



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 616.411;617-089

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Курызов А.М. Email: KuryazovA@mail.ru
Абдуллаев Д.А. Email: AbdullaevD@mail.ru
Бозорова А. П. Email: BozorovaA@mail.ru

Республиканский специализированный научно практический медицинский гематологический центр, Узбекистан г. Ташкент, Чиланзарский район, дом 17 tel: +998 (78) 113 66 62
Email: rigmatm@exat.uz

✓ Резюме

Операцию у гематологических больных в большинстве случаев приходится выполнять у ослабленных, истощенных, анемичных больных с выраженными изменениями сердечно-сосудистой и дыхательной системы. С целью определения нарушений со стороны жизненно важных органов у гематологических больных подлежащих к оперативному лечению, изучена медицинские карты 108 больных произведенных спленэктомия с различными гематологическими заболеваниями. Нарушение функционального состояние печени у больных идущих на операции выявлена у 40 (36,8%) больных, нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено у 57 (52%) больных, нарушение гемостаза 63 (58%) больных и анемический синдром 58 (%№%) больных. Эти изменения в организме больных требуют специальных мероприятий по предоперационные подготовки гематологических больных к оперативному вмешательству.

Ключевые слова: хирургическое вмешательства, гематологические заболевания, нарушение функции органов

STUDY AND EVALUATION OF THE CONDITION OF HEMATOLOGIC PATIENTS IN THE PREOPERATIVE PERIOD

Kuryazov A.M., Abdullaev D.A., Bozorova A.P.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Hematology Center, Uzbekistan Tashkent, Chilanzar district, house 17 tel: +998 (78) 113 66 62 Email: rigmatm@exat.uz

✓ Resume

In most cases, surgery on hematological patients has to be performed on weakened, exhausted, anemic patients with pronounced changes in the cardiovascular and respiratory systems. In order to determine the disorders of vital organs in hematologic patients subject to surgical treatment, the medical records of 108 patients undergoing splenectomy with various hematologic diseases were studied. Impaired functional state of the liver in patients undergoing surgery was detected in 40 (36.8%) patients, cardiovascular system disorders were detected in 57 (52%) patients, hemostasis disorders were detected in 63 (58%) patients, and anemic syndrome was detected in 58 (%) patients. These changes in the organism of patients require special measures for preoperative preparation of hematologic patients for surgical intervention.

Keywords: surgical intervention, hematologic diseases, organ dysfunction

ГЕМАТОЛОГИК БЕМОРЛАРНИНГ АМАЛИЁТДАН ОЛДИНГИ ХОЛАТИНИ ЎРГАНИШ ВА БАХОЛАШ

Курызов А.М., Абдуллаев Д.А., Бозорова А. П.

Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий гематология маркази, Ўзбекистон, Тошкент ш., Чилонзор тумани, 17-уй тел: +998 (78) 113 66 62 Электрон почта: rigmatm@exat.uz

✓ Резюме

Кўп ҳолларда қон касалларида заифлашиб қолган, турли муҳим аъзоларида сезиларли ўзгаришлар бўлган беморларда амалиёт ўтказиш лозим бўлиб қолади. Жаррохлик амалиёти режалаштирилган гематологик беморларнинг ҳаётий муҳим аъзоларидаги салбий ўзгаришларни аниқлаш мақсадида 108 та беморнинг касаллик карталари ўрганиб чиқилди. Шулардан 40 (36,8%) да жигар фаолиятининг бузилишлари, 57 (52%) да қон томир тизимида, 57 (53%) да гемостаз тизимида ўзгаришлар ва 58 (53%) анемия синдроми аниқланди. Бу ўзгаришлар амалиётдан олдин бу беморларга махсус даво тадбирларини амалга ошириб беморларни амалиётга тайёрлашни талаб қилади.

Калит сўзлар: жаррохлик амалиёти, гематологик касалликлар, аъзолар фаолиятининг бузилиши

Актуальность

Несмотря на применение новейших препаратов в лечение гематологических больных терапевтические возможности спленэктомии (СЭ) при некоторых заболеваниях остается значительной, а в некоторых случаях без альтернативы. Важнейшим и абсолютным показанием к проведению спленэктомии служит врожденная микросфероцитарная анемия, при котором эффект сто процентный. При заболеваниях аутоиммунного характера таких как аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА), иммунная тромбоцитопения (ИТП) эффективность спленэктомии составляет в пределах 60 – 80% [2-4]. В большинстве больных лимфатическими опухолями и хроническими лимфопролиферативными и миелолипролиферативными заболеваниями (ХЛМЛПЗ) на первый план вступает массивная и гигантская селезенка [5,6]. У таких больных СЭ является частью лечебного протокола и нередко выступает в качестве первого этапа терапии (Джулакян У.Л. 2011). Удаление основной массы опухоли дает возможность проведения в последующем полихимиотерапии (ПХТ). Показаниями к СЭ при гематологических заболеваниях служат также болевой синдром, вызванный периспленитом, спленомегалией, компрессией и дисфункцией органов брюшной полости, инфаркты селезенки, блуждающая селезенка. Рассматриваемое вмешательство в сочетании с биопсией лимфатических узлов брюшной полости, печени выполняется с целью определения типа и распространенности лимфопролиферативных заболеваний, выбора оптимальной лечебной программы.

Операцию у гематологических больных в большинстве случаев приходится выполнять у ослабленных, истощенных, анемичных больных с выраженными изменениями сердечно-сосудистой и дыхательной системы с функциональными нарушениями желудка и кишечника, иногда с инфарктами селезенки и периспленитом, портальной гипертензией и с исходными нарушениями гемостаза [1]. Нарушение гемостаза бывает плазменного за счет поражение печени, так и тромбоцитарного за счет выраженной секвестрации тромбоцитов в селезенке и нарушении их агрегационной активности. В этой связи подготовка к операции и ее проведение, ранний послеоперационный период у гематологических больных требуют учета ряда специфических особенностей заболевания и проведения мероприятий для профилактики осложнений во время операции и в послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучить характер нарушений со стороны жизненно важных органов у гематологических больных подлежащих к оперативному лечению с целью разработки мероприятий для компенсации нарушенных функций организма.

Материал и метод исследования

Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 108 больных с гематологическими заболеваниями, госпитализированных в РСНПМГЦ с 2015 по 2020 гг., и в клинику JACSOF MEDICAL не вошедших в дальнейшее специальное исследование. У всех больных оценивали жалобы со стороны органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы (ССС), дыхательной системы (ДС), а также результаты общепринятых клинико-инструментальных методов исследования. На основании этих данных определяли общую состоянию и риск операции. В группу были включены 55 больных с хронической ИТП, резистентных к ГКС-терапии, 20 больных с АИГА, 15 больных НГА, 10 с талассемией и 8 больных с ХЛМЛПЗ, (средний возраст 45,0±0,46 лет, 17–58 лет). Все больные с диагнозом ИТП и АИГА подлежащих к операции неоднократно получали курс терапии с препаратами глюкокортикостероидами (ГКС)

перорально или внутривенно без достижения гематологической ремиссии. Больные с талассемией в последние годы регулярно, почти ежемесячно получали заместительную терапию. Больные с ХЛиМПЗ неоднократно получали ПХТ по протоколу. После последнего курса ГКС и ПХТ у пациентов прошло от 2 до 6 месяцев до назначения операции. Всем больным перед операцией проводили предоперационные общепринятые клинико-инструментальные методы исследования. При статистической обработке полученных результатов использовали метод вариационной статистики с использованием статистического пакета программы Microsoft Office Excel 2010. Результаты представлены в виде средних величин ($M \pm m$). Для оценки статистической значимости различий между группами до и после лечения (достоверность различий средних величин) применяли t-критерий Стьюдента.

Результат и обсуждение

Проведенные исследования позволили установить ряд изменений жизненно важных органов в значительной части гематологических больных, идущих на плановую операцию – СЭ. Нарушение функции печени определили при выявлении билирубинемии, повышение ферментов печени и гепатомегалии. Нарушение функционального состояния печени у больных идущих на операцию выявлена у 40 (36,8%) больных (табл.№1). Чаще всего нарушение функции печени наблюдалось у больных с гемолитическими анемиями таких как талассемия (100%), НГА (66%), АИГА (30%). Это обусловлено сущностью патологии при котором происходит постоянный гемолиз и соответственно билирубинемия, развивается гепатомегалия, а также в результате длительного приема глюкокортикостероидов (ГКС) при АИГА. У больных с ХЛиМПЗ нарушение функции печени тоже часто наблюдаемое состояние. В наших наблюдения она выявлена у 75% больных, что соответствует клиническому течению заболевания. У больных этой категории постоянно происходит общая интоксикация организма и инфильтрация ретикулоэндотелиальной системы с онкоклетками. Принимаемые ими химиопрепараты тоже оказывает повреждающее действие на внутренние органы. Меньше всего изменение со стороны печени выявлена у больных с ИТП (14,48%). Это проявилась незначительным повышением уровня трансфераз в крови обусловленной длительным приемом ГКС.

Таблица №1.

Выявленные нарушения функции жизненно важных органов у гематологических больных перед операцией

Нозология	Количество больных	Нарушение ССС и ДС	Нарушение функции печени	Нарушение гемостаза	Анемический синдром
ИТП	55	22 (40,0%)	8 (14,48%)	55 (100%)	17 (30,77%)
АИГА	20	8 (40%)	6 (30%)	-	18 (90%)
НГА	15	9 (59%)	10 (66%)	-	5 (33%)
талассемия	10	10 (100%)	10 (100%)	-	10 (100%)
ХЛиМПЗ	8	8 (100%)	6 (75%)	8 (100%)	8 (100%)
Всего	108	57 (52%)	40 (36,8%)	63 (58%)	58 (53%)

При ЭКГ обследовании наиболее частым проявлением нарушения сердечно-сосудистой функции были синусовая тахикардия (14 больных), снижение амплитуды зубца Р (12 больных), брадикардия - удлинение систолического показателя (12 больных), укорочение проводимости (5 больных), деформация желудочкового комплекса (4 больных), нарушение внутрижелудочковой проводимости (4 больных), отрицательный зубец Т, (3 больных), сглаженность зубца Т во всех грудных отведениях (3 больных). У всех больных с талассемией и ХЛиМПЗ выявлена изменение на ЭКГ. Эти изменения при НГА наблюдалось у 59,4% больных, при АИГА и ИТП 40% больных (Табл.№2). Выявленные изменения на ЭКГ свидетельствуют о том, что изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у большинство больных были одними из постоянных признаков анемии, билирубинемии и длительным приемом сильнодействующих кардио и гепатотоксических препаратов.

Результаты ЭКГ в предоперационном периоде обследование гематологических больных

Изменения на ЭКГ	Степень тяжести состояние больных по болезни					
	ИТП	АИГА	НГА	Талессемия	ХЛиМПЗ	Всего
Снижение амплитуды зубца во всех отведениях	5	2	2	1	2	12
Отрицательный зубец Т в левых или правых грудных отведениях		1	1	1		3
Укорочение проводимости	2	2	1			5
Деформация желудочкового комплекса		2			2	4
Сглаженность зубца Т во всех грудных отведениях	1			1	1	3
Нарушение внутрижелудочковой проводимости	1	1		1	1	4
Синусовая тахикардия	8			6		14
Брадикардия (удлинение систолического показателя)	5		5		2	12
Всего	22 (39,82%)	8 (40%)	9 (59,4%)	10 (100%)	8 (100%)	57 (53%)

Нарушение системы гемостаза оценивали по тромбоцитарному звено гемостаза. При госпитализации для проведения СЭ оценивали количество тромбоцитов, которое составляло от единичных до $240 \times 10^9/\text{л}$, причем у больных с ИТП (49,5 % от общего числа больных) тромбоцитопения была менее $20 \times 10^9/\text{л}$ (медиана — $12 \times 10^9/\text{л}$). Клинически заболевание характеризуется геморрагическим синдромом, спонтанным или посттравматическим, с преимущественной локализацией на коже и слизистых в виде петехии и экхимозы, носовые и десневые кровотечения, что зависит от степени тромбоцитопении. При продолжительных и частых кровотечениях, могут развиваться и анемический синдром. Степень выраженности тромбоцитопенического синдрома у больных ХЛиМПЗ составляло $79 \times 10^9/\text{л}$ (табл.№3). В остальных группах больных количество тромбоцитов были в пределах нормы или вне опасной зоны. Выраженный анемический синдром наблюдалось у больных с талассемией. В этой группе гемоглобин составляло $68,4 \pm 3,1$ г/л, а эритроциты $2,8 \pm 0,28 \cdot 10^{12}/\text{л}$. У больных с АИГА наблюдалось средней степени анемический синдром при гемоглобине $72,4 \pm 3,3$ г/л и эритроцитах $3,76 \pm 0,08 \cdot 10^{12}/\text{л}$. В этих группах, если больные резистентны к основным препаратам постоянная анемия является основным симптомом этих заболеваний. При ИТП анемия могут наблюдаться в основном при обильных кровотечениях. В группе больных с ХЛиМПЗ, например, волосатоклеточный лейкоз, миелофиброз клинические проявления включают анемию, выраженную гепатоспленомегалию, кахексию, боли в костях, инфаркт селезенки, кровотечения, синдром опухолевой интоксикации, характеризующийся появлением общей слабости, потливости, снижением аппетита, похудением, оссалгиями и другими. Анемия выявляется по мере прогрессирования заболевания и развитие гиперспленизма.

Таким образом, хирургические вмешательства у пациентов с гематологическими заболеваниями сопряжена со значительным риском. Опасность операции нередко усугубляется исходными глубокими нарушениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, вследствие метаболических изменений на органах и тканях на фоне длительной анемии и гипоксии, миелоидной метаплазией и действием сильнодействующих препаратов.

Показатели гемограммы в предоперационном периоде

Нозология	Гемоглобин г/л	Эритроциты 10 ¹² /л	Цветной показатель	Тромбоциты 10 ⁹ /л	Лейкоциты 10 ⁹ /л
ИТП	102,4±4,2	3,83±0,2	0,77±0,06	20,36±1,06	9,0±0,72
АИГА	72,4±3,3	3,76±0,08	0,67±0,02	234,76±5,08	8,76±0,28
НГА	115,4±4,8	4,53±0,27	0,79±0,06	228,76±4,06	7,0±0,55
Талассемия	68,4±3,1	2,8±0,28	1,04±0,05	128,76±3,28	18,0±1,34
ХЛМПЗ	98,76±3,28	3,92±0,2	0,721±0,06	79,23±3,37	28,16±2,15
Р	0,05	0,05	0,005	0,001	0,05

В большинстве случаев наблюдается нарушение гемостаза П как плазменного за счет поражения печени, блокирующего внутренние механизмы свертывания, так и тромбоцитарного за счет выраженной секвестрации тромбоцитов. У большинства больных нарушается дыхательная экскурсия легких из-за массивной гепатомегалии и спленомегалии.

Заключение

Подготовка к операции у больных с гематологическими заболеваниями требуют учета ряда специфических особенностей заболевания. Особое внимание в предоперационном периоде следует уделять ликвидации проявлений кровоточивости и анемии, которые являются частыми проявлениями большинства гематологических заболеваний. Кроме этого, хроническая интоксикация связанной с метаболическими нарушениями и пролиферативными процессами при онкогематологических заболеваниях, а также побочные действие различных специфических препаратов привело к нарушению функции печени различной степени. Все эти изменения в организме больных требуют специальных мероприятий по предоперационные подготовки гематологических больных к оперативному вмешательству.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Силаев М.А., Карагюлян С.Р., Шавлохов В.С., Точенов А.В., Гржимоловский А.В., Пантелеев И.В., Веревкина Н.А., Данишян К.И. Удаление селезенки при спленомегалии у гематологических больных // Хирургия №8, С.55-59.2012.
2. Соболева О.А., Егорова Е.К., Пустовая Е.И., Соркина О.М., Сабиров К.Р., Гемджян Э.Г., Прасолов Н.В., Данишян К.И., Меликян А.Л. Эффективность спленэктомии при первичной иммунной тромбоцитопении. *Гематология и трансфузиология*. 2021;66(3):362-373.
3. Mageau A, Terriou L, Ebbo M, Souchaud-Debouvierie O, Orvain C, Graveleau J, Lega JC, Ruivard M, Viallard JF, Cheze S, Dossier A, Bonnotte B, Perlat A, Gobert D, Costedoat-Chalumeau N, Jeandel PY, Dernoncourt A, Michel M, Godeau B, Comont T. Splenectomy for primary immune thrombocytopenia revisited in the era of thrombopoietin receptor agonists: New insights for an old treatment. *Am J Hematol*. 2022 Jan 1;97(1):10-17. doi: 10.1002/ajh.26378. Epub 2021 Oct 26. PMID: 34661954.
4. Chater C, Terriou L, Duhamel A, Launay D, Chambon JP, Pruvot FR, Rogosnitzky M, Zerbib P. Reemergence of Splenectomy for ITP Second-line Treatment? *Ann Surg*. 2016 Nov;264(5):772-777. doi: 10.1097/SLA.0000000000001912. PMID: 27741009
5. Majumdar G, Singh AK. Role of splenectomy in chronic lymphocytic leukaemia with massive splenomegaly and cytopenia. *Leuk Lymphoma*. 1992 May;7(1-2):131-4. doi: 10.3109/10428199209053612. PMID: 1472923.
6. Neal TF Jr, Tefferi A, Witzig TE, Su J, Phyliky RL, Nagorney DM. Splenectomy in advanced chronic lymphocytic leukemia: a single institution experience with 50 patients. *Am J Med*. 1992;93(4):435-40. doi: 10.1016/0002-9343(92)90174-a. PMID: 1415307.

Поступила 20.10.2024