми бўялган
Атоник-астатик (OGI=46)	OGI умум кўр=100%	5 балл-тиш сатҳи тўлиқ бўялган ёки караш билан копланган.
Назорат (OGI=40)	OGI умум кўр= 25%	2 балл-тиш сатҳининг 1\4 қисми бўялган.
Умумий (OGI=160)		Умумий кўрсаткич (160) 100%

Мия фалажи билан касалланган болаларда оғиз бўшлиғи гигиенасини мўътадиллаштириш мақсадида терапевтик ва профилактик чора-тадбирлар ўтказдик. Оғиз бўлиғи гигиенасини индивидуал учраш даражасини яратиш учун бемор болаларда Чартер усулида тишларни ювиш йўлга қўйилди. Тишларни ювишда Colgate гелда ювилгандан сўнг эса Натрий фторид таблеткаси тавсия этилди. Бу препаратнинг ўзига хос ху-

сусияти унинг сўлак билан алоқада тез қотиш қобилияти бўлиб, ақли заиф болалар билан ишлаганда ейилиш хавфини минимум даражада камайтиради. Натрий фторид таблеткаси эса тиш эмалида реминерализация жараёнини кечишига ёрдамлашади ҳамда тинчлантирувчи таъсир кўрсатади.

Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини комплекс даволаш

Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини комплекс даволаш мақсадида "R.O.C.S. Medical Minerals" гели ва Калмазин таблеткалари қўлланилди.

Мия фалажи билан касалланган 120 нафар 11-14 ёшли болаларда "R.O.C.S. Medical Minerals" гелини қўллашда оғиз бўшлиғига 1:10000 даги фурациллин эритмаси билан ишлов берилди. Кариоз бўшлиқлар қуритилиб, пахта пликча ёрдамида гель суртилди. Бемор болаларга Калмазин таблеткасини 1 таб 2 маҳал овқат вақтида 1 ой давомида ичиши тавсия этилди. "R.O.C.S. Medical Minerals" гелини биринчи маротаба қўллашда 14 кундан сўнг иккинчи маротаба қўллашни шу билан даво курсини хар 6 ойда қўллашни тавсия этилди. "R.O.C.S. Medical Minerals" гель кариеснинг олдини олиш учун буюрилади ва дастлабки кариесда самарали ҳисобланади. "R.O.C.S. Medical Minerals" гели эмал призмаларида минералларни бойита ва мустаҳкамлигини оширади. Бундан ташқари антикариесоген таъсири, оғиз бўшлиғи микрофлорасини нормаллаштириши хам ўрганилди.

Калмазин таблеткасини эса таркибида витамин Д3, кальций карбанат, рух оксиди, магний оксиди, дигидро натрий борат сақлаганлиги сабабли тиш қаттиқ тўқимасида кальций- фасфор алмашинувини таъминлайди бу болаларда бирламчи кариес профилактикасини таъминлайди.

Биз илмий ишларимизда қўллаган "R.O.C.S. Medical Minerals" гели тиш эмалида экзоген кариес профилактикаси учун, калмазин таблеткасини эса эндоген таъсири орқали кариес профилактикасида муҳим аҳамиятга эга.

Назорат гуруҳига олинган 40 нафар болаларда оғиз бўшлиғи гигиенаси нормал ҳолатда бўлганлиги сабабли, профилактик воситалар ишлатилмади.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, ўрганилган бемор болаларда оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати ҳамда кариес жадаллик индекси орқали текширилганда Гемипарез (С=36) Ki =7.6% кариес жадаллик кўрсаткичи ўртача даражаси, гиперкинетик (С=38) Ki = 13.1% кариес жадаллик кўрсаткичи юқори даражаси, атоник-астатик (С=36) Ki =16.7% кариес жадаллик кўрсаткичи жуда юқори даражаси, назорат гуруҳи (С=40) Ki = 2.1% кариес жадаллик кўрсаткичи жуда паст даражаси, умумий С=160 Умумий кўрсаткич (160) 100 % ни ташкил этади.

OGI -оғиз бўшлиғи гигиеник индекси эритрозин эритмаси билан аниқланганда Гемипарез OGI=36 дан OGI умум кўр= 50 %, ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичида эса 3 балл-тиш сатҳининг 1\2 қисми бўялган. Гиперкинетик OGI =38 дан OGI умум кўр= 75 % ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичида эса 4 балл-тиш сатҳининг 3\4 қисми бўялган. Атоник-астатик OGI =36 дан OGI умум кўр = 100% ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичида эса 5 балл-тиш сатҳи тўлиқ бўялган ёки караш билан қопланган. Назорат OGI =40 дан OGI умум кўр= 25% ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичида эса 2 балл-тиш сатҳининг 1\4 қисми бўялган.

Жадвал №3

Кариеснинг жадаллик индекси даволашдан кейинги ҳолати

Гуруҳлар	Кі –кариес жадаллик индекси	ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичи
Гемипарез(С=36)	(Кі = 2) 2.6 %	Кариес жадаллик кўрсаткичи паст даражаси
Гиперкинетик (С=38)	(Кі = 3) 3.7%	Кариес жадаллик кўрсаткичи ўртача даражаси
Атоник-астатик (С=36)	(Кі= 4) 4.7%	Кариес жадаллик кўрсаткичи ўртача даражаси
Назорат (С=40)	(Кі= 2) 2.1%	Кариес жадаллик кўрсаткичи жуда паст даражаси
Умумий (С=160)	(Кі= 11)	

Изоҳ: *- Мия фалажи билан касалланган болаларда даволанишдан сўнг 3 гуруҳда ҳам кариес жадаллик индекси кескин ўзгариши кузатилди

Мия фалажи билан касалланган бемор болаларда "R.O.C.S. Medical Minerals" гели ҳамда калмазин таблеткасини билан даволаш кетма-кетликда қўлланилганда кариеснинг жаддаллик кўрсаткичлари натижалари соғлом томонга ўзгарганлиги кузатилди.

Жадвал №4

Федоров-Володкина усулида оғиз бўшлиғи гигиенасининг даволашдан кейинги ҳолати

Гуруҳлар	OGI –оғиз бўшлиғи гигиеник индексини эритрозин эритмаси билан аниқлаш	ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичи
Гемипарез (OGI=36)	OGIумум кўр= 25 %	2 балл-тиш сатҳининг 1\2 қисми бўялган.
Гиперкинетик (OGI =38)	OGIумум кўр= 50 %	3 балл-тиш сатҳининг 1\4 қисми бўялган
Атоник-астатик (OGI =36)	OGI умум кўр = 75%	4 балл-тиш сатҳи тўлиқ бўялган караш аниқланмади
Назорат (OGI =40)	OGI умум кўр= 25%	2 балл-тиш сатҳининг 1\4 қисми бўялган.
Умумий (OGI =160)		Умумий кўрсаткич (160) 100%

Мия фалажи билан оғриган болалар орасида жадвалларда келтирилган гуруҳларда кариес жадаллик индекси ва оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати ихтисослашган даво усулларини қўллашимиз натижасида 6 ойдан кейинги такрорий текшириш натижаларида сезиларли ижобий самарадорликга эришилди. Илмий-амалий текшириш ва даволаш ишларининг натижалари асосида кариес ва унинг асоратлари кузатилган болаларда, шунингдек соматик касалликлар фонида, мия фалажи клиник белгилари стоматологик касалликларни даволаш усуллари бўйича амалий тавсиялар ишлаб чиқилди. Санаб ўтилган патологияларда болалар орасида олиб борилаётган даволаш-профилактика ва келиб чикиши мумкин бўлган мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигини олдиндан башоратлаш учун мутахассисларга юқорида келтириб ўтилган даволаш усуллари зарур деб хисоблаймиз.

Ушбу даволаш усуллари мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигини олдини олишда ва самарали даволашда эрта самарадорликга эришиш мақсадга мувофиқдир.

Амалий тавсиялар

1.Оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатига эътибор қаратиш (Мия фалажи билан касалланган болаларнинг ота-оналари, тарбиячилари, болалар стоматологининг доимий назорати).

2. Кариес касаллиги профилактикаси мақсадида таркибида кальций, фосфор, фтор сақловчи дори воситаларни эндоген ва экзоген усулларда қўллаш.

3. "R.O.C.S. Medical Minerals" гелини биринчи маротаба қўллашда 14 кундан сўнг иккинчи маротаба қўллашни шу билан даво курсини ҳар 6 ойда давомли қўллаш зарур.

4. Калмазин таблеткаси таркибида витамин Д3, кальций карбанат, рух оксиди, магний оксиди, дигидро натрий борат сақлаганлиги сабабли тиш қаттиқ тўқимасида кальций- фосфор алмашинувини таъминлайди, бу эса ўз навбатида болаларда бирламчи кариеснинг келиб чиқишини олдини олади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Eronov Yo. Q. The dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region // AJMR ISSN 2278-4853. - 2019. Vol. 8 - P. 95-100.
2. Eronov Yo. Q. Dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region // International Journal of Applied Research -2019. Vol. 5 - P. 151-154.
3. Eronov Yo. Q., Assessment of the evaluation of oral hygiene in children with cerebral palsy // Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR) February, -2020. Vol. 8. - P. 189-191.
4. Eronov Yo. Q. Loshli-Yushenko-Krasnagorskiy method of leave in children with brain palacy //The Pharma Innovation Journal. - 2009. Vol. 4. - P. 601-602.
5. Эронов Ё.Қ. Мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигининг тарқалиш кўрсаткичларини баҳолаш //Тиббиётда янги кун. - 2020. - №2(30). - Б. 634-635.
6. Эронов Ё.Қ. Мия фалажи билан касалланган болаларда лошли юшенко красногорский усулида сўлак таркибий хосаларини таҳлилий аниқлаш //Тиббиётда янги кун. - 2020. - №2(30). - Б. 272-274.

Поступила 09.11. 2020

УДК 613.2.03.

ТРЕБОВАНИЯ К ПИТАНИЮ И ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ПРИ COVID-19

Ядгарова Ш.С., Саитов Ш.О., Набиева С.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В статье раскрываются гигиенические требования к питанию населения в период пандемии COVID-19, приводятся причины, которых нужно учесть при составлении рациона питания, отмечаются рекомендации по суточной калорийности рациона питания, особенности питания в период самоизоляции, приводятся рекомендации по пищевым продуктам, их способам приготовления и включения в пищу витаминов, биологически активных добавок (БАД).

Ключевые слова: питание при COVID-19, гигиена питания, калория, пищевой рацион, витаминизация пищевых продуктов, БАД.

"COVID-19" DAGI BIOLOGIK FAOL QO‘SHIMCHALARNING DIETAL TALABLARI VA QO‘LLANILISHI

Yadgarova Sh.S., Saitov Sh.O., Nabieva S.S.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezume***

Maqolada COVID-19 pandemiyasi paytida aholining ovqatlanishiga bo‘lgan gigienik talablar ochib berilgan, parhezni tuzishda e'tiborga olinishi kerak bo‘lgan sabablar keltirilgan, kunlik kaloriya miqdori, o‘z-o‘zini izolyatsiyalaish paytida ovqatlanish odatlari bo‘yicha tavsiyalar, qaydlar, oziq-ovqat mahsulotlari, ovqat tayyorlash usullari va vitaminlar, biologik faol qo‘shimchalar (BFQ) bilan ovqatni boyitish keltirilgan.

Kalit so‘zlar: COVID-19 holatidagi ovqatlanish, oziq-ovqat gigienasi, kaloriya, oziq-ovqat ratsioni, oziq-ovqat mahsulotlarini boyitish, BFQ.

DIETARY REQUIREMENTS AND APPLICATION OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUPPLEMENTS IN COVID-19

Yadgarova Sh.S., Saitov Sh.O., Nabieva S.S.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The article reveals the hygienic nutritional requirements of the population during the COVID-19 pandemic, provides reasons that need to be taken into account when drawing up a diet, notes recommendations on the daily caloric intake, dietary habits during self-isolation, provides recommendations on food products, their preparation methods and inclusion in food of vitamins, biologically active additives (BAA).

Key words: nutrition in case of COVID-19, food hygiene, calorie, food ration, fortification of food products, BAA.

Актуальность

В период пандемии COVID-19 каждый человек переносит стрессовое состояние в виде переживания за своё здоровье, за здоровье близких и окружающих людей [1, 23]. Такая атмосфера напрямую влияет на общее состояние организма, не говоря уж о функциональных способностях органов и тканей [18]. Стресс являясь ответной реакцией организма на угрожающую опасность параллельно влияет на жизненные показатели организма и нарушает их. Постоянный стресс опасен не только развитием невроза и неврозоподобных состояний, но и косвенным влиянием на иммунные процессы организма и снижением функции этой системы, нарушением адаптационного потенциала организма [2, 3, 15].

В период пандемии в средствах массовой информации часто появляются рекомендации по поводу правильного питания, биологически активных добавок (БАД), пищевых добавок и ряда "лекарственных растений", а также продуктов питания. Чеснок, имбирь, ягоды и фрукты содержат витамины, микроэлементы, антиоксиданты, флаваноиды в большом количестве, однако лечебное или профилактическое влияние и особенно на коронавирусную инфекцию COVID-19 еще не доказано, тем не менее широко рекомендуется и применяется населением. Также появились статьи рекомендующие употребления высококалорийной пищи, включающая животные жиры. Но ввиду того, что такая пища в большом количестве содержит насыщенные жирные кислоты не рекомендуется для частого употребления [4]. Таким образом, учитывая вышесказанное нужно отметить, что актуальность питания населения в период пандемии является особо важной темой.

Немало важную роль играет стресс при нынешней эпидемиологической ситуации, когда самоизоляция, домашний карантин может послужить причиной повышения потребности населения в продукты питания. Но в такой ситуации принимаемая пища должна

быть оптимальной и полностью удовлетворять суточные потребноси организма, особенно молодого, растущего организма к макро и микронутриентам.

Конечно, при этом играет важную роль максимальное снижение влияния факторов вызывающих стресс. Такая оптимальная пища должна служить повышению иммунореактивности и повышению сопротивляемости организма [16].

В период самоизоляции в виду того что снижается физическая активность отмечается снижение расхода суточной энергии на 300-400 ккал и более у взрослых и на 200-300 ккал у детей, что послужило основой для рекомендации многими учёными следующего разделения приёма пищи, где завтрак должен составлять 25%, второй завтрак - 5%, обед - 35%, а полдник - 10%, при этом желательно, чтобы ужин составлял 25% суточного приёма пищи. При таком режиме питания особое значение имеет качество пищи, где соотношение белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов должно быть оптимальными, а источники разнообразными [5, 20].

В рацион питания рекомендуется включать из традиционных продуктов хлеб, крупы и макаронные изделия из смеси ржи и пшеницы, из цельного зерна и злаков. В рацион нужно включить фруктовые батончики, мюсли, каши, обогощенные клетчаткой.

Также полезно включать молоко и молочные продукты, в виде кефира, йогурта без фруктовых добавок, жирность которых не превышает 2,5%; творог с жирностью не более 5%; сыр, жирность которого не превышает 30% и сметана с жирностью не более 15% [19].

Из мясных продуктов рекомендуется мясо птиц, рыбы и говяжье мясо. Желательно использовать масло подсолнуха, оливки, кукурузы и сои. Яйца и блюда, салаты с яйцом должны входить в менью не менее 2-3 раза в неделю. Рацион питания объязательно должен включать свежие овощи и фрукты не менее 400 г в день [6].

Во время карантина и самоизоляции традиционный режим питания будет рациональным, если состоит из 3 разовой здоровой пищи и 1-2 раза перекуса: для завтрака - блюда из овсяных хлопьев, яйца и творога (каши, блинчики и запеканки). Оптимальными добавками могут быть свежие овощи и фрукты, а также блюда приготовленные из них, сыры. Напитками можно выбрать кофе, чай и какао - особенно для детей. Второй завтрак может состоять из сокови, свежих и сушеных фруктов, орехов, молока и молочных продуктов, ржаного хлеба, печёных и печенья. Обед должен включить свежие овощи и салаты из них, первое и второе блюда, напитки. Полезными считаются добавление в салаты подсолнечных, оливковых и кукурузных масел.

Если первыми блюдами будут овощные супы, бульоны, борщ, рыбный суп, то вторыми блюдами могут быть блюда из говяжего мяса, мяс птиц и рыбы. Гарниры нужно приготовить из 5 разновидностей овощей, овсянки и макаронов. В виде напитков можно включить компоты, кисель, морс, а также с малым добавлением сахара или без сахара отвары из свежих и сушеных фруктов. На ночь желательно употреблять кефир, ряженка, йогурт, биойогурт, биолакт, жирность которых не превышает 2,5% и обогощенные пробиотичекими микроорганизмами [21].

Рекомендация оптимальной и адекватной пищи должна соответствовать массе тела, возрасту и уровню физической активности. Конечно, правильным путем при такой ситуации является снижение энергетической ценности суточной пищи на 200-400 ккал и повышение физической активности населения, в виде рекомендаций ежедневной уборки дома, занятие спортом и физической зарядкой [24].

Так, детям в возрасте от 3 до 7 лет рекомендуется 1500 ккал, а детям от 7 до 18 лет 1600-2000 ккал, здоровым женщинам старше 18 лет 1600-1800 ккал и мужчинам этих возрастов 1800-2100 ккал в сутке [4]. Кроме того, употребление суточной жидкости должно быть не менее 1 литра у детей дошкольного возраста и не менее 2 литров у взрослых [13, 25].

Также, одно из из основных ролей отводится микро и макроэлементам, витаминам, потому что постоянное нахождение человека дома, много свободного времени создают условия для гиперфагии, которая также является ответной реакцией организма на стресс.

В период пандемии коронавируса COVID-19 самоизоляция, домашний карантин становятся причиной постоянного стресса. Для повышения адаптационного потенциала организма нужно оптимизировать рацион питания, добавляя биологически активные вещества из лекарственных растений, воздействующих седативно, ускоряющих процессы сопротивляемости организма и повышающие иммунный статус организма [7, 14]. С такой целью рекомендуются применять биологически активные добавки (БАД) в виде настоев, настоек, отваров, чая, порошков, а также в виде экстрактов полученных из лекарственных растений валерианы, пустырника, мелиссы, ромашки, шалфея, женьшеня, клюквы, зверобоя, расторопши, эхиноцея, лимона, куркумы, тутовника и других [8, 22]. Например валериана с ромашкой в фильтр-пакетиках для настаивания, яблочно-клюквенный жидкий взвар во флаконах по 100 мл, элеутерокок с травами в виде жидкого взвара по 100 и 250 мл, фиточай успокоительный, калли мятный в виде пакетиков для чая, "Красная роза" в виде пакетиков для чая, органический чай из шиповника и гибискуса, фиточай из плодов боярышника и многое другое [12]. Такие БАДы являясь натуральными, воздействуют на организм физиологически. Они выступают в качестве субстратов метаболизма организма, служат для поддержки процессов гомеостаза при постоянном воздействии стрессовых факторов, включаясь как кофакторы ферментов и в качестве лиганд воздействуют на рецептурные структуры органов и тканей, являясь селективными факторами роста физиологических бактерий желудочно-кишечного тракта способствуют нормализации метаболических процессов организма [11].

Также, рекомендуется обогощение рациона питания добавляя витаминно-минеральные комплексы. Витамины являясь органическими соединениями необходимы для нормальной жизнидеятельности органов и тканей организма. Они не синтезируются самим организмом и поэтому необходимо поступление витаминов с пищей. Но в период пандемии, когда организм находится под постоянным стрессом потребность организма к этим органическим соединениям повышается, чего необходимо учесть при составлении менью и рекомендации рациона питания. В частности, пищу нужно обогощать витаминами D, A, E, K, C, группы B, микроэлементами цинк, селен, магний и другие в размерах суточной потребности такими БА-

Дами, как "Адекта", Вита-магнием или Вита-селеном, витаминно-минеральными комплексами типа ИммуноЛюкс, Антиоксидант Форте, Иммунити Форте и другими, которые восполняют повышенную потребность организма [10, 17].

БАДы с содержанием белков и аминокислот насыщают организм необходимыми веществаит для питания, роста и укрепления здоровья. К ним относятся такие широко применяемые Нутрикап капсулы, смесь сухих белков "Мадонна" с витаминами, макро и микроэлементами, Биофаст, Бонолакт Лакто + Минерал, Эубикор и другие, которые содержат такие незаменимые аминокислоты, как изолейцин, валин, лейцин, лизин, треонин, метионин, фенилаланин и триптофан. Такие БАДы выпускаются в виде капсул, порошков, таблеток и пастилок, а в жидком виде во флаконах с дозатором [9, 26].

Выводы

Таким образом, рациональное питание в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 должно служить не только как еда для удовлетворения пищевых потребностей, но и как лекарство, поддерживающее организм в период постоянного стресса и способствующее не только сохранению здоровья, но и росту и развитию организма.

Прибавление биологически активных добавок к пище должно соответствовать требованиям организма, то есть должно подбираться индивидуально. Но в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 как всем известно, повышается потребность к таким минералам, как кальций, кобальт, магний и железа. Поэтому добавление к пище биологически активных добавок, с содержанием этих минералов, нам думается должно быть обязательным и в количестве суточной потребности организма.

В виду того, что у некоторых людей постоянный стресс вызывает гиперфагию, то есть склонность к трапезе, то питание должно быть низкокалорийным, но обогощенным минералами и витаминами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Ш.Иноятов, Г.А.Ихтиярова, Д.М.Мусаева, Г.К.Каримова. Оценка состояния беременных женщин с диабетом, при заражении COVID-19//Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 101-103.
2. Б.Ш.Самадов, Д.М.Мусаева. Тенденция развития эпидемического процесса гепатита С в Узбекистане // Матерқали rV Мқжнародноқ науково-практичноқ конференцққ "Лқки - людинқ. Сучаснқ проблеми фармакотерапққ қ призначення лқкарських засобқв". Харьков. 12-13 марта 2020 г. - Том 1. - С. 431.
3. Б.Ш.Самадов, Д.М.Мусаева, Н.В.Дубинина. Сравнительная характеристика и тенденция развития эпидемического процесса гепатита С в Украине и в Узбекистане//Новый день в медицине. - 2020. - Т. 1. - №. 29. - С. 284-290.
4. Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации при коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия-8. Ташкент. 20.09.2020.
5. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации / Методические рекомендации. Россия. 10.04.2020.
6. http://42.rospotrebnadzor.ru/upload/42/Doc/MR-2-3-0171-20-2-3.pdf
7. Гули Шайхова. Как правильно питаться при COVID-19: советы гигиениста-нутрициолога//Подробно.UZ. 11.09.2020
8. https://podrobno.uz/cat/obchestvo/kak-pravilno-pitatsya-pri-covid-19-sovety-gigienista-nutritsiologa-guli-shaykhovoy/
9. Д.М.Мусаева, Самадов Б.Ш., Раджапов Н.F., Шарипова Р.F. Қуритилган анжир меваси тиндирмасининг фармакологик аҳамияти//Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 200-202.
10. Д.М.Мусаева, Г.С.Очилова, Ф.К.Кличова, С.З.Насырова, В.З.Жалалова, М.Р.Рахматова, М.Ж.Асланова, А.К.Очилов. Программа ведения эффективности применения настойки плодов тутовника при минералодефицитных состояниях// Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. - 2019. - № DGU 06504
11. Жалилова Ф.С. Қличова Ф.К., Мусаева Д.М., Насирова С.З., Очилова Г.С. Сурункали гепатитда ичаклар микробиоценози бузилишларини Бонджигар ва Lacto-G препаратлари билан коррекциялаш // Новый день в медицине. - 2020. - Т.2. - №30/2. - С. 30-33.
12. Квачахия Л.Л. Состояние отечественного рынка биологически активных добавок // Иннов: электронный научный журнал. - 2018. - №8. - С. 1-8.
13. Коротаева Т.Н., Купчинская И.Н., Мащенко В.В. Динамика спроса биологически активных добавок в России//Политика, экономика и инновации. - 2018. - №1 (18). - С. 1-7.
14. Методические рекомендации МР 2.3.1.1915-04 "Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ". - 2020.
15. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации". - 2020.
16. Мусаева Д.М., Мансурова М.Х., Ниёзова Г.С. Ибн Сина о лекарствах//Сборник материалов IX международной научно-практической конференции//Чтения Ибн Сины. Бухара. Узбекистан. - 2017. - С. 108.
17. Мусаева Д.М., Раджабов Н.Г. Перспективы изучения применения препарата кверцетина для профилактики COVID-19 у медицинских работников//Материалы II Центрально-Азиатского конгресса клинической фармакологии в рамках 90-летия НАО "КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова"/Современное состояние и перспективы развития клинической фармакологии. Алматы. - 6.11. 2020. - С. 57-59.
18. М.Х. Салиева, Ю.Д. Азизов, Р.А. Дадахонова, М.Д. Мусаева. Об улучшении медико-санитарной помощи//Достижения науки и образования. - 2018. - №12 (34). - С. 61-64.
19. Насирова С.З., Мусаева Д.М., Рахматова М.Р., Жалолова В.З. Коррекция дефицита калия и магния в пожилом возрасте//Терапевтический вестник Узбекистана. - 2019. - №1. - С. 147-151.
20. Облокулов А.Р, Мусаева Д.М., Элмурадова А.А. Клинко-эпидемиологическая характеристика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)//Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 110-114.
21. О рекомендациях ВОЗ по правильному питанию при самоизоляции. 04.04.2020. https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php
22. Управление Роспотребнадзора по Кемеровской области. "Гигиена питания. Специализированный рацион питания для детей и взрослых, находящихся в режиме самоизоляции или карантина в домашних условиях в связи с COVID-19 / Методические рекомендации. Россия, Кемерова. - 2020.
23. COVID-19 и безопасность пищевых продуктов: рекомендации для предприятий пищевой промышленности: временные рекомендации// Методические рекомендации. Россия. 7.04.2020. WHO-2019-nCoV-Food_Safety-2020.1-rus.pdf.
24. Ю.Нечаева. Биологически активные добавки//Специальные сегменты фармрынка. - 2014. -С. 182-186.
25. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report - 66. 20200326-sitrep-66-COVID-19.pdf
26. Food and nutrition during self-quarantine: what to choose and how to eat healthily // WHO/Europe. 27.03.2020 http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/food-and-nutrition-during-self-quarantine-what-to-choose-and-how-to-eat-healthily.
27. Food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine//WHO/Europe. - 2020. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine.
28. KudinaO.V.Samadov B.Sh., JalilovaF.S., ZiyaevaD.A., Sharipova D.S., Ozodova N.X., Norova H.U., Jalilov F.S., Dubinina N.V. Pharmacological properties and chemical composition "Momordica charantia L"// New day in medicine. - - 2020. - №2 (30/2). - P. 234-236

Поступила 09.11.2020

УДК 613.2.614.31:633

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРСИСТЕНТНОЙ, ПРОЦЕССОВ МИГРАЦИИ И ТРАНСЛОКАЦИИ В СИСТЕМЕ ПОЧВА- РАСТЕНИЕ ГЕРБИЦИДА ЗЕНКОРА И КОТОФОРА В РАЗНЫХ ТИПАХ ПОЧВЫ И СПОСОБАХ ОРОЩЕНИЯ

Касимов Х.О.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

На основнии проведенные гигиенических экспериментов обосновано зависимость персистетность (стойкость), процессов миграции и транслокации перемешенение от типа почвы (сероземной шебенчатой) и вида орощения (бородзоковой, дождевальной). При использовании зенкора в сероземной почве его ответственний сохраняется более длительное время. При использовании препарата в усковиях дождевального полива уровень его остатков в почве был на 6,5- 13,3 % больше, чем при бороздковом орошения.

Ключевые слова: гербицид, зенкор, персистенность, миграция, транслокация, почва, полив.

ЗЕНКОР ВА КОТОФОР ГЕРБИЦИДЛАРИНИНГ ЧИДАМЛИЛИК ДАРАЖАСИ, МИГРАЦИЯСИ ВА ТУПРОҚ-ЎСИМЛИК СИСТЕМАСИДА ХАРАКАТЛАНИШИНИНГ ТУПРОҚНИНГ ТУРИ ВА СУҒОРИШ УСУЛИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ ГИГИЕНИК АСОСЛАРИ

Касимов Х.О.,

Бухоро давлат тиббит институти.

✓ ***Резюме***

Гигиеник эскпериментлар асосида зенкор гербицидининг тупрокда чидамлилик даражаси, миграцияси ва тупроқ- ўсимлик системасида ҳаракатланишининг тупроқнинг турига (сарғиш тупроқ, шағал тупроқ) ва суғориш усулига (ариқ орқали суғориш, ёмғир усулида суғориш) боғлиқлиги гигиеник жиҳатдан асосланди. Зенкор гербицидини сарғиш тупроқ шароитида ишлатилганда унинг қолдиғи, шағал тупроқдан кўра узоқроқ сақланади. Шунингдек, препаратни ёмғир усулида суғориш шароитида ишлатилганда ариқ орқали суғоришга қараганда тупроқда 6,5- 13 % га кўп топилиши исботланди.

Калит сузлар: гербицид, зенкор, чидамлилиги, миграция, харакатланиш, тупрок шароити, сугориш усули.

HYGIENIC BASES OF PERSISTENT, MIGRATION AND TRANSLOCATION PROCESSES IN THE SYSTEM SOIL-PLANT HERBICIDE ZENKOR AND KOTOFOR COUNTERSINK IN DIFFERENT SOIL TYPES AND IRRIGATION METHODS

Kasimov Kh.O.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

On the basis of the conducted hygienic experiments, the dependence of persistence (resistance), migration and translocation processes, mixing, on the type of soil (serozemic) and the type of irrigation (borodzokovy, dozhedevalnoy) is substantiated. When zencora is used in serozem soil, its responsibility remains for a longer time. When using the drug in sprinkler irrigation accelerators, the level of its residues in the soil was 6.5-13.3% higher than in furrow irrigation.

Key words: herbicide, zenkor, persistence, migration, translocation, soil irrigation.

Актуальность

Одним из ванных с гигиенической точки зрения вопросов является изучение поведения гербицидов в различных обьектах окружающий среды. Многочисленными исследователями доказано, что устойчивость гербицидов из ряда триазинов в почвы зависит от температуры, влажности, содержания огранических вешеств [1] . Поэтому в одних типов почвы эти гербициды накапливаются, а в других быстро разлагаются. Так, в черноземных почвах, при длительном применния симазина происходит его накопления и миграции. В темносерых суглинистых почвах, содержаших 5,8% гумуса симазын при норме расхода 3,0 и 10,0 кг/га остается в горизонте 0-10см [8] .

В супесчанных почвах, содержащих 3,2 % гумуса, препараты проникают в глубину до 30 см [9] . В легкосуглинистых почвах при норме расхода симазина, равной 20 кг/га он может сохранятся до 6 месяцев, в, а при более высоких нормах расхода обнаруживестся от следов до 0,6 мг/кг [4]. В орощаемих почвах гербициды обладают высокой стабилностью. Так, период полураспада симазина в условиях орошения составляют -180 дней [4]; котофора- 171 день [6,7]. Прометрин и атразин в условиях вышелоченных черноземов, при норме расхода 3,0 кг/га через 75 дней обнаруживается на уровне 0,1-0,15 мг/ кг [11].

Таким образом, анализ литературы позволяют сделать заключение о стойкости гербицидов из группы триазинов в окружающей среды. Триазины могут сохраняться в почве от 6 месяцев до 1,5 года, вследствие чего существует опасность загрязнения ими сельскохозяйственных культур [12].

Исходя из изложенного перед нами была поставлена цель на основании собственных экспериментальных исследований и обобщения материалов литературы изучить стойкости в почве, степени миграции и транслокации в системе почва- растения гербицида зенкора в разных типах почве (сероземной, шебенчатой), и разных условиях полива (бороздковой, дождевальной).

Зенкор- выпускаестя фирмой Байер (ФРГ) в виде 70 % смачивающегося порошка. Среднесмертельная доза составляет для крыс 2200-2345 мг/кг, для мышей - 698-711 мг/кг, для кроликов- 500 мг/кг [7]. Препарат предназначен для борбы с сорнякоми на посевах картофеля, томатов и арбуз.

Материал и методы

Полевые испытания зенкора проводились на сероземной и шебенчатой почвах, при условиях бороздкового и дождевального орощения. Характерные особенности этих видов орощения заключаются в следующем: При бороздковом орошении вода подается из арычной сети и направляется в борозды орошаемого поля. К концу поля отводится сбрасной арык, куда вода сбрасывается после орощения. Продолжительность орощения при этом составляет 5-6 часов.

При дождевальном способе орощения вода подается через специальные трубы и выпадает на орошаемую потерхность в виде дождя. Сток воды при этом отсутствует. Полив производится в течение 2-3 часов.

Результат и обсуждение

Исследовались процесы миграции, персистентность зенкора и котофора в разных почвах (суглинисто- сероземная, шебенчатая) на посадках разных культур, при отличающихся типах орощения. Изучали остаточные количества зенкора и котофора в трех горизонтах (0-10см, 10-20 см, 20-30 см) суглинисто сероземной почвы, отобранной на участках под весенными летними посадками картофеля. Установленно, что при изпользовании препарата из расчета- 0,5-2,0 кг/га в условиях бороздкового и дождевального орощения наблюдается загразнение почвы почвы остаточными количествами препарата. Наибольшее накопление остатков гербицида обнаруживатся в горизонте почвы 0-10 см (0,195 ±0,0041- 0,610 ±0,130 мг/кг). При этом наблюдается проникновение зенкора на глубину до 30см, где содержание его составляло 0,03±0,004-0,170±0,004мг/кг. Процентное соотношение распределения зенкора в разных горизонтах почве состовляет: 0-10см - 56,6 - 60,1%, 10- 20см - 27,7 - 30%, 20-30см - 9,8- 15,7%. Зенкор перемешивается из почвы в наземние органы растений. Остаточные количествва препарата в ботве картофеля в зависимости от нормы расходя через 110 дней после посадки картофеля колебались от 0,11±0,02 до 0,39±0,03 мг/кг, в клубнях - от 0,08±0,01 до 0,31±0,04 мг/кг. При применении зенкора на летних посадках картофеля в тех же нормах расхода (0,5- 2,0 кг/га) через 10 дней после посадки он обнаруживался в горизонтах почвы от 0-10 см до 20- 30 см в количествах, равных от 0,180±0,02-0,590±0,05 до 0,02±0,002- 0,150±0,22 мг/кг. В результате транслокации из почвы, зенкор накапливается в ботве количествах 0,08±0,01- 0,30±0,04 мг/кг и в клубнях-0,05±0,01- 0,21±0,02 мг/кг.

Изучались процесы миграции и транслокации зенкора на посадках томатов, вырашенных в тех, же что картофеля, почвенно- климатических условиях. При внесении препарата в почву из расчета 0,5- 2,0кг/га спустя 85 дней он обнаруживался в горизонтах от 0-10см до 20- 30см на уровне 0,230±0,023- 0,950±0,320 мг/кг. Содержание остатков гербицида в ботве томатов при этом составляло 0,07±0,011- 0,28-±0,05 мг/кг, а в плодах 0,04±0,01-0,18±0,05 мг/кг.

При исползовании зенкора на посадках томатов в условиях шебенчатой почвы гербицид в большем количестве мигрировал вглубь этой почвы, нежели суглинисто- сероземной. Так, при нормах расхода 1,0-1,5 кг/га в шебенчатой почве на глубине 20-30 см остатки его составляли 0,130±0,020- 0,230±0,040 мг/кг, а в суглинисто - сероземной -0,090±0,010- 0,135±0,04мг/кг ($p < 0,05$). Наибольшая степень транслокации зенкора наблюдалось в условыях шебенчатой почвы (0,11±0,03- 0,19±0,04 мг/кг), значительно меньшая-суглинисто-сероземной (0,07±0,001- 0,14±0,03 мг/кг, $p < 0,05$).

На основании изучения процесесов миграции и транслокации зенкора, котофора можно сказать, что содержание препарата в почве под различными культурами неодинаково. Так, в равных условиях (тип почвы, температура и влажность, нормы расхода препарата) наибольшее количество зенкора содержалось в почве на участках, занятых томатами. Вероятно, это связяно с различием микрофлорной ризосферы этих культур, различными агротехническими мероприятиями проведенными на участках овошных культур и картофеля.Нами была замечена разность степени транслокации зенкора и котофора в растениях при различных сроках его внесения. Так, при использовании зенкора и котофора на весенных посадках картофеля содержание его в ботве было на 30,0-37,8%, а клубнях- на 47,6- 60,0% выще чем в ботве и клубнях картофеля летней посадки. Этот факт по-видимому связан с особенности протекания физиолого-биохимических процессов в растениях картофеля разных сроков вегетации. Следует также отметить, что уровень содержания остаточных количеств зенкора и котофора в почве в и степень его транслокации в культурные растения зависели от условой орощения. Так, при обработке зенкором почвы под весенными посадками картофеля концентрации его при борозковом орощения в горизонте 0-10 см составляла 0,195±0,041-0,560±0,110мг/кг, а в условиях дождевального орощения- 0,210±0,060-0,610±0,130мг/кг, примерно на 5-10% больще ($p < 0,05$). Тип почвы также имел определенной значение в степени миграции зенкора и котофора в глубь по ее профилю. Так, применении гербицида для обработки суглингисто- сероземной почвы остатки его в горизонте 20-30см была на 29,2-38,0% ($p < 0,05$) меньще, чем в этом же горизонте шебенчатой почвы.

Динамика остаточных количеств зенкора в почве

С целью рещения некоторых вопросов, касающихся регламентации условий применения зенкора, нами в условиях натурного эксперимента изучались персистентность и процессы миграции препарата по профилю почвы в динамике при различных видах орощения (бороздковый, дождевальный). Зенкор вносился в почву из расчета 0.5; 1,0 и 2,0 кг/га по дейсвуещему веществу. Иследования процессов миграции и транс-

локации зенкора проводились в условиях сераземной почвы республики Узбекистан.

Одновеменно процессов миграции и транслокации гербицида изучались в условиях бороздкового и дождевального орошения. Как выще почеркнуто, что характерные особенности этих выдов орошения заключаются в следующем:

при бороздковом орошении и вода подается из арычной сети и направляется по борозды орошаемого поля. Продолжительность орошения при этом составляет 5-6 часов.

при дождевальном способе орошения вода подается через специальные трубы и впадает на орошаемую поверхность в виде дождя.

Таблица 1

Остаточные количества зенкора в почве и ботве картофеля

Норма расхода, кг/га	Срок ожидания в днях	Обнаружено гербицида, кг/га			
		В горизонтах почвы, см			В ботве
		0-10	10-20	20-30	
Бороздковое орошение					
0,5	110	0,196±0,041	0,100±0,030	0,030±0,004	0,11±0,02
1,0	110	0,300±0,30	0,160±0,044	0,060±0,005	0,17±0,04
2,0	110	0,550±0,110	0,250±0,040	0,130±0,004	0,29±0,04
Дождевальное орошение					
0,5	110	0,210±0,060	0,130±0,040	0,50±0,003	0,14±0,02
1,0	110	0,380±0,70	0,190±0,030	0,090±0,005	0,23±0,03
2,0	110	0,610±0,130	0,300±0,050	0,170±0,004	0,39±0,03

Установленно, что как при бороздковом, так и дождевальном видах орошения зенкор, в основном, концентрируется в горизонте 0-10см (0,290±0,091-0,980±0,420 и 0,310±0,04-1,110±0,310мг/кг соответственно) и незначительно проникая в более глубокие горизонты (таб1). Так, содержание его составляло в горизонте 10-20 см - 0,100±0,017-0,310±0,042 и 0,110±0,020- 0,330±0,040, в горизонте 20-30см - 0,020±0,003- 0,08±0,005 и 0,030±0,010- 0,09±0,030 мг/кг. Степень накопления зенкора в разных горизонтах почвы пропорционально повышалось с увыличением норма разхода.

Спустя 180 дней после обработки почвы зенкором при норме расхода 0,5кг/га как при бороздковом, так и при дождевальном орощении во всех изученных горизонтах остатки его не обнаружен, при увеличении нормы расхода в 2 раза он обнаружен только в слое 0-10см при бороздковом орощения в количестве 0,030±0,005, при дождевальном - 0,050±0,020мг/кг. На 210-й день при бороздковом орощений остаточного количества зенкора во всех изученных горизонтах почвы при нормах расхода 0,5-2,0кг/га не обнаружен, в условиях же дождевального орощения гербицид сохранялся в горизонте 0-10см (0,050±0,002мг/кг).

На основании изучения персистентности, миграции и транслокации зенкора в почве можно прийти к заключению о том, что при использовании препарата на суглинисто- серозёмной почве его остатки могут сохраняться более длительное время (210дней). При этом создаётся возможность их суммирования при повторном применении и загрязнения растительных продуктов, выращенных на почве, так как почвенно -климатические условия Узбекистана позволяет выращивать за один сезон два уражая.

Персистентность и степень миграции зенкора в почве зависели от его нормы расхода и типа орощения.

Остаточные количества котофора в почве и растительных культурах:

Проведенные иследования по изучению миграции котофора в почве и транслокации в растения показали, что при применении перепарата из расчета 1,0-2,0кг/га спустя 130дней после обработки во всех изученных горизонтах почвы (0-10,10-20,20-30см), ботве и клубнях картофеля как при бороздковом, так и дождевальном орощении гербицид не обнаружен. С увеличением нормы расхода до 3,0 и 4,0кг/га котофор обнаружен в условиях бороздкового и дождевального орощения лищь в поверхностном горизонте почвы (0-10см) в количествах 0,010±0,001-0,020±0,003 и 0,020±0,001-0,030±0,003мг/кг соответсвенно. При концентации котофора в почве в указанных количествах не наблюдалость транслокации его в наземные органы культуры картофеля.

Изучалас величена остаточного количества котофора в разных горизонтах почвы, ботве и сьедобной части культуры арбузов в условиях бороздкового орощения. Как показали иследования, при применении гербицида из расчета 1,0 кг/га через 121день остатки его во всех изученных горизонтах почвы (0-10,10-20,20-30см) не обнаружены. С повыщением нормы расхода до 2,0 и 2,8кг/га котофор находился только в горизонте почвы 0-10см в количествах 0,030±0,005-0,040±0,006мг/кг.

При всех изпитанных нормах расхода котофора (1,0-2,8кг/га) его остатки в ботве и сьедобной части арбузов не обнаружены.

Таким образом, при применении котофора под культурные растения отмечалость незначительное загрязнение почвы в зависимости от срока ожидания, вида выращиваемых культур, нормы расхода препарата и условий орощения. Котофор, в основном, задерживался в верхнем горизонте (0-20см) почвы блогадаря поверхностной физической адсорбции органическими веществами, количество которых в сероземных почвах возрастает в поверхностном слое.

Резюмируя разултате выщеизложенных иследований проб почвы и растений, снятых с участков почвы, обработанных зенкором и котофором, можно прийти к заключению о возможности сохранения остатков этих гербицидов в почве и загрязнения продуктов питания. При этом имеется прямая зависимость мажду нормы расхода внесенного в почву гербицида и величеной его остатка в почве и продуктов питания.

Связь мажду величеной найденных остаточных количеств гербицида и временем, прощедшим после обработки, находится в обратной зависимости. Концентрация гербицидов в почве с углеблением по профелю почвы снижается.

Концентрация максимальных количеств зенкора и котофора в поверхностном горизонте обьясняется, с одной стороны, малой испаряемостью метилэтилтио-триазинов с поверхности почвы, с другойсравнительном высоким содержанием органических веществ в поверхностном ее слое. Наряду с этом на величену остаточных количеств зенкора и котофора в почве, степень миграции и транслокации в культурные растения существенное влияние оказывает выд орощения. При равных нормах расхода зенкора и котофора в условиях дождевального орощения во всех исследованных слое почвы, ботве и сьедобной части культуры остатки их были выще, чем прибороздковом способе орощения. Это обстоятельство можно обьяснить тем, что триазины по своим физико-химическим свойствам длительное время остаются на поверхности почвенных частыц в неодсорбированном состоянии. Поэтому при бороздковом орощении влажность почвы выще, чем при дождевальном.

Во влажной почве, как известно, активност почвенной микрофлоры, участвуещей в разрущении пестицидов, усиливается. Наряду с этим вовлажной почве биохимические процессы протекают более интенсивно, чем в почве с низкой влажностью. Это в свою очеред, создает возможность инактивация гербицидов в почве.

Следует так ж отметить, что на судбу зенкора и котофора в почве существенное влияние оказывали почвенно - климатические факторы.

Зенкор в большей мере мигрировал по профилю щебенчатой почвы, нежели типичной сероземной. Это явление связано с тем, что щебенчатая почва характеризуется более низким, чем сероземная, содержанием органических веществ, адсорбирующих пестицидов.

На основании проведенных иследований нами рассчитаны периоды полу -(T50) и полного (T95) распада этих препаратов при применении в условиях бороздкового и дождевального орощения в климатических условиях Узбекистана. Как выдно из данных таблицы 2., с увеличением нормы расхода зенкора и котофора наблюдалось удлинение периода их полу- и полного распада в почве.

Таблица 2

Скорость деструкции зенкора и котофора в сероземной почве

Наименование гербицидов	Норма расхода кг/га	Характеристика длительности протекания процесса	T_{50} (дни)	T_{95} (дни)
Бороздковое орошение				
Зенкор	0,5	54	38	162
Зенкор	2,0	65	45	196
Котофор	1,0	52	36	156
Котофор				
Дождевальное орошение				
Зенкор	0,5	57	40	171
Зенкор	2,0	68	48	204
Котофор	1,0	35	25	105
Котофор	4,0	54	38	162

При применении гербицидов зенкора и котофора в условиях дождевального орощения период их полного распада был длинее, чем при бороздковом орошения. Максимальный период полного распада зенкора при бороздковом орошении составлял 195 дней, в условиях дождевального орошения - 204 дня, а для котофора этот период составлял 156 и 162 дня соответственно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев М.А. Действие симазина на засоренность и урожай кукурузы- эффективность и мери борьбы с сорняками. Труды ВИЦА, М. 1992, вып 39, с 63-64.
2. Анпалов В.А. Продолжительность сохранения почвенных гербицидов в вышелоченных черноземах центральной черноземной области. - Химия в Сельском хозяйстве . 2000, №9, с 53-55.
3. Бородулина В.С. Шишкина Е.Е. Влияние симазина и атрозина на качество плодов яблони. - Химия в сельском хозяйстве . 1998, №4, с 53-54.
4. Касимов Х.А. Гигиеническая регламентация применения зенкора и котофора на продовольственных культурах в условиях жаркого климата. Дисс на соиск ученной степени канд. мед. наук. Киев. 1982. 135 с.
5. Касимов Х.А. Гигиеническая регламентация применения зенкора и котофора на продовольственных культурах в условуях жаркого климата. Сб научных трудов по материалам международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского медицинского университета. 2020., Том 1. Курск.
6. Гончарук Е.И. Санитарная охрана почвы от загрязнения химическими веществами. Киев, здоровье 1997, 141 с.
7. Николаева Н.Г., Шуткина А.Т. Триазиновые гербициды в яблоновых садах Молдавии. - Химия в сельском хозяйстве. 2001, №3, с 61-63
8. Попович Н.А, Гигиеническая оценка некоторых гербицидов, применяемых в условия орощения. -Вкн: Гигиена применения, токсикология пестицидов и клиника отровлений. М., 1999, вып 16, с33-34.
9. Шермет И.А., Федорец А.Ш. Применение атразина и симазина в молодых семечковых садах Украинского полосья. - Химия в Сельском хозяйстве . 1999, №2, с 51-54.
10. Kasimov Kh.O. Hygienic assessessment of the kotofor herbicide circulation in the soil- plant system when applied in agriculture. Asian Journal of Multidimensional Research. 2020. Vol 9, Issue 11, pages 220-223.

Поступила 09.11.2020

УДК: 616.89-072.8: 616.127-005.8

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Мухамадиева Н.Б.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В настоящее время крайне актуальна проблема коморбидности депрессии и соматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистого профиля. В данном исследовании рассматриваются источники, в которых подробно изложены факторы, предрасполагающие к формированию психических расстройств психоэмоционального круга.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, тревожно-депрессивные расстройства, аффективные расстройства.

YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARIDAGI PSIXOEMOTSIONAL BUZILISHLAR

Muxamadieva N.B.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume***

Hozirgi vaqtda depressiya va somatik kasalliklar, xususan, yurak-qon tomir profilidagi kasalliklar bilan komorbidlik muammosi juda dolzarbdir. Ushbu tadqiqot psixoemotsional doirafagi ruhiy kasalliklarini shakllantirishga moyil bo'lgan omillarni batafsil bayon qiluvchi manbalarni o'rganib chiqadi.

Kalit so'zlar: yurak-qon tomir kasalliklari, miokard infarkti, xavotirli-depressiv kasalliklar, affektiv buzilishlar.

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN CARDIOVASCULAR DISEASES

Mukhamadieva N.B.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

Currently, the problem of the comorbidity of depression and somatic diseases, in particular, of the cardiovascular profile, is extremely urgent. This study examines the sources that detail the factors predisposing to the formation of mental disorders of the psychoemotional circle.

Keywords: cardiovascular diseases, myocardial infarction, anxiety-depressive disorders, affective disorders.

Последние годы депрессия стала одной из наиболее актуальных проблем медицины. Тревога и депрессия - самые распространенные (первичные) и нормальные человеческие эмоциональные реакции на стрессовые события. Часто они встречаются вместе, хотя в феноменологически и филогенетически представляют собой совершенно разные явления. Тревога отражает состояние повышенной готовности организма (hyper-arousal) к быстрому ответу на возможные внешние стрессовые факторы; депрессия - состояние подавленности, угнетения, часто вследствие осознания безвыходности ситуации, разочарования и утраты в жизни. Нередко депрессия развивается вторично, после длительного состояния тревоги, поддерживаемой не разрешающейся стрессовой ситуацией, и тогда депрессия не позволяет организму справиться со стрессом, образуя порочный круг и утяжеляя состояние. Такие эмоциональные реакции (аффекты) следует отличать от тяжелых патологических состояний (заболеваний): депрессии и тревожных расстройств [14, 15]. Тревожные расстройства как пограничная психическая патология, так же, как и депрессии, большей частью наблюдаются в общемедицинской практике, где распознаются далеко не всегда [2, 3, 7, 12, 13]. Кроме того, участвуя в развитии многих соматических расстройств например, гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, цереброваскулярных нарушений, онкологических заболеваний, бронхиальной астмы и др., тревога и депрессия существенно осложняют их течение и прогноз [Koenig H. G., 2011].

Считается, что в своей обычной практике терапевт хотя бы раз в день сталкивается с больным с депрессией или тревожным расстройством. По данным, полученным на американской популяции, риск развития в течение жизни большого депрессивного эпизода составляет 17,3%, а тревожного расстройства - 24,5% [Kennedy G.J. et al., 2015], широкомасштабного Европейского исследования - соответственно 14,4% и 16% [Hemingway H., Marmot M., 1999]. При этом депрессия выявляется почти у 60% больных с тревожными расстройствами.

Высокая распространенность психической патологии отмечена как среди контингента поликлинических учреждений, так и многопрофильных больниц, где в основном психические расстройства представлены амбулаторными "невротическими" формами, среди которых преобладают соматизированные тревожно-депрессивные расстройства. Такое положение свидетельствует об актуальности создания эффективной системы специализированной помощи этой категории больных.

В последние годы депрессия рассматривается как существенный фактор риска возникновения сердеч-

но-сосудистых расстройств наряду с дислипидемией, артериальной гипертонией и курением. Так, рост распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда связывают, в том числе и с ростом депрессивных расстройств. В свою очередь, у больных ИБС депрессия также встречается чаще, чем в среднем в популяции, и составляет приблизительно 20% [Aromaa A., Raitasalo R., Reunanen A. et al., 1994; Кулик А.Л., 2006].

Исследования, проведенные в области определения связи между заболеваниями сердца и депрессии, установили, что: риск внезапной смерти в течение 6 месяцев после сердечного приступа выше у лиц в состоянии депрессии; даже умеренные проявления депрессии являются фактором риска повышения артериального давления; признаки депрессии в первый месяц после оперативного лечения ишемической болезни сердца (аортокоронарное шунтирование) часто предопределяют наличие приступов стенокардии в будущем; депрессия повышает частоту госпитализации у пациентов с сердечной недостаточностью. Это сочетается с низкой выявляемостью депрессивных расстройств в общей медицинской практике при одновременно широкой их распространенности у больных с ССЗ и предполагает наличие неблагоприятных синергических связей ССЗ и депрессии, недостаточный учет которых ухудшает прогноз заболевания [N.L. Sin, A.D. Kumar, A.K. Gehi et al. 2016].

Одной из задач последних исследований в области соматопсихиатрии заключается в создании эффективного способа прогнозирования тревожно-депрессивных расстройств как на раннем этапе постинфарктного периода, так и в более поздние сроки, и, как следствие, профилактика развития осложнений, более комплексная оценка динамических изменений уровня депрессии в ходе проводимой терапии, а следовательно, и эффективности проводимой терапии, а также прогнозирование возможной рекуррентности течения депрессивных расстройств в будущем, кроме того, в результате реализации данного способа получена возможность судить об исходе инфаркта миокарда.

Психосоматические концепции в кардиологии не только привлекают все большее внимание исследователей, но и находят практическое применение, связаны с рядом организационных мероприятий. Речь в первую очередь идет о создании моделей оптимизации специализированной (психиатрической) помощи больным с сердечно-сосудистой патологией. Первостепенное значение приобретают организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи, подготовка кадров психиатров, специализирующихся в области психосоматики, а также разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии для кардиологов, кардиохирургов и других специалистов. Трудности в организации квалифицированной медицинской помощи пациентам общесоматических учреждений с психическими нарушениями связаны с ограниченностью профессиональных контактов между врачами соматических учреждений и специалистами психиатрических клиник и диспансеров, а также отрицательным, недоверчивым отношением к психиатрии, бытующим среди населения, связанным, прежде всего, со страхом стигматизации [Люсов В.А., Волов Н. А., 2010]. Изучение депрессивных расстройств у больных с инфарктом миокарда с учетом влияния клинических, личностно-психологических факторов, способных оказать влияние на эффективность оказываемой помощи и факторов прогноза, является одной из актуальных задач психосоматической медицины, имеющей как научное, так и практическое значение [5, 6].

Анализ исследований последних лет свидетельствуют о том, что разрабатываемые разными авторами проблемы формирования психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях, их динамика и терапия весьма актуальны.

Между депрессивными расстройствами и ИБС существуют взаимосвязи. В частности, наличие депрессии значительно ухудшает комплайенс в отношении терапии сердечно-сосудистой патологии, снижает качество жизни и социальную адаптацию, влияет на течение заболевания в постинфарктном периоде и приводит к более ранней и повышенной смертности [Glassman A., Shapiro P., 1998]. В медицинской практике коморбидность депрессивных расстройств и ИБС встречаются нередко. Пациенты с депрессивными расстройствами имеют высокий риск развития ИБС и, наоборот, у больных с ИБС повышен риск развития депрессивных расстройств. К сожалению, патогенетические закономерности взаимосвязи депрессии и ИБС недостаточно исследованы [1, 3, 8, 9].

Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз "Инфаркт миокарда" у больных ассоциируется с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация - все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, сильных, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Обычно с улучшением физического самочувствия страх смерти ослабевает. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших [Carney R. et al., 2010]. По другим данным, психические нарушения констатируются в 28% случаев [Ford D.E.et al, 1998). У 50% больных наблюдается интенсификация невротических черт (Coupland N, Wilson S., Nutt D., 1997]

По некоторым данным, на 7-й день после инфаркта миокарда для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Выраженность подобных симптомов зависит как от тяжести инфаркта миокарда, так и характерологических особенностей личности больного. При психологическом исследовании больных в этом периоде выявляется подъем по шкалам депрессии, шизофрении, в меньшей степени - ипохондрии. У пациентов, перенесших ранее инфаркт миокарда, затяжные приступы стенокардии и тяжелые гипертонические кризы, подострый период отличается особой тревож-

ностью и более выраженным подъемом по шкале ипохондрии при умеренном повышении шкал депрессии и шизофрении. Шкала "мания" занимает минимальное положение в профиле [4, 5]. Эти соотношения можно обозначить как своеобразные "реципрокные": легкие и умеренно выраженные депрессии, особенно начальные этапы развивающегося депрессивного эпизода, сопровождаются возрастанием риска таких угрожающих жизни осложнений сосудистого заболевания, как гипертонический криз, инфаркт миокарда, инсульт. При глубоких депрессиях с типичной, классической триадой аффективных, соматовегетативных и мотивационно-волевых проявлений риск развития указанных осложнений снижается. Это хорошо известно в психиатрии. Именно к таким сочетаниям психической и соматической патологии в особой мере применимо введенное французскими исследователями понятие "психосоматическое балансирование". Сущность психосоматического балансирования заключается в том, что выраженность одного заболевания предполагает снижение выраженности клинических проявлений другого. Например, возрастание тяжести депрессии сглаживает проявления гипертонической болезни, снижает вероятность резкого повышения артериального давления, и, напротив, грубые дисциркуляторные нарушения могут ослаблять тяжесть депрессивного сдвига настроения и связанных с ним переживаний. Вместе с тем на этапах редукции депрессивного синдрома риск указанных осложнений соматического (сосудистого) заболевания может вновь возрастать, что требует особого внимания к соматическому состоянию пациента при завершении активной терапии депрессии. Эти сложные соотношения депрессии и сосудистой патологии, по-видимому, отражают присущие динамике депрессии закономерные изменения физиологической реактивности [10, 14].

Для разных этапов депрессии характерны существенно различающиеся проявления реактивности в разных ее формах - эмоциональной, вегетативной, иммунологической, нейрофизиологической. Так, начальные этапы развития депрессии сопровождаются общим повышением реактивности с эмоциональной (гипотимного полюса) и вегетативной неустойчивостью, в том числе колебаниями артериального давления, повышением чувствительности к различным внешним воздействиям. Напротив, развитие выраженного депрессивного синдрома сопровождается снижением реактивности - блокированием или сглаживанием реакций на внешние воздействия психологического и биологического характера: формируется относительно устойчивая, "закрытая" для внешних влияний структура депрессии. На этапах обратного развития депрессии, т.е. редукции ее основных проявлений, вновь обнаруживаются признаки эмоциональной и вегетативной неустойчивости, колебаний состояния и его зависимости от внешних влияний. Это одновременно и прогностически положительные признаки наметившегося выздоровления, и признаки этапной лабилизации реактивности, чреватые риском осложнений при наличии сосудистой патологии. Эти особенности депрессии необходимо учитывать для разработки последовательной терапевтической тактики [11, 12].

Коморбидность депрессивных расстройств и постинфарктных состояний предполагает 4 варианта взаимоотношений: возникновение инфаркта миокарда на фоне существующей и/или предшествующей депрессии (35,1%), одновременное появление инфаркта миокарда и депрессии (21,1%), депрессии, развившиеся в раннем (до 1 мес) постинфарктном периоде (10,5%), депрессии, возникшие в восстановительном периоде инфаркта миокарда (33,3%). При характеристике клинических особенностей депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде необходимо отметить выделенные варианты депрессий: тревожные (57,9%), меланхолические (21%), дисфорические (8,8%), маскированные (12,3%). Независимо от варианта депрессии в беседе пациенты в первую очередь предъявляют жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в характерные зоны, и ноющие, колющие в левой половине грудной клетки. Пациенты высказывают опасения по поводу своего физического состояния, болевых ощущений, перспектив на будущее. Другая из предъявляемых жалоб - бессонница. Из субъективных жалоб, указывающих на депрессивное расстройство, отмечены подавленность, упадок сил, ощущение безнадежности. В переживаниях с одинаковой частотой отражаются страх повторения инфаркта, пессимистические взгляды на будущее и низкая самооценка. У мужчин отмечена склонность проецировать свои переживания на социально-экономическую ситуацию в стране [7, 8, 9].

Данные, полученные в результате исследований последних лет, позволяют совершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия для больных с сердечно-сосудистой патологией, с депрессивными расстройствами, что будет способствовать оптимизации оказания помощи врачами психиатрами, кардиологами, а также профилактике психических нарушений у данной категории больных.

Интеграция в работе врачей различных областей возможно при использовании теоретических и практических результатов различных исследований в области соматопсихиатрии и психосоматики. Разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии способствует более качественному и прицельному осуществлению наблюдения за клинической картиной, течением заболевания, адекватному подбору систематической поддерживающей терапии посредством осуществления преемственности в решении клинических и социальных вопросов при ведении больных с сердечно-сосудистой патологией.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Васюк Ю. Д., Довженко Т. В. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: учеб. пособие. М., 2006. 58 с.
2. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания. Практикующий врач. 2002.
3. Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. ГУНИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, //Журн психиатрия и психофармакотерапия. Томск.2005.
4. Мосолов С.Н. Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии. М., 2001.
5. Погосова Г.В., Ромасенко Л.В. Диагностика и терапия депрессии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (результаты многоцентрового проспективного исследования КООРДИНАТА). ГУНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ; ФГУ ГНЦ ССП Росздра-ва, М., 2000.
6. Салимова Н.Р. Ходжаев А.И. Депрессия и сердечно-сосудис-

тые заболевания// Центральноазиатский медицинский журнал для практикующих врачей. 2010.№3.С14-16132
7. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицине. М. 2001.
8. Соболева Г.Н., Ерпылова Е.А., Рябыкина Г.В., Соболев А.В., Горельцева С.Ю. и др. Влияние депрессивного состояния на показатели вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца и коррекция выявленных нарушений с помощью терапии антидепрессантом тианептином // Кардиология. 2006. №11. С. 4-6
9. Терешенко С.Н., Жиров И.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия после инфаркта миокарда: угроза или гибель? //Кардиология 2009 №8.С.93-96
10. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Ромасенко Л.В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования //Кардиология. 2007. №3. С.28-37
11. Ушкалова А.В. Депрессии у соматических больных. Трудный пациент. 2006.
12. Glassman A.H. Depression and cardiovascular comorbidity. Dialogues Clin Neurosci. 2007. 9:9-17
13. Grace S.L. Abbey S.E. Kapral M.K. et al. Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. Am J Cardiol 2005; 96: 1179-1185
14. Mc Caffery J.M., Frasure-Smith N. et al. Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: a review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. Psychosom Med 2006; 68: 187-200
15. Whooley M.A., Simon G.E. Managing Depression in Medical Outpatients. NEJM. 2000; 343: 1942-1950.

Поступила 09.11.2020

УДК: 616.322

«TINCTURA MORUS» — КЛАДЕЗЬ ВИТАМИНОВ И МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ АКТУАЛЬНА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Мухаммедова З.Р., Болтаев М.М.,

Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

✓ ***Резюме***

Тема витаминизации и минерализации становится все более актуальной, в особенности в период пандемии COVID-19 для профилактики и поддержки организма людей, ведущих активный образ жизни. Ведь физические и психоэмоциональные нагрузки, особенно в период пандемии COVID-19 COVID-19, которым подвергает себя человек каждый день, повышают потребность в ряде минералах, витаминах и других питательных веществах. В свою очередь, нехватка витаминов и минералов в организме приводят к снижению иммунитета и повышается риск развития таких патологических процессов, как COVID-19, снижая работоспособность организма. В данной статье раскрываются значительные положительные эффекты настойки тутовника при лечении таких патологических состояний, как железодефицитная анемия и остеопороз.

Ключевые слова: Настойка тутовника, железодефицитная анемия, остеопороз, витамины, минералы, COVID-19.

«TINCTURA MORUS» — A TREASURE OF VITAMINS AND MINERALS RELEVANT DURING A PANDEMIC COVID-19

Mukhammedova Z.R., Boltaev M.M.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan.

✓ ***Resume***

The topic of vitaminization and mineralization is becoming more and more relevant, especially during the COVID-19 pandemic, to prevent and support the body of people leading an active lifestyle. After all, physical and psycho-emotional stress, especially during the COVID-19 COVID-19 pandemic, to which a person is exposed every day, increases the need for a number of minerals, vitamins and other nutrients. In turn, a lack of vitamins and minerals in the body leads to a decrease in immunity and an increased risk of developing pathological processes such as COVID-19, reducing the body's performance. This article reveals the significant positive effects of mulberry tincture in the treatment of pathological conditions such as iron deficiency anemia and osteoporosis.

Key words: Mulberry tincture, iron deficiency anemia, osteoporosis, vitamins, minerals, COVID-19.

«TINCTURA MORUS» — VITAMINLAR VA MINERALLAR XAZINASI COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA HAM DOLZARB

Muxammedova Z.R., Boltaev M.M.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston.

✓ ***Rezyume***

Fortifikatsiya va minerallashtirish mavzusi, ayniqsa, COVID-19 pandemiyasi paytida faol turmush tarzini olib boruvchi odamlarning tanasini oldini olish va qo'llab-quvvatlash uchun tobora dolzarb bo'lib kelmoqda. Axir jismoniy va psixo-emotsional stress, ayniqsa, odam har kuni duch keladigan COVID-19 COVID-19 pandemiyasi paytida, bir qator minerallarga, vitaminlarga va boshqa foydali moddalarga bo'lgan ehtiyojni oshiradi. O'z navbatida, tanadagi vitaminlar va minerallarning etishmasligi immunitetning pasayishiga olib keladi va COVID-19 kabi patologik jarayonlarning rivojlanish xavfi ortib, organizm faoliyatini pasaytiradi. Ushbu maqola tut etishtiruvchi damlamaning temir tanqisligi anemiyasi va osteoporoz kabi patologik holatlarni davolashda muhim ijobiy ta'sirini ochib beradi.

Kalit so'zlar: Tut damlamasi, temir tanqisligi anemiyasi, osteoporoz, vitaminlar, minerallar, COVID-19.

Актуальность

При дефиците незаменимых микроэлементов развиваются морфофункциональные нарушения, которые не ограничиваются только системой крови, но и происходит дистрофия внутренних органов и их функциональные нарушения, вторичная иммунная недостаточность[5]. Группу риска по развитию дефицита незаменимых микроэлементов составляют пожилые и дети, а также женщины репродуктивного возраста. Но в период пандемии COVID-19 в эту группу риска можно включить каждого человека из-за повышению потребности организма к витаминам и минералам при постоянном стрессе [4, 16].

По данным ВОЗ, анемии подвержено 1,62 миллиарда человек, что соответствует 24,8% населения [7]. Наибольшая распространенность отмечается у детей (47,4%). Группой населения с наибольшим количеством лиц, подверженных анемии, является группа женщин фертильного возраста (468,4 миллиона)

[8]. Во многих развивающихся странах железодефицитная анемия усугубляется гельминтными инфекциями, малярией и другими инфекционными болезнями, такими как ВИЧ и туберкулез. Основные последствия для здоровья включают неблагоприятный исход беременности, нарушения физического и когнитивного развития, повышенный риск заболеваемости детей и снижение трудоспособности взрослых. В период пандемии COVID-19 риск заболевания этой категории людей коронавирусом резка повышается [26]. Анемия причастна к 20% всех случаев материнской смерти. От дефицита железа страдает большее число людей, чем от какого-либо другого нарушения здоровья, представляющего собой проблему общественного здравоохранения, соизмеримую с эпидемией [6]. Менее заметный в своих проявлениях, чем, к примеру, белково-энергетическая недостаточность, дефицит железа приводит к тяжелым последствиям - плохому здоровью, преждевременной потере здоровья и смертности [19].

Наряду с анемией региональными проблемами нашего края является и йодная недостаточность. По данным ВОЗ в условиях дефицита йода живут более 2 млрд. человек, среди них: у 740 млн. выявлен эндемический зоб, 43 млн. имеют умственную отсталость, более 6 млн. страдают кретинизмом крайней степенью умственной отсталости, и все это вызвано дефицитом йода [22, 24].

Следует отметить, что минералодефицитные состояния приводят к развитию остеопороза. Сам же остеопороз - процесс физиологический, и в дальней перспективе это заболевание разовьется у всех. Особенно актуальна проблема остеопороза в наши дни, поскольку кальций и витамин Д играют большую роль в сопротивляемости организма. Остеопороз нельзя вылечить, но его можно и нужно контролировать. Остеопороз приводит к инвалидизации, что говорит о социально-экономическом характере проблемы. Однако в нашей стране не предусмотрены дотации на лекарства для лечения остеопороза [12,14].

Если учесть, что в период пандемии COVID-19 при постоянном стрессе потребность организма к минералам и витаминам повышается, то подобные минералодефицитные состояния организма повышают риск развития коронавирусной инфекции и ухудшают прогноз [18]. Для повышения сопротивляемости организма наши предки применяли природные средства [23, 25]. Великий мыслитель, гений Абу Али ибн Сино в своих трудах уделял большое внимание шелковице (тутовник) и изготавливал из неё разные формы лекарственных средств для улучшения состояния организма, к которым относится настойка плодов тутовника (шелковицы) - "Tinctura Morus" [1, 11, 13].

Плоды тутовника в 100 граммах содержат: витамина А - 1 мкг, тиамина (вит В1) - 0,029 мг, рибофлавина (вит В2) - 0,101 мг, ниацина (вит В3) - 0,620 мг, пиридоксина (вит В6) - 0,050 мг, фолацина (вит В9) - 6 мкг, витамина К- 7,8 мкг, а также виамины - С, Е, РР и т.д. Из минералов: кальция - 39 мг, железо - 1,85 мг, магния - 18 мг, фосфора - 38 мг, калия - 194 мг, натрия - 10 мг, цинка - 0,12 мг и т.д [2, 20].

Плоды тутовника в виде настойки "Tinctura Morus" очень богаты полезными веществами: никотиновой кислотой, ресвератолом - природным антиоксидантом, белками, жирами, эфирными маслами, высшими кислотами, комплексом витаминов В и каротином [10]. Содержит большое количество макроэлементов и незаменимые микроэлементы, такие как йод, селен, медь, марганец и т.д [29].

Лекарственные средства, изготовленные на основе растительного сырья являются наиболее биологическими и поэтому изучение фармакологической эффективности таких веществ является требованием времени [8]. Настойка плодов тутовника (шелковицы) - tinctura Morus является одним из представителей этой группы [28].

Все это делает изучение этой проблемы актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении, при этом многие вопросы патогенеза, лечения минералодефицитных состояний и профилак-

Рисунок 1. Динамика повышения уровня гемоглобина.

тики рецидивов до сих пор являются предметом пристального внимания специалистов [3].

Целью исследований было изучение минеральной активности местного растительного препарата настойки плодов тутовника при минералодефицитных состояниях по уровню железо в крови больных при ЖДА в период пандемии COVID-19 и по уровню кальция в крови больных с остеопорозами.

Материалы и методы исследования

Настойка тутовника (Tinctura Morus) было изготовлено по рецепту великого мыслителя, нашего гениального предка Абу Али ибн Сино. Препарат был применен 30 больным, которые были разделены на 2 группы: 1-группу составили 15 больных с железодефицитной анемией, 2-группу составили 15 больных с клинически установленным состоянием остеопороз, находившиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Бухарской городской больницы в период панлемии COVID-19. В 3-группу контроля вошли 10 здоровых людей. Настойка тутовника была применена в дозе по 20-25 капель 3 раза в день внутрь, после еды в течении 10 дней [15, 17, 21, 27]. До и после курсового применения препарата, а также на 30 день у пациентов были проведены общий анализ крови, биохимический анализ крови, где особое внимание уделяли уровню гемоглобина, железа и кальция в крови.

Результаты и их обсуждение

Результаты показали, что при применении настойки тутовника по 20-25 капель 3 раза в сутки в течении 10 дней у болных с диагнозом ЖДА и у больных с установленным состоянием остеопороз при анализе субъективных, объективных и лабораторно-инструментальных данных на 10 день лечения было отмечено снижение жалоб и клинической симптоматики заболевания (рис. 1).

А на 30 день отмечалось резкое повышение уров-

Рисунок 2. Динамика повышения уровня кальция

ня исследуемых элементов, полное исчезновение жалоб и нормализация объективных, лабораторных показателей (рис. 2). Нормолизовались уровень гемоглобина и кальция в крови.

Выводы

Обобщая вышеизложенное, можно отметить, что настойка плодов тутовника хорошо переносится больными и способствует стойкой нормализации минерального состава крови вследствие содержания высокоактивных минеральных и витаминных соединений. Присутствие макро- и микроэлементов, а также витаминов в комплексе препарат активно и достоверно устраняет патологию дефицита, улучшает состояние организма [10, 12]. Изготовливаясь из натурального местного сырья, препарат является экономически эффективным. Побочные эффекты не выявлены. Противопоказание - если имеется гиперчувствительность к компонентам препарата. Рекомендуется применять в дозе по 20-25 капель 2-3 раза в день, пить после еды в течении от 1 недели до 1-3 месяцев в зависимости от патологии: студентам - в период высокой психоэмоциональной нагрузки, гиповитаминозные состояния, абитуриентам - при повышении потребности к витаминам и минералам из-за интеллектуальной нагрузки, при ослаблении организма - снижение иммунитета после лучевой терапии, антибиотикотерапии, в старческом возрасте, комплексное лечении сердечно-сосудистых заболеваний, при анемии и остеопорозе, при повышении потребностей организма в растущем периоде, а также для восполнения минералодефицитнқх состояний при пандемии COVID-19.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки. - X том. - Ташкент. - 1996. - С. 59.
2. Бабаджанова З.Х., Карoматов И.Д., Жумаев Б.З., Алымова Д.К. Шелковица, тут: применение в древней, современной народной и научной медицине//Молодой ученый. - Ташкент. - 2015. - №7. - С. 256-266.
3. Д.М.Мусаева, Г.С.Очилова, Ф.К.Кличова, С.З.Насырова, В.З.Жалалова, М.Р.Рахматова, М.Ж.Асланова, А.К.Очилов. Программа ведения эффективности применения настойки плодов тутовника при минералодефицитных состояниях//Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. - 2019. - № DGU 06504.
4. А.Ш.Иноятов, Г.А.Ихтиярова, Д.М.Мусаева, Г.К.Каримова. Оценка состояния беременных женщин с диабетом, при заражении COVID-19//Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 101-103.
5. Кличова Ф.К., Мусаева Д.М., Насирова С.З., Очилова Г.С., Жалилова Ф.С. Сурункали гепатитда ичаклар микробиоценози бузилишларини Бонджигар ва Lacto-G препаратлари билан коррекциялаш// Тиббиётда янги кун. - 2020. №2 (30/2). - Б. 30-33.
6. М.Р.Рахматова, Д.М.Мусаева. Особенности традиции в питании в узбекских семьях и их влияние на здоровье членов семьи//Сборник материалов 73-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международнқм участием имени профессора В.Ф.Война-Ясенского, посвященная 100 летию со дня рождения академика Л.В.Киренского 21-24 апреля 2009 года
7. М.Р.Рахматова, Ш.О.Файзуллаев, М.П.Алимова. Сравнительная оценка качества лечения железодефицитной анемии традиционным и стандартными методами. Доказательная медицина в профилактике и лечении железодефицитнқх анемий// Сборник материалов 73-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международнқм участием имени профессора В.Ф.Война-Ясенского, посвяўенная 100 летию со дгня рождения академика Л.В.Киренского 21-24 апреля 2009 года.
8. М.Х. Салиева, Ю.Д. Азизов, Р.А. Дадахонова, М.Д. Мусаева. Об улучшении медико-санитарной помощи// Достижения науки и образования. - 2018. - №12 (34). - С. 61-64.
9. Мусаева Д. М., Очилов А. К., Очилова Г. С. Коррекция фармакометаболизирующей функции печени антиоксидантами // Достижения науки и образования. - 2018. - №. 10 (32). - 62-63
10. Мусаева Д.М., Жалолова В.З., Рахматова М.Р., Насирова С.З. Коррекция дефицита калия и магния в пожилом возрасте//Терапевтический вестник Узбекистана. 2019. - № 1. - С. 147-150.
11. Мусаева Д.М., Мансурова М.Х., Ниёзова Г.С. Ибн Сина о лекарствах// Сборник материалов IX международной научно-практической конференции//Чтения Ибн Сины. Бухара. Узбекистан. - 2017. - С. 108.
12. Мусаева Д.М., Очилова Г.С. Основные свойства настойки тутовника при минералодифецитных состояниях //Наука вчера, сегодня, завтра: сб. ст. по матер. XX междунар. науч.-практ. конф. № 1(18). - Новосибирск: СибАК, 2017.
13. Мусаева Д.М., Очилова Г.С., Мусаев Ш.Ш., Мансурова М.Х. Рецепты Авиценны современны// Проблемы биологии и медицины. - 2017. - №4.1 (98). - С. 96-97.
14. Мусаева Д.М., Самадов Б.Ш., Раджабов Н.Г., Шарипова Р.Г. Қуритилган анжир меваси тиндирмасининг фармакологик аҳамияти// Тиббиётда янги кун. - 2020. - Т. 2. - № 30/2. - Б. 200-202.
15. Насирова С.З., Жалилова Ф.С. Лечение минералодефицитных сосотояний растительным препаратом настойкой тутовника//Терапевтический вестник Узбекистана. 2019. - № 4. - С. 143-145.
16. Мусаева Д.М., Раджабов Н.Г. Перспективы изучения применения препарата кверцетина для профилактики COVID-19 у медицинских работников//Материалы II Центрально-Азиатского конгресса клинической фармакологии в рамках 90-летия НАО "КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова"/Современное состояние и перспективы развития клинической фармакологии. Алматы. - 6.11. 2020. - С. 57-59.
17. Насырова С.З., Очилова Г.С., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Кличова Ф.К. Дефицит магния и калия и его коррекция растительной настойкой Tinctura Morus// Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета//Университетская наука: Взгляд в будущее. Курск. Россия. - 2020. - Т. 1. - С. 747-752
18. Облокулов А.Р, Мусаева Д.М., Элмурадова А.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)//Новый день в медицине. - 2020. - №2 (30/2). - С. 110-114.
19. Очилова Г.С., Очилов А.К. Апитоксин ва унинг шифобахш хоссалари// Тиббиётда янги кун. - 2020. - Т. 2. - № 30/2. - Б. 141-143.
20. Петенг де Вогренан де Кюньяк Д.Т., Курбанов М.К. Густой экстракт плодов (винограда, шелковицы и восточной хурмы) как источник жизненно важных микроэлементов и витаминов //Здравохранение Таджикистана . - 2012. - Т. 1. - С. 54-57.
21. Сагдуллаева Г.У., Мусаева Д.М., Шарипова Р.Г. Феррум-лек ва тут тиндирмаси комбинациясининг самарадорлиги// Тиббиётда янги кун. - 2020. - Т. 2. - №30/2. - Б. 318-320.
22. Самадов Б.Ш. Сравнительная характеристика и тенденции развития эпидемического процесса гепатита С в Украине и в Узбекистане// Наука и инновация. - 2019. - №4 (28). - С. 102-107.
23. Самадов Б.Ш., Жалилова Ф.С., Жалилов Ф.С., Муродова Н.А. Фармакологическая свойства и химический состав лекарственного растительного сыря "Momordica charantia L" / /Новый день в медицине. - 2020. - №1 (29). - С. 379-38.1
24. Самадов Б.Ш., Мусаева Д.М., Дубинина Н.В. Сравнительная характеристика и тенденции развития эпидемического процесса гепатита С в Украине и в Узбекистане// Новый день в медицине. - 2019. - №4 (28). - С. 284-290.
25. Самадов. Б.Ш., Жалилов Ф.С., Жалилова Ф.С., Выращивание лекарственного растения "Momordica charantia L" в условиях Бухарской области// Вестник науки и образования. - 2020. - Часть 1. - №21 (99). - С. 89 - 95.
26. Солиева М.Х., Мусаева Д.М., Мирзаева М.М., Очилова Г.С., Носиров М. Анализ профессиональных навыков врачебного персонала многопрофильной клиники по профилактике внутрибольничной инфекции// Новый день в медицине. - 2020. - Т. 1. - №. 29. - С. 371-375.
27. Шарипова О.З., Мусаева Д.М., Мелибоева Ш.Ш., Муратова Р. Фитопрепарат для коррекции минералодефицитных состояний// Сборник тезисов I Республиканской научно-практической конференции фармакологов с международным участием//Актуальные вопросы фармакологии: от разработки лекарств до их рационального применения. Бухара. Узбекистан. - 2020. - С. 98.
28. Jalilova F.S., Musayeva D.M., Jalilov F.S., Samadov B.Sh. Farmatsevtik ishlab chiqarishda asbob-uskunalarni GMP talablari asosida tanlash (tekst): Monografiya// Buxoro: "Buxoro". - 2020. - 95 b.
29. Volodimir V. Tkach, Marta V. Kushnir, Silvio C. de Oliveira, Alina Yo. Zavolovych, Viktoria O. Tkach, Hanna Ya. Mytrofanova, Anatolii O. Zadoia, Petro I. Yagodynets, Zholt O. Kormosh, Olga V. Luganska, Vira V. Kopiika, Galyna M. Pochenchuk, Dilfuza M. Musayeva, Hanifa Zh. Salomova. Theoretical Evalution for the Function of Economical and Green Conducting Composite Material-based chip for Jamaican Vomiting Sickness

Diagnostics// Biointerface ResVVearch in Applied Chemistry. - 2021. - Vol. 11. - Iss. 3. - P. 19317-10324.

Поступила 09.11.2020

УДК: 616.995.121:612.017.1

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Мирходжаев И.А., Комилов С.О.,

Бухарский Государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Обследовано 89 больных с эхинококкозом печени в возрасте 18-75 лет. Определение цитокинового профиля (ИЛ4, ИЛ-6, ФНО-α) в сыворотке крови больных множественным эхинококкозом печени (МЭП) до операции, сразу после неё, на 3, 5 сутки и через 4 месяца после оперативного вмешательства. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. У больных с МЭП до и после операции наблюдается повышение уровня ФНО-α и ИЛ-6 в сыворотке крови, который находится в прямой зависимости от активности патологического процесса и функционального состояния печени. После обработки остаточной полости липосомальной формой альбендазола (ЛФА) и цитокиновой терапии происходила нормализация клеточного и гуморального звена иммунитета, повышение концентрации ИЛ-4 в послеопе-рационном периоде, которое благоприятно действовало на исход заболевания. Изучение цитокинового профиля у больных с МЭП подвергаемых оператив-ному лечению, позволяет оценить тяжесть поражения, течения после-операционного периода и прогнозировать возможность развития рецидивов.

Ключевые слова: эхинококковая болезнь печени, липосомальная форма альбендазола, интерлейкин, ФНО-α, прогнозирование.

КЎП СОНЛИ ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ЦИТОКИНЛАР ЎЗГАРИШИНИНГ ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ

Мирходжаев И.А., Комилов С.О.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

18-75 ёш оралиғидаги кўп сонли жигар эхинококкози билан касалланган беморлар текширилиб, бунда қон зардобида цитокинлар (ИЛ-4, ИЛ-6,ФНО-α) операциядан олдин ва операциядан кейин 3-5 кунларда ҳамда 4 ойдан кейин текширилди. Назорат гурухини 30 та соғлом шахслар ташкил қилди. Операция бажарилган беморларда операцияга қадар ва операциядан кейинги даврда қон зардобида ИЛ-6,ФНО-α кўрсаткичларининг ошиши кузатилди. Қолдиқ бўшлиқ альбендазолнинг липосомал формаси (АЛФ) билан ишлов берилганда, бу кўрсаткичларнинг ҳужайра ва гуморал иммунитетнинг нормаллашганлиги, ҳамда ИЛ-4 нинг операциядан кейинги даврда кўтарилганлиги аниқланди. Цитокинларнинг бундай ўзгариши беморларда операциядан кейинги даврда патологик жараённинг оғирлик даражасиини башорат қилишга имкон берувчи омил ҳисобланади.

Калит сўзлар: Кўп сонли жигар эхинококкози, липосомал формадаги альбендазол, интерлейкин, ФНО-α, башорат қилиш.

PROGNOSTIC VALUE OF THE CYTOKINE PROFILE IN MULTIPLE LIVEL ECHINOCOCCOSIS

Mirhodjaev I.A., Komilov S.O.

Bukhara State medical Institute.

✓ ***Resume***

89 patients with echinococcosis of the liver at the age of 18 - 75 years were examined. Determination of the cytokine profile (NL4, IL-6, TNF-α) in the blood of patients with liver echinococcosis (EP) before surgery, immediately after it for 3.5 days and 4 months after surgical interventions. The control group consisted of 30 healthy individuals. In patients with EP before and after surgery, there is an increase in the level of TNF-α and IL-6 in blood serum, which is directly dependent on the activity of the pathological process and the functional state of the liver. After treatment of the residual cavity with the liposomal form of albendazole (LFA) and cytokine therapy, cell and humoral immunity were normalized, and the increase in IL-4 concentration in the postoperative period was favorably reduced by the outcome of the disease. The study of the cytokine profile in patients with EP undergoing su rgical treatment allows us to assess the severity of the lesion, the course of the postoperative period and to predict the possibility of relapse.

Key words: echinococcal liver disease, liposomal form of albendazole, interleukin, TNF-α, prediction.

Введение

Эхинококкоз - опасное паразитарное заболевание человека, харак-теризующееся тяжелым, длительным, прогрессирующим течением. По данным литературы в 6,4-37,8% наблюдений эхинококковое поражение печени встре-чается в виде множественной

формы [1,2]. При этом частота рецидива и ослож-нений в послеоперационном периоде у этих больных составляет 3-54% [4,7].

Проведенный анализ современных работ, посвященных изучению патогенеза развития эхинококкоза печени (ЭП), указывает на ряд исследований, в которых авторы пытаются, причем небезуспешно, увязать тенденцию в развитии гигантских, множественных и особенно осложненных форм ЭП с состоянием иммунного статуса организма человека. Все авторы едины во мнении об имеющемся состоянии приобретенного иммунодефицита у больных с ЭП, проявляющиеся в депрессии всех звеньев иммунитета на фоне выраженной аллергизации организма [1-3].

В развитии как дооперационных (нагноение кисты, прорыв в желчные пути), так и послеоперационных осложнений (ПОО) ЭП (нагноение остаточной полости и послеоперационной раны, развитие локальных абсцессов брюшной полости), не последнюю роль играет имеющийся иммунодефицит. При этом предлагаются различные методы иммунностимуляции с целью профилактики ПОО и сообщаются результаты их применения в комплексном лечении ЭП. К ним относятся интенсивная лазерная терапия, назначение иммунностиму-лирующих препаратов, в частности Т-активина, иммунномодулина [4,5].

При ЭП иммунная система, будучи неспособной полностью подавить развитие паразита, изолирует его от организма созданием ограничительного барьера, представленного зоной асептического воспаления; организм хозяина реагирует на локально высвобождаемый паразитарный антиген, стимулирующий секрецию цитокинов [6, 8].

Новый подход в ведении больных ЭП с учетом уровня цитокинов в сыворотке крови до и после эхинококкэктомии и проведение иммунотропной терапии после оперативных вмешательств позволяет снизить частоту гнойно-воспалительных ПОО [5, 8].

Цель работы: исследование цитокинового профиля в сыворотке крови больных с множественными формами эхинококкоза печени (МЭП) и изменения их после проведения лечения с помощью липосомальной формы альбендазола (ЛФА).

Материалы и методы. Обследовали 89 больных с МЭП в возрасте 18-75 лет. Мужчин было 36, женщин - 53. По данным УЗИ живой паразит выявлен у 51 (61%) пациента, мертвый - в периоде ранних посмертных изменений - у 9 (11%) больных, мертвый в период поздних посмертных изменений - у 9 (11%) и осложненный эхинококкоз - у 20 (23,1%) больных. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 25 лет. Определение цитокинового спектра (ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-α) в сыворотке периферической крови больных ЭП осуществляли в динамике до операции, сразу после нее, на 3-, 5-сутки, через 4 месяца после оперативного вмеша-тельства с использованием коммерческих тест-систем. "Вектор- Бест" (Россия, Новосибирск). При операции эхинококкэктомии с целью антипаразитарной обработки остаточной полости использовали ЛФА. Свободные края фиброзной капсулы иссекали электроножом в режиме "резка", одновременно проводили гемо- и холестаз диатермокоагулятором до образования темно-серого струпа. Поле операции в течении 10 дней проведена иммуннокорекция иммунотропным препаратом полиоксидонием в инъекциях. В послеоперационном периоде (ПОП) с целью мониторинга выполняли комплекс инструментальных исследований: УЗИ остаточной полости и органов брюшной полости, КТ, по показаниям - МРТ. Также применяли ИФА с эхинококковым антигеном, а также осуществляли контроль иммунологического статуса в динамике. Полученные результаты подвергали статистической обработке с использованием компьютерной программы Excel 2004.

Таблица 1.

Концентрация цитокинов у больных с множественным эхинококкозом печени в динамике оперативного лечения

Показатели	Контроль	До операции	После операции			
			1-сутки	3-сутки	5-сутки	4 мес.
ФНО-α, пкг/мл	69,44±3,37	864,3±292,37	2786,5±302,58	3827,2±276,21	3274,8±248,33	637,3±154,6
ИЛ-6, пкг/мл	75,34±14,21	126,65±25,4	435,16±29,6	276,37±38,2	183,51±41,7	64,78±12,5
ИЛ-4, пкг/мл	67,2±1,45	7,33±0,42	24,39±10,17	46,71±13,28	75,15±14,36	69,25±9,53

Результаты и их обсуждения. В результате проведенного исследования больных с эхинококкозом печени установлено, что концентрация ФНО-α в сыворотке периферической крови больных была более чем в 11 раза выше, по сравнению с группой контроля. Полученные данные представлены в таблице 1.

Из данных таблицы следует, что в контрольной группе ФНО-α составлял 69,44 ± 3,37 пкг/мл, тогда как в группе больных с МЭП был равен 864,3± 292,37 пкг/мл, что достоверно различалось с контрольной группой (P<0,00l). Известно, что ФНО-α является ключевым провоспалительным цитокином, играющим важную роль в формировании цитокинового каскада в организме. Провоспалительные цитокины, в том числе ФНО-α, контролируют клеточные взаимодействия при воспалении. Они регулируют миграцию клеток в очаг воспаления, их активацию и апоптоз клеток. Как установлено, воспаление является физиологической универсальной реакцией организма на внедрение инфицирующего агента, антигена и повреждение ткани. Индукцию выработки цитокиновых молекул могут вызвать травмы, токсины, инфекции. Течение и интенсивность воспалительного ответа контролируется также цитокинами (ИЛ-6), которые подавляют секрецию противовоспалительных цитокинов. Он активирует антигенпредставляющие клетки и Т(CD4+)-лимфоциты, влияет на дифференцировку Т- и В-лимфоцитов и других иммуннокомпетентных клеток.

ИЛ-6 в сыворотке крови при эхинококкозе печени был достоверно выше по отношению к контрольным значениям. Так, в группе больных МЭП сыво-роточная концентрация ИЛ-6 была равна 126,65 ± 25,24 пкг/мл, тогда как в контрольной группе здоровых лиц - 75,34 ± 14.21 пкг/мл, что в 1,7 раза выше

значений контрольной группы. Более того, наблюдали тенденцию в возрас-тании ИЛ-6 в сыворотке периферической крови больных ЭП на 1-е сутки ПОП.

Известно, что ИЛ-6 есть промежуточный цитокин, играющий роль провоспалительного цитокина. В данной ситуации, учитывая, что ЭП является хроническим паразитарным заболеванием, продукция ИЛ-6 обусловлена длительным присутствием в организме эхинококкока. ИЛ-6, обладает выраженными провоспалительными свойствами и способствует переключению клеточного иммунного ответа на гуморальный.

Таблица 2

Концентрация цитокинов у больных множественным эхинококкозом печени под влиянием ЛФА в динамике лечения

Показатели	Контроль	До операции	После операции			
			1-сутки	3-сутки	5-сутки	4 мес.
ФНО-α, пкг/мл	69,44±3,37	778,2±174,24	1967,8±161,20	1739,4±184,38	1162,3±144,68	226,5±92,15
ИЛ-6, пкг/мл	75,34±14,21	188,41±20,34	242,63± 27,39	198,28±32,12	144,57±34,42	42,23±21,37
ИЛ-4, пкг/мл	67,2±1,45	47,96±2,53	85,33±8,68	104,71±13,42	166,58±11,59	120,26±8,37

В интерпретации цитокинов для понятия роли их в патогенезе патологического процесса прибегают к соотношениям между провоспали-тельными и противовоспалительными цитокинами.

Можно отметить, что после проведения оперативного вмешательства наблюдается динамика постепенного снижения провоспалительных интерлейкинов, причём они не достигали таких высоких значений, когда это происходило при использовании традиционных способов лечения либо иммунокорригирующих способов лечения (в случае с полиоксидонием) Более важным критерием является динамика возрастания противоспалительного цитокина ИЛ-4, достигающего своих максимальных значений, что является предиктором положительных результатов, достигаемых у больных данной группы при применении у них ЛФА. Понижение ИЛ-6, а также ФНО-α в динамике лечения под влиянием липосом свидетельствует о том, что их действие эффективно блокируется, а это является важным механизмом, так как отмеченные эти два провоспалительных цитокина (ФНО-α и ИЛ-6) обладают повреждающим действием в отношении печени.

Значительное снижение (ФНО-α и ИЛ-6) или же при их низких значениях отмечается прямая корреляция с гибелью эхинококкового паразита.

Выводы: Исходный уровень цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-α) у больных с множественными формами эхинококкоза печени, свидетельствует о выражен-ном иммунносупрессивном воздействии паразитарного процесса. При угнетении клеточного звена иммунитета использование в комплексном лечении больных с МЭП ЛФА приводит к нормализации как клеточного, так и гуморального звена иммунитета. Эхинококкэктомия снижает иммунносупрес-сивное воздействие паразитарного процесса в ПОП. Повышение концентрации ИЛ-4 в ПОП благоприятно сказывается на исход заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алиев М.М., Аллабергенов А.Т., Икрамов А.И. Некоторое аспекты диагностики и лечения множественного эхинококкоза печени у детей. Хирургия Узбекистана, 2000, №2, с.27-28
2. Азиззода З.А., Курбонов К.М., Ризоев В.С. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени // Вест. Авиц. - 2019. - Т. 21. - № 1. - С. 116-120. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-116-120
3. Амонов Ш.Ш., Рахмонов Д.А., Файзиев З.Ш. и др. Современные аспекты диагностики хирургического лечения эхинококкоза печени / Вест. Авиц. - 2019. - Т. 21. - № 3. - С. 480-488. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-3-480-488
4. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени у беременных // Жур. теор. и клин. мед. - 2011. - № 3. - С. 67-69.
5. Вафин А.З., Машурова Е.В. Экспрессия цитокинов у больных эхинококкозом печени // Анн. хир. гепатол. - 2007. - Т.12. - № 4. - С. 32-35.
6. Запчинян А.В., Казарян Г.С. Молекулярные патомеханизмы развития эхинококкоза печени // Мед. наук. Арм. НАН РА. - 2014. - Т. LIV. - № 3. - С. 110-118.
7. Черникова Е.А., Ермакова Л.А., Козлов С.С. Эхинококкозы:

подходы к лечению // Инф. бол.: нов., мнен.,обуч. - 2014. - № 1. - С.
8. Shamsiev J.A., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S., Juraeva F.F. Results of surgical tratment of Live Echinococcus // Eur. Sci. Rev. - 2018. - № 7 (29). - P. 49-54.

Поступила 09.11.2020

УДК 336.7

РАЗВИТИЕ БАНКОВСКОГО ДЕЛА В БУХАРСКОМ ЭМИРАТЕ (19-20 ВВ)

Чориева Мадина Алиевна,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

В данной статье рассматриваются основы деятельности и функции Российских коммерческих банков Бухарского филиала в Бухарском эмирате. В советской историографии банки понимались как орудие западного и российского "колониализма". Автор, основываясь на архивных данных, доказывает, что финансовые институты Российской империи В отличие от советских и постсоветских исследователей автор считает, что банки не стали "монополистами" в экономике Средней Азии. Самым крупным банком в регионе, который имел разветвленную сеть филиалов по всей Центральной Азии (12 филиалов) считался Русско-Азиатский коммерческий банк (до 1910 г. Русско Китайский банк). Нужно отметить, что Русско-Азиатский банк стремился взять в свои руки хлопководство и промышленное производство. Но в итоге он не сумел стать локомотивом экономического развития региона.

Ключевые слова: банки, коммерция, филиал, монополия, финансирование, модернизация экономики, "колониальная" периферия.

DEVELOPMENT OF BANKING IN THE BUKHARA EMIRATE (19-20 CENTURIES)

Chorieva Madina Alievna,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume***

This article discusses the basics of the activities and functions of Russian commercial banks of the Bukhara branch in the Bukhara emirate. In Soviet historiography, banks were understood as an instrument of Western and Russian "colonialism." The author, based on archival data, proves that the financial institutions of the Russian Empire Unlike Soviet and post-Soviet researchers, the author believes that banks did not become "monopolists" in the economy of Central Asia. The largest bank in the region, which had an extensive network of branches throughout Central Asia (12 branches) was considered the Russian-Asian Commercial Bank (until 1910, the Russian-Chinese Bank). It should be noted that the Russo-Asian Bank sought to take over cotton growing and industrial production. But in the end, he failed to become a locomotive of the region's economic development. According to the author, the main reason is adaptation to really existing economic relations in the Turkestan governor-general and khanates. In the understanding of banks, the "modernization" of the Central Asian economy consisted in financing export crops and mediating between the metropolis and the periphery. The "colonial" periphery at first glance seemed an attractive area for investing and earning super-profits, but the speculative nature of the Turkestan economy prevented the normal development of banks. As a result, the economic "modernization" of Central Asia slowed down and opened the way for the Soviet experiment.

Key words: banks, commerce, branch, monopoly, financing, modernization of the economy, "colonial" periphery

BUXORO AMIRLIGIDA BANK ISHINING RIVOJLANISHI (19-20 ASRLAR)

Chorieva Madina Alievna,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Rezume***

Ushbu maqolada Buxoro amirligidagi Buxoro filialining Rossiya tijorat banklari faoliyati va funktsiyalari asoslari ko'rib chiqiladi. Sovet tarixshunosligida banklar G'arb va Rossiya "mustamlakachiligi" ning vositasi sifatida tushunilgan. Arxiv ma'lumotlari asosida muallif Rossiya imperiyasining moliyaviy institutlari Sovet va postsovet tadqiqotchilaridan farqli o'laroq, banklar Markaziy Osiyo iqtisodiyotida "monopolist" bo'lib qolmaganiga ishonishadi. Markaziy Osiyoda (12 filial) keng tarmoqlarga ega bo'lgan mintaqadagi eng yirik bank Rossiya-Osiyo tijorat banki (1910 yilgacha Rossiya-Xitoy banki) hisoblanadi. Ta'kidlash joizki, Russo-Osiyo banki paxtachilik va sanoat ishlab chiqarishni o'z zimmasiga olishga intilgan. Oxir oqibat u mintaqa iqtisodiy rivojlanishining lokomotiviga aylanmadi. Muallifning fikriga ko'ra, asosiy sabab Turkiston general-gubernatori va xonliklarida mavjud iqtisodiy munosabatlarga moslashishdir. Banklarning tushunchasiga ko'ra, Markaziy Osiyo iqtisodiyotini "modernizatsiya qilish" eksport ekinlarini moliyalashtirish va metropoliya va atrof-muhit o'rtasida vositachilik qilishdan iborat edi. Bir qarashda, "mustamlaka" atrof-muhit sarmoya

kiritish va juda katta daromad olish uchun jozibador maydon bo'lib tuyuldi, ammo Turkiston iqtisodiyotining spekulyativ tabiati banklarning normal rivojlanishiga to'sqinlik qildi. Natijada Markaziy Osiyoni iqtisodiy "modernizatsiya qilish" sekinlashdi va Sovet eksperimentiga yo'l ochdi.

Kalit so'zlar: banklar, tijorat, filial, monopoliya, moliyalashtirish, iqtisodiyotni modernizatsiya qilish, "mustamlaka" atrof-muhit

В конце XIX в. и особенно в 1900-1914 гг. одной из характерных черт экономического развития Средней Азии являлось проникновение сюда российского банковского капитала. Именно банки Российской империи дали ощутимый толчок развитию хлопководства и связанных с ним отраслей промышленности, торговли, а также повлияли на изменение социальной структуры региона. Банковский кредит, доходя до дехканина-производителя, способствовал развитию и формированию зачатков капиталистических отношений.

На развитие товарно-денежных отношений в Бухарском эмирате оказало большое влияние открытие в его пределах учреждений Российских банков. Здесь до 1917 г., наряду с отделением Государственного действовали учреждения таких частных комерческих банков, как Русско-Азиатского, Азовско-Донского, Сибирского торгового, Русского для внешней торговли, Московского. Историографию проникновения банковского капитала в экономику Средней Азии условно можно разделить на три периода. Первый - конца XIX в. до 1917 года. Дореволюционные историки, такие как В.И. Масальский, П.П. Румянцев, рассматривали аграрное положение региона. Второй период - с 1918 до 40-х годов XX столетия. Это работы А.П. Демидова, В. Лаврентьева, П.Г. Галузо, С.Л. Выгодского и др. Большинство иисследователей пришли к выводу, что без банковского финансирования хлопководство не могло бы развиваться. Третий период - 40-х годов XX в. до сегодняшнего дня. Изучение истории банков связано с началом освещения их деятельности на основе архивных материалов.Самым крупным ученым в этой области считается И.Ф. Гиндин. В его работах нашла отражение деятельность всех российских банков. Автор сумел показать и взаимодействие этих кредитных учреждений с центральными фирмами Средней Азии. В дальнейшем проблематику темы разрабатывают в своих трудах В.Я. Лаверычев, М.П. Вяткин, А.М. Юлдашев, М.Б. Бабанов, Ц.Л. Фридман, М.И. Вексельман, Н.Б. Хотамов и др. Некоторые важнейшие вопросы эпохи капитализма, связанные с функционированием банков в Средней Азии, отражены в трудах Б.В. Ананьича, В.И. Бовыкина, И.А. Дьяконовой, Ю.А. Петрова, К.Н. Тарновского и др.

Прежде чем начать рассмотрение деятельности русских банков в Средней Азии, нужно остановить свое внимание на причинах, которые повлияли на создание сети кредитных учреждений в кон. XIX - нач. XX в. в. на этой территории:

- государственные образования Средней Азии были подконтрольны царской администрации, на этой территории действовали законы российского государства, и был ограничен доступ иностранных финансовых групп;

- политика министра финансов С.Ю. Витте и его преемника В.Н. Коковцева. Оценивая коммерческую систему, созданную Витте, А.А. Вольский указал в докладе 1910 г. следующее: "Все ниши народного хозяйства сходились в кабинете министра финансов: без его соизволения и даже Указания ничто нельзя было предпринять" . Ориентация на мирную экономическую экспансию на Среднем и Дальнем Востоке посредством активного субсидирования и привлечения банков страны рассматривалась как инструмент расширения влияния России в регионе;

- создание к концу XIX в. транспортной инфраструктуры (сети железных дорог);

- привлекательность Средней Азии как рынка сбыта российской продукции и сырьевой базы для текстильной промышленности страны. Со второй половины XIX в. начинают сокращаться объемы закупки хлопкового сырья у США. Это связано с Гражданской войной, политикой правительства по снижению сырьевой зависимости России от поставок из Северной Америки и прекращением действия особого торгового соглашения между двумя государствами, заключенного в 1882 г., срок которого истекал 1 января 1913 г. В.И. Масальский писал, что в отношении с США "возникла некоторая определенность, вопрос об... облегчении зависимости некоторых отраслей. промышленности от американского ввоза возбуждает всеобщий интерес".

Деятельность банков в Средней Азии можно условно разделить на два этапа. С 90-х гг. XIX в. по 1909 г. - первый этап. Основную роль в это время играет Госбанк и два по сути его дочерних банка - это Русско-Китайский и Учетно-Ссудный Персидский банки. По отчетам Кокандского биржевого комитета за 1909 г. в течение предыдущих 15 лет было выдано различных кредитов на сумму около 150 млн. рублей. Большая часть средств была получена от вышеуказанных банков. Кредиты коммерческих банков из-за их незначительности являлись второстепенными. На основе положения от 7 июня 1904 г. Об учреждениях мелкого кредита в Туркестане организовывались кредитные и ссудо-сберегательные товарищества, для непосредственного кредитования мелких производителей. В 1910 г. сумма, отпущенная в кредит через эти учреждения, составила 601485 рублей. На территории Средней Азии функционировало семь отделений главного банка страны в таких городах, как Коканд и Бухара - центрах торговли. К 1914 г. на территории региона работало 2 агентства полуправительственного Учетно-ссудного банка Персии и двенадцать отделений Русско-Азиатского банка, хотя основная их деятельность была сосредоточена в Персии и на Дальнем Востоке соответственно[1]. В Казахстане банки кредитовали животноводческий сектор и торговлю хлебом. Русско-Азиатский банк осуществлял эту операцию посредством кредитования частных владельцев скота, как Абсатаров, а также членов Ильгенского мукомольного товарищества10.

С 1909 г. по 1914 г. протекает этап активизации коммерческих банков, наблюдается оттеснение Государственного банка в сфере кредитования и наблюдается борьба между группами Московских и Петербургских банков, в которой последние одержали победу. В Средней Азии в 900-е годы было открыто 42 новых отделения центральных коммерческих банков, из

[1]Гиндин И.Ф. Русские коммерческие банки. Из истории финансового капитала в России. М., 1948.;

[2]Рожкова М.К. Экономические связи России со Средней Азией 40-60-х гг.XIX в.-М, 1963.

которых 32 были учреждениями пяти петербургских банков, а 10 других четырех московских!!. Изначально до 1909 г. главенствующие позиции находились у Московской группы, они представляли регион, который непосредственно нуждался в хлопковом сырье из Средней Азии. Также банки Москвы создавались в целях кредитования текстильной промышленности самими фабрикантами, а данный сектор представлял модель органического роста капитализма "снизу" за счет естественной экономической эволюции. Ориентация на рынок позволила легче пережить кризис 1900-1913 гг.и депрессию 1904-1908 гг., которые сильно затронули тяжелую промышленность, кредитуемую Петербургскими банками[2].

Но положение изменилось во втором периоде 1909-1914 гг. Промышленный подъем в отраслях группы "А", кризис в текстильной промышленности 1911 г. и приток иностранных инвестиций, на которые были ориентированы Петербургские банки, привели к упрочнению позиций последних в Среднеазиатском регионе. Ко всему следует отметить, что даже в кризисные годы коммерческие банки Петербурга активно наращивали региональную сеть![3]

Концентрация российских банков к 1914 г. характеризовалась следующими показателями: в Ферганской области было 28 отделений банков, в Сырдарьинской -10, в Закаспийской - 10, в Семиреченской - 9, в Самаркандской области - 9, в Бухарском эмирате - 11, в Хивинском ханстве - 114. Наибольшее число было расположено в Ферганской области, являющейся центром хлопководства. Российский банковский капитал проявлял также заинтересованность в операциях с коконами, каракулем, шерстью, сухофруктами, люцерной и другими товарами. Так Коканд превратился в главный центр по проведению операций с хлопком и хлопковым маслом, Бухара - с каракулем, Самарканд - с сухофруктами, Новый Ургенч - с люцерной. Именно коммерческие банки не только финансировали производство этих продуктов, но и проводили комиссионную их продажу в центре России и за грани-цей. Центральные коммерческие банки действовали в Средней Азии в основном путем ввоза капиталов из России, местные резервы иммобилизовывали лишь Бухарское и Ново-Ургенское отделения Русско-Азиатского банка. По мнению В. Лаврентьева, в 1913-1915 гг. ими было вложено в Туркестан не менее 300-350 млн. рублей.Основным проводником политики банков являлся посреднический аппарат. Именно от его умения зависел масштаб операций и прибыль банков. Эти люди формировали местную буржуазию из числа торговцев, ростовщиков, землевладельцев и скотоводов. Среди них преобладали узбеки, таджики и (бухарские) евреи. В учетные комитеты отделений банков входили: братья Вадьяевы, Р.Ш. Потеляхов, М. Муминбаев, С. Гиязходжаев, А. Темирбеков. Члены учетного комитета должны были всесторонне изучить кредитоспособность клиента, после чего ходатайствовать о нем в направление банка.В 1911-1914 гг. оформились две крупные монополистические группы. Лидирующее положение занял Русско-Азиатский банк, который работал с домом "Браться Вадьяевы" и имел пай в Андреевском товариществе. Конкуренты - "Кнопп", дом "Потеляхова" во главе с Московским Купеческим банком[4].

По сообщению Я.П. Карпинского, на Ташкентском хлопковом совещании (27-29 декабря 1914 г.), финансовые операции в Средней Азии только коммерческих банков "простираются до цифры свыше 4 млрд. рублей".

Функционирование и становление банковской сети в Средней Азии напрямую связано с этапами капиталистического развития экономики России. Предложенная периодизация отражает причинно-следственные связи процесса проникновения российских банков в регион.

С развитием капиталистических отношений в Бухарском эмирате произошли социальные изменения. В кишлаках начался процесс классовой дифференциации: появились посредники, так называемы "партионщики", которые скупали у населения хлопок и продавали фирмам. Произвол ростовщиков и скупщиков, а также недостаток орошаемых земель ускорили процесс обезземеливания дехкан, которые становились батраками. Иногда они бежали в Туркестанское генерал-губернаторство на сезонные работы на полях, заводах, железной дороге и у частных лиц. Уезжали безземельные крестьяне в Хиву, Афганистан, Кашгар[5].

Словом, проникновение банковского капитала в экономику Бухарского эмирата имело большое значение для развития товарно-денежных отношений. Однако, здесь параллельно развивалось и ростовщичество. Ростовщичество в Бухарском эмирате было одной из главнейших причин не только ухудшения положения народных масс, но и являлось тормозом развития его экономики в целом. Оно торжествовало в эмирате буквально до крушения реакционного эмирского режима.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гиндин И.Ф. Русские коммерческие банки. Из истории финансового капитала в России. М., 1948.;
2. Панфилов С.Ф. Акционерные коммерческие банки в России в прошлом и настоящем. Нижний Новгород, 1924 //История России. Кредитная система. Репринтное воспроизведение, ред. В.В.Аленичев. М., 1995.
3. Рожкова М.К. Экономические связи России со Средней Азией 40-60-х гг.XIX в.-М, 1963.
4. Чориева, Мадина Алиевна. "ЭКОНОМИКА И ДЕНЕЖНОЕ ОБРАЩЕНИЕ (МОНЕТЫ) В БУХАРСКОМ ЭМИРАТЕ ПРИ МАНГЫТАХ (НА РУБЕЖЕ 19-20 ВЕКОВ)." Наука, техника и образование 5 (69) (2020).
5. Чориева, Мадина Алиевна. "Историография жизни и политической деятельности последнего мангытского эмира Сейида Алимхана." Наука, техника и образование 9 (50) (2018).

[3]Чориева М.А. Историография жизни и политической деятельности последнего мангытского эмира Сейида Алимхана. - Наука, техника и образование, 2018.

[4]Гиндин И.Ф. Русские коммерческие банки. Из истории финансового капитала в России. М., 1948.

[5]Чориева М.А. Историография жизни и политической деятельности последнего мангытского эмира Сейида Алимхана. - Наука, техника и образование, 2018.

Поступила 09.11.2020

УДК 616.155.194.8

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Жарылкасынова Г.Ж.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

На сегодняшний день большую обеспокоенность медиков нашей Республики вызывает массовый характер заболеваемости анемией. Развиваясь чаще всего в результате нехватки железа в организме, анемия способна оказывать неблагоприятное влияние на рост и развитие организма детей, течение беременности у женщин и хронических соматических заболеваний.

Ключевые слова: анемия; дефицит железа; железодефицитная анемия; саплементация.

REGIONAL FEATURES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Zharylkasynova G.Zh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

Today, the great concern of doctors in our Republic is caused by the massive incidence of anemia. Developing most often as a result of a lack of iron in the body, anemia can adversely affect the growth and development of the body of children, the course of pregnancy in women and chronic somatic diseases.

Key words: anemia; iron deficiency; Iron-deficiency anemia; supplementation.

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDAGI BOLALAR VA O‘SPIRINLARGA TEMIRNING ETISHMASLIGI ANEMIYASINING MINTAQAVIY XUSUSIYATLARI

Jarilqasinova G.Z.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Bugungi kunda respublikamizda shifokorlarning katta tashvishi anemiya massivligi bilan bog‘liq. Ko‘pincha organizmda temir etishmasligi natijasida rivojlanayotgan anemiya bolalar tanasining o‘sishi va rivojlanishiga, ayollarda homiladorlik holatiga va surunkali somatik kasalliklarga salbiy ta'sir ko‘rsatishi mumkin.

Kalit so‘zlar: anemiya; temir tanqisligi; Temir tanqisligi anemiyasi; qo‘shimchalar.

Актуальность

Проблема железодефицитных состояний (ЖДС) не является новой для медицины. Важным является факт, что два основных ЖДС - латентный дефицит железа (ЛДЖ) и железодефицитная анемия (ЖДА) - встречаются во всех странах мира, но распространенность этих состояний в разных регионах внутри них различна [2,3,6].

Этиологические факторы, вызывающие ЖДА различны и включают экологические катастрофы, техногенное загрязнение окружающей среды и нерациональное питание. Все они приводят к существенным изменениям состава микроэлементов (МЭ) в организме человека, что проявляется накоплением токсичных МЭ и вытеснению эссенциальных [1]. В связи с этим в литературе имеется понятие о том, что ЖДА является полимикроэлементозом биогеохимической природы [1,7,9].

Определенные регионы имеют свою специфику содержания МЭ, отличающую их от других, что делает традиционный подход к профилактике и лечению ЖДА не совсем оправданным. В Республике Узбекистан также можно отдельно выделить несколько крупных регионов, в которых вследствие неблагоприятной экологической обстановки и биотехногенного воздействия значительно изменилась структура большинства заболеваний, связанных с обменом микроэлементов.

В связи с этим, целью исследования стала оценка региональных особенностей заболеваемости ЖДА на территории Республике Узбекистан в 2007-2019 годах.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе кафедры гематологии Бухарского государственного медицинского института. Материал исследования включал данные официальной статистической отчетности, учетно-отчетную документацию, информационные и аналитические материалы, собранные за период с 2007 по 2019 г. Материал, был собран в результате работы с Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан, а также областными, городскими и районными управлениями здравоохранения в регионах страны. Были проанализированы данные по заболеваемости детей и подростков в Кашкадарьинской, Бухарской и Навоийской областях, а также Республике Каракалпакстан.

Исследование носило комплексный характер с использованием описательных и аналитических эпи-

демиологических приемов, ретроспективного эпидемиологического анализа и методов медицинской статистики. Было проведено сравнительное исследование динамики заболеваемости в каждом из 4 регионов на фоне среднего значения показателей в стране, возрастных группах детей (до 14 лет), подростков (15-17 лет) и взрослых.

Для градации степени значимости проблемы ЖДА в каждом регионе были использованы критерии экспертов ВОЗ, согласно которым распространенность ЖДА в популяции может быть умеренной (от 5 до 19,9%) - 3 категория значимости, средней (от 20 до 39,9%) - 2 категория значимости и значительной (40% и более) - 1 категория значимости [4,5].

Статистический анализ включал сбор и объединение данных в единую компьютерную базу. При обработке использовали компьютерные пакеты STATISTICA и BIOSTAT. Для анализа использовались как параметрические, так и непарамегрические методы. Для количественных показателей вычисляли средние значения, стандартные ошибки, стандартные отклонения. Выводились линии тренда для прогнозирования дальнейшей заболеваемости с вычислением величины достоверности аппроксимации (R2).

Результат и обсуждения

Анализ динамики показателя общей заболеваемости показал, что в Бухарской области в 2007 году распространенность ЖДА составляла 23,1%, что превышало средние показатели по стране равные 20,6% и соответственно категориям ВОЗ относится ко 2 категории значимости. В течении следующих 5 лет отмечалась неравномерная динамика заболеваемости с чередованием снижения и повышения числа случаев пока в 2012 году в области не была зафиксирован показатель в 17,9% что было практически равно средним показателем в стране. В среднем уровень ежегодной регрессии заболеваемости составил 0,88% (R^2 = 0,8628) (рис. 1).

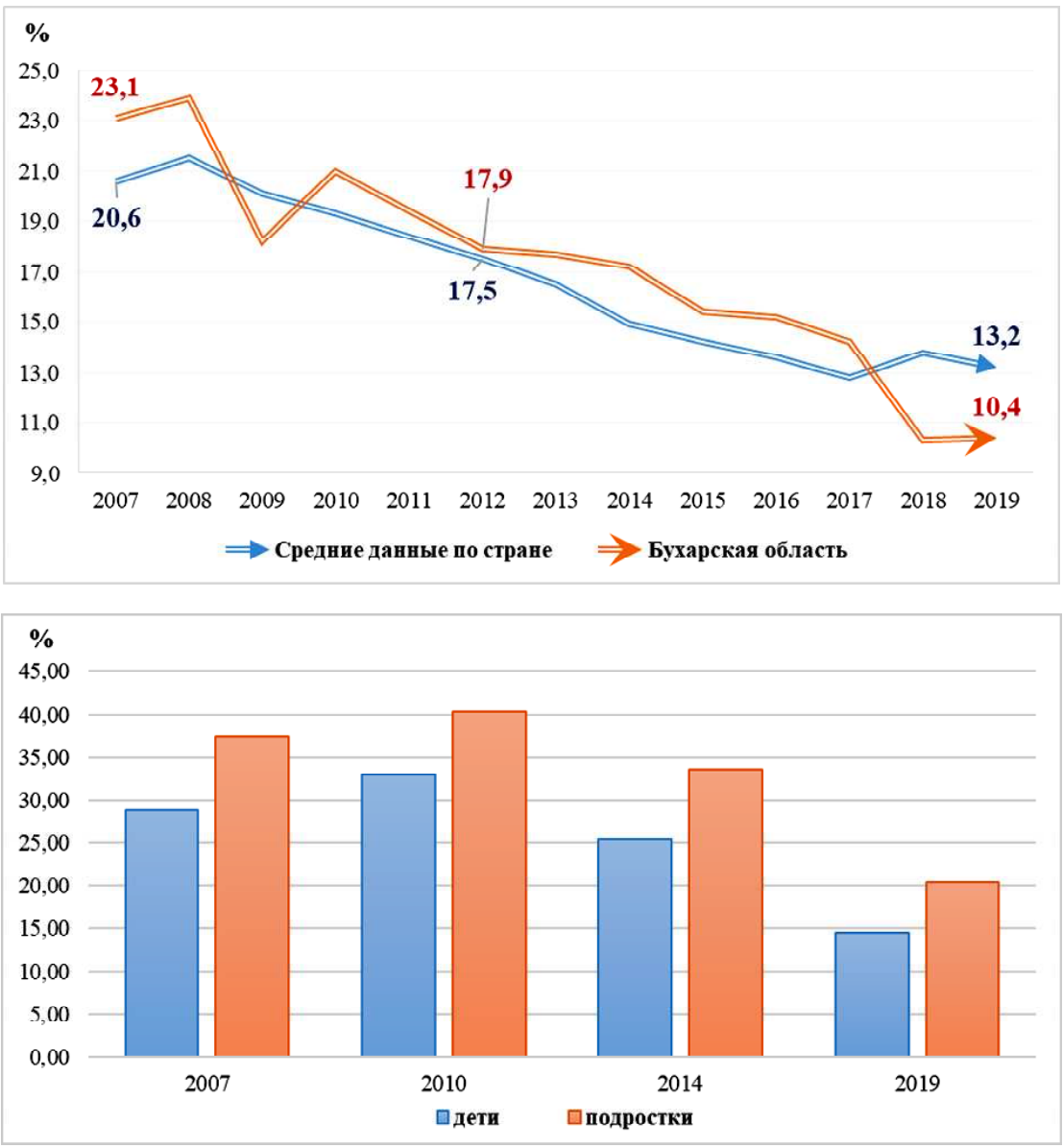


Рисунок 1. Динамика показателей общей заболеваемости ЖДА среди детей и подростков в Бухарской области в сравнении со средними данными по стране и в отдельных возрастных группах.

В последующем тенденция наблюдалась стабильная тенденция к снижению заболеваемости, которая в 2018 году достигла отметки в 14,2%, что несколько выше средних цифр по Республике, но переводит статус ЖДА в регионе в 3 категорию значимости.

Анализ распространенности в возрастном аспекте показал, что в Бухарской области наибольшую актуальность ЖДА представляет у подростков, у которых в 2010 году показатель даже превысил 40%. Несмотря на последующее снижение профилактические мероприятия так и не позволили добиться снижения заболеваемости у подростков ниже 20%, что продолжает требовать разработки новых мер по коррекции ЖДА у них. Показатели общей заболеваемости у детей снизились практически в 2 раза и в 2019 году они соответствуют 3 категории значимости для здравоохранения.

Анализ заболеваемости в Кашкадарьинской области показал, что начиная с 2007 года показатель общей заболеваемости ЖДА в данном регионе был почти в 2 раза ниже средних показателей в стране. В 2019 году отметка достигла значения всего в 5,1%. В среднем уровень ежегодной регрессии заболеваемости составил 0,87% (R^2 = 0,7748) (рис. 2). Если рассматривать распространенность среди детей и подростков, то наблюдалось относительное преобладание ЖДА у подростков. Тем не менее в 2019 году показатели всех возрастных групп были ниже 10%, что относится к 3 категории значимости для здравоохранения.

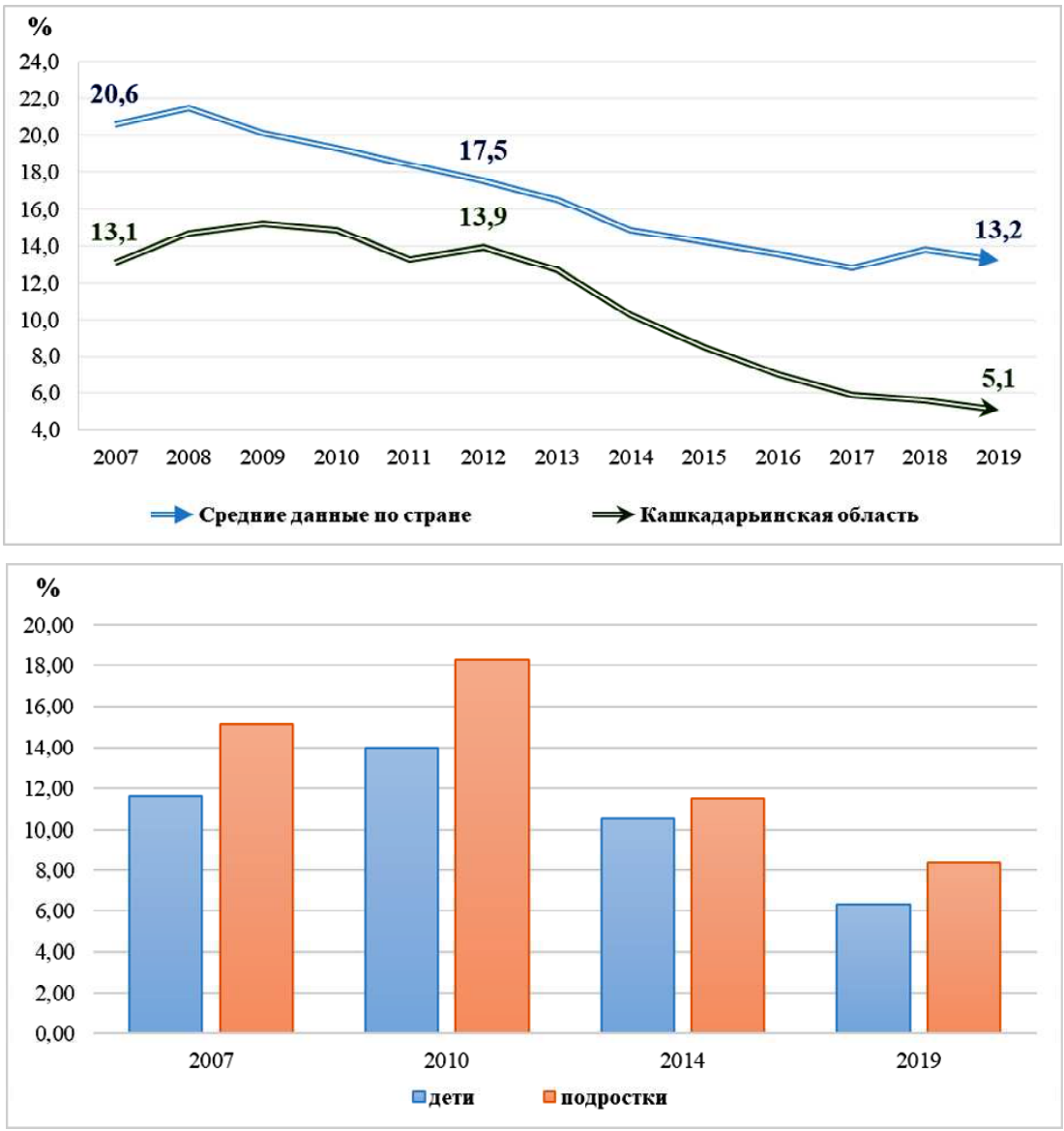


Рисунок 2. Динамика показателей общей заболеваемости ЖДА среди детей и подростков в Кашкадарьинской области в сравнении со средними данными по стране и в отдельных возрастных группах.

Показатель общей заболеваемости в Навоийской области в 2007 году составлял почти 40% (1 категория значимости) и почти в 2 раза превышал средний показатель по стране. Однако уже через 2 годы удалось добиться снижения заболеваемости до 25%. В дальнейшем темп снижения был менее заметным, но в 2019 году показатель общей заболеваемости все же почти сравнялся со средними цифрами в Республике, а проблема ЖДА в регионе стала относиться к 3 категории значимости. В среднем уровень

ежегодной регрессии заболеваемости составил 2,27% ($R^2 = 0,9269$) (рис. 3).

Анализ заболеваемости показал, что в течение первых 3-4 лет основную угрозу ЖДА представляла для детей и подростков, у которых показатели заболеваемости превышали 40% и относились к 1 категории значимости. К концу периода наблюдения произошло снижение показателей общей заболеваемости у всех 3 групп менее 20%.

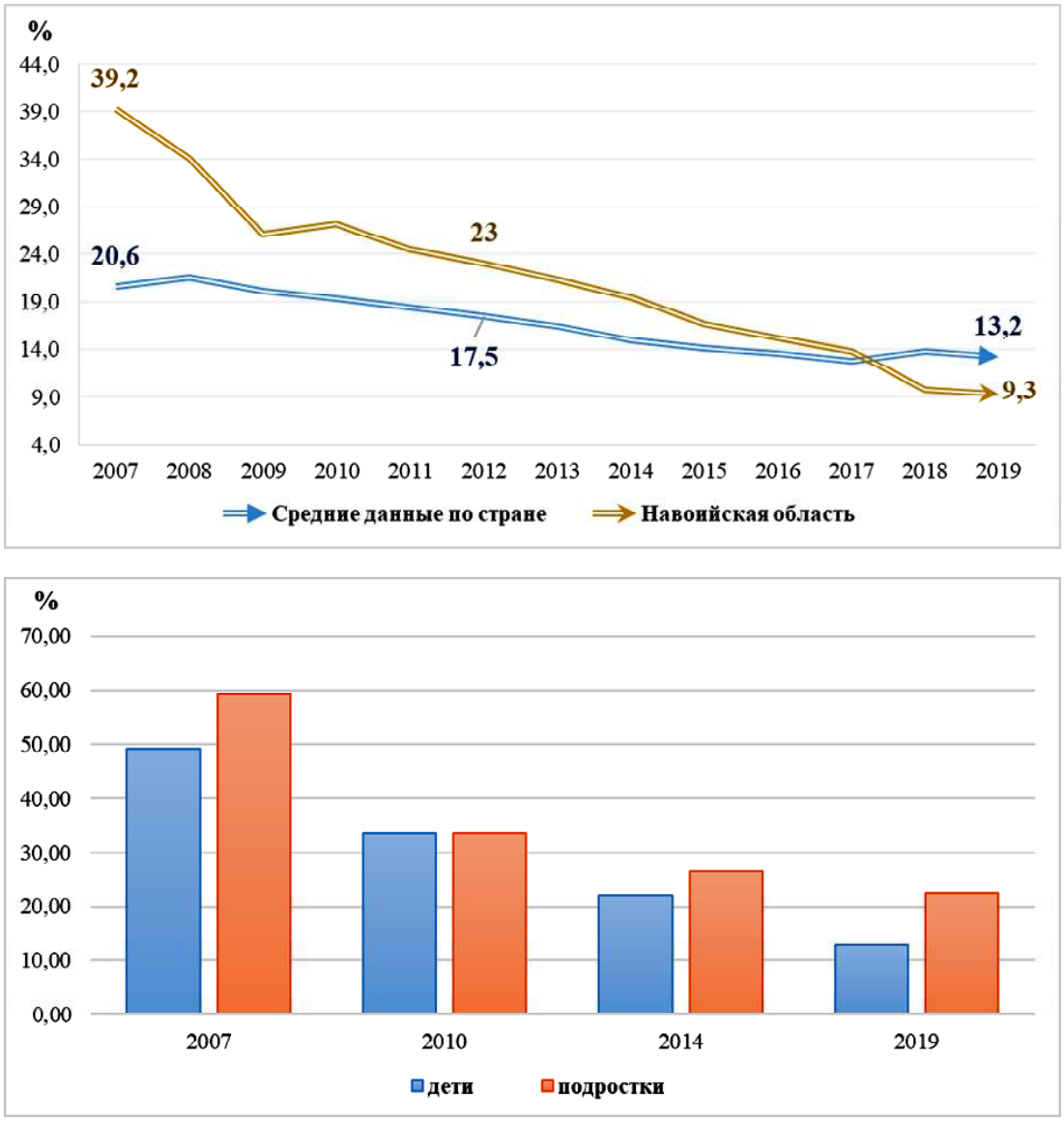


Рисунок 3. Динамика показателей общей заболеваемости ЖДА среди детей и подростков в Навоийской области в сравнении со средними данными по стране и в отдельных возрастных группах.

В Республике Каракалпакстан были зафиксированы наиболее высокие показатели общей заболеваемости среди всех исследованных регионов за весь срок наблюдения, который в 2007 году составлял 50,6%. В течение следующих 5 лет проблема ЖДА в данном регионе по показателям заболеваемости относилась к 1 категории по значимости для здравоохранения. Снижение отметки в 40% наблюдалось в 2012 году, после чего регрессия продолжалась и достигла показателя в 22,7%, что перевело проблему ЖДА из 1 во 2 категорию значимости для здравоохранения. Несмотря на это, показатель 2019 года превосходит средний показатель по стране почти в 2 раза. В среднем уровень ежегодной регрессии заболеваемости составил 2,82% ($R^2 = 0,9936$) (рис. 4).

В отличии от других регионов в Республике Каракалпакстан наиболее высокие показатели заболеваемости ЖДА наблюдались у детей. Заболеваемость детей превышала показатель в 40% вплоть до 2016 года.

Результаты анализа эпидемиологической обстановки в 4 регионах Республики Узбекистан показывают, что ЖДА может быть значительно более распространенной в условиях экологически неблагополучного региона, вследствие недостатка экзогенных микроэлементов, в том числе и железа, а также зависеть и от социально-экономических факторов и уровня профилактических и оздоровительных мероприятий.

Статистические данные наглядно демонстрируют, что на территории Республики Узбекистан имеются регионы, которые, на примере Республики Каракал-

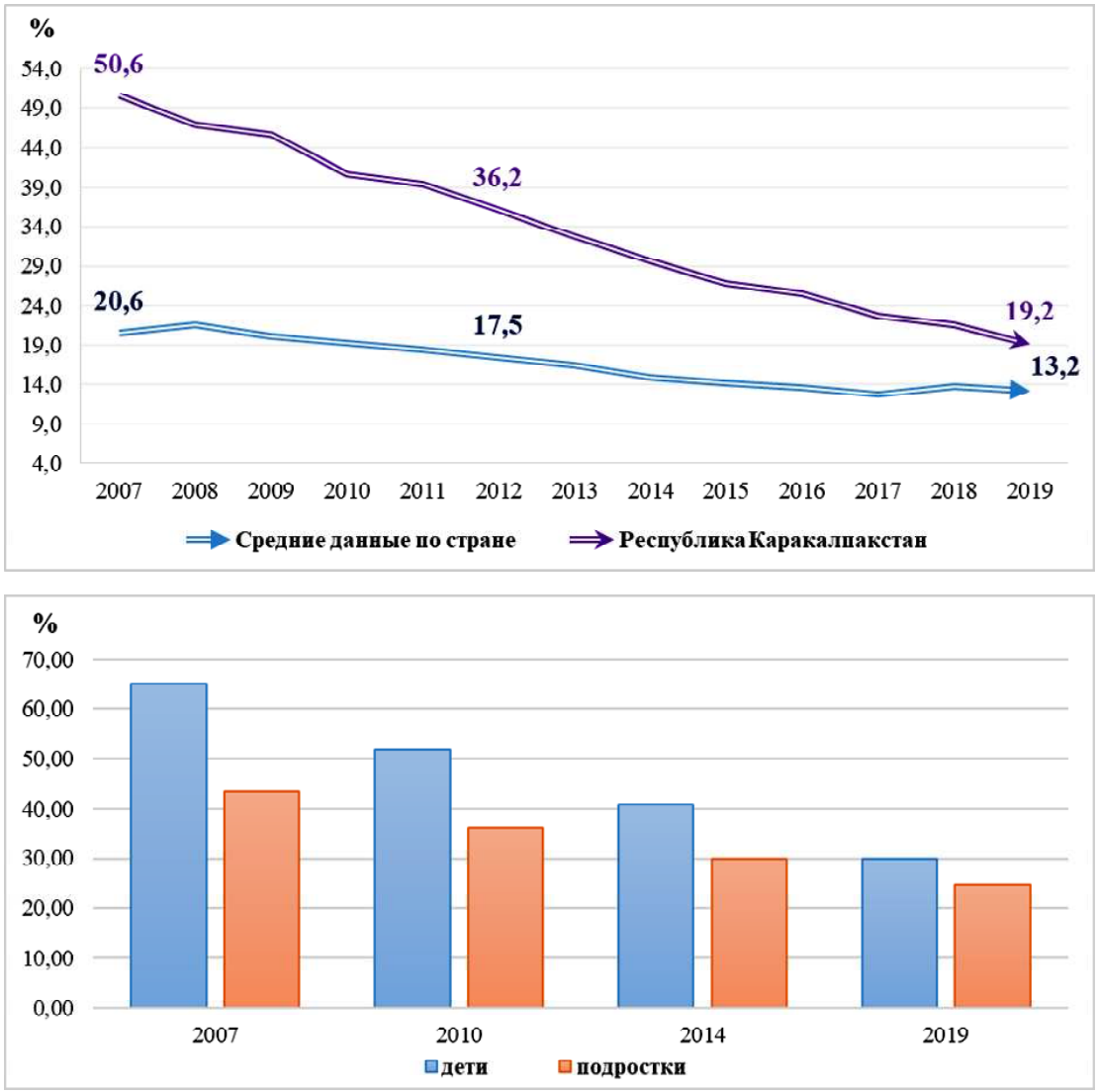


Рисунок 4. Динамика показателей общей заболеваемости ЖДА среди детей и подростков в Республике Каракалпакстан в сравнении со средними данными по стране и в отдельных возрастных группах.

пакстан и Навоийской области, по показателю общей заболеваемости ЖДА значительно превосходят остальные регионы. В связи с этим актуальным являются исследования, посвященные определению тех факторов, которые на территории данных регионов способствуют большему распространению заболевания. Одновременно с этим, следует проанализировать и систему мероприятий, которые были проведены на территории данных областей, так как за указанный 12-летний период именно в этих 2 регионов определялся наиболее высокий уровень регрессии заболеваемости. Величина достоверности аппроксимации (R2), которая была рассчитана при определении линии тренда динамики заболеваемости в этих областях превышала 0,9, что дает основание с точки зрения статистики прогнозировать дальнейшую регрессию заболеваемости.

Влияние экологического фактора можно было наблюдать на примере Бухарской области, в которой расположено множество промышленных заводов, оказывающих техногенное влияние на регион [9]. В основном изменяется качественный состав питьевой и проточной воды, что проявляется снижением содержание таких важных микроэлементов, как железо, хром, кобальт, цинк, и увеличением содержание токсичных металлов (бериллий, алюминий, кадмий). Уже было доказано, что изменение качественного состава питьевой воды, которую употребляет население и проточной воды, которое используется для орошения в сельском хозяйстве, достоверно повышает распространенность ЖДА в регионе [8,9]. Наше исследование также показало, что данная область по показателям общей заболеваемости ЖДА превосходило средние данные по Республике на протяжении всего исследованного периода.

Вместе с тем, необходимо отметить, что на территории Республики Узбекистан имеются и регионы, которые имеют заметно меньшую распространенность ЖДА. Анализ статистических данных Кашкадарьинской области показал, что показатель общей заболеваемости с 2007 года значительно уступал средним показателям по стране, а в 2019 году достиг отметки сопоставимой с показателями развитых стран мира. Несомненно, изучение факторов, которые способствуют более низкой заболеваемости ЖДА по сравнению с остальными регионами Республики также является важной задачей.

Заключение

Таким образом, несмотря на то, что за период с 2007 по 2019 годы в целом по стране и в большинстве регионов удалось достигнуть значительного снижения показателя общей заболеваемости железодефицитной анемией, соответствующее 3 категории значимости для здравоохранения по критериям ВОЗ, в Республике Каракалпакстан показатель все еще соответствует 2 категории значимости. Вместе с тем значительно более высокие показатели заболеваемости отмечаются в группе подростков в Бухарской области и детей в Республике Каракалпакстан. Выше изложенное диктует необходимость дальнейших исследований, которые следует акцентировать на вопросах фармакоэпидемиологии и фармакоэкономики с целью разработки новых мер по снижению заболеваемости на территории проблемных регионов и среди отдельных возрастных групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гресь Н.А., Тарасюк И.В. Микроэлементозы человека: актуальные проблемы. Медицина. 2006; 3:37-45.
2. Цветкова О.А. Медико-социальные аспекты железодефицитной анемии. Человек и лекарство. Актуальные вопросы медицины. 2009;5: 387-392.
3. Румянцев А.Г., Захарова И.Н., Чернов В.М. Распространенность железодефицитных состояний и факторы, на нее влияющие. Медицинский совет 2015; 6: 62-66.
4. UNICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2001 (WHO/NHD/01.3). - 114 p.
5. WHO/UNICEF/UNUIron defciency anemia: assessment, prevention, and control, World Health Organization, Geneva, 2001.
6. Сельчук В.Ю., Чистяков С.С., Толокнов Б.О. и др. Железодефицитная анемия: современное состояние проблемы. РМЖ "Онкология". 2012; 1:1-9.
7. Исследование по питанию в Узбекистане. Детский Фонд Организации Объединённых Наций. Ташкент. 2019.
8. Mesias M., Seiquer I., Navarro M.P. Iron nutrition in adolescence. Crit Rev Food Sci Nutr. 2013;53(11):1226-1237.
9. Курбанов Д.Д., Ахмедова Д.Р., Ищенко И.В. и др. Причина железодефицитной анемии у девочек - подростков, проживающих в Караулбазарском районе бухарской области. Вестник врача. 2015; 25-28.

Поступила 09.11. 2020

УДК 616.155.194

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2007-2019 ГОДЫ

Юлдашова Р.У.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

В мире около 50% детей дошкольного возраста и беременных женщин страдают железодефицитной анемией. Дефицит железа является самым распространенным нарушением питания в мире от которого страдают многие дети и женщины в развивающихся странах, и единственным видом недостаточности питательных веществ, который также распространен в значительных масштабах в промышленно-развитых странах. В данном обзоре литературы будут представлены обобщенные данные об эпидемиологической характеристике анемии среди детей и подростков в Республике Узбекистан и ее динамике за последние 25 лет на фоне глобальной заболеваемости.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, дети, подростки.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN FOR 2007-2019

Yuldashova R.U.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

In the world, about 50% of preschool children and pregnant women suffer from iron deficiency anemia. Iron deficiency is the most common nutritional disorder in the world affecting many children and women in developing countries, and the only type of nutritional deficiency that is also prevalent in industrialized countries. This literature review will present summarized data on the epidemiological characteristics of anemia among children and adolescents in the Republic of Uzbekistan and its dynamics over the past 25 years against the background of global morbidity.

Key words: iron deficiency anemia, children, adolescents.

2007–2019-YILLAR UZBEKISTON RESPUBLIKASIDA BOLALAR VA O‘SMIRLAR ORASIDA TEMIRNING KAMLIGI ANEMIYA EPIDEMIOLOGIK XARAKTERISTIKASI

Yo‘ldoshova R.U.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ ***Rezyume,***

Dunyoda maktabgacha yoshdagi bolalar va homilador ayollarning taxminan 50% temir tanqisligi anemiyasidan aziyat chekmoqda. Temir tanqisligi - bu rivojlanayotgan mamlakatlarda ko‘plab bolalar va ayollarni qamrab oladigan dunyodagi eng keng tarqalgan ovqatlanish buzilishi va oziq-ovqat etishmovchiligining yagona turi, bu sanoat rivojlangan mamlakatlarda ham keng tarqalgan. Ushbu adabiy sharhda O‘zbekiston Respublikasida bolalar va o‘spirinlar o‘rtasida kamqonlikning epidemiologik xususiyatlari va uning global kasallanish fonida so‘nggi 25 yil ichidagi dinamikasi to‘g‘risida umumlashtirilgan ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit so‘zlar: temir tanqisligi anemiyasi, bolalar, o‘spirinlar.

Актуальность

Железодефицитная анемия (ЖДА) является широко распространенной патологией среди населения, которая, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека [1]. Как известно, ЖДА более распространена в развивающихся странах, чем в развитых.

Согласно градации экспертов ВОЗ, распространенность ЖДА в популяции может быть умеренной - от 5 до 19,9%, средней - от 20 до 39,9% и значительной - 40% и более [1,3]. При распространенности анемии более 40% проблема перестает быть только медицинской и требует принятия мер на государственном уровне. Подобная ситуация наблюдалась и в Республике Узбекистан, одной из развивающихся стран Центральной Азии, где в середине 90х годов уровень заболеваемости ЖДА в отдельных регионах намного 40%. В связи с этим, с стране было начато проведение профилактических и оздоровительных мероприятий, первые результаты которых проявились уже в 2006-2007 годах [11,12].

Несмотря на то что работа в данном направлении начала давать результаты уровень заболеваемости в отдельных регионах оставался высоким и представлял значительную проблему для здравоохранения страны. Последующие годы характеризовались значительными преобразованиями в структуре и деятельности системы здравоохранения, которая стала более ориентированной на профилактику заболеваний.

В связи с этим, целью данного исследования являлось оценка структуру и динамики заболеваемости ЖДА в Республике Узбекистан с 2007 по 2019 годы.

Материал и методы

Исследование выполнено на кафедре гематологии Бухарского государственного медицинского института. Материалами исследования послужили данные официальной статистической отчетности, учетно-отчетная документация, информационные и аналитические материалы, собранные за период с 2007 по 2019 г. Материал, был собран в результате работы с Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан, а также областными, городскими и районными управлениями здравоохранения в регионах страны. Особый акцент был сделан при анализе эпидемиологической обстановки в Кашкадарьинской, Бухарской и Навоийской областях, а также отдельно в Республике Каракалпакстан.

Исследование носило комплексный характер с использованием описательных и аналитических эпидемиологических приемов, ретроспективного эпидемиологического анализа и методов медицинской статистики.

Статистический анализ включал сбор и объединение данных в единую компьютерную базу. При обработке использовали компьютерные пакеты STATISTICA и BIOSTAT. Для анализа использовались как параметрические, так и непарамегрические методы. Для количественных показателей вычисляли средние значения, стандартные ошибки, стандартные отклонения. Выводились линии тренда для прогнозирования дальнейшей заболеваемости с вычислением величины достоверности аппроксимации (R2).

Результат и обсуждения

Рассматриваемый временной промежуток был охарактеризован приростом общей численности населения с 26 млн до 31 млн жителей [13].

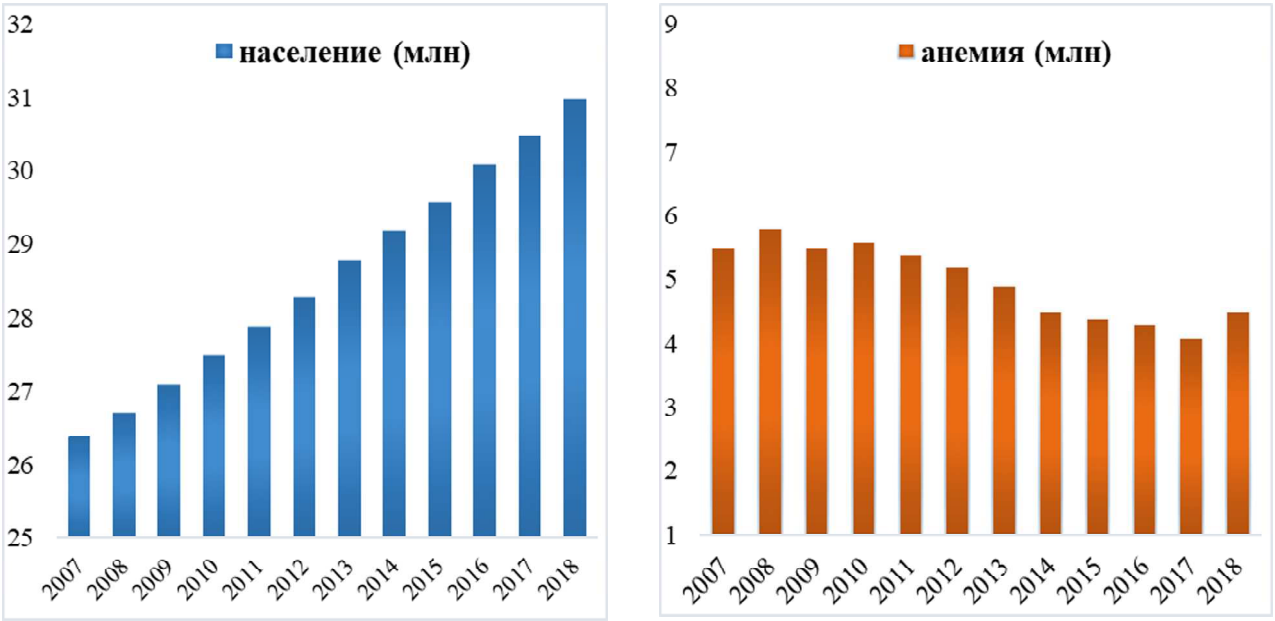


Рисунок 1. Сравнение динамики численности населения страны и абсолютного числа случаев анемии во всех возрастных группах с 2007 по 2018 годы.

Динамика абсолютного числа случаев анемии среди населения не была столь равномерной в течение первых 3 лет, лишь с 2010 года началось стабильное снижение числа случаев с 5,6 млн до 4,1 млн в 2017 году. При этом в период с 2007 по 2018 годы в стране определялся средний ежегодный прирост населения равный 1,45%, тогда как средний ежегодный показатель регрессии анемии у всего населения составил 0,81% (рис. 1).

Анализ показателей общей и первичной заболеваемости на 100000 населения в Республике Узбекистан за период с 2007 по 2019 годы представлен на рисунках 2 и 3. Графики демонстрируют, что произошло значительное снижение обоих показателей.

Показатель общей заболеваемости составлял 20620 на 100 тысяч населения, после некоторого увеличения показателя в 2008 году началось его стабильное снижение, продолжавшееся до 2017 года. В 2018 году было зафиксировано некоторое повышение общей заболеваемости до 13837 случаев на 100 тысяч населения. Тем не менее график демонстрирует, что за 12 лет произошло снижение показателя общей заболеваемости почти на 33%. При этом в среднем ежегодно происходило снижение показателя на 816 случаев на 100000 населения (R9517).

Анализ показателя первичной заболеваемости показал, что в 2007 году он составлял 8,3 тысяч случаев на 100 тысяч населения. D 2008 году наблюдалось увеличение показателя почти до 9 тысяч случаев, после чего в течение следующих 6 лет наблюдалось снижение, которое достигло наименьшей точки в 2014 году и составило 5,5 тысяч случаев. В течение следующих 4 лет чередовались периоды подъема и снижения пока в 2019 году показатель первичной заболеваемости не достиг итоговой отметки в 5,2 тысяч случаев. Данные графика показывают, что за 12 лет произошло снижение показателя более чем на 30% со средней ежегодной регрессией равной 343 случая ($R^2 = 0,8729$).

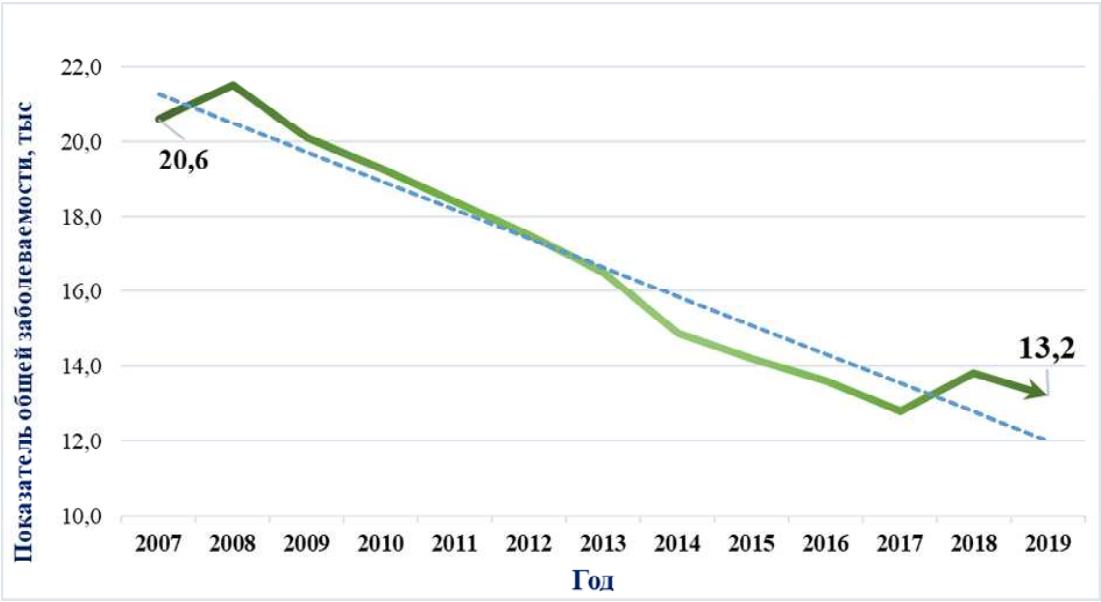


Рисунок 2. Динамика показателя общей заболеваемости с 2007 по 2019 годы.

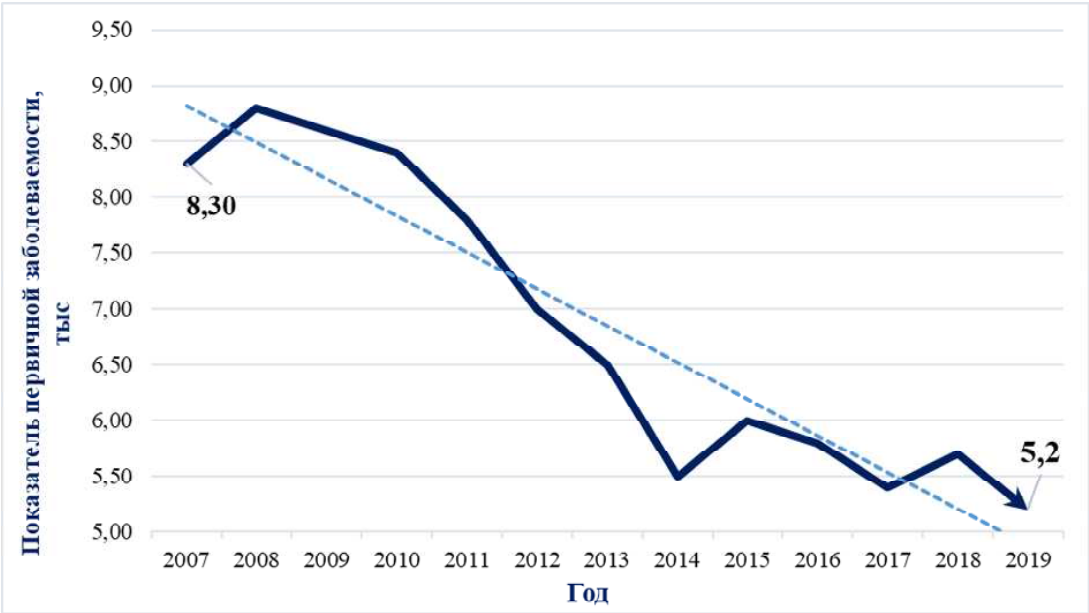


Рисунок 3. Динамика показателя первичной заболеваемости с 2007 по 2019 годы.

Анализ динамических изменений в показателях заболеваемости ЖДА среди детей и позростков представлен на рисунке 4. Из графика видно, что рассмотрение показателя общей заболеваемости в пересчете на 100000 населения в зависимости от возрастной группы показывает значительно более высокие цифры у детей (до 14 лет) и подростков (15-17 лет) по сравнению со взрослым населением. Так в 2008 году на 100000 детей было зафиксировано показатель общей заболеваемости анемией составлял 22657, а на 100000 подростков приходилось 22973 случая. У взрослых же данный показатель составлял 19347 случаев. После повышения показателей в 2008 году, общая заболеваемость у детей и взрослых стабильно снижалась на протяжении следующих 9 лет. У детей за прошедший период наблюдалось снижение регрессия показателя на 28%, тогда как у взрослых на 37%. При этом средняя величина ежегодной регрессии составила почти 750 случаев у детей (R^2 = 0,9211) и почти 870 случаев (R^2 = 0,947) у взрослых в пересчете на 100000 населения.

Динамика общей заболеваемости у возрастной группы подростков на протяжении указанного периода не имела стабильной тенденции. График показывает, что на протяжении первых 3 лет наблюдалось значимое снижение заболеваемости с 23% в начале до почти 20% в 2009 году. В течение следующих 3 лет наблюдалось некоторое повышение показателя, которое сменилось резким снижением за следующие 2 года, когда в 2014 году был зафиксирован наименьший показатель равный почти 19000 случаев на 100000 подростков. Однако, в течение последних 4 лет на-

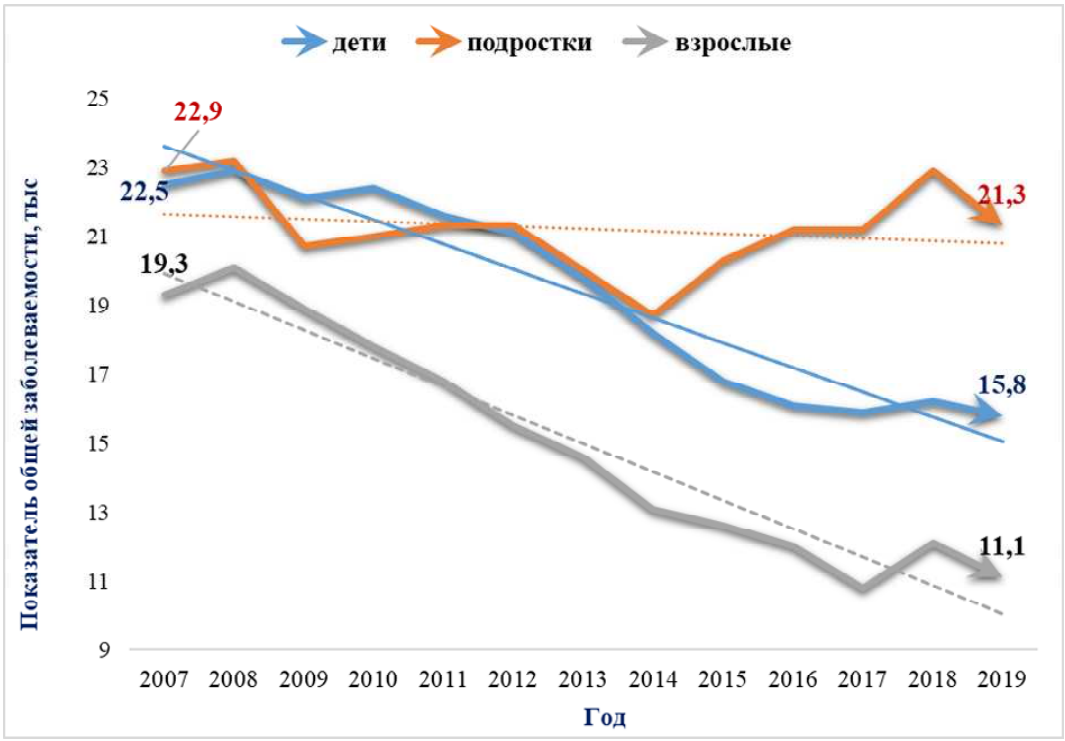


Рисунок 4. Динамика показателей общей заболеваемости анемией на 100000 у разных возрастных групп.

блюдения произошло повторное повышение показателя, который в 2018 году даже превзошел исходный показатель 2008 года и составил 22993 случаев на 100000 подростков.

Рисунок 5. Показатель общей заболеваемости ЖДА на 100000 населения по наиболее проблемным регионам и всей Республике в целом за 2007 и 2019 годы.

Анализ показателя общей заболеваемости на 100000 населения в региональном аспекте показан на рисунке 5. Для исследования были взяты статистические данные Бухарской, Навоийской и Кашкадарьинской областей, а также Республики Каракалпакстан, так как указанные регионы в течение многих лет считались наиболее проблемными в плане распространенности ЖДА. Из графика видно, что в 2007 году показатель общей заболеваемости ЖДА на 100000 населения в Республике Каракалпакстан более чем в

2 раза превышал средний показатель по всей стране и составлял 50,6 тыс. случаев. Показатели Навоийской области также почти в 2 раза превосходили средние показатели по стране, составляя 39,2 тыс., в то время как заболеваемость в Бухарской области была лишь незначительно выше равняясь 23,1 тыс. Лишь показатели в Кашкадарьинской области составляли в 2007 году 13,1 тыс., что было значительно ниже средних по стране 20,6 тыс.

Если анализировать аналогичные данные за 2019 год, то становится ясным, что подобно снижению среднего показателя по всему Узбекистану в целом, произошло и значительное снижение в указанных регионах. Во всех 4 регионах за прошедшие 12 лет наблюдалось снижение показателя общей заболеваемости более чем в 2 раза по сравнению с 2007 годом. При этом в Республике Каракалпакстан и Навоийской области произошла регрессия на 57% и 75% соответственно. Данные за 2019 говорят о том, что лишь показатели Республики Каракалпакстан (21,6 тыс.) значительно превосходят средние показатели по стране (13,8 тыс.), в то время в остальных областях они ниже.

Распространенность ЖДА среди населения является показателем, который во многом зависит от социально-экономических факторов, так как ее развитие связано с недостатком железа и других важных нутриентов в организме, то есть качеством питания [14]. В связи с этим анализ ее динамики дает возможность понять вектор развития не только здравоохранения, но и других аспектов жизни государства. Республика Узбекистан является развивающимся государством, в котором за исследованные 12 лет наблюдался демографический рост примерно на 20%. Однако, несмотря на значимый рост численности населения абсолютное число случаев ЖДА среди населения страны за прошедший период снизилось более чем на 26%. Данная регрессия показывает, что в целом в стране произошел заметный прогресс, связанный не только с совершенствованием методов лечения и профилактики ЖДА, но и целым рядом социально-экономических изменений в жизни страны.

Динамика наиболее важных эпидемиологических индикаторов, показателей общей и первичной заболеваемости показала, что за прошедший период они снизились на 33% и 30% соответственно, при этом величина достоверности аппроксимации (R2) в обоих случаях была достаточно высокой, что дает основание с точки зрения статистики ожидать дальнейшее продолжение регрессии заболеваемости.

Однако, следует отметить, что рассмотрение динамики заболеваемости в отдельных возрастных группах показало, что у подростков (15-17 лет) за исследованный временной интервал не наблюдалось общей тенденции к стабильной регрессии, и в 2018 году показатель оказалась несколько выше исходного. Более высокий уровень заболеваемости ЖДА подростков может быть обусловлен целым рядом причин. Ранее было показано, что среди факторов, способствующих развитию ЖДА, в данной возрастной группе играют "скачок роста", хронические кровопотери (длительные и обильные менструации) и нерациональное питание [15,16,17,18].

Региональные особенности распространенности ЖДА были представлены более высокими показателями заболеваемости в Навоийской области и Республике Каракалпакстан, где в 2007 году данная патология встречалась почти у каждого второго жителя. За прошедшие 12 лет в данных регионах удалось добиться значительного снижения показателей заболеваемости, однако в Республике Каракалпакстан показатели все еще почти в 2 раза превосходят средние показатели по всей стране.

В целом, если обратиться к рекомендациям ВОЗ [1,3], то в Республике Узбекистан за период с 2007 по 2019 годы удалось добиться перехода категории значимости проблемы ЖДА для общественного здравоохранения из средней (распространенность 20,0-39,9%) в умеренную (5,0-19,9%). В отдельных регионах, где в 2007 году категория проблемы была значительной (≥40%) за 12 лет удалось добиться перехода в категорию средней значимости. Тем не менее, средние показатели по стране все еще далеки от нормальных (4,9%), что обуславливает необходимость продолжения и углубления профилактических и оздоровительных мероприятий.

Заключение

Таким образом, проведенное эпидемиологическое исследование показало, что в период с 2007 по 2019 годы в Республике Узбекистан удалось добиться значительной регрессии показателей заболеваемости железодефицитной анемии. Однако, в отдельных возрастных группах, в частности у подростков, распространенность заболевания остается высокой, что требует разработки нового подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям у них. Также, анализ региональных особенностей заболеваемости железодефицитной анемией показывает, что в отдельных областях она значительно выше чем в целом по стране, что требует более глубокого исследования патологии в данной местности, динамики ее роста и факторов, которые способствует ему.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. UNICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2001 (WHO/NHD/01.3). - 114 p.
2. Румянцев А.Г., Захарова И.Н., Чернов В.М. Распространенность железодефицитных состояний и факторы, на нее влияющие. Медицинский совет 2015; 6: 62-66.
3. WHO/UNICEF/UNUIron defciency anemia: assessment, prevention, and control, World Health Organization, Geneva, 2001.
4. Habibzadeh F. Anemia in the Middle East. Lancet. 2012;1:379.
5. Сельчук В.Ю., Чистяков С.С., Толокнов Б.О. и др. Железодефицитная анемия: современное состояние проблемы. РМЖ "Онкология". 2012;1:1-9.
6. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б. Лечение и профилактика железодефицитных состояний у детей. РМЖ. 2013;14:789-792.
7. Захарова И.Н., Тарасова И.С., Васильева Т.М. и др. Латентный дефицит железа у детей и подростков: диагностика и коррекция. Лечение и профилактика. 2018;12(5):609-613.
8. Doom J.R., Gahagan S., Caballero G. et al. Infant iron deficiency, iron supplementation, and psychosocial stress as predictors of neurocognitive development in Chilean adolescents. Nutr Neurosci. 2019:1-10.
9. Мачнева Е.Б. Оптимизация диагностики и контроля эффективности терапии железодефицитных состояний у детей: дис. ... канд. мед. наук. М.; 2016.
10. Васильева Т.М., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. и др. Алгоритм диагностики и лечения железодефицитных состояний у детей. РМЖ. 2018;9(26):2-7.

11. Салимова М.Р. Уровень заболеваемости анемией в Республике Узбекистан и стратегия борьбы с железодефицитной анемией. // Молодой ученый. 2017; 3(137):265-267.
12. Исследование по питанию в Узбекистане. Детский Фонд Организации Объединённых Наций. Ташкент. 2019.
13. https://stat.uz/ru/otkrytye-dannye
14. Румянцев А.Г., Захарова И.Н., Чернов В.М. и др. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков: пособие для врачей. Под ред. А.Г. Румянцева, И.Н. Захаровой. М.: Конти Принт. 2015.
15. Mesias M., Seiquer I., Navarro M.P. Iron nutrition in adolescence. Crit Rev Food Sci Nutr. 2013;53(11):1226-1237.
16. Захарова И.Н., Тарасова И.С., Чернов В.М. и др. Факторы риска развития железодефицитных состояний у детей и подростков города Москвы. Педиатрическая фармакология. 2018;1(8):69-75.
17. Shoemaker M.E., Gillen Z.M., McKay B.D. et al. High Prevalence of Poor Iron Status Among 8- to 16-Year-Old Youth Athletes: Interactions Among Biomarkers of Iron, Dietary Intakes, and Biological Maturity. J Am Coll Nutr. 2019:1-8.
18. Doom J.R., Gahagan S., East P.L. et al. Adolescent Internalizing, Externalizing, and Social Problems Following Iron Deficiency at 12-18 Months: The Role of Maternal Responsiveness. Child Dev. 2019 Jun 2. DOI: 10.1111/cdev.13266. [Epub ahead of print].

Поступила 09. 11. 2020

УДК 616.36./616.13-004.6/615.322.

ВЛИЯНИЕ ЛАДЫГИНОЗИДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ МОРФОЛОГИЮ ГЕПАТОЦИТОВ КРОЛИКОВ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Маматалиева М., Хакимов З., Имомов Х., Нурматов Х., Саиджанова Ф.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме***

Исследование посвящено изучению влияния ладыгинозида на морфофункциональное состояние гепатоцитов и атеросклеротического поражения аорты кроликов при экспериментальной гиперхолестеринемии.

Введение ладыгинозида уменьшает и замедляет нарастание отложения холестерина в гепатоцитах и атеросклеротического процесса в аорте кроликов.

Ключевые слова: атеросклероз, гиперхолестеринемия, ладыгинозид, гепатоцит, аорта.

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯДА ҚУЁНЛАР ЖИГАРИ ГЕПАТОЦИТЛАРИ ФУНКЦИОНАЛ МОРФОЛОГИЯСИДА ЛАДЫГИНОЗИДНИ ТАЪСИРИ

Маматалиева М., Хакимов З., Имомов Х., Нурматов Х., Саиджанова Ф.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме***

Тадқиқот экспериментал гиперхолестеринемияда ладыгинозидни гепатоцитларни морфофункционал ҳолатига ва аортани атеросклеротик ўзгаришларига таъсирини ўрганишга бағишланган.

Ладыгинозидни берилиши гепатоцитларда ва аорта атеросклерозида холестеринни тўпланишини секинлатади.

Калит сўзлари: атеросклероз, гиперхолестеринемия, ладыгинозид, гепатоцит, аорта.

INFLUENCE LADIGINOZID ON FUNCTIONAL MORPHOLOGY HEPATOCYTIS FOR WANT OF GIPERHOLESTERINEMIA

Mamatalieva M., Hakimov Z., Imomov H., Nurmatov H., Saidjanova F.,

Andijan State Medical Institute.

✓ ***Resume***

The research is devoted to study of influence ladiginozid on morfhofunctional a condition hepatocytis and atheroscleroses of a defeat aorta of the rabbits for want of experimental hypercholesteremia.

The introduction ladiginozid reduces and decelerates increase of adjournments cholesterin in hepatocytus and atherosclerosis of process in aorta of the rabbits.

Key words: atherosclerosis, hypercholesterolemia, ladyninoside, hepatocyte, aorta.

Актуальность

Длительное применение синтетических гиполипидемических препаратов чревато токсико-аллергическими реакциями. Исходя из этого, в последние годы внимание исследователей привлекают сапонины - малотоксичные, близкие к естественным метаболитам живого организма препараты растительного происхождения. Применение с этой целью гиполипидемических средств, обоснованное ролью липидов в патогенезе атеросклероза, особенно в начальных стадиях, может уменьшить риск атеросклеротических заболеваний [1.2.4.5].

При экспериментальной гиперхолестеринемии эти препараты влияют на липидный состав крови, снижают уровень общего холестерина, свертываемость крови, обладают низкой токсичностью [3.4.5].

Цель исследования: экспериментально изучит влияние ладыгинозида на функциональную морфологию гепатоцитов кроликов при гиперхолестеринемии

Материал и методы

Эксперименты выполнены на 35 половозрелых кроликах с исходной массой 2-3 кг. Животные опытной серии (30 кроликов) в течение 30, 60 и 90 дней вскармливались холестерином в дозе 300 мг/кг веса, после чего они получали 2,5% водный раствор ладыгинозида из расчета 2,5мг/кг веса. Контролем служили животные (5), кормленные холестерином в той же дозе. Забой животных проводили на 31, 61 и 91 день эксперимента. Печени кроликов взвешивали, гистологические исследования проводили на срезах ткани печени толщиной 5-6 микрон, окрашенных гематок-

силином и эозином, применили ШИК - реакцию по Мак - Манусу. ДНК и РНК выявляли по Фельгену и Браше. Морфологию и функциональное состояние печени оценивалось обзорными гистологическими исследованиями и морфометрическими показателями: изучением объёма ядер, объёма гепатоцитов, ядерно - цитоплазматического соотношении, относительного количества двуядерных гепатоцитов. Математическая обработка результатов проводилась методом вариационной статистики с вычислением критериев Стьюдента и двухфакторного дисперсионного анализа. Макроскопически аорты изучались на всем протяжении от полулунных клапанов до бифуркации по рекомендации А.М. Вихерта и соавт. (1964) проведением прямой планиметрии.

Результат и обсуждение

В центральной части долек печени при 30- дневном введении холестерина с леонтозидом наблюдалось некоторые уменьшение объема ядер, ядерно - цитоплазматического соотношения, количества двуядерных гепатоцитов, в периферической части долек отмечена заметное увеличению всех показателей.

Контрольная группа отличалась волнообразном увеличением показателей в центральной и периферической частях долек на 1-й и 3-й месяце опыта (рис.1-2).

Сравнение результатов подопытной серии с результатами интактных групп показала, что на первом месяце опыта в центральной части долек наблюдались невыраженные признаки снижения морфометрических показателей гепатоцитов печени.

В 2-ой месяце опыта у подопытных животных в центральной и периферической частях долек отмечено повышение этих показателей по сравнению с интактными животными. Вариационная кривая распределения ядер различных объёмов по классам в опытной группе незначительно была смещена вправо, т.е. в сторону увеличения крупных ядер (диаграмма 1-2).

Диаграмма № 1.

Динамика изменений ядерно - цитоплазматическое соотношение гепатоцитов при назначении холестерина с ладыгинозидом

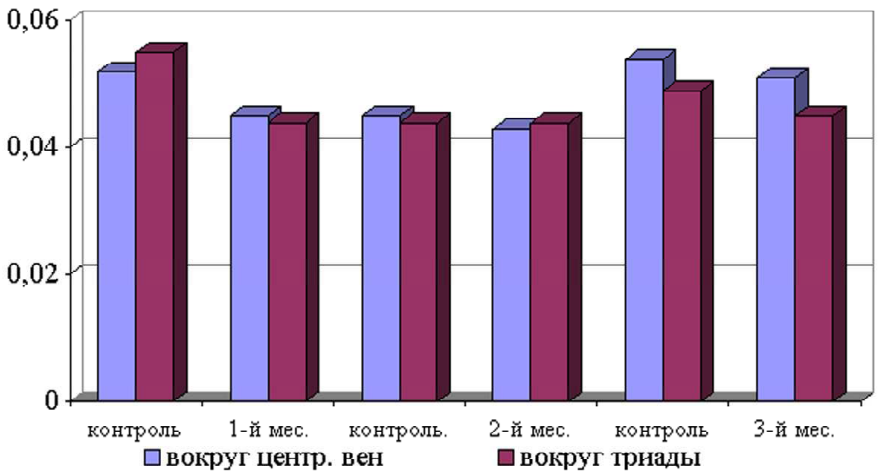
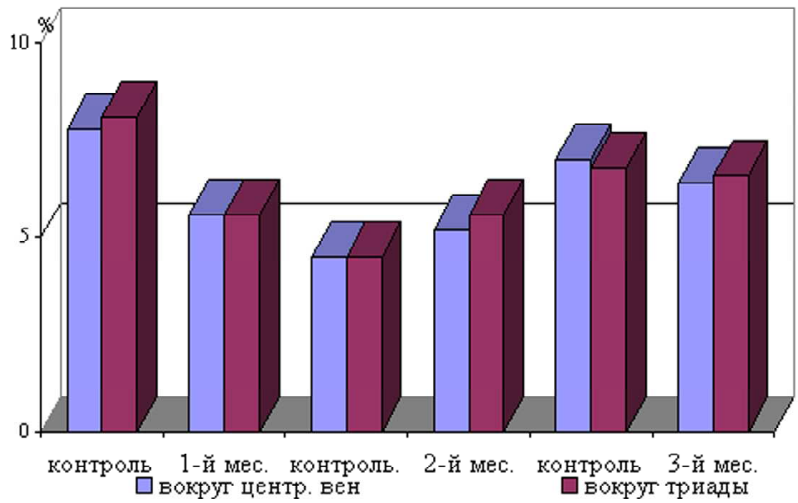


Диаграмма №2

Динамика изменений количество двуядерных гепатоцитов при назначении холестерина с ладыгинозидом (в %)



В центральной и периферической частях долек печени в опытной серии животных 3-й месяце имело место ощутимое снижение объема ядер и количества двуядерных гепатоцитов. Вариационная кривая распределения ядер различных объемов по классам смещалась влево, т.е. в сторону увеличения мелких ядер в сравнении с контрольной группой. Кроме того, в этот же срок у контрольных животных отмечена жировая дистрофия гепатоцитов в центральной части и незначительное разрастание соединительной ткани на периферии долек, а также снижение содержания в гепатоцитах гранул гликогена, ДНК и РНК (Рис.-3-4-5).

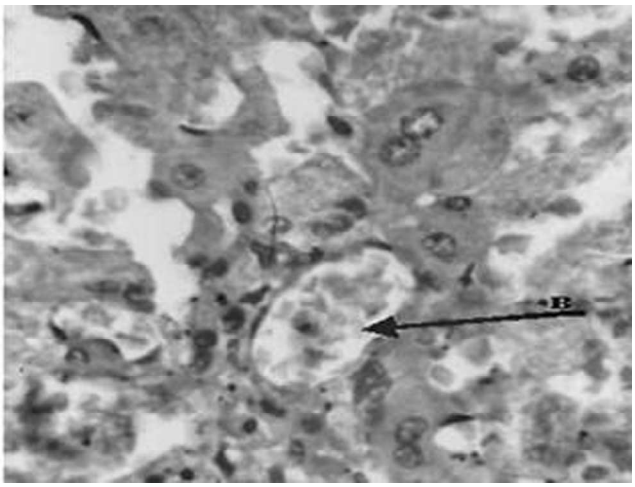


Рис. № 1. Периферическая часть долек печени кроликов, получавших холестерин в течение 60 суток представлена полнокровием и расширением синусоидальных капилляров. Окраска гемотоксилином и эозином. Ув. х 200.

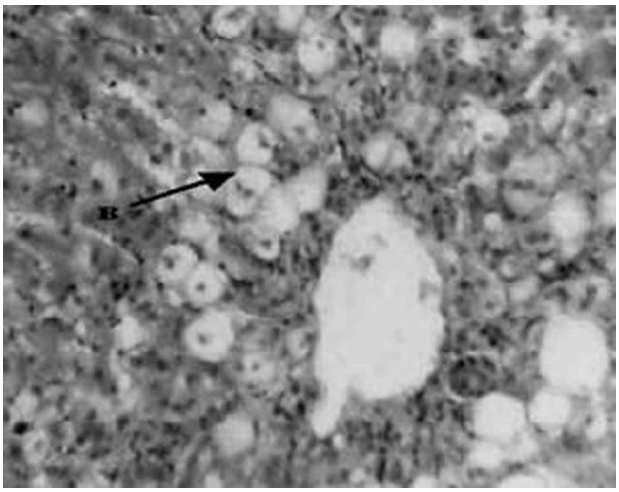


Рис. № 2. Центральная часть долек печени кроликов, получавших холестерин в течение 90 суток представлена мелко и крупнокапельными жировой дистрофией гепатоцитов и расширением и полнокровием синусоидальных сосудов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х 200.

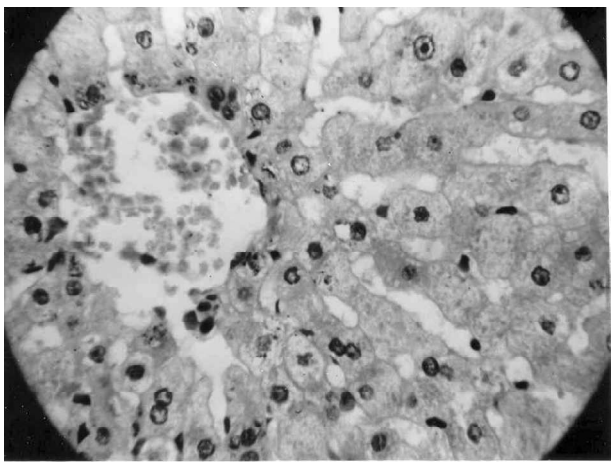


Рис. № 3. Центральная часть долек печени кроликов, получавших в течение 90 суток холестерин и ладыгинозид, представлена крупного размера клетками, расширением синусоидальных сосудов. Окраска гемотоксилином и эозином. Ув. х 300.

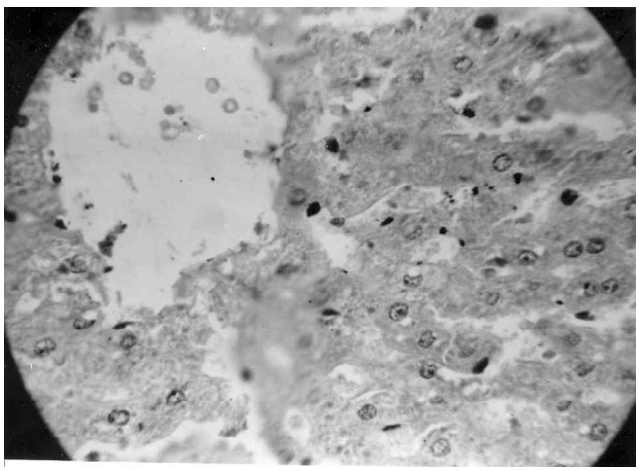


Рис. № 4. Центральная часть долек печени кроликов получавших в течение 90 суток холестерин. Окраска гемотоксилином и эозином. Ув. х 300.

Рис. № 5. Аорта кролика, получавшего холестерин в течение 90 суток. Окраска суданом Ш.

Рис. № 6. Аорта кролика, получавшего холестерин и ладыгинозид в течение 90 суток. Окраска суданом Ш.

Площадь атеросклеротического поражения интимы аорты на 30 день в группе кроликов, получавших холестерин и ладыгинозида, достигало в среднем 0,06 ± 0,01 % против 0,25 ± 0,03 % в контрольной группе, на 60 день эти показатели были соответственно равны: 2,5 ± 0,4% и 8,4 ± 1,0% (P<0,01), и 90-день 3,6,±0,5% и 16,3 ± 2,2% (P<0,05). Пораженные участки при суданировании окрашиваются в ярко - оранжевый цвет и представлены в основном липидными пятнами, часть которых в отдельных участках сливаются между собой фиброзными бляшками. Фиброзные бляшки в большинстве своем локализуются в области дуги аорты. (Рис. 5-6).

Выводы

1. Изменения в печени в группе животных, получавших холестерин и ладыгинозид, по сравнению с контрольной группой носят волнообразный характер: повышение морфометрических показателей через 60 дней сменяется снижением к 90 дню опыта.

2. Введение ладыгинозида при экспериментальной гиперхолестеринемии уменьшает и замедляет нарастание отложения холестерина в гепатоцитах и атеросклеротического процесса в аорте кроликов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев А.Х. Лечение атеросклероза производными глицеретовой кислоты. // Мед. журнал Узбекистана. 1996. № 2. С.61-63.
2. Александров Н.Г., Дон А.Н., Нейман Г.В. и др. О механизме действия тритерпеновых гликозидов. Сб. науч. тр. "Респ. научно- прак. конф. патологоанатомов Узбекистана". Ташкент, 1995. с 69-70.
3. Арутюнов Г.П. Новые направления в лечении пациентов с исходно низким уровнем холестерина высокой плотности. // Клин. фармакол. и тер. 2000. № 3. С.31-34.
4. Дон А.Н. Морфофункциональное состояние гипофиза и щитовидной железы под влиянием ладыгинозида и его агликона хедерагенина: /Автореф. дис.... канд. мед. наук - Ташкент. 1994. -20с.
5. Мамадов Ю.М. Изучение гиполипидемических и антиатеросклеротических свойств тритерпеновых гликозидов - ладыгинозида, дипсакозида, леонтозида и некоторых механизмов их фармакологической активности.: /Автореф. дис.... док-ра мед. наук - Ташкент, 1995. -35с.

Поступила 09.11. 2020

УДК 618.73+616.36+616.34-053.31.612.017.1

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И РАЗВИТИЯ ПОТОМСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ МАТЕРИ

Хасанов Б.Б., Султанова Д.Б., Азимова С.Б., Орипова Н.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ ***Резюме,***

Исследованы морфологические особенности развития иммунной системы потомства самок крыс с хроническим гепатитом. Гелиотринный гепатит матери способствовал увеличению смертности крысят на 1-3 сутки после рождения. У крысят установлены нарушения в развитии тимуса периферических иммунных органов в период раннего постнатального развития.

Ключевые слова: гепатит, мать, потомство, развитие, тимус, селезенка, Пейеровые бляшки.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF IMMUNE SYSTEM FORMATION AND DEVELOPMENT OF POSTERITYIN CHRONIC HEPATITIS OF MOTHER

Khasanov B.B., Sultanova D.B., Azimova S.B., Oripova N.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ ***Resume,***

The morphological features of immune system development of the offspring born to female rats with chronic hepatitis were studied. Maternal heliotrin hepatitis contributed to rat pups' mortality increase on 1-3 days after birth. Disorders in development of thymus in peripheral immune organs have been established during the period of early postnatal development.

Key words: hepatitis, mother, offspring, development, thymus, spleen, Peyer's plaques.

ОНАНИНГ СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТИ АВЛОДНИНГ ВА УНИНГ ИММУН ТИЗИМИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Хасанов Б.Б., Султанова Д.Б., Азимова С.Б., Орипова Н.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ ***Резюме,***

Сурункали гепатит билан касалланган урғочи каламушларнинг авлодлари иммунитет тизимининг ривожланишининг морфологик хусусиятлари ўрганилди. Туғилгандан 1-3 кун ўтгач, каламушларнинг ўлимининг ошишига онанинг гепатит гепатити сабаб бўлди. Каламушлардаилк постнатал онтогенез даврида уларнинг ривожланиши, периферик иммунитет органлари ва тимусининг ривожланишида кеч қолиш ҳолатлари аниқланди.

Калит сўзлар: гепатит, она, насл, ривожланиш, тимус, талоқ, Пейер пилакчалари.

Актуальность

В последние годы частота различных экстрагенитальных заболеваний у женщин детородного возраста увеличивается. Прежде всего, это относится к поражениям гепатобилиарной системы вследствие перенесенных вирусных гепатитов [3]. Хронические поражения печени матери обусловливают у потомства различные изменения гематологических показателей, клеточного и гуморального иммунитета [1,2,5]. В доступной нам литературе сведений, касающихся влияния хронического поражения печени матери на структурные основы становления органов иммуногенеза потомства, обнаружить не удалось. Между тем решение этой проблемы позволило бы понять механизмы иммунодефицитных состояний у детей, рожденных от матерей с поражениями печени, и обосновать превентивную коррекцию и профилактику возможных заболеваний у детей.

Цель исследования - изучить в эксперименте влияние хронического гелиотринного гепатита на детородную функцию самок крыс, развитие потомства и структурно-функциональное становление их органов иммунной системы.

Материал и методы

Эксперименты проведены на 50 половозрелых самках белых беспородных крыс массой 170-190 г. Животные разделены на 2 группы (по 25 крыс в каждой): опытную и контрольную. Модель гелиотринного гепатита получали путем еженедельного введения 0,05 мг гелиотрина на 1 г массы тела в течение 6 недель. Контрольная группа вместо гелиотрина получала стерильный физиологический раствор. Через 10 дней после последней инъекции к самкам подсаживали самцов. В дальнейшем наблюдали за течением беременности.

Следует подчеркнуть, что токсический гепатит оказал существенное отрицательное влияние на фертильность и течение беременности. У всех животных контрольной группы наступила беременность, которая благополучно завершилась родами. Из 84% крыс из опытной группы беременность завершилась рода-

ми у 64%, выкидышами - у 8%. Остальные погибли во время беременности.

Среднее количество крысят от одной матери в контрольной группе составляло 9,7+0,5, тогда как в опытной - 6,3±0,6. При токсическом гепатите у матери постнатальная смертность потомства увеличилась до 39,6% (в контроле 4,2%). Причем наибольшая смертность (28,7%) наблюдалась на 1-7-е сутки после рождения, (в контроле 3,4%). Погибшие крысята были исключены из опытов. Всего в исследования включены 84 детеныша от самок контрольной и 61 от самок опытной групп.

Крысята были декапитированы под легким эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30-е сутки после рождения. Кусочки тимуса, мезентериальных лимфатических узлов, селезенки и Пейеровых бляшек фиксировали в 12% нейтральном формалине или жидкости Буэна, после соответствующей проводки заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и использовали для морфологических и морфометрических исследований.

Результат и обсуждение

Как показали результаты нашего исследования, представленные в таблице, хронический токсический гепатит матери способствует отставанию в росте у потомства, выраженное в уменьшении массы тела на 1-3 сутки после рождения и длины тела животных отмеченные на 7-14 сутки после рождения. Также установлено снижение массы тимуса и печени крысят на 1-3 сутки и уменьшение массы селезёнки вплоть до 14 суток после рождения.

По данным морфологических исследований, у новорожденных крысят контрольной группы тимус достаточно сформирован. Четко дифференцируются корковое и мозговое вещество. Плотность распределения клеток в корковом веществе больше, чем в мозговом. Среди клеток дифференцируются тимоциты, макрофаги и ретикулоэпителиоциты. В мозговом веществе преобладают ретикулоэпителиоциты, а тимоцитов значительно меньше. Очень редко встречаются тельца Гассаля.

Лимфатические узлы представлены диффузными скоплениями лимфоцитов и других мононуклеарных клеток в ретикулярной строме. Лимфоидные фолликулы еще не сформированы. Отсутствие сформированных структурно-функциональных зон характерно и для других периферических органов иммунной системы. Селезенка в этот период в основном является органом эритро - и тромбоцитопоэза. Паренхима органа главным образом состоит из красной пульпы, в которой располагаются многочисленные эритробластические островки. Сформированная белая пульпа отсутствует. В Пейеровых бляшках также наблюдается диффузное распределение мононуклеарных клеток по всей строме при отсутствии четких границ лимфоидных фолликулов. На 7-14-е сутки постнатального периода в лимфатических узлах отмечается дифференцировка коркового и мозгового вещества. Одновременно идет формирование лимфоидных фолликулов. В селезенке также наблюдаются формирование лимфатических узелков и дифференцировка их маргинальной и периартериальной зон. Образование лимфоидных фолликулов происходит и в пейеровых бляшках.

На 21-30-е сутки постнатального онтогенеза завершается формирование структурно-функциональных зон периферических органов иммуногенеза, где протекают процессы лимфоцито-, плазмоцитопоэза и антителогенеза.

В опытной группе хронический гепатит приводит к выраженным структурным нарушениям процессов постнатального становления органов иммунной системы у потомства. У новорожденных крысят дифференцировка тимуса на корковое и мозговое вещество достаточно отчетливо выражена. Однако заметно снижена плотность распределения клеток в корковом веществе. По сравнению с контрольной группой число лимфобластов уменьшилось на 15%, малых лимфоцитов - на 20%. Эта тенденция сохранялась и в последующие сроки постнатального развития тимуса. Обращает на себя внимание увеличение числа деструктивных тимоцитов, которые в различные сроки после рождения в 2-3 раза превышали показатели контрольной группы. Наряду с этим на срезах тимуса опытной группы значительно чаще, чем в контроле, встречались крупные макрофаги с плотными включениями в цитоплазме, по-видимому, также являющиеся признаком усиленного тимоцитолиза. Выраженность описанных изменений уменьшалась только к 30-м суткам постнатального онтогенеза.

При исследовании периферических органов иммунной системы опытных крысят отмечалась значительная задержка постнатального формирования структурно-функциональных зон. На 7-14-е сутки опытов паренхима лимфатического узла состояла в основном из диффузной лимфоидной ткани без четких границ коркового и мозгового вещества. Были значительно расширены субкапсулярные синусы. Отсутствие сформированных лимфатических фолликулов в этот период характерно также для селезенки и Пейеровых бляшек. На 14-е сутки у крысят опытной группы отмечалось только формирование небольших лимфоидных фолликулов в периферических органах. В контрольной группе в этот период выявлялись достаточно сформированные лимфатические фолликулы. Даже к 21-м суткам постнатального периода у крысят опытной группы лимфоидная ткань лимфатических узлов, селезенки, Пейеровых бляшек оставалась гипоплазированной, без четких границ различных структурных зон лимфатических фолликулов.

Постнатальное становление лимфоидной ткани зависит от многих внутренних и внешних факторов, среди которых важное значение приобретают антигены внешней среды [1]. При экзогенном антигенном воздействии отмечено значительное ускорение формирования лимфатических фолликулов и дифференцировки их структурно-функциональных зон [2,6]. Однако естественное формирование лимфоидной ткани под действием антигенов внешней среды может произойти лишь при условии нормального течения процессов эмбриональной закладки и внутриутробного развития органов иммунной системы. Несомненно, хронический гепатит, сопровождающийся рядом метаболических нарушений в организме, изменяет естественный ход эмбрионального развития органов и систем, в том числе и иммунной системы. Эти нарушения продолжают проявляться и в постнатальном периоде жизни. Наши данные свидетельствуют о существенной задержке постнатального становления органов иммунной системы при токсическом гепатите у матери.

Таблица

Прирост массы тела и некоторых внутренних органов крысят контрольной и экспериментальной групп в динамике раннего постнатального онтогенеза (X±xm)

Показатель	Гр. ж-х	Сроки постнатального развития					
		1 сутки	3 сутки	7 сутки	14 сутки	21 сутки	30 сутки
Масса тела (грамм)	К	5,6±0,04	6,0±0,09	8,9±0,11	18,6±0,43	29,1±0,82	45,33±1,51
	О	**5,1±0,06**	**5,3±0,13**	8,1±0,12	16,9±0,42	26,8±0,55	41,7±1,53
Длина тела (мм)	К	27,1±0,47	33,0±0,58	44,2±0,53	51,6±0,52	55,2±0,97	57,6±1,66
	О	23,9±0,43	27,1±0,52	**36,4±0,45**	**41,5±0,51**	47,6±1,12	51,6±1,23
Тимус (мг)	К	10,1±0,33	18,1±0,59	26,4±0,75	78,5±1,42	133,0±4,62	221,0±5,94
	О	**7,9±0,07**	**15,8±0,46**	22,9±0,69	68,9±1,12	104,6±4,13	181,6±3,54
Селезенка (мг)	К	7,4±0,34	20,9±0,89	31,6±1,04	67,7±2,92	78,6±3,58	138,1±4,84
	О	**5,6±0,23**	**16,2±0,35**	**23,4±1,06**	**52,5±2,45**	69,2±4.34	125,6±5,13
Печень (мг)	К	150,6±6,13	228,3±6,52	234,1±12,49	468,0±18,96	1062,8±40,64	1725,5±173,77
	О	**117,9±5,12**	**199,8±5,32**	206,6±7,14	405,9±14,53	986,4±43,44	1512,6±136,65

Примечание: значения, где различия достоверны относительно контроля при P<0,05 выделены жирным шрифтом

Выводы

1. Хронический гелиотринный гепатит у самок крыс приводит к увеличению постнатальной смертности потомства более чем в 3 раза, причем наибольшая смертность отмечается в 1-3-и сутки после рождения.

2. При хроническом гепатите матери происходит отставание в росте и развитии крысят на 1-3 сутки после рождения, проявляющиеся в снижении массы тела, отставании в росте и снижении массы тимуса, печени и селезенки.

3. У крысят, рожденных от матерей с хроническим гепатитом, на фоне гипоплазии тимуса формирование лимфоидной ткани периферических иммунных органов существенно замедляется.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азизова Ф.Х., Тухтаев К.Р., Хасанов Б.Б. Мезентериал лимфа тугунларининг илк постнатал онтогенезда антиген таъсиридаги структур-функционал хусусиятлари. //Узбекистан тиббиётжурнали. 1997; 10-11: 14-16.
2. Тухтаев К.Р. Структурные основы становления органов иммунной системы в раннем постнатальном онтогенезе. //Мед. Журнал Узбекистана. 1996; 5: 27-29. Титов Л.П., Кирильчик Е.Ю., Канашкова Т.А. Особенности строения, развития и функционирования иммунной системы детского организма / / Медицинские новости, №5, 2009, С. 7-16.
3. Шаврина Е.Ю. Влияние патологии гепатобилиарной системы матери на реактивность мононуклеарных фагоцитов различных компартментов у потомства // Фундаментальные исследования. - 2011. - № 12 (4). - С. 716-722.
4. GeorgountzouA. and N.G. Papadopoulos. Postnatal Innate Immune Development: From Birth to Adulthood. Front. Immunol., 11 August 2017 | https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00957
5. HasanovB.B.Experimental chronic toxic hepatitis and hematological features in the dynamics of lactation in mother and property // International Scientific JournalTheoretical & Applied Sciencep-ISSN: 2308-4944 (print) e-ISSN: 2409-0085 (online)Year: 2020 Issue: 05 Volume: 85Published: 28.05.2020 http://T-ScieUCe.01g
6. Histologic Features of Postnatal Development of Immune System Organs in the Sprague-Dawley Rat / G.A. Parker, C.A. Picut, C. Swansonet al., // First Published April 16, 2015 Research Article Find in PubMed https://doi.org/10.1177/0192623315578720

Поступила 09.11. 2020