



2019, №1
ISSN 2181-466X

Doktor Axborotnomasi





Учредитель:
САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ДОКТОР АХБОРОТНОМАСИ

ВЕСТНИК ВРАЧА

DOCTOR'S HERALD

Журнал входит в перечень научных журналов
и изданий, рекомендованных ВАК при
Кабинете Министров Республики Узбекистан
при защите докторских диссертаций

**UCH OYLIK
ILMIY-AMALIY JURNAL**
1997 yilda t.f.d. J.A. Ahtamov
tomonidan tashkil etilgan

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**
Основан в 1997 году
д.м.н. Дж.А. Ахтамовым

**QUARTERLY SCIENTIFIC
AND PRACTICAL JOURNAL**
Founded in 1997
by ph.d. J.A. Akhtamov

Адрес редакции:
Республика Узбекистан, 140100, г.Самарканд,
ул.Амира Темура, 18.
Тел.: +998 97 9291009

e-mail: vestnikvracha.vv@gmail.com

Дополнительная информация:
vestnikvracha.uz

Журнал перерегистрирован в
Самаркандском областном
управлении печати и информации
01 июля 2016 года
(регистрационный № 09-35).

Сдано в набор 23.03.2019.
Подписано в печать 30.03.2019.
Формат А 4. Гарнитура Times New Roman.
Объем 18,88 усл. п.л. Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии СамГосМИ.
Заказ № 17 (от 16.03.2019).

**№ 1
2019 yil**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор
А.М. Шамсиев
Зам. главного редактора
Б.Б. Негмаджанов
Технический редактор
В.О. Ким

Ю.М. Ахмедов,
М.Х. Каттаходжаева,
З.Б. Курбаниязов,
А.М. Мамадалиев,
Ф.Г. Назыров,
А.Т. Сафаров,
А.М. Хаджибаев,
Г.А. Хакимов,
Н.М. Шавазы,
Р.Х. Шарипов,
А.А. Юсупов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А.А. Абдусаломов,
Ф.А. Акилов, М.М. Алиев,
Б.К. Алтиев, Ж.А. Атакулов,
И.Е. Герасимюк, З.А. Гиясов,
М.Д. Джалилова, С.И. Исмаилов,
Х.К. Карабаев, Б.А. Магруппов,
И.М. Мухамедов, Д.К. Нажмутдинова,
М.Р. Рустамов, П.У. Уринбаев,
Х.Т. Хамраев, Ж.А. Шамсиев,
А.Ш. Шодиев, Ш.А. Юсупов

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- С. А. Абдуллаев, Э. Ю. Курбанов,
А. О. Боймуродов, Л. С. Абдуллаева**
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
- О. Б. Алимова, Х. Н. Сирожиддинова,
Н. Т. Ортыкбаева, Г. З. Сувонова,
Ш. Х. Миллиева**
ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА
МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ
С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
- А. А. Гайбуллаев, С. С. Кариев,
С. О. Касымов**
ПРЕУРОЛИТИАЗ: СОСТОЯНИЕ
МЕСТНЫХ ФАКТОРОВ
ЛИТОГЕНЕЗА И ИХ СРАВНЕНИЕ С
УРОЛИТИАЗОМ
- С. С. Давлатов**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ
В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ
- С. И. Индиаминов, З. Э. Жуманов,
С. А. Блинова**
СТЕПЕНЬ ПЕРИВАСКУЛЯРНОГО
И ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯРНОГО ОТЕКА
В БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЯХ
ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ,
ПОГИБШИХ ОТ ОСТРОЙ
МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ
- С. И. Индиаминов, М. Р. Расулова,
А. С. Умаров**
МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ
ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА
- С. И. Индиаминов, М. Р. Расулова**
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
ПОВРЕЖДЕНИЙ НОСА
- К. А. Исламова, Э. С. Тоиров**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
ОСТЕАРТРОЗОМ

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- S. A. Abdullaev, E. Yu. Kurbanov,
A. O. Boimurodov, L. S. Abdullayeva**
PROBLEMS OF SEPSIS DIAGNOSTIC
AND TREATMENT IN DIABETES
MELLITUS
- O. B. Alimova, Kh. N. Sirojiddinova,
N. T. Ortikbaeva, G. Z. Suvonova,
Sh. Kh. Millieva**
OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL
ANAMNESIS FEATURES
OF MOTHERS WITH HEMOLYTIC
DISEASE NEWBORN
- A. A. Gaybullaev, S. S. Kariev,
S. O. Kasimov**
PREUROLITHIASIS: THE STATE
OF LOCAL FACTORS OF
LITHOGENESIS AND THEIR
COMPARISON WITH UROLITHIASIS
- S. S. Davlatov**
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH POSTOPERATIVE
VENTRAL HERNIA
IN THE LONG TERM
- S. I. Indiaminov, Z. E. Zhumanov,
S. A. Blinova**
THE DEGREE OF PERIVASCULAR
AND PERICELLULAR EDEMA
IN THE CEREBRAL HEMISPHERES
OF PERSONS WHO DIED
FROM ACUTE MASSIVE
BLOOD LOSS
- S. I. Indiaminov, M. R. Rasulova,
A. S. Umarov**
THE MECHANISM OF INJURY
IN FRACTURES OF THE NOSE BONES
- S. I. Indiaminov, M. R. Rasulova**
CRITERIA EVALUATION
OF SEVERITY STAGE
OF NOSE FRACTION
- K. A. Islamova, E. S. Toirov**
QUALITY OF PATIENTS LIFE
WITH OSTEOARTHRISIS

- З. А. Исмоилова, Б. А. Юлдашев,
А. А. Ахматов**
ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ
У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НАРУШЕННОГО
ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ:
ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
- С. С. Кариев**
РАСТИТЕЛЬНЫЕ МОЧЕГОННЫЕ
СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
- М. М. Каримова**
ЙОД БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК
ВА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ШАРОИТИДА
ТУГУНЛИ БУҚОҚНИНГ ШАКЛЛАРИ
КЎРИНИШЛАРИ БЎЙИЧА
БАЖАРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК
ОПЕРАЦИЯЛАР СОНИ ВА
ҲАЖМИНИНГ ДИНАМИК
ЎЗГАРИШЛАРИ
- Л. Левицкая**
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ
УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
РЕЗЕРВОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ
МИОКАРДА С КОМОРБИДНОЙ
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ В ПРОЦЕССЕ
РЕАБИЛИТАЦИИ
- В. И. Лим, О. Б. Алимова,
Г. З. Сувонова**
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО -
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
НОВОРОЖДЕННЫХ
- В. И. Лим, Г. Х. Исломова,
О. Б. Алимова, М. М. Тухтаева,
Х. А. Аллаёрова**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА
РОДРАЗРЕШЕНИЯ
- 45 Z. A. Ismoilova, B. A. Yuldashev,
A. A. Akhmatov**
CHILDREN CHRONIC
PYELONEPHRITIS IN THE
BACKGROUND OF DISTURBED URIC
ACID EXCHANGE: FEATURES OF
ANAMNESIS AND CLINICAL AND
LABORATORY CHARACTERISTICS
- 50 S. S. Kariev**
MEDICINAL PLANTS
IN URINARY STONE
DISEASE MANAGEMENT
- 57 M. M. Karimova**
DYNAMICS OF SURGICAL
OPERATIONS OF
THE NODE SHAPES
IN THE CONDITIONS
IODINE POTENCY
AND IODINE DEFICIENCY
- 62 L. Levytska**
ASSESSMENT OF THE POSSIBILITY
OF IMPROVING FUNCTIONAL
RESERVES IN PATIENTS
WITH MYOCARDIAL INFARCTION
AND PULMONARY COMORBIDITY
IN THE COURSE
OF REHABILITATION
- 68 V. I. Lim, O. B. Alimova,
G. Z. Suvonova**
COMPARATIVE CLINIC-
LABORATORY INDICES IN VARIOUS
FORMS OF HEMOLYTIC DISEASE IN
NEWBORNS
- 72 V. I. Lim, G. Kh. Islomova,
O. B. Alimova, M.M. Tukhtayeva,
Kh. A. Allayorova**
COMPARATIVE CHARACTERISTICS
OF THE NEUROLOGICAL
SYMPTOMS IN CHILDREN
DEPENDING ON TYPE
OF DELIVERY

- Ш. Х. Миллиева, В. И. Лим,
М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева,
Р. Х. Хамдамова**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА
ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У
ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ
- Ш. Х. Миллиева, М. Ф. Усманова,
Ш. М. Набиева, Х. Н. Сирожиддинова**
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
РАЗВИТИЯ СИНДРОМА
ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
У НОВОРОЖДЕННЫХ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА
ГЕСТАЦИИ
- Р. Д. Мустафин, Ш. К. Пардаев**
ОПТИМИЗАЦИЯ
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ПОСОБИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ
- Р. М. Нарзикулов, Д. М. Абдуллаев,
Л. А. Саламова, Х. Д. Абдуллаев**
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
ГОНОРЕЕЙ ЖЕНЩИН В
САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
- Р. М. Нарзикулов, Д. М. Абдуллаев,
С. У. Тошев, Х. Д. Абдуллаев**
ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН
БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ
АССОЦИИРОВАННЫЕ ИППП
- А. А. Насыров, Х. Н. Хотамов,
Ш. Ш. Холметов**
ВЫБОР ПЕРВИЧНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЕ ПЕРВИЧНОГО
ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА
У ДЕТЕЙ
- К. Э. Рахманов**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ЭХИНОКОКЭКТОМИЮ ИЗ ПЕЧЕНИ
- Б. З. Туробова**
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
- Sh. Kh. Millieva, V. I. Lim,
M. F. Usmanova, Sh. M. Nabiyeva,
R. Kh. Khamdamova**
PECULIARITIES OF THE RESPONSE
OF THE RESPIRATORY DISORDER
SYNDROME IN DEEPLY-DISEASED
- Sh. Kh. Millieva, M. F. Usmanova,
Sh. M. Nabiyeva, Kh. N. Sirozhiddinova**
MAIN RISK FACTORS FOR
THE DEVELOPMENT
OF RESPIRATORY DISTRESS
SYNDROME IN NEWBORNS
DEPENDING ON THE AGE
OF HETATION
- R. D. Mustafin, Sh. K. Pardaeв**
OPTIMIZATION
OF ANESTHESIA
IN GYNECOLOGICAL
OPERATIONS
- R. M. Narzikulov, D. M. Abdullaev,
L. A. Salamova, Kh. D. Abdullaev**
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF WOMEN
PATIENTS WITH GONORRHOEA IN
SAMARKAND REGION
- R. M. Narzikulov, D. M. Abdullaev,
S. U. Toshev, Kh. D. Abdullaev**
PRINCIPLES OF THERAPY
OF PATIENTS WITH GONORRHEA
IN WOMEN ASSOCIATED STI
- A. A. Nasyrov, Kh. N. Hotamov,
Sh. Sh. Kholmetov**
CHOICE OF PRIMARY
SURGICAL HELP WITH KIDNEY
FORM OF PRIMARY
HYPERPARATHYROIDISM
IN CHILDREN
- K. E. Rakhmanov**
QUALITY OF LIFE
IN PATIENTS AFTER
LIVER ECHINOCOCCECTOMY
- B. Z. Turobova**
ULCER DISEASE IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS:
PECULIARITIES OF THE COURSE AT
THE CONTEMPORARY STAGE

Ф. Р. Умарходжаев, М. М. Искандаров
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

114

F. R. Umarhodzhaev, M. M. Iskandarov
IMPROVEMENT
OF PRE-OPERATIONAL METHODS
PREPARATION OF SCOLIOTIC
DISEASE IN CHILDREN

**П. У. Уринбаев, И. П. Уринбаев,
М. Э. Хасанов, М. У. Аширов**
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ
ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ
КОСТИ У ДЕТЕЙ

118

**P. U. Urinbaev, I. P. Urinbaev,
M. E. Khasanov, M. U. Ashirov**
SURGICAL TREATMENT OF
NON-CONSOLIDATED FRACTURES
OF THE HUMERAL CONDYLE HEAD
IN CHILDREN

**Н. Г. Элмуродов, М. М. Матлубов,
О. В. Ким, Х. Х. Хамраев**
МЕСТО ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦИИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПОЖИЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ

124

**N. G. Elmurodov, M. M. Matlubov,
O. V. Kim, Kh. Kh. Khamrayev**
PLACE OF CEREBROPROTECTION
IN THE PREVENTION AND
CORRECTION OF POSTOPERATIVE
COGNITIVE DYSFUNCTION
DURING SURGICAL
INTERVENTIONS
IN ELDERLY PATIENTS

**Н. А. Ярмухамедова, М. М. Ачилова,
Н. Т. Раббимова, Ф. Э. Матякубова**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА
ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

128

**N. A. Yarmukhamedova, M. M. Achilova,
N. T. Rabbimova, F. E. Matyakubova**
FEATURES OF THE CURRENT
HEPATITIS C WITH
TUBERCULOSIS

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

**Р. Р. Гафаров, С. А. Аллазов,
Ш. И. Гиясов**
ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ – НОВОЕ
СЛОВО В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ

132

**R. R. Gafarov, S. A. Allazov,
Sh. I. Giyasov**
LASER ENUCLEATION OF THE
PROSTATE - NEW APPROACH
IN OPERATIVE TREATMENT
OF BENIGN PROSTATIC
HYPERPLASIA

ОБМЕН ОПЫТОМ

EXPERIENCE EXCHANGE

**С. А. Аллазов, Х. С. Тошев,
Н. А. Бобокулов**
ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВАЯ
ПАТОЛОГИЯ И УРОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ

138

**S. A. Allazov, H. S. Toshev,
N. A. Bobokulov**
SPINAL CORD PATHOLOGY
AND UROLOGICAL CARE

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE FROM PRACTICE

**С. А. Аллазов, Т. Ш. Умиров,
Н. А. Бобокулов**
МОЛНИЕНОСНАЯ ГАНГРЕНА
МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

144

**S. A. Allazov, T. Sh. Umirov,
N. A. Bobokulov**
FULMINANT GANGRENE
OF THE SCROTUM

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

151

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL ARTICLES

УДК 616.379-008.64

**ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ****С. А. Абдуллаев, Э. Ю. Курбанов, А. О. Боймуродов, Л. С. Абдуллаева**Самаркандский государственный медицинский институт,
кафедра хирургических болезней педиатрического факультета,
Самаркандское городское медицинское объединение,
Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** сепсис, флегмона, абсцесс, инфекция.**Таянч сўзлар:** сепсис, флегмона, абсцесс, инфекция.**Keywords:** sepsis, phlegmon, abscess, infection.

В большинстве случаев сепсис вызывается грамположительной флорой. Однако у больных без гематогенной диссеминации и микробиологически подтверждено наличие грамотрицательных микроорганизмов. Диагностика сепсиса - это очень сложный вопрос. Около 30% случаев сепсиса остаётся без бактериологического подтверждения. В около 40-45% случаев сепсис вызывается стафилококками. Однако в 80% случаях хирургические инфекции сочетаются с анаэробной инфекцией.

Наиболее актуальным считаются хирургические методы лечения сепсиса. Особенно, сепсис, как следствие воспалительных заболеваний мягких тканей, лечение которого должно начинаться с неотложного хирургического вмешательства.

**ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СЕПСИСНИ ДИАГНОСТИКА ҚИЛИШ ВА
ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ****С. А. Абдуллаев, Э. Ю. Курбанов, А. О. Боймуродов, Л. С. Абдуллаева**Самарканд давлат тиббиёт институти, Педиатрия факультети хирургик касалликлари кафедраси,
Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Самарканд, Ўзбекистон

Кўп ҳолларда сепсисни грамусбат бактериялар келтириб чиқаради. Сепсисни аниқлаш жуда қийин. 30% ҳолатда сепсиснинг қўзғатувчисини аниқлаб бўлмайди. Сепсисни 40-45% ҳолатларда стафилококklar чиқаради. Хирургик инфекциялар 80% ҳолатларда анаэроб инфекциялар билан бирга учрайди.

Сепсисни хирургик йўл билан даволаш энг мақбул ҳисобланади. Юмшоқ тўқималарнинг яллиғланиши туфайли келиб чиқадиган сепсисни даволаш хирургик йўл билан бошланиши керак.

Таянч сўзлар: сепсис, флегмона, абсцесс, инфекция.

PROBLEMS OF SEPSIS DIAGNOSTIC AND TREATMENT IN DIABETES MELLITUS**S. A. Abdullaev, E. Yu. Kurbanov, A. O. Boimurodov, L. S. Abdullayeva**Samarkand state medical institute, department of surgical diseases of pediatric faculty,
Samarkand city medical association, Samarkand, Uzbekistan

In most cases, sepsis is caused by gram-positive flora. However, in patients without hematogenous dissemination, gram-negative microorganisms were microbiologically confirmed. Diagnosis of sepsis is a very difficult question. About 30% of sepsis cases remain without bacteriological confirmation. About 40-45% of sepsis cases are caused by staphylococci. However, 80% of cases of surgical infection is combined with an anaerobic infection.

Surgical treatment of sepsis is considered to be the most relevant. Especially sepsis due to inflammatory diseases of soft tissues, treatment should begin with an urgent surgical intervention.

Несмотря на развитие медицинской науки проблема хирургической инфекции остаётся актуальной проблемой. Сепсис является ответной реакцией на различные инфекции бактериального, вирусного, грибкового характера. Впервые термин сепсис был использован Гиппократом 2000 лет тому назад. Под этим термином подразумевается патологический распад тканей с гниением. В последние годы сепсис в мировом масштабе начал нарастать, (более чем 50 млн человек в год), а смертность составляет 5,3 млн случаев. Частота сепсиса в развитых странах 200-275 человек на 100000 населения в год. Ежегодно в США встречается 500 тысяч случаев сепсиса, смертность от 20 до 50%. Многие авторы, изучив эпидемиологию сепсиса, считают 4 основные локализации первичного очага: легочный, раневой, аб-

доминальный, урологический. По нашим данным, при сахарном диабете, часто очагами сепсиса были гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, конечностей и промежности. В настоящее время доказано, что в большинстве случаев сепсис развивается вследствие бактерий грамположительной флоры. Однако, у некоторых инфекционных больных сепсис развивается за счет грамотрицательной бактерии.

В данное время в ежедневной практике применяются критерии диагностики и классификация сепсиса, предложенные ассоциацией Американских пульмонологов.

1. Сепсис - ответная воспалительная реакция организма на инфекции, наличие очага инфекции и двух или более признаков синдрома системного воспаления.

2. Тяжелый сепсис, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией, нарушением тканевой перфузии.

3. Септический шок - сепсис с тканевой и органной гиподисфункцией и гипотонией с нарушением функции систем и органов.

С учетом введения синдрома системной воспалительной реакции организма для уточнения достоверного диагноза сепсиса разработана концепция PIRO: предрасположенность (P-predisposition) - возраст, генетические факторы, сопутствующие заболевания; инфекция (I-infection) - локализация очага инфекции, возбудитель инфекции; реакция (R-response)-клинические проявления инфекционного процесса; (O-organ dysfunction) - оценка степени органной дисфункции по шкале SOFA.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения гнойно-воспалительного процесса при сахарном диабете осложнившегося сепсисом.

Материалы работы. В гнойно-септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения находились на стационарном лечении 29 больных сахарным диабетом с различными гнойно-воспалительными заболеваниями, осложненные сепсисом. Возраст больных от 30 до 72 лет, из них 16 больных были в работоспособном возрасте. Мужчин было 17, женщин - 12 человек. По локализации гнойно-воспалительного очага были: в нижних конечностях и промежности у 18, верхних конечностях - у 5, постинъекционные абсцессы в ягодицах - у 4 и нагноение послеоперационных ран передней брюшной стенки у 2 больных. Таким образом, острые парапроктиты (ишиоректальные и пельвиоректальные - у 6 больных, флегмона промежности и болезнь Фурнье с распространением на переднюю брюшную стенку - у 5, гнойно-некротическая флегмона стопы - у 7, комиссуральная флегмона с распространением в предплечье - у 2, флегмона в области плеча осложненная анаэробной инфекцией - у 3, глубокие постинъекционные абсцессы ягодицы с осложнением анаэробной флегмоной - у 4 и нагноение послеоперационной раны с флегмоной передней брюшной стенки (после аппендэктомии, ущемленной вентральной грыжи) - у 2 больных. Для сравнительного изучения мы разделили больных на две группы. В первую группу вошли 14 больных со средней тяжестью сахарного диабета 2-типа, у которых выявлен сепсис. Во вторую группу - 15 больных с тяжелой формой сахарного диабета с гнойно-некротическими процессами с осложненными фасциитами, у которых был выставлен диагноз тяжелый сепсис и септический шок. Причинами развития инфекции мягких тканей были синдром диабетической стопы, флегмона нижних конечностей, острые парапроктиты, послеоперационное нагноение раны, постинъекционные абсцессы. При развитии фасцита как нозологического процесса первыми поражаются поверхностные фасции, подкожно-жировая клетчатка и кожа втягивается в процесс вторично. В нашем наблюдении выяснилось, что больные с острым парапроктитом несвоевременно обращались в стационар, с осложнением флегмоной промежности, болезнью Фурнье, большими флегмонами передней брюшной стенки. В этой стадии болезни, первичные признаки не появляются. Появление гиперемии кожи, ишемические пузырьки кожи и образование некротической кожи является признаком, что больные поздно поступили в стационар. В некротических фасциитах появляются массивные отеки, в некоторых случаях поражается несколько сегментов конечностей, локальная боль и признаки интоксикации. Необходимо отметить, что состояние интоксикации боль-

ных не совпадает с местным обзорным изменением. В нашем наблюдении в основном выявили распространение гнойного процесса в промежность и переднюю брюшную стенку. При локализации гнойно-некротического процесса области стоп и пальцев, гнойный процесс распространяется вверх по фасциям и к синовиальной оболочке мышц, что в диагностике чрезвычайно актуально, так как впервые нет точного набора признаков сепсиса. Особенно это касается воспалительных заболеваний мягких тканей. Поэтому даже в клинических случаях диагноз сепсиса ставится либо чрезвычайно редко, либо слишком поздно. Наблюдение показало, что клиническое течение клостридиальных и неклостридиальных форм анаэробной инфекции имеет отличительные признаки. При клостридиальных инфекциях быстро развивается дезориентация, эйфория, печеночная недостаточность и диссеминированное внутрисосудистое свертывание, функции органов дыхания в первые сутки не нарушаются. При неклостридиальных инфекциях выраженной интоксикации значительно меньше, а в ранние сроки отмечаются дыхательные расстройства. Поэтому иногда появляются 2, 3 и 4 признака синдрома системной воспалительной реакции. Ограниченное воспаление, сепсис, тяжелый сепсис и полиорганная недостаточность являются реакцией организма на воспаление. В настоящее время принята 5 бальная система оценки тяжести нарушения органов и систем при сепсисе. В диагностике очень важен тщательный осмотр с выявлением клинических признаков. Особенно когда ещё точно не установлен очаг инфекции, мы ориентировались по клинико-лабораторным критериям сепсиса. К общим критериям относятся повышение температуры до 38,5 °С, или гипотермия, температура ниже 36 °С, частота пульса - (больше 90 ударов в мин), тахипноэ, нарушение сознания, гипергликемия. Помимо этого необходимо основываться на критерии воспаления: лейкоцитоз ($12 \cdot 10^9/\text{л}$) или лейкопения ($4 \cdot 10^9/\text{л}$), сдвиг в сторону незрелых форм, гемодинамически - артериальная гипотензия ($< 90 - 70$ мм рт.ст.), сатурация ($\text{SvO}_2 < 70\%$). При сепсисе часто наступает органная дисфункция в виде артериальной гипоксемии, острая олигоурия, повышение креатинина, тромбоцитопения, гипербилирубинемия и парез кишечника. При осмотре можно выявлять признаки тканевой гипоперфузии в виде мраморности кожи конечностей.

УЗИ является высоко информативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани, его размеры, глубина поражения.

В принципе общего лечения сепсиса очень важно обратить внимание на инфекционный процесс в зоне первичного повреждения ткани - это является причиной воспалительного процесса. Большое значение имеет размер очага, вид микрофлоры, ее патогенность и вирулентность, наличие преморбидного фона у пациента, т.е. факторы, непосредственно влияют на распространение реакций организма. Хирургический метод лечения необходим, если нет полиорганной недостаточности. Когда у больных развилась клиническая картина полиорганной недостаточности расширение объема оперативного лечения не только приводит к дополнительной травме, но и усугубляет тяжесть состояния больного. Поэтому существуют старые постулаты при первичной хирургической обработке раны, максимально возможное удаление некротических тканей и снижение микробного загрязнения раны. Надо сказать, что полное удаление некротически измененных тканей иногда становится невыполнимой задачей. Расширить объем операции - выполнение некрэктомии в полном объеме, что может стать дополнительным риском для больного. Точно такая задача стоит перед хирургом при обширных, глубоких гнойных процессах мягкой ткани. В таких случаях выходом из ситуации могут быть широкие разрезы с надежным дренированием раны. Полноценный хирургический разрез, адекватное дренирование и противовоспалительное лечение позволяет достаточно полноценно осуществить профилактику распространения воспалительных реакций. Все наши больные своевременно подвергались оперативному лечению, то есть широкими разрезами вскрывались парапроктиты, длинными широкими разрезами флегмоны бедра, промежностей, голени с удалением некротических тканей. В послеоперационном периоде проводилась этапная некрэктомия. У 8 больных 6 раз, у 5 больных 4 раза, а у остальных 16

больных по 3 раза была произведена этапная некрэктомия с адекватным дренированием раны.

Результаты и обсуждение. При тяжелой форме сахарного диабета с гнойно-некротическими флегмонами часто возникает сепсис. Основной причиной этого процесса является не только нарушение обмена углеводов при сахарном диабете, но и обмена белков и жиров. Помимо этого, грубые изменения наступают в сердечно - сосудистой системе, печеночно-почечной и нервной системах. Гнойные инфекции отрицательно влияют на обмен веществ и приводят к ослаблению защитной реакции организма, который способствует распространению инфекции. В этих состояниях, абсолютно в большинстве случаев, у больных развиваются гнойно-некротические флегмоны и фасциты. В лечении некротического фасцита применение раннего радикального оперативного вмешательства дает хороший результат. Если в послеоперационном периоде развивается повышение температуры, тахикардия, боли в области послеоперационной раны, ухудшение общего состояния больного - это является показаниями к повторной ревизии раны для поиска источника. Если контрольные УЗИ по ряду причин не дали эффекта, то необходимо использовать КТ, МРТ. В отдельных случаях когда выше приведенные исследования не удаются возможными мы применяли функциональные методы обследования зоны послеоперационных ран.

В последние годы в применении антибиотиков в лечении сепсиса существуют различные подходы. Если инфекционный процесс локализуется на нижних конечностях, промежности, ягодичных областях, то в основном возбудителями являются грамотрицательные палочки. Это обстоятельство должно учитываться при проведении антибиотикотерапии. Успех антибиотикотерапии зависит от проведения радикальной вторичной хирургической обработки раны.

Если больному установлен диагноз сепсис, тяжелый сепсис, септический шок необходимо следовать дифференцированной схем антибиотикотерапии. Мы широко используем цефипим (цефалоспорины 4 поколения) в комбинации метронидазолом, ультраширокого спектра действия карбопенимы (меропеним). По данным литературы в условиях сепсиса потребность организма в энергии возрастает до 50-60 ккал/кг, в белках - до 2-3 г/кг в сутки, средняя суточная потеря азота достигает до 30-35 г/сутки. Исходя из этого больным сепсисом необходима полноценная нутриционная поддержка, энтеральное и парентеральное питание.

Кишечник человека-орган выполняющий целый ряд функций (эндокринную, иммунную, механическую, метаболическую, барьерную гомеостазирующую) жизнедеятельности всего организма. Большую роль играет кишечник в патогенезе развития полиорганной недостаточности и в попадании больных в критическое состояние.

В настоящее время реально доказанным методом иммунокоррекции при тяжелом сепсисе и септическом шоке является внутривенное применение иммуноглобулинов в дозе 3 мл/кг/сутки в течение 3-5 дней. Если у больных выявлен тяжелый сепсис и септический шок, то необходимо срочно начинать интенсивную терапию. Основной задачей интенсивной терапии является своевременное улучшение транспорта кислорода к клеткам. Все вышеуказанные категории больных получали интенсивные терапии в реанимационном отделении. Из 29 больных с сахарным диабетом второго типа с тяжелым сепсисом и септическим шоком, который осложнялся полиорганной недостаточностью, у 9 наступила смерть.

Вывод. Своевременное установление диагноза и комплексного активного, адекватного хирургического лечения, широкие разрезы и этапная некрэктомия дает хорошие результаты в лечении сепсиса при сахарном диабете. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

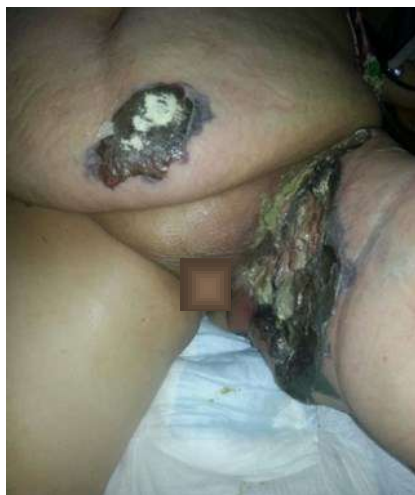


Рис. 1 а.



Рис. 1 б.



Рис. 1 в.



Рис. 1 г.

Рис. 1 а. Больная Б., 58 лет. При поступлении: анаэробная флегмона промежности с распространением в переднюю брюшную стенку.

Рис. 1 б. В момент вскрытия флегмоны промежности и передней брюшной стенки.

Рис. 1 в. Рана очищается от некротической ткани.

Рис. 1 г. Наложение швов на рану.

Использованная литература:

1. Ерухин И.А. Шляпников С.А. Хирургический сепсис. Мир медицины, 1998.
2. Ерухин И.А., Гельфанд Б.Р. и другие. Хирургическая инфекция. Глава 6. Сепсис 2006г.
3. Мишнев О.Д., Гринберг А.М., Зайротянс О.Ф. Актуальные проблемы патологии сепсиса. Архив патологии. 2016,78(6). С.3-8.
4. Сажин В.П. с авторами. Что такое сепсис? Хирургия 2017, 1. С.82-87.
5. Bone R.C. Grodson C.J., Balk R.A., Sepsis: a new hypothesis for pathogenesis of the disease process clinics in Chest Medi Cine,1996; 017 (2).

**ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРЕЙ
НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ****О. Б. Алимова, Х. Н. Сирожиддинова, Н. Т. Ортыкбаева,
Г. З. Сувонова, Ш. Х. Миллиева**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** гемолитическая болезнь новорожденных, особенности акушерско-гинекологического анамнеза матерей.**Таянч сўзлар:** чакалоқлар гемолитик касаллиги, оналар акушерлик анамнези хусусиятлари.**Keywords:** hemolytic disease of the newborn, obstetric and gynecological anamnesis features of mothers.

Проведен анализ карт беременных и истории родов 50 женщин, родивших новорожденных с гемолитической болезнью. Выявлено, что наиболее значимыми факторами риска развития гемолитической болезни новорожденных (ГБН) являются: аборт, угроза прерывания беременности, анемия беременных. Отмечена высокая коррелятивная связь между возникновением ГБН по резус конфликту с паритетом матери, абортами, анемией беременных, у новорожденных родившихся от ABO конфликтной беременности с первой беременностью матери.

**ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИК БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ОНАЛАРИНИНГ
АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИК АНАМНЕЗИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ****О. Б. Алимова, Х. Н. Сирожиддинова, Н. Т. Ортыкбаева, Г. З. Сувонова, Ш. Х. Миллиева**

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Гемолитик касаллик билан туғилган чакалоқлар оналарининг ҳомиладорлик карта ва туғруқ тарихлари таҳлил қилинди.

Чакалоқлар гемолитик касаллиги ривожланишининг нисбатан кўп учрайдиган факторлари қуйидагилар эканлиги аниқланди: абортлар, ҳомила тушиш хавфи, ҳомиладорлар анемияси. Чакалоқлар гемолитик касаллигини оналарнинг резус мос келмаслик, абортлар, ҳомиладорлар анемияси ҳамда 1-ҳомиладорликда ABO-мос келмасликдан туғилган чакалоқлар ўртасида юқори оррелятив боғлиқлик аниқланди.

**OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL ANAMNESIS FEATURES OF MOTHERS WITH HEMOLYTIC
DISEASE NEWBORN****O. B. Alimova, N. T. Ortikbaeva, Kh. N. Sirojiddinova, G. Z. Suvonova, Sh. Kh. Millieva**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The analysis of pregnant women's cards and the birth history of 50 women who gave birth to newborns with hemolytic disease was carried out. It is revealed that the most significant risk factors for the development of hemolytic disease of the newborn are: abortion, threatened miscarriage, anemia of pregnant women. A high correlative relationship was noted between the occurrence of GB due to Rhesus conflict with maternal parity, abortions, anemia of pregnant women, in newborns born to ABO of a conflict pregnancy with the first pregnancy of the mother.

Актуальность проблемы. В структуре важнейших проблем перинатологии ведущая роль принадлежит иммунопатологической беременности. Практически с первых недель беременности между зародышем и материнским организмом возникают сложные иммунобиологические взаимосвязи, которые определяют не только дальнейшее течение беременности, но и состояние матери, развитие внутриутробного плода и качество здоровья новорожденного ребенка [1, 2, 3].

Существует перечень потенциально сенсibiliзирующих событий в акушерско-гинекологическом анамнезе матерей в развитии ГБ, это: внутриутробная гибель плода, прерывание беременности (независимо от способа), дородовое кровотечение, самопроизвольный аборт, внематочная беременность [1, 3] и т.д., в связи с этим, перед нами была поставлена цель: изучить акушерско-гинекологический анамнез матерей детей родившихся с гемолитической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Для решения поставленных задач были проанализированы карты беременных и истории родов 50 женщин, родивших новорожденных с гемолитической

болезнью, наблюдавшихся в областном перинатальном центре г. Самарканда в период с 2017-2019 гг. Все женщины, родившие новорожденных с ГБ, во время беременности регулярно наблюдались у врача акушера-гинеколога в семейной поликлинике по месту жительства.

По результатам анамнеза все беременные были разделены нами на 2 группы. 1 группу составили 24 женщины родившие детей с резус-конфликтной ГБ и 2 группу составили 26 женщин, родившие детей с конфликтом по системе (AB0-ГБ). Были собраны сведения по акушерско-гинекологическому анамнезу и течению настоящей беременности.

Результаты исследования. При анализе паритета беременности установлено, что первобеременных женщин в 1 группе не было, 18 (75%) женщин в 1 группе имели 3 беременности и более, 6 (25%) женщин имели 2 беременности, тогда как во 2 группе в основном все женщины были первобеременными 20 (76,9%), 6 (23,0%) женщин имели 2 или 3 беременности. При этом средний возраст матерей детей в обеих группах был примерно одинаковым и составил в среднем $26,8 \pm 0,4$ и $26,1 \pm 0,2$ год в 1 и 2 группах.

При выявлении частоты наличия отягощенности акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что в основном все женщины 1 группы имели отягощенный гинекологический анамнез 22 (91,6%), тогда как во 2 группе отягощенный акушерский анамнез встречался всего у 8 (30,7%) матерей, что было статистически достоверно ниже по сравнению с женщинами родившими новорожденных с Rh-конфликтом.

Таким образом, анализ акушерского анамнеза женщин, родивших детей с ГБ, показал, что достоверно чаще младенцы с ГБ, с резус-конфликтом, рождались от повторной беременности ($P < 0,05$), а также при наличии отягощенности акушерского анамнеза ($P < 0,05$).

В акушерско-гинекологическом анамнезе женщин групп сравнения выявлялись: нерегулярный менструальный цикл, ОРЗ, перенесенные во втором и третьем триместрах беременности, инфекции мочеполовых путей и т.д. При этом медицинские аборт (8,3%), самопроизвольные аборт (37,5%), прерывание беременности по медицинским показаниям (4,2%), также чаще наблюдалось в группе матерей с Rh конфликтом, тогда как угрожающее прерывание беременности (33,3% и 42,3% в 1 и 2 группах соответственно), гестозы беременности (45,8% и 46,1% в 1 и 2 группах) встречались с одинаковой частотой в обеих группах.

Известно, что гипоксические поражения у новорожденных являются следствием многих причин (заболевания матери, фетоплацентарная недостаточность, гестозы и т.д.); в ряде научных исследований показано, что в условиях недостатка кислорода у новорожденного развивается оксидативный стресс, нарушаются метаболизм и функции клеток. Эффективным механизмом рефляции этих процессов в норме и при патологии является реакция клеток крови.

Это было подтверждено нашими исследованиями, когда во всех сравниваемых группах наблюдалась высокая частота анемии беременных. При этом особенно выраженной по частоте и степени тяжести анемия наблюдалась в группе детей родившихся от Rh - конфликтной беременности 24 (100%) матерей, тогда как во 2 группе анемию имели 21 (80,7%) матерей. При этом у матерей с резус-конфликтной беременностью наблюдалось преобладание анемии 2 и 3 степени, тогда как у матерей с AB0-конфликтом в равной частоте встречалась анемия 1 и 2 степени.

Таким образом, беременность у сенсibilизированных женщин редко протекает «гладко». Чаще всего она осложняется угрозой прерывания беременности и (или) токсикозом и (или) анемией. Имевшие место отрицательные факторы ведут к повышению проницаемости сосудистой стенки и, в особенности плаценты, способствуют проникновению резус-антител к плоду, и увеличивают риск постнатальной реализации AB0-конфликта.

В реализации ГБН, как резус-конфликтной, так и по антигенам системы AB0, определенную роль играет состояние острых и хронических заболеваний. Данные об имевшейся соматической патологии (как до беременности, так и во время ее) у женщин, у которых она

закончилась рождением младенцев с ГБ характеризуется, тем, что у части женщин экстрагенитальная патология носила сочетанный характер. Наличие хронических экстрагенитальных заболеваний зарегистрировано у 9 матерей (37,5 %) детей 1 группы, в том числе у 4 женщин (16,6%) наблюдались одновременно 2 и более нозологических форм. Самыми частыми вариантами патологии были нейроциркуляторная дистония и пиелонефрит по 4 (16,6%) и 3 (12,5%) случаев в каждой нозологии соответственно.

Также встречались хронические заболевания органов пищеварения (гастрит, холецистит, дисфункции билиарного тракта) – 3(12,5%), эндокринная патология (ожирение, заболевания щитовидной железы – 3 (12,5%) у матерей родивших новорожденных с резус конфликтной ГБН.

При этом выявление экстрагенитальной патологии у матерей в группе детей с ГБ причиной которой явилась АВО несовместимость была ниже. Так, экстрагенитальная патология встречалась всего у 7 матерей (27%) и была выражена в наличии пиелонефрита 2 (7,7%) и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта 3(11,5%), у 2 (7,7%) матерей данной группы наблюдалось ожирение 1 степени.

У матерей сравниваемых групп отмечалась относительно большая частота выявления TORCH-инфекции. Отмечалась высокая частота повышенного титра IgG вирусных инфекций герпетической этиологии (герпес I, II и ЦМВ) у больных сравниваемых групп, при этом частота выявления данного факта у матерей в группе новорожденных с резус-конфликтной ГБН была более выше 8 (33,3%), против 5 (19,2%) случаев во 2 группе.

Анализ полученных данных показал, что возникновение и развитие ГБ связано с корреляцией различной силы, с факторами акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности и родов. Так, развитие ГБ по резус конфликту у новорожденных было сильно связано паритетом матери, а именно с повторными беременностями ($r=0,710$; $P<0,01$), абортами как медицинскими, так и самопроизвольными, анемией беременных ($r=0,767$; $P<0,01$). У матерей новорожденных родившихся с АВО-конфликтной беременностью отмечалась взаимосвязь с первой беременностью ($r=0,745$; $P<0,01$), и связями средней интенсивности с гестозами ($r=0,488$; $P<0,05$) и угрозой самопроизвольного выкидыша ($r=0,502$; $P<0,01$).

Выводы. Таким образом, исследование показало, что наиболее значимыми факторами риска развития гемолитической болезни новорожденных являются: аборт, угроза прерывания беременности, наличие повышенного титра IgG (герпес I, II и ЦМВ). Особое значение имело наличие тяжелой анемии беременных, что являлось фактором хронической гипоксии плода, и влияло на развитие более тяжелого синдрома ГБН новорожденных. Данный факт был подтвержден высокой коррелятивной взаимосвязью между ГБ по резус-конфликту у новорожденных с паритетом матери, абортами, анемией беременных. У новорожденных родившихся от АВО конфликтной беременности, отмечалась тесная взаимосвязь с первой беременностью матери, и взаимосвязь средней степени с гестозами и угрозой самопроизвольного выкидыша.

Использованная литература:

1. Алексеевкова М.В. Гемолитическая болезнь новорожденных: перинатальные исходы и отдаленные результаты развития детей: дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 142 с.
2. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Мухина Ю.Г. Лечение гипербилирубинемий у детей раннего возраста // Фарматека. 2012. № 9/10. С. 24–28.
3. Конопляников А.Г. Современные аспекты патогенеза гемолитической болезни плода и новорожденного // Вестн. РГМУ. 2008. № 6. С. 38–42.

ПРЕУРОЛИТИАЗ: СОСТОЯНИЕ МЕСТНЫХ ФАКТОРОВ ЛИТОГЕНЕЗА И ИХ СРАВНЕНИЕ С УРОЛИТИАЗОМ

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

Кафедра урологии и андрологии,
Институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: преуролитиаз, ингибиторы и промоутеры камнеобразования, диурез, реакция мочи, кальций, оксалат, магний, цитраты, мочева кислота, неорганический фосфор, индексы ионной активности.

Таянч сўзлар: преуролитиаз, тош шаклланишининг ингибиторлари ва промотори, диурез, пешоб реакцияси, кальций, оксалат, магний, цитратлар, сийдик кислотаси, ноорганик фосфор, ион фаолиятидаги индекслари.

Keywords: preurolithiasis, inhibitors and promoters of stone formation, diuresis, urine pH, calcium, oxalate, magnesium, citrates, uric acid, inorganic phosphorus, indexes of ionic activity.

Актуальность. Число пациентов с преуролитиазом (ПУЛ) во много раз превышает число больных с камнями. Так, в Самаркандской области частота уrolитиаза (УЛ) составила – 1,9%, а ПУЛ – 21,7%, в Хорезмской (ПГТ Питнак) УЛ – 0,8%, а ПУЛ – 16,8%.

Состояние диуретической и салуретической функции почек кальциевого преуролитиаза (КПУЛ) не изучено. Информация по различию между состоянием больных с КПУЛ и кальциевым УЛ (КУЛ) позволит разработать способы предупреждения перехода из КПУЛ в КУЛ.

Цель изучить диуретическую и салуретическую функции почек при КПУЛ и провести сравнительный анализ с аналогичными показателями КУЛ.

Материал и методы. Обследовано 383 больных с КПУЛ и 396 – с КУЛ. Среди больных с КУЛ 233 были мужчины и 163 – женщины. Среди 383 больных с КПУЛ 213 были мужчины и 170 – женщины. Средний возраст составил 39,95±12,66 лет.

Критерии оценки: объём суточного диуреза, реакция мочи, суточная экскреция с мочой ингибиторов (магний, цитрат) и промоуторов камнеобразования (кальций, оксалат, мочева кислота, неорганический фосфор), индексы ионной активности – AP [CaOx] и AP [CaPi].

Результаты. При КПУЛ в 96,53% снижен диурез в результате повышения КР и снижения КФ. Гипоцитратурия в 96,92%, гипероксалурия 92,94% и кальциурии 73,68%, снижение pH мочи 72,66%. В 99,61% случаев наблюдается сочетанная патология параметров литогенеза (двух – 23,23%, трёх – 56,48% и четырёх – 17,72%). Это подтверждает многофакторность этиопатогенетических механизмов камнеобразования. При КПУЛ изменения AP [CaOx] AP [CaPi] аналогичны КУЛ.

Выводы. Таким образом, характер нарушений при КПУЛ так же сложен, как и при КУЛ, в связи с чем этим пациентам (с КПУЛ) внимание должно быть не меньше чем при КУЛ. У больных с КПУЛ профилактическое лечение для предупреждения перехода в КУЛ следует начинать с коррекции цитратурии, стимуляции диуреза, гипероксалурии, pH мочи, и особое внимание обратить на коррекцию урикурии.

ПРЕУРОЛИТИАЗ: МАҲАЛЛИЙ ЛИТОГЕНЕЗ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ УРОЛИТИАЗ БИЛАН ТАҚҚОСЛАНИШИ

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

Урология ва Андрология кафедраси, Врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон

Мукаддима. Преуролитиазли (ПУЛ) беморлар сони тошли беморларнинг сонидан бир неча баравар юқори. Шундай қилиб, Самарқанд вилоятида уrolитиаз сони – 1,9%, ПУЛ – 21,7%, Хоразм (Питнак ш.) вилоятида уrolитиаз сони – 0,8% ва ПУЛ – 16,8 ни ташкил этди.

Лекин кальций преуролитиаз (КПУЛ) беморларда буйрак диуретик ва салуретик функциялари ҳолати ўрганилган. КПУЛ ва кальций уrolитиаз (КУЛ) билан оғриган беморлар ўртасида фарқ ҳақида маълумот, КПУЛ дан КУЛ га ўтишининг олдини олиш усуллари ишлаб чиқишга имкон беради.

Мақсад: буйракларнинг диуретик ва салуретик функцияларини ўрганиш ва КУЛ нинг шунга ўхшаш кўрсаткичлари билан таққослама таҳлилни ўтказишдан иборат.

Материал ва усуллар: 383 КПУЛ ва 396 КУЛ билан бемор текширилди. КУЛ билан беморлардан – 233 эркаклар ва 163 нафар аёллар эди. КПУЛ билан касалланган 383 бемор орасида – 213 эркак ва 170 аёл эди. Ўртача ёши 39,95 ± 12,66 йил.

Баҳолаш мезонлари: кунлик диурез миқдори, пешоб реакцияси, ингибиторларнинг (магnezия, цитрат) ва тош шаклланиши промоутерларини (Кальций, оксалат, урик кислотаси, ноорганик фосфор) кунлик экскрецияси, ион фаолият кўрсаткичлари – AP [CaOx] ва AP [CaPi].

Натижалар. 96,53% КПУЛ билан беморда диурез реабсорбция ошиши ва филтрация пасайиши натижасида камайд. Гипоцитратурия 96,92%, гипероксалурия 92,94% ва кальцийурия 73,68%, пешоб pH

72,66% камайиши. Литогенез параметрларининг қўшалоқ патологияси 99,61% ҳолларда кузатилади (иккитасини – 23,23%, учтасини – 56,48% ва тўрттасини – 17,72%). Бу тош шаклланиши этиопатогенетик механизмларининг мультифакториал хусусиятини тасдиқлайди. КПУЛ ҳолатларида AP [CaOx] ва [CaPi] даги ўзгаришлар КУЛ га ўхшаш.

Хулоса. Шундай қилиб, КПУЛ даги касалликларнинг табиати КУЛ да бўлгани каби мураккаб бўлиб, бу беморларнинг (КПУЛ билан) КУЛ дан кам эмас эътиборга эга бўлиши керак. КУПЛ ли беморларда КУЛ га ўтишни олдини олиш учун профилактик даволаш режаси қуйдагича – цитратурани, диурезни, гипероксалурия, пешоб pH-ни коррекция қилиш билан бирга урикурия кўрсаткичига алоҳида эътибор берилиши таъкидланади.

PREUROLITHIASIS: THE STATE OF LOCAL FACTORS OF LITHOGENESIS AND THEIR COMPARISON WITH UROLITHIASIS

A. A. Gaybullaev, S. S. Kariev, S. O. Kasimov

Department of Urology and Andrology, Institute of postgraduate medical education, Tashkent, Uzbekistan

Background. The number of patients with preurolithiasis (PUL) is many times higher than the number of patients with stones. So in the Samarkand region the frequency of urolithiasis (UL) was 1.9%, and the PUL - 21.7%, in the Khorezm (Pitnak) UL - 0.8%, and the PUL - 16.8%.

The state of the diuretic and saluretic function of the kidney calcium PUL (CPUL) has not been studied. Information on the difference between the condition of patients with CPUL and calcium UL (CUL) will allow the development of methods for preventing the transition from CPUL to CUL.

The aim is to study the diuretic and saluretic functions of the kidneys in CPUL pts and to conduct a comparative analysis with similar indicators of CUL.

Material and methods. 383 patients with CPUL and 396 patients with CUL were examined. There were 233 men and 163 women among patients with CUL. Among the 383 patients with KPUL 213 were men and 170 were women. The average age was 39.95 + 12.66 years.

Evaluation criteria: daily diuresis volume, urine reaction, daily urinary excretion of inhibitors (magnesium, citrate) and promoters of stone formation (calcium, oxalate, uric acid, inorganic phosphorus Pi), ion activity indices - AP [CaOx] and AP [CaPi].

Results. With a CPUL of 96.53%, diuresis is reduced as a result of an increase in the CR and a decrease in CF. Hypocitraturia in 96.92%, hyperoxaluria 92.94% and calciuria 73.68%, decrease in urine pH 72.66%. In 99.61% of cases multiple pathology of lithogenesis parameters is observed (two - 23.23%, three - 56.48% and four - 17.72%). This confirms the multifactorial nature of the etiopathogenetic mechanisms of stone formation. In the case of CPUL, the changes in AP [CaOx] AP [CaPi] are similar to CUL.

Conclusion. Thus, the nature of disorders in CPUL is as complex as in CUL, in connection with which these patients (with CPUL) should have no less attention than CUL. In patients with CPUL, prophylactic treatment to prevent the transition to CUL should begin with the correction of citraturia, stimulation of diuresis, correction of hyperoxaluria, urine pH, and particular attention should be paid to the correction of uricuria.

Актуальность. Заболеваемость уролитиазом (УЛ) в мире существенна. Если в странах с развитой экономикой и высоким уровнем страдает в среднем 4,5-12,0% [2, 12, 13, 15], то в странах с неблагоприятными климатическими условиями она поражает более четверти населения [14, 17]. Во всемирном масштабе в структуре урологической заболеваемости мочекаменная болезнь стабильно занимает одно из ведущих мест - около 40% госпитализаций в урологические отделения [1, 2]. Самый распространенный – 80-85% тип камней – кальциевый [2, 12, 13, 15].

Эпидемиологические исследования, проведенные в нашей Республике, определили, что заболеваемость УЛ по областям составляет от 1,9% до 8,5% [3, 4, 5, 6, 8]. Так же при этом выявлена актуальность проблемы и преуролитиаза (ПУЛ) в Узбекистане [4, 5, 6]. Оказалось, что число пациентов с ПУЛ во много раз превышает число больных с камнями. Например, в Самаркандской области частота УЛ составила – 1,9%, а ПУЛ – 21,7%, в Хорезмской (ПГТ Питнак) УЛ - 0,8%, а ПУЛ – 16,8%.

Известно, что в этой стадии заболевания наиболее целесообразны и эффективны консервативные и медикаментозные мероприятия, предотвращающие последующие стадии формирования камня [3-8]. Если оставить этих пациентов без лечения, в дальнейшем у 20-40% происходит образование камня [9-11, 16]. Следовательно, ПУЛ требует не меньшего внимания, чем уролитиаз.

Тем не менее, вопросами изучения состояния функциональной способности почек и метаболического статуса у больных с кальциевым преуролитиазом (КПУЛ) никто не зани-

мался. Информация по различию между состоянием больных с КПУЛ и кальциевым типом УЛ (КУЛ) может позволить определить способы предупреждения перехода из КПУЛ в КУЛ. Учитывая, что число больных с ПУЛ в регионе значительно превосходит число пациентов с УЛ, данный анализ важен для клиницистов. Это позволит ожидать положительный эффект от выбираемой конкретной консервативной терапии.

Цель исследования изучить состояние диуретической и салуретической функции почек у больных с кальциевым преуролитиазом и провести сравнительный анализ с аналогичными показателями больных кальциевым уролитиазом.

Материал и методы. Обследованы 383 больных с КПУЛ и 396 - с КУЛ. Среди 383 больных с КПУЛ 213 были мужчины и 170 – женщины. Среди больных с КУЛ 233 были мужчины и 163 – женщины. Средний возраст обследуемых составил 39,95±12,66 лет.

Критерии оценки: объём суточного диуреза, реакция мочи (рН), суточная экскреция с мочой (СЭ) ингибиторов (магний - Mg, цитрат - Cit) и промоторов камнеобразования (кальций - Ca, оксалат – Ox, мочева кислота – Ur, неорганический фосфор - Pi), индексы ионной активности (ИИА) - AP [CaOx] и AP [CaPi].

Диурез контролировали путем заполнения пациентами дневников диуреза. Клубочковую фильтрацию (КФ) и канальцевую реабсорбцию (КР) рассчитывали по пробе Реберга-Тареева.

Реакцию мочи (рН) измеряли ионометрическим способом на аппарате ЭВ-74.

Исследования минерального обмена проводили на аппарате Humalyzer 2000 (Human GmbH, Germany) с использованием реактивов компании Human GmbH (Germany).

Для объективной оценки состояния камнеобразования использовали ИИА - AP [CaOx] и AP [CaPi]. [18].

Для расчёта AP[CaOx] формулу (1):

$$AP [CaOx] = \frac{A \cdot Calcium^{0.84} \cdot Oxalate}{Citrate^{0.22} \cdot Magnesium^{0.12} \cdot Volume^{1.03}}$$

В этой формуле коэффициент А равен 1,9; Ca, Ox, Mg, Cit выражены в ммоль/сут, а объём мочи (V) дан в литрах.

Для определения индекса ионной активности соединения CaPi мы использовали формулу (2):

$$AP [CaPi] = \frac{B \cdot Calcium^{1.07} \cdot Phosphate^{0.70} \cdot (pH - 4.5)^{6.8}}{Citrate^{0.20} \cdot Volume^{1.31}}$$

В этой формуле коэффициент В равен 2,7х10⁻³; Ca, Pi, Cit выражены в ммоль/сут, а объём мочи (V) дан в литрах.

Результаты.

В таблице 1 приведены результаты отдельного анализа диуретической и салуретической функции почек у больных КПУЛ и КУЛ. По ряду параметров выявлены достоверные различия.

У больных с КПУЛ объём суточного диуреза на 14,7% выше, чем у больных с КУЛ (p>0,05). Механизм изменения диуреза – изменения КФ и КР. Так у больных с КПУЛ величина КФ больше (p<0,05), а КР ниже, чем у больных с КУЛ (p<0,05). Следовательно водовыделительная функция страдает пока меньше.

Показатель рН мочи у больных с КПУЛ и КУЛ не имеет достоверного различия (p>0,05).

Оценка метаболического статуса обнаружила различия по ряду факторов. При КУЛ СЭ Са с мочой на 32,55% больше, чем при КПУЛ (p<0,05). СЭ Ox при КУЛ на 22,9% больше, чем при КПУЛ, но различие не достоверно (p>0,05). СЭ Mg у пациентов с КУЛ незначительно (на 2,3%) меньше, чем при КПУЛ (p>0,05). СЭ Cit у больных КУЛ на 17,73% мень-

Таблица 1.

Функциональное состояние почек, суточная экскреция с мочой МФР и активность камнеобразования больных с КУЛ и КПУЛ (* - $p < 0,05$).

	КУЛ (n=396)	КПУЛ (n=383)	t
Diuresis, litr/24h	1,10±0,19	1,29±0,22	0.65
КФ	71,23±3,14	84,3±4,51	2.38*
КР	99,8±0,3	98,9±0,2	2.5*
pH urine	5,42±0,33	5,63±0,21	0.54
Ca, mmol/24h	8,87±1,27	4,51±1,47	2.24*
ОХ, mmol/24h	1,18±1,36	0,91±0,43	0.19
Mg, mmol/24h	2,61±0,79	2,67±0,70	0.06
Cit, mmol/24h	1,81±0,28	2,20±0,36	0.86
Ur, mmol/24h	2,47±0,44	4,85±0,83	2.53*
Pi, mmol/24h	7,35±2,47	14,19±2,32	2.02*
AP[CaOx]	3,97±1,69	3,16±1,45	0.36
AP[CaPi]	46.79±37.67	40.61±32.47	0.12

ше, чем при КПУЛ, но различие также не достоверно ($p > 0,05$). СЭ Ur при КПУЛ на 39,01% больше при КУЛ ($p < 0,05$). СЭ Pi при КУЛ на 93,06% ниже, чем при КПУЛ ($p < 0,05$).

Хотя при КУЛ индекс AP [CaOx] на 20,4% больше, чем при КПУЛ, но различие недостоверно ($p > 0,05$). Только в промежутке 1,5-1,7 («серая зона») индекса AP [CaOx] число пациентов с КУЛ встречаются чаще. У больных с КУЛ индекс AP [CaPi] на 15,2% больше, чем при КПУЛ и различие так же недостоверно ($p > 0,05$).

Дополнительно провели расчёт концентрации показателей литогенеза в моче (Табл. 2).

Как следует из таблицы в показателях МС пациентов с КПУЛ и КУЛ при расчёте по КЦ достоверное различие наблюдается не только по Ca, Ur и Pi, но и по Ох. Так КЦ Ca в моче была в 1,9 раз больше при КУЛ ($p < 0,05$). КЦ Ох в моче была в 2,6 раз больше при КУЛ ($p < 0,05$). КЦ Ur в моче в 2 раза больше при КПУЛ ($p < 0,05$). КЦ Pi в моче в 1,8 раз больше при КПУЛ ($p < 0,05$). КЦ Mg и Cit не отличалась и была очень близка по уровню при КУЛ и КПУЛ.

Таблица 2.

Концентрация в моче промоутеров и ингибиторов литогенеза у больных с КУЛ и КПУЛ (* - $p < 0,05$).

№	Показатель	КУЛ (n=396)	КПУЛ (n=383)	t
	Ca, mmol/L	7,84±1,66	4,07±0,90	2,0*
	Ox, mmol/L	1,88±0,51	0,73±0,25	2,02*
	Mg, mmol/L	2,45±0,72	2,14±0,52	0,35
	Cit, mmol/L	1,69±0,32	1,76±0,35	0,15
	Ur, mmol/L	1,89±0,39	3,79±0,71	2,35*
	Pi, mmol/L	6,88±2,12	12,97±2,16	2,01*

Учитывая полиэтиологичность и сложность механизма заболевания изучили возможные сочетания показателей салуреза при КУЛ и КПУЛ (Табл. 3).

Патология 1 параметра чаще встречается при КПУЛ, чем при КУЛ. Так при КУЛ встречается только гипоцитратурия, а при КПУЛ гиперкальциурия и гипомагнизурия. Гипероксалурия одинаково часта как при КУЛ, так и КПУЛ.

Патология 2-х параметров обнаружена у 101 пациента с КУЛ и 80 с КПУЛ. Из них гипероксалурия + гипомагнизурия, гипероксалурия + гипоцитратурия и гипомагнизурия + гипоцитратурия встречалась чаще при КУЛ (61,54%, 56,43% и 65,0% соответственно). Гиперкальциурия + гипоцитратурия чаще при КПУЛ (66,67%). Гипероксалурия + гиперурикурия, гипомагнизурия + гиперурикурия и гипоцитратурия + гиперурикурия обнаружены

Таблица 3.

Вариации МС при КУЛ и КПУЛ

Статус	КУЛ		КПУЛ	
	n	%	n	%
Патология 1 параметра	7	1,77	4	1,04
Патология 2-х параметров	101	<u>25,51</u>	80	20,89
Патология 3-х параметров	223	56,31	217	56,66
Патология 4-х параметров	62	15,66	76	<u>19,84</u>
Патология 5 параметров	3	0,76	6	<u>1,57</u>
Всего	396	100	383	100

только при КПУЛ.

Патология 3-х параметров у близкого числа пациентов - у 223 (50,68%) при КУЛ и 217 (49,32%) КПУЛ. Из них гиперкальциурия + гипероксалурия + гипомагнизурия и гиперкальциурия + гипоцитратурия + гиперурикурия обнаружены только при КУЛ. Гипероксалурия + гипомагнизурия + гипоцитратурия несколько чаще при КУЛ у 196 (54,14%) больных, чем при КПУЛ – 166 (45,86%) больных. Гипероксалурия + гипомагнизурия + гиперурикурия и гипомагнизурия + гипоцитратурия + гиперурикурия обнаружены только при КПУЛ. Гипероксалурия + гипоцитратурия + гиперурикурия (27 - 72,97%) и гиперкальциурия + гипероксалурия + гипоцитратурия (11 больных - 55,0%) чаще при КПУЛ, чем КУЛ (10 больных - 27,03% и 9 больных - 45,0%, соответственно). Гиперкальциурия + гипомагнизурия + гипоцитратурия встречается одинаково часто при КУЛ и КПУЛ (по 50%).

Патология 4-х параметров была у 138 больных, 62 (44,93%) из которых с КУЛ и 76 (55,07%) с КПУЛ. При этом гиперкальциурия + гипомагнизурия + гипоцитратурия + гиперурикурия встречалась только при КПУЛ.

Гиперкальциурия + гипероксалурия + гипоцитратурия + гиперурикурия в 80,0% случаев, как и гипероксалурия + гипомагнизурия + гипоцитратурия + гиперурикурия в 58,76% случаев встречается чаще при КПУЛ, чем при КУЛ.

Гиперкальциурия + гипероксалурия + гипомагнизурия + гипоцитратурия встречается чаще при КУЛ 63,64%, чем при КПУЛ (36,36%).

Патология 5 параметров - гиперкальциурия + гипероксалурия + гипомагнизурия + гипоцитратурия + гиперурикурия обнаружена у 9 пациентов и большая часть из них были с КПУЛ 66,67%.

Особо следует отметить, что 109 (66,46%) из 164 пациентов с гиперурикурией были больные с КПУЛ. Это ведущий фактор различия между КУЛ и КПУЛ и возможно её следует считать первопричиной начала литогенетических процессов преуролитиаза.

Для планирования последовательности назначений для медикаментозного лечения провели расчёт распространенности (встречаемости) каждого из изученных критериев при КУЛ и КПУЛ (Табл. 4). По частоте трёх первых критериев - СЭ Cit, ОСД и СЭ Ох, которые характеризуются как гипоцитратурия - уменьшенный диурез – гипероксалурия различия нет. По следующим критериям обнаружено достоверное различие. При КУЛ четвёртой следует патология кальциурии, а при КПУЛ – рН мочи. На 5-ой позиции при КУЛ патология магниурии, при КПУЛ – кальциурии. На 6-ой позиции при КУЛ - рН мочи, при КПУЛ – магниурия. На 7-ой позиции находится коррекция урикурии, но следует обратить внимание, что при КПУЛ её частота в 2 раза превышает частоту урикурии при КУЛ и это подчёркивает необходимость коррекции экскреции мочевой кислоты при КПУЛ.

Обсуждение.

Диуретическая способность почек при КПУЛ страдает меньше и тем не менее различие с КУЛ недостоверно. Механизм снижения диуреза при КПУЛ, в отличие от КУЛ, обусловлен выраженным угнетением КР (различие с КУЛ только на 0,91%), чем КФ (различие

Таблица 4.

Частота нарушений МФР при КУЛ и КПУЛ.

	КУЛ n=396	n	%	КПУЛ n=383	n	%
1	Cit<2,5 mmol/24h	385	97,22	Cit<2,5 mmol/24h	370	96,61
2	Diuresis	382	96,46	Diuresis	370	96,61
3	Ox>0,5 mmol/24h	370	93,43	Ox>0,5 mmol/24h	354	92,43
4	Ca>5,0 mmol/24h	293	73,99	pH <5,8	287	74,93
5	Mg<3,0mmol/24h	288	72,73	Ca>5,0 mmol/24h	280	73,11
6	pH <5,8	280	70,71	Mg<3,0 mmol/24h	271	70,76
7	Ur>3,6 mmol/24h	55	13,89	Ur>3,6 mmol/24h	109	28,46

на 18,3%). Следовательно, при лечении КПУЛ для стимуляции диуреза, следует выбирать мочегонный препарат нормализующий процессы реабсорбции воды в почке.

По показателям минерального обмена так же обнаружена особенность. Если степень и вид нарушений баланса ингибиторов литогенеза при КУЛ и КПУЛ не различаются, то баланс промоуторов литогенеза нарушен. При КПУЛ в моче повышена КЦ Ur и Pi, а при КУЛ - КЦ Ca и КЦ ОХ. Значит, в процессах мочевого литогенеза наряду с уменьшением объёма суточной мочи, существует дисбаланс факторов способствующих камнеобразованию (Ca, Ох, Ur и Pi). Различия по антилитогенным факторам (Mg и Cit) нет. Следовательно, при лечении КПУЛ для нормализации баланса промоуторов, следует выбирать мочегонный препарат, нормализующий не только кальциурию, оксалурию и фосфатурию, а самое главное – снижающий или минимум не усиливающий урикозурию.

Заключение и рекомендации относительно очередности коррекции нарушенных факторов литогенеза можно сделать на основе встречаемости изученных критериев (Табл. 4). Как при КУЛ так и КПУЛ медикаментозное лечение следует начинать с коррекции цитратурии, стимуляции диуреза и гипероксалурии. Далее при КПУЛ рекомендуется следующая очередность – коррекция рН мочи – коррекция кальциурии – магнийурии. И особое внимание обратить на коррекцию урикурии, которая в 2 раза чаще наблюдается при КПУЛ.

На наш взгляд, то что патология четырёх и пяти параметров метаболического статуса наблюдается в 2 раза чаще при КПУЛ, чем при КУЛ, является подтверждением многофакторности и окончательной несформированности нарушений обмена. А при КУЛ чаще чем при КПУЛ всего наблюдается патология 2-х параметров. Поэтому, чем раньше начать терапию, тем успешнее может быть результат.

Заклучение.

При КПУЛ происходит выраженное снижение функциональной способности почек (в 96,53% снижение суточного диуреза в результате повышения КР и снижения КФ), подавление антилитогенных факторов мочи (гипоцитратурия в 96,92%), усиление промоуторов литогенеза – гипероксалурия (92,94%) и кальциурии (73,68%), снижение рН мочи (72,66%). В 99,61% случаев наблюдается патология двух (23,23%), трёх (56,48%) и четырёх (17,72%) параметров метаболического статуса. Изолированные состояния, когда необходима коррекция только 1 фактора, составляют только 1,41%. Это подтверждает многофакторность этиопатогенетических механизмов камнеобразования. При КПУЛ возникают такие же глубокие метаболические сдвиги в организме аналогичные наблюдающимся при КУЛ (подтверждаемое изменениями AP [CaOx] AP [CaPi]). Данное положение указывает на необходимость патогенетической терапии КПУЛ, как и при КУЛ.

Таким образом, характер нарушений МС при КПУЛ так же сложен, как и при КУЛ, в связи, с чем этим пациентам (с КПУЛ) внимание должно быть не меньше чем при КУЛ. У больных с КПУЛ профилактическое лечение для предупреждения перехода в КУЛ следует начинать с коррекции цитратурии, стимуляции диуреза, гипероксалурии, рН мочи, и особое внимание обратить на коррекцию урикурии.

Использованная литература:

1. Вощула В. И. Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. Мн.: ВЭВЭР, 2006. 268с.
2. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003-2013 гг. Экспериментальная и клиническая урология. №2. 2015, с.4-12.
3. Клёпов Ю.Ю. Заболеваемость МКБ в компаративных районах Узбекистана: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ташкент, 1999. 22с.
4. Нуруллаев Р.Б. Эпидемиологические аспекты, лечение и профилактика наиболее значимых урологических заболеваний: Автореф. дисс.д-ра мед. наук. Ташкент, 2005. 38 с.
5. Рахмонов Д.К. Эпидемиология и первичная профилактика уrolитиаза в Самаркандском регионе: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ташкент, 1999. 21с.
6. Тарасенко Б.В. Патогенетическое обоснование дифференцированного лечения больных нефролитиазом и метафилактика рецидивов камнеобразования: Автореф. дисс.д-ра мед. наук. Ташкент, 1992. 37с.
7. Чибисов С.М., Илларионова Т.С., Харлицкая Е.В., Скрылев Д.С., Стрелков Д.Г. Мочекаменная болезнь: ассортимент лекарственных средств. Фундаментальные исследования. ISSN 1812-7339. 2006, №11, с.21-30.
8. Юлдашев Ф. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Узбекистане и пути ее снижения: Автореф. дисс.д-ра мед. наук. Ташкент, 1998, 35 с.
9. Baumann JM, Affolter B, Caprez U, Henze U. Calcium oxalate aggregation in whole urine, new aspects of calcium stone formation and metaphylaxis. Eur Urol. 2003. 43(4):421-5.
10. Baumann JM, Affolter B, Casella R., Aggregation of freshly precipitated calcium oxalate crystals in urine of calcium stone patients and controls. Urol Res. 2011. 39(6):421-7. doi: 10.1007/s00240-011-0382-x. Epub 2011 May 13.
11. Dallera JE, Chandhoke PS. Epidemiology and Incidence of Stone Disease. Current Clinical Urology, Urinary Stone Disease: The Practical Guide to Medical and Surgical Management. Stoller ML, Meng MV (Eds.). Humana Press Inc., Totowa, NJ, 2007. pp 27-34.
12. Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE et al. Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Guideline. Ann Intern Med. 2013. 158(7):535–543
13. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. J Urol. 2014. 192(2):316–324.
14. Silva RN, Luiz CM. Epidemiology of urolithiasis consultations in the Paraíba Valley. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2016. 43: 410-415.
15. Skolarikos A, Straub M, Knoll T et al. Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: EAU guidelines. Eur Urol. 2015. 67(4):750–763
16. Strohmaier W L. Course of calcium stone disease without treatment. What can we expect? Eur Urol. 2000. Vol. 37, N3. P.339-344.
17. Talati JJ, Tiselius HG, Albala DM, YE Z. Urolithiasis. Basic Science and Clinical Practice. ISBN: 978-14471-4383 (Print), SpringerLondon, 2012.
18. Tiselius HG. Epidemiology and medical management of stone disease. BJU Int. 2003. Vol.91, N8:758-767.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

С. С. Давлатов

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, пневмобандаж, дубликатурный шов, качество жизни.

Таянч сўзлар: операциядан кейинги вентрал чурралар, пневмобандаж, дубликатурали чок, ҳаёт сифати.

Keywords: postoperative ventral hernia, pneumo-bandage, duplicate suture, quality of life.

Основу для исследования составили 217 больных с послеоперационными вентральными грыжами сопоставимого возраста, которые находились под наблюдением и поступившие в отделение хирургических отделений 1-й и 2-й клиники Самаркандского государственного медицинского института в сроки с 2009 по 2017 год. После применения предложенных разработок и инновационных подходов качества жизни больных с послеоперационными вентральными грыжами перенесших герниопластику в основной группе улучшилось в отличие от пациентов группы сравнения.

УЗОҚ ДАВРДАН СЎНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛИ БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИ

С. С. Давлатов

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Самарканд Давлат тиббиёт институтининг 1-чи ва 2-чи клиникаларининг хирургия бўлимларида операция ўтказган 217 нафар операциядан кейинги вентрал чурралар билан мос ёшдаги беморлар тадқиқот асосини ташкил қилди. Тавсия этилган ишланмалар ва инновацион ёндашувни қўллагандан сўнг беморлар ҳаёт сифати герниопластика ўтказган асосий гуруҳдаги беморларда, қиёсий гуруҳ беморларига нисбатан яхшиланди.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN THE LONG TERM

S. S. Davlatov

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The basis for the study consisted of 217 patients with postoperative ventral hernias of comparable age who were under observation and admitted to the department of the surgical departments of the 1st and 2nd clinics of Samarkand state medical institute in the periods from 2009 to 2017. After the application of the proposed development and innovative approaches, the quality of life of patients with postoperative ventral hernias undergoing hernioplasty in the main group improved in contrast to the patients in the comparison group.

Введение. В середине прошлого века возник интерес к проблеме качества жизни людей, страдающих различными заболеваниями. Затем они изучали не только распространение болезней, но и их влияние на профессиональную деятельность. Понятие качества жизни долгое время использовалось только в социальном аспекте и означало степень удовлетворенности работой, досугом, условиями жизни, уровнем удовлетворения потребностей в общении и т.д. [2, 4].

Термин «качество жизни» получил широкое распространение в современной медицине. Эта концепция тесно связана с определением здоровья, предложенным Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье - это полное физическое, социальное и психическое благополучие, а не только отсутствие заболеваний». В связи с этим под качеством жизни понимается целостная оценка физической, психической и социальной активности пациента, основанная на его субъективном восприятии [1].

В последние годы наблюдается значительный рост интереса к изучению качества жизни представителей различных отраслей медицины и значительное увеличение количества публикаций по этому вопросу. Большинство публикаций касаются онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на стремительное развитие малоинвазивных эндовидео-хирургических технологий в абдоминальной хирургии, количество оперативных вмешательств с использованием традиционного лапаротомного доступа остается высоким, по-

сле которых в 4-18% случаев развиваются послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ), мы не встретили работ, посвященных изучению качества жизни пациентов у данной категории больных [1, 3, 4].

Материал и методы исследования. Исследование было основано на клинко-лабораторном обследовании 217 больных с послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами сопоставимого возраста, которые находились под наблюдением и поступившие в хирургические отделения 1-й и 2-й клиник СамМИ в сроки с 2009 по 2017 год. Больные были разделены на две группы:

- группа сравнения – 135 (62,2%), которые были в зависимости от тактики лечения распределены на две подгруппы: 1 – подгруппа составил 61 (45,2%) больной и 2 - подгруппу составили 74 (54,8%) пациента, которых лечили по стандартной методике. В отличие от 1 -подгруппы, больным 2 – подгруппы для предоперационной подготовки использовали пневмобандаж для профилактики абдоминального компартмент синдрома (АКС).

- основная группа – из 82 (37,8%), которым применялась аутопластика дубликатурными швами в модификации разработанной нами или аллопластика.

Больные в исследуемых группах были разделены на группы в зависимости от срочности выполненного абдоминального вмешательства, которая привела к послеоперационной вентральной грыже. Больные группы А в анамнезе перенесли острую абдоминальную патологию с развитием диффузного перитонита. Больные группы В в анамнезе перенесли плановое хирургическое вмешательство в брюшной полости (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от срочности выполненной операции, которая привела к ПОВГ

Группа больных	Исследуемые группы						Всего	
	Группа сравнения				Основная группа			
	1 - подгруппа		2 - подгруппа					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа А	9	14,7	13	17,6	18	21,9	40	18,4
Группа В	52	85,3	61	82,4	64	78,1	177	81,6
Всего	61	100	74	100	82	100	217	100

Важнейшими факторами, определяющим хирургическую тактику, является локализация грыжи, размер дефекта и наличие рецидивов в анамнезе. Согласно классификации, Chervel J.P. и Rath A.M. (1999 г.) у 83 (38,2%) больных были большие (W3) и гигантские (W4) грыжи [5]. Схематичное распределение больных по локализации грыжи, размер дефекта и количество рецидивов представлено в таблице 2.

У подавляющего большинства больных (171 – 78,8%) были надпупочные (M1) и околопупочные (M2) грыжи. Наименьшее количество больных были с вентральными грыжами бокового (L) и сочетанного (M+L) расположения. Из 217 больных у 168 (77,4%) были первичные (R0) и у 49 (22,6%) больных рецидивные (Rn) грыжи.

Результаты исследования. С 2012 г. определялось качество жизни пациентов перенесших герниопластику по разработанной нами программе (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 05632, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Программа для определения качества жизни пациентов после перенесенной герниопластики по поводу послеоперационных вентральных грыж»), включающая в себя объективные и субъективные признаки, инструментальные данные по которым можно оценить физическую, психическую и социальную повседневную деятельность пациентов перенесших герниопластику (табл. 3, 4, и рис. 1).

Таблица 2.

Распределение больных по классификации Chervel J.P. и Rath A.M.

признаки				группа сравн. (n=135)				основ. группа (n=82)		итого	
				1-подгруппа		2-подгруппа					
				кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%
S	M	M ₁	надпупочные	22	36,1	25	33,8	26	31,7	73	33,6
		M ₂	околопупочные	27	44,3	33	44,6	36	43,9	96	44,2
		M ₃	подпупочные	11	18,0	13	17,6	16	19,5	40	18,4
		M ₄	надлобковые	0	0,0	1	1,4	1	1,2	2	0,9
	L	L ₁	подреберные	0	0,0	1	1,4	1	1,2	2	0,9
		L ₂	поперечные	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		L ₃	подвздошные	1	1,6	0	0,0	1	1,2	2	0,9
		L ₄	поясничные	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	ML	сочетанные		0	0,0	1	1,4	1	1,2	2	0,9
W	W ₁	менее 5 см		13	21,3	15	20,3	12	14,6	40	18,4
	W ₂	от 6 до 10 см		27	44,3	31	41,9	36	43,9	94	43,3
	W ₃	от 11 до 15 см		14	23,0	18	24,3	21	25,6	53	24,4
	W ₄	более 15 см		7	11,5	10	13,5	13	15,9	30	13,8
R	R ₀	послеоперационная		46	75,4	58	78,4	64	78,0	168	77,4
	R ₁	первый рецидив		9	14,8	10	13,5	10	12,2	29	13,4
	R ₂	второй рецидив		6	9,8	5	6,8	7	8,5	18	8,3
	R ₃	третий рецидив		0	0,0	1	1,4	1	1,2	2	0,9

Таблица 3.

Объективные критерии для определения качества жизни пациентов, перенесших герниопластику.

№	Критерии	Характеристика критерий	Баллы
1.	Состояние послеоперационной зоны по инструментальным данным (УЗИ, КТ, МРТ)	Микроабсцессы	3
		Инфильтрат	7
		Патологий не выявлено	10
2.	Характер стула	Постоянные запоры	3
		Периодические запоры	7
		Нарушений нет	10
3.	Объективный осмотр передней брюшной стенки	Незаживление раны, свищ или рецидив	3
		Грубый послеоперационный рубец	7
		Нежный послеоперационный рубец	10
4.	Пальпация послеоперационной зоны	Сильные боли	3
		Незначительные боли	7
		Патологии не выявлено	10
5.	Функциональное состояние дыхательной системы	Хроническая дыхательная недостаточность	3
		Периодические затруднение дыхания	7
		Патологии не выявлено	10

Таблица 4.

**Субъективные критерии для определения качества жизни пациентов,
перенесших герниопластику**

№	Критерии	Характеристика критерий	Баллы
1.	Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
2.	Устраивает ли Вас косметический результат операции?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
3.	Как Вы в целом оцениваете результат операции?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
4.	Как Вы оцениваете свою физическую активность	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
5.	Чувство дискомфорта послеоперационной зоны	Постоянные сильные боли	0
		Незначительный боли	3
		Чувства дискомфорта	7
		Жалоб нет	10

ПРОГРАММА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Рус Узб

Объективные критерии:

Состояние послеоперационной зоны по инструментальным данным (УЗИ, КТ, МРТ):

☐ Микроабсцессы ☒ Патологий не выявлено

☐ Инфильтрат

Характер стула:

☐ Постоянные запоры

☒ Периодические запоры

☐ Нарушений нет

Объективный осмотр передней брюшной стенки:

☐ Незажившие раны, свищи или рещидив

☒ Грубый послеоперационный рубец

☐ Нежный послеоперационный рубец

Функциональное состояние дыхательной системы:

☐ Сильные боли

☐ Незначительные боли

☒ Патологии не выявлено

Степень увеличения щитовидной железы:

☐ Хроническая дыхательная недостаточность

☒ Периодические затруднения дыхания

☐ Патологии не выявлено

Субъективные критерии:

Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?

☐ Плохо ☒ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Устраивает ли Вас косметический результат операции?

☐ Плохо ☒ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Как Вы в целом оцениваете результат операции?

☐ Плохо ☒ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Как Вы оцениваете свою физическую активность?

☐ Плохо ☒ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Имеется ли дискомфорт в послеоперационной зоне?

☐ Постоянные сильные боли ☐ Чувства дискомфорта

☐ Незначительные боли ☒ Жалоб нет

Балл: 82 Оценка качества жизни: Отлично

Оценка Очистить Выход

Рис.1. Программа для определения качества жизни пациентов, перенесших герниопластику

По наличию набранных баллов из опросника по объективным и субъективным признакам в послеоперационном периоде оценивали качество жизни каждого больного. Больных набравших от 81 до 100 баллов оценивали как «отлично», от 61 до 80 баллов – «хорошо», от 41 до 60 баллов – «удовлетворительно» и больные набравшие баллы ниже 40 оценивались как «неудовлетворительно».

По разработанной программе определения качества жизни пациентов перенесших герниопластику оценены 156 (71,9%) больных из 217 наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 90 больных из группы сравнения и 66 больных из основной группы (табл. 5).

Таблица 5.

**Распределение больных в зависимости от оценивания качества жизни
в послеоперационном периоде**

Исследуемые группы		Оценивание больных							
		Отлично		Хорошо		Удов.		Неудов	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа сравнения	1-подгруппа (n=44)	2	4,5	18	40,9	21	47,7	3	6,8
	2-подгруппа (n=46)	10	21,7*	25	54,3	11	23,9*	-	-
Основная группа (n=66)		35	53,0***	20	30,3	11	16,7***	-	-
Итого (n=156)		47	30,1	63	40,38	43	27,6	3	1,9

Примечание: - различия относительно данных 1-ой подгруппы группы сравнения значимы (* - $P < 0,05$, *** - $P < 0,001$)

Как видно из таблицы 5 качество жизни больных в основной группе улучшилось в отличие от пациентов группы сравнения.

Выводы. Применение предложенного комплекса ведения больных с послеоперационными вентральными грыжами способствует снижению частоты послеоперационных осложнений с 19,7 до 3,6%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза. После применения предложенных разработок и инновационных подходов качества жизни больных с послеоперационными вентральными грыжами перенесших герниопластику в основной группе улучшилось в отличие от пациентов группы сравнения.

Использованная литература:

1. Абдурахманов Ю. Х., Попович В. К., Добровольский С. Р. Качество жизни больных послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. №.7. С. 32-36.
2. Григорьева И. Н., Романова Т. И. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью в отдаленный период после холецистэктомии //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. №.9.
3. Курбаниязов З. Б. и др. Современная концепция лечения больных с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами //Проблемы биологии и медицины. 2016. №.1. С. 112-121..
4. Никонов С. Ф., Олофинская И. Е., Багрян Л. С. Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце //Качественная клиническая практика. 2008. №.1. С. 56-59.
5. Шапошников Ю. Ю., Шапошников Н. Ю. Исследование качества жизни больных после хирургического лечения //Астраханский медицинский журнал. 2010. Т.5. №.1.

СТЕПЕНЬ ПЕРИВАСКУЛЯРНОГО И ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯРНОГО ОТЕКА В БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ, ПОГИБШИХ ОТ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

С. И. Индияминов, З. Э. Жуманов, С. А. Блинова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: головной мозг, массивная кровопотеря, периваскулярные и перицеллюлярные пространства.

Таянч сўзлар: бош мия, массив қон йўқотиш, периваскуляр ва перицеллюляр шиш.

Keywords: brain, massive blood loss, perivascular and pericellular spaces.

Проведен анализ состояния периваскулярного и перицеллюлярного отека в головном мозге людей при смерти от массивной кровопотери.

Установлено, что танатогенез кровопотери различается в зависимости от вида поврежденных сосудов, а также кратности ранений. При массивной кровопотере, вызванной единичным и особенно множественным повреждением сердца и магистральных сосудов, а также при множественном повреждении периферических сосудов в танатогенезе преобладает поражение нейронов. При единичном поражении периферических сосудов в танатогенезе при массивной кровопотере возрастает роль сосудистого компонента головного мозга.

ЎТКИР МАССИВ ҚОН ЙЎҚОТИШДАН ВАФОТ ЭТГАН ШАХСЛАР БОШ МИЯСИ ЯРИМ ШАРЛАРИ ПЕРИВАСКУЛЯР ВА ПЕРИЦЕЛЛЮЛЯР ШИШЛАР ДАРАЖАСИ

С. И. Индияминов, З. Э. Жуманов, С. А. Блинова

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Массив қон йўқотиш оқибатида вафот этган шахслар бош мияси периваскуляр ва перицеллюляр шишлар даражаси ўрганилган.

Жароҳатланган қон томирлар тури ва жароҳатланишлар сонига кўра қон йўқотиш танатогенези фарқланиши қайд қилинган. Санокли жароҳатланишлар, айниқса юрак ва магистрал қон томирлар, шуниндек периферик қон томирларнинг кўплаб шикастланиш ҳолатларида танатогенезда нейронларнинг зарарланиши юқори даражада бўлади. Периферик қон томирларнинг санокли жароҳатланиши туфайли юзага келган массив қон йўқотиш танатогенезида мия қон томир компонентининг аҳамияти ортади.

THE DEGREE OF PERIVASCULAR AND PERICELLULAR EDEMA IN THE CEREBRAL HEMISPHERES OF PERSONS WHO DIED FROM ACUTE MASSIVE BLOOD LOSS

S. I. Indiaminov, Z. E. Zhumanov, S. A. Blinova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The analysis of the state of perivascular and pericellular edema in the brain of people upon death from massive blood loss was carried out.

It is established that the thanatogenesis of blood loss varies depending on the type of damaged vessels, as well as the frequency of injuries. With massive blood loss caused by single and especially multiple damage to the heart and great vessels, as well as multiple damage to peripheral vessels in the thanatogenesis, neuronal damage predominates. With a single lesion of peripheral vessels in thanatogenesis with massive blood loss, the role of the vascular component of the brain increases.

Несмотря на использование новых технологий лечения, кровопотеря остаётся актуальной проблемой медицины до сегодняшнего дня [4, 8]. Летальность больных с различными патологическими состояниями, осложнёнными некомпенсированной кровопотерей, во всем мире остается достаточно высокой [1, 9]. Исследования по установлению причинно-следственных связей при оценке причины и генеза смерти от кровопотери на месте происшествия, в стационаре, с учетом давности постмортального периода, представляются чрезвычайно важными [2, 3, 6]. В научных работах последних лет для оценки танатогенеза придаётся большое значение состояниям периваскулярного и перицеллюлярного пространств, как в норме, так и при различных видах патологии головного мозга. Большинство исследователей расширение этих пространств объясняют возникновением отека головного мозга [5, 7].

Цель исследования: определить степень периваскулярного (ПВО) и перицеллюлярно-

го (ПЦО) отека в больших полушариях головного мозга (ГМ) у лиц, погибших от острой массивной кровопотери.

Материал и методы исследования. Исследовали поле 6 ГМ (по Бродману) от 36 трупов лиц, погибших от массивной кровопотери (МК), вызванной повреждением сосудов и внутренних органов острыми орудиями, в одном случае – огнестрельным ранением, всего 37 случаев. Во всех случаях смерть пострадавших наступила на местах травмы, в пути или же при доставлении в больницу. Длительность агонального периода составила от нескольких минут до 20-30 минут. Материал для исследований взят от 3-4 часов до 20-24 часов после наступления смерти. В 13-ти случаях массивная кровопотеря (МК) была вызвана поражением сердца и магистральных сосудов (аорта и легочный ствол), в остальных 24-х случаях кровопотеря наступила вследствие поражения периферических сосудов и внутренних органов (кроме сердца). По количеству ранений: единичные ранения – 15 случаев, множественные ранения – 22 случая. Во всех наблюдениях травма сопровождалась внутренней и наружной кровопотерей. Кусочки ГМ фиксированы в 10% нейтральном формалине, проведены через спиртовую батарею, залиты в парафин и окрашены гематоксилином и эозином, методами Маллори, Ниссля. Гистологические препараты ГМ сначала исследовали качественно, затем количественно. Величину ПВО и ПЦО исследовали точечным методом по Г.Г. Автандилову. Для математической обработки данных применен метод Стьюдента-Фишера с определением средней арифметической M , средней ошибки относительных величин m и коэффициента достоверности разности t .

Результаты исследования. В коре полушарий (поле 6) и прилежащем к ней белом веществе ГМ людей, погибших от массивной кровопотери, крупные внутримозговые артерии находятся в состоянии дистонии с тенденцией к умеренному спазму. Спастическое состояние артерий усиливается по мере уменьшения их диаметра. В просвете сосудов отмечается стаз крови. В венах разного калибра отмечается изменение формы эритроцитов. Малокровие внутримозговых сосудов отмечается во всех исследованных случаях.

Определение процентного соотношения незаполненных кровью сосудов к их общему числу в коре и белом веществе показало, что более трети артерий и почти половина вен не содержат крови. Наиболее выражено малокровие в сосудах микроциркуляторного русла (МЦР) (таблица 1).

Таблица 1.

Количество обескровленных сосудов в больших полушариях ГМ при массивной кровопотере, вызванной повреждением сердца и кровеносных сосудов (%)

Отделы	Артерии	Вены	Сосуды МЦР
Кора	36,8±4,28	48,9±5,6	75,4±1,5
Белое вещество	32,2±8,0	45,8±4,2	73,7±3,0

В коре больших полушарий ГМ поля 6 при кровопотере, вызванной повреждением периферических сосудов, также обнаружено малокровие сосудов. По сравнению с предыдущей группой наблюдается резкий спазм артерий всех калибров, в таких случаях просвет их имеет щелевидную форму или вообще не определяется. Количество спазмированных (обескровленных) артерий в коре полушарий достоверно больше, чем в предыдущей группе (табл. 2).

Таблица 2.

Количество обескровленных сосудов в больших полушариях ГМ при массивной кровопотере, вызванной повреждением периферических сосудов (в %)

Отделы	Артерии	Вены	Сосуды МЦР
Кора	44,1±3,2*	26,1±2,5	65,4±3,7
Белое вещество	54,1±2,67*	50,0±6,1	57,3±0,8

Примечание:

*- $P < 0,05$ при сравнении с таблицей 1.

Изучение степени выраженности ПЦО и ПВО в больших полушариях ГМ при кровопотере, вызванной повреждениями острыми орудиями, показало, что отек выражен как в коре, так и в белом веществе (табл.3).

Таблица 3.

**Степень выраженности отека структур полушарий ГМ
при различных видах кровопотери (%)**

Вид кровопотери	Кратность ранений	Кора		Отек белого вещества	ПЦО/ПВО
		ПЦО	ПВО		
МК (сердце и магистральные сосуды)	единичное	6,0±0,64	5,2±0,96	19,1±1,98	1,2
	множественные	8,2±0,97	4±0,84	13,4±0,74	2,1
МК (периферические сосуды)	единичное	1,6±0,45	4,2±0,68	6,6±0,6	0,4
	множественные	4,6±0,48	3,3±0,45	12,6±0,64	1,4

При МК вызванной единичным повреждением сердца и магистральных сосудов острыми орудиями ПЦО несколько больше ПВО, отечность белого вещества выражена в наибольшей степени. При единичном огнестрельном ранении доля ПЦО составляет 3,2±0,69%, она ниже, чем ПВО (4,2±0,79%), также его меньше и в белом веществе (9,6±0,76%). При множественных ранениях с повреждением сердца и магистральных сосудов доля разного вида отека в коре большого мозга неодинакова, причем ПЦО выражен больше, чем ПВО. Это свидетельствует о большей степени поражения нервной ткани ГМ.

При единичном ранении с повреждением периферических сосудов доля ПЦО ниже, чем ПВО, его меньше также и в белом веществе. Множественные ранения с повреждением периферических сосудов сопровождаются повышением доли ПЦО при сравнении с ПВО.

С целью определения степени выраженности того или иного вида отека при различных повреждениях определяли соотношение ПЦО и ПВО. Из таблицы видно, что это соотношение в разных группах неодинаково. При единичном поражении сердца и магистральных сосудов, увеличивается доля ПЦО, а при множественном ранении доля перивентрикулярного отека увеличивается в 2 раза. При огнестрельном ранении соотношение ПЦО/ПВО равное 0,7 свидетельствует о большем поражении сосудов при кровопотере по сравнению с нервной тканью. При единичном ранении периферических сосудов отек выражен слабее всего, но преобладает ПВО, при множественном ранении – ПЦО. Обращает на себя внимание, что отечность белого вещества больше выражена в тех подгруппах, где отмечается преобладание ПЦО над ПВО. Это еще раз подтверждает факт преимущественного поражения нервной ткани в этих подгруппах над сосудами.

Таким образом, в ранние сроки постмортального периода после острой кровопотери наблюдается отек как в коре, так и в белом веществе головного мозга, несмотря на малокровие сосудов. По-видимому, в возникновении отека большое значение имеет изменение реологических свойств крови, проявляющееся стазом и изменением формы эритроцитов, а также тонуса сосудов. Танатогенез кровопотери различается в зависимости от вида поврежденных сосудов, а также множественности ранений. При массивной кровопотере, вызванной единичным и особенно множественным повреждением сердца и магистральных сосудов, а также при множественном повреждении периферических сосудов в танатогенезе преобладает поражение нейронов. При единичном поражении периферических сосудов в танатогенезе при массивной кровопотере возрастает роль сосудистого компонента головного мозга.

Использованная литература:

1. Валетова В.В., Хватов В.Б., Ермолов А.С., Тимербаев В.Х. О компенсации объема циркулирующей крови при «смертельной» кровопотере //Анестезиол.и реаниматол. 2009. №3. С. 17-20.
2. Индияминов С.И. Судебно-медицинская оценка сосудистых и нейрональных поражений в головном мозге при острой кровопотере и малокровии// Судебно-медицинская экспертиза. 2010. №1. С. 5-7.
3. Индияминов С. И. Морфология сосудистых повреждений в гипоталамусе при разных видах кровопотери // Судово-медична експертиза. 2014. № 2. С. 35-39.
4. Индияминов С.И., Блинова С.А. Участие структур головного мозга в танатогенезе при кровопотере и геморрагическом шоке // Проблемы экспертизы в медицине. 2012. Т 12. №3-4 (4748).
5. Индияминов С.И., Блинова С.А. Изменения гигантских клеток ретикулярной формации продолговатого мозга на фоне разных видов кровопотери // Буковинський медичний вісник. 2017. Том 21. № 2 (82). ч. 2. С 50-52.
6. Клевно В.А., Абрамов С.С., Богомолов Д.В.и др. Актуальные и наиболее перспективные научные исследования судебной медицины // Суд.- мед. эксперт. 2007. Т. 50, № 1. С. 3-8.
7. Кравцова И.Л., Недзведь М.К. Морфологические особенности и локализация Вирхов-Робеновских пространств в головном мозге // Проблемы здоровья и экологии. 2013. № 3. С.21-26.
8. Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A.B., Gemmill A., Fat D. M., Boerma T., Temmerman M., Mathers C., Say L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. - 2016; 387: 462–74. doi.org/10.1016/ S0140-6736(15)00838-7.
9. Doumouchsis SK., Nikolopoulos K, Talaulikar VS, Krishna A, Arulkumaran S. Menstrual and fertility outcomes following the surgical management of postpartum haemorrhage: a systematic review. BJOG. 2014; 121:382 - 388. DOI: 10.1111/1471-0528.12546.

МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА**С. И. Индияминов, М. Р. Расулова, А. С. Умаров**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: перелом, кости носа, судебно-медицинская экспертиза, механизм, критерий.**Таянч сўзлар:** синиш, бурун суяклари, суд-тиббий экспертиза, механизм, мезон.**Keywords:** fracture, nasal bones, forensic examination, mechanism, criterion.

Проанализированы случаи (144) судебно-медицинской экспертизы пострадавших с целью уточнения механизма травмы при различных видах переломов костей носа.

Выявлено, что переломы костей носа возникают в основном от воздействия тупого орудия по механизму удара и давления, реже - от удара, давления и скольжения тупого твердого орудия. При оценке механизма переломов костей наряду с характером и обстоятельством травмы должно быть исследовано и оценено изменение формы носа. Также необходимо учитывать индивидуальное анатомическое строение черепа, типа строения лица и наружного носа, а также конструкцию самого носа.

БУРУН СИНИШЛАРИДА ЖАРОҲАТЛАНИШ МЕХАНИЗМИ**С. И. Индияминов, М. Р. Расулова, А. С. Умаров**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Бурун механик жароҳатлари турли вариантлари билан боғлиқ (144) суд тиббий экспертиза натижалари ушбу шикаст механизмини аниқлаш мақсадида таҳлил қилинган.

Бурун суяқларининг синиши асосан ўтмас қаттиқ воситанинг зарба ва босим, кам ҳолларда зарба, босим ва силжиш механизмлари таъсирида юзага келиши аниқланган. Бурун суяқлари синишлари механизмини баҳолашда жароҳат характери ва тафсилотидан ташқари бурун шаклининг ўзгарганлиги текширилиши ва баҳоланиши лозим. Шунингдек, калла суяги, юз ва ташки буруннинг индивидуал анатомик тузилиши, ҳамда бурун конструкцияси инобатга олинishi лозим.

THE MECHANISM OF INJURY IN FRACTURES OF THE NOSE BONES**S. I. Indiaminov, M. R. Rasulova, A. S. Umarov**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The cases (144) of forensic examination of victims were analyzed with the aim of clarifying the mechanism of injury in various types of nasal bone fractures.

It has been revealed that fractures of the bones of the nose arise mainly from the impact of a blunt instrument by the mechanism of impact and pressure, less often from the impact, pressure and slip of a blunt solid instrument. In assessing the mechanism of bone fractures, along with the nature and circumstance of the injury, a change in the shape of the nose should be investigated and assessed. It is also necessary to take into account the individual anatomical structure of the skull, such as the structure of the face and external nose, as well as the design of the nose itself.

Переломы носа составляют более 50% всех переломов лица у взрослых. Кости и хрящи носа обеспечивают как эстетическую, так и структурную поддержку средней части лица и дыхательных функций, поэтому правильная оценка механизма и вида травмы необходимы, для предотвращения деформации носа и нарушения носового дыхания. Естественная проекция и хрупкость дистальных структур носа способствуют к его склонности травмам [3, 6].

Скудность и вариабельность сведений в литературе по вопросам оценки механизма травмы при переломах костей носа определяют необходимость проведения целенаправленных судебно-медицинских исследований по данному направлению.

Цель исследования. Уточнить механизм травмы при различных видах переломов костей носа для задач судебно-медицинской экспертизы.

Материал и методы исследования. Проанализированы 144 случая судебно-медицинской экспертизы пострадавших с различными видами переломов костей носа. В ходе исследований особое внимание уделяли обстоятельству полученной травмы, так как различные агенты вызывают разнообразные виды травм, которые имитируют направление и скорость действия силы.

При выяснении обстоятельств травмы выявлено, что в -116 (80,5%) случаях переломы носа возникали в результате бытовых и уличных травм, в -9 (6,3%) при падении с высоты (5- с лестницы, 4-с высоты роста), в -19 (13,2%) при автомобильной травме (12-наезд автомобилем, 14-травма внутри салона).

Результаты исследований. В 141 случаях у лиц пострадавших отмечены закрытые переломы костей носа, у 3-х пациентов отмечены открытые переломы. Переломы костей носа без смещения костных отломков отмечены у 69 потерпевших, со смещением у -35. У 40 потерпевших обнаружено изменение формы наружного носа в виде западения ската и отклонения спинки носа. Характер переломов костей и наступающей деформации носа зависело от силы, направления удара, от места приложения силы, а также, от свойства предмета причинившего травму.

Установлено, что в 123 (85,4%) случаях переломы возникали от ударного воздействия тупого твердого орудия с ограниченной поверхностью в прямом или боковом направлении по разным отделам наружного носа. В 21 (14,6%) случаях переломы развивались в результате соударения об твердую поверхность и скольжения тела при автомобильной травме и падения с высоты. По направлению удара, в 9% случаев переломы возникали от действия тупого твердого орудия спереди на кончик носа, в 6% - спереди на спинку носа, в 4% -сверху на нее, в 67% -сбоку. В остальных 14% случаев переломы образовались при ударе лицом о твёрдую поверхность в результате автомобильной травмы и падении с высоты.

Боковое смещение носа являлось наиболее частым результатом носовых травм, возникающие от действия повреждающего орудия в боковом направлении (67%), при этом выявлены перелом и искривление носа в противоположную сторону от удара. Чаще отмечены смещение носа вправо, что согласуется с данными других авторов о том что, при переломах костей носа преобладают удары, наносимые правой рукой в левую половину носа (рис.1).

Характер переломов зависел от локализации и силы удара: при ударе спереди по нижней части носовых костей, т.е. на кончик носа (9%) отмечен перелом нижнего края спинки носа, наиболее часто в виде поперечного перелома в её нижней трети (рис. 2); а в случаях, когда удар приходился спереди на спинку носа (6%), отмечены переломы в области швов между носовыми костями, лобными отростками верхней челюсти, при этом смещений костей носа не выявлено (рис. 3). В связи с тем, что лобная кость в

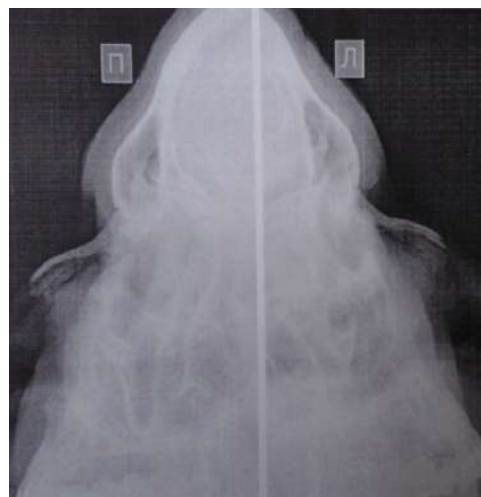


Рис. 1. Ш.И., 25 лет. Перелом спинки носа со смещением вправо



Рис. 2. А.Ш., 28 лет. Поперечный перелом спинки носа без смещения



Рис. 3. Б.Ф., 32 г. Поперечный перелом нижнего края спинки носа без смещения

значительной мере защищает корень носа, при ударе сверху (4%) повреждалась в основном нижняя часть носовой спинки. При этом отмечались поперечный и вертикальный перелом обеих носовых костей и лобных отростков верхней челюсти.

При автомобильной травме (травма внутри салона и наезд автомобилем) и падении с высоты (14,3%) выявлены комбинированные переломы костей носа в сочетании с сотрясением головного мозга, переломом скуловой кости, лобного отростка верхней и суставных отростков нижней челюстей (рис.4, 5).

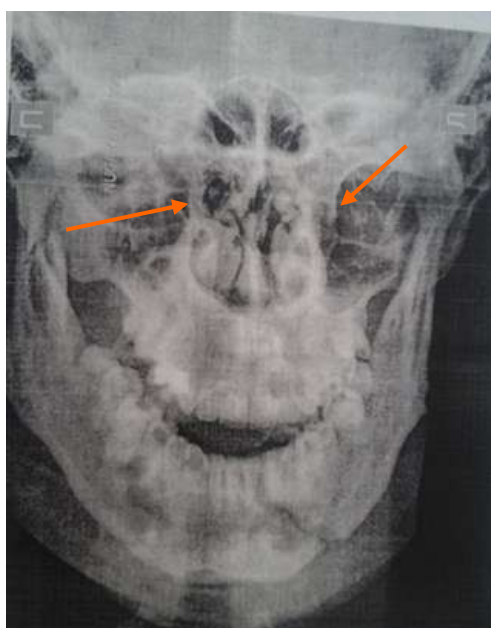


Рис. 4. Н.Э. 28 лет. Перелом костей носа с кровоизлиянием в полости пазух (при комбинированных травмах)



Рис. 5. Д.З., 26 лет. Оскольчатый перелом костей носа гайморовых пазух со смещением костных отломков (при комбинированных травмах)

Перелом перегородки носа отмечался относительно редко и наблюдался только при ударе лицом о твёрдую поверхность в результате автомобильной травмы и падении с высоты.

Обсуждение полученных результатов. Для понимания механизма и степени травмы исследователи вновь и вновь обращаются к анатомическому строению носа. Нос сформирован передними и задними костями, а также передними и задними хрящами. Парные носовые кости, лобные отростки верхней челюсти образуют опору для хрящевого скелета. Хотя большинство структур носа хрящевые, при повреждениях наступает перелом его костей. Так как поддерживающая носовая перегородка имеет форму естественного конуса, ближе к кончику носа она становится все более тонкой и в этом месте чаще подвержена перелому [5, 7].

Полость носа брахицефалов, мезоцефалов и долихоцефалов отличаются высотой и шириной носовых ходов в разных отделах (рис.6) [4, 5].

Имеются также расовые особенности строения лица. С учетом национальности и этнических особенностей

ВАРИАНТЫ ФОРМЫ ЧЕРЕПА

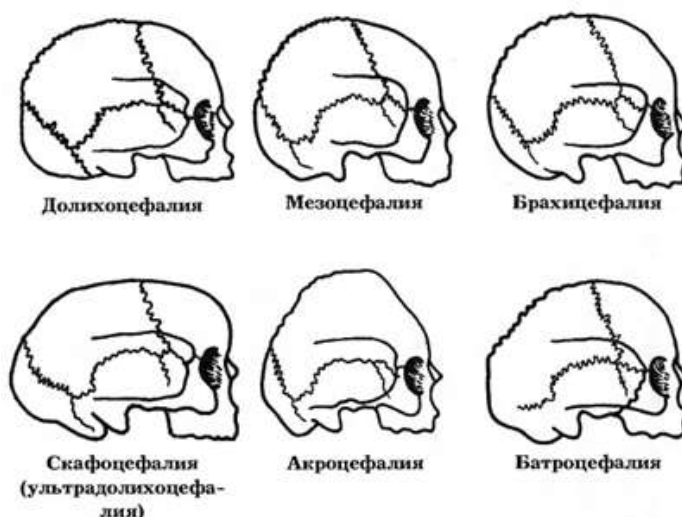


Рис. 6. Варианты формы черепа.

выделяют четыре типа наружного носа: 1) восточный тип, характерный для народов Азии; 2) кавказский тип — лепторинический; 3) негроидный тип — платиринический; 4) европейский тип, в котором различают три основные формы: прямая, выпукло-сводчатая (высокая и узкая спинка носа), вогнуто-углубленная (широкая и низкая спинка носа) [1]. В наших исследованиях все пострадавшие были с восточным типом строения лица.

По мнению большинства авторов, немаловажное значение имеет и конструкция самого носа, крупный, выдающийся вперед нос страдает при той же травме сильнее, чем слабо развитый, приплюснутый нос, у которого и кость обычно бывает толще [4, 6], которое нашли свое отражение и в наших наблюдениях. Исходя из этого, для оценки механизма травмы наряду с характером и обстоятельством травмы должно исследовано и оценено изменение формы носа.

Ссоры, приводящие к травме носа, связанной с нападением, избиением вызывают низкоэнергетическую передачу боковой силы в нос. Эти травмы вызывают перелом латеральной стенки носовой кости, а перелом противоположных сторон редки, которые приводят к деформации перегородки. Лобные травмы в основном возникают в результате автомобильных происшествий и падениях с высоты, которые приводят к оскольчатому перелому костей и деформации наружного носа.

Как указывают большинство авторов, удар по нижней части носа снизу вверх влечет за собой перелом нижнего края этих костей и носовой перегородки. По мнению французских авторов, если удар падает сбоку на нос, развивается боковое смещение обеих носовых костей. При этом, происходит разъединение шва между носовой костью и лобным отростком на той стороне, по которой нанесен удар, и перелом лобного отростка на противоположной стороне. Одновременно происходит вывих (в сторону) носовых костей из лобного шва и перелом перпендикулярной пластинки. В то же время при боковых травмах формируется вертикальный перелом и боковое смещение только одних носовых костей, т.е. спинки носа. Могут быть случаи переломов с боковым смещением, когда формируются более сложные переломы, приводящие к боковому смещению всей спинки носа сочетающиеся с западением отломков носового ската внутрь. При действии травмирующего агента спереди на кончик носа возникает вертикальный перелом четырехугольного хряща в каудальном отделе, сопровождающийся вывихом его из костного ложа в области носовой ости. Костный скелет наружного носа при такой травме не повреждается [1, 2].

Несмотря на многочисленные клинические варианты травматических повреждений скелета носа и разнообразие переломов, выделены определённые закономерности смещения отломков в зависимости от механизма травмы и наступающие деформации авторы свели к четырем основным типам [2, 6]:

- 1) западение частей носового скелета внутрь,
- 2) боковое смещение носа,
- 3) смещение отломков кнаружи,
- 4) переломы носовой перегородки.

Знание этих особенностей в большинстве случаев помогает клиницистам планировать использование тех или иных способов лечения для предотвращения осложнений и отдаленных последствий травм носа, а судебным медикам - обосновать механизм травмы.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что переломы костей носа возникают в основном от воздействия тупого орудия по механизму удара и давления, реже - от удара, давления и скольжения тупого твердого орудия. При оценке механизма переломов костей наряду с характером и обстоятельством травмы должно быть исследовано и оценено изменение формы носа. Также необходимо учитывать индивидуальное анатомическое строение черепа, типа строения лица и наружного носа, а также конструкцию самого носа.

При воздействии тупого орудия с ограниченной поверхности (удар частями тела) отмечается низкоэнергетическая передача, которое приводит в основном к изолированным переломам латеральной стенки носовой кости (одностороннее, двустороннее). При воздей-

ствии тупого твердого орудия с преобладающей поверхностью (автомобильных происшествиях и падениях с высоты) наиболее часто отмечается оскольчатый перелом костей и деформации наружного носа.

Использованная литература:

1. Бороноев С.А. Клиническая оториноларингология. Учебно-методическое пособие. Улан-Удэ: Издательство Бурятского государственного университета. 2008.
2. Гарюк Г.І., Самусенко С.О. и др. Сучасні аспекти діагностики ізольованих і сполучених ушкоджень носа. Міжнародний медичний журнал, 2016, № 3. р 81-86.
3. Гюсан А.О., Узденова Х.А. Ретроспективный анализ травматических повреждений носа и околоносовых пазух (по данным республиканской клиники за 10 лет). // Международный журнал экспериментального образования. 2016. №11. С.265-266.
4. Королук И.П. Рентгеноанатомический атлас скелета М., 1996. 192 с.
5. Храппо Н.С., Тарасова Н.В. Нос в системе целого черепа. Самара: СамГМУ. 1999.
6. Brian P., Kelley B.S. Evaluation and Reduction of Nasal Trauma. Seminars in plastic surgery/volume 24. №4. 2010, P.330-347.
7. Kucik C.J., Clenney T., Phelan J.. Management of Acute Nasal Fractures. American Family Physici. 2004. 70 (7): 1315-1320.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НОСА**С. И. Индияминов, М. Р. Расулова**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: перелом, кости носа, судебно-медицинская экспертиза, степень тяжести, критерий.**Таянч сўзлар:** синиш, бурун суяклари, суд-тиббий экспертиза, оғирлик даражаси, мезон.**Keywords:** fracture, bones of nose, forensic medicine expertise, stage of severity, criteria.

Обобщены результаты 173 случаев судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования), связанных с механической травмой носа. Установлено, что экспертный подход к судебно-медицинской оценке травм, сопровождающихся переломами костей носа, должен быть дифференцированным и индивидуальным. При оценке тяжести повреждений носа необходимо учитывать возникшие осложнения в момент травмы и отдаленные последствия (деформации носа, носовой перегородки, нарушения функций внутренних органов, головного мозга). Обоснование степени тяжести повреждений носа возможно при проведении комплексных исследований: функционально-клинических, рентгенологических, в том числе и КТ, МСКТ исследований.

БУРУН ЖАРОҲАТЛАРИ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ**С. И. Индияминов, М. Р. Расулова**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Бурун механик жароҳатлари билан боғлиқ 173 суд тиббий экспертиза (гувоҳлантириш) натижалари умумлаштирилган. Бурун суяклари синиши билан кечган жароҳатлар суд тиббий баҳоланишида экспертилик ёндашуви дифференциалланган ва индивидуал бўлиши лозимлиги аниқланган. Бурун жароҳатлари оғирлик даражасини баҳолашда жароҳат вақтида юзага келган асоратлар ва кейинги оқибатлар (бурун, бурун тўсиғи деформацияси, ички аъзолар, бош миёна функциясини бузилиши). Бурун жароҳатлари оғирлик даражаси комплекс: функционал-клиник, рентгенологик, шунингдек КТ, МСКТ теширувлар ўтказилганда асосланиши мумкин.

CRITERIA EVALUATION OF SEVERITY STAGE OF NOSE FRACTION**S. I. Indiaminov, M. R. Rasulova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Generalized 173 cases results of forensic medicine expertise (inspect) associated with mechanical trauma of nose. It is established, that expert approach to forensic medical evaluation trauma following fracture of nose bones have to differentiated and individualized. On the severity damaging nose need to take into consideration, that occurring complication at the moment of trauma and delayed effect (nose deformation, nasal septum, disorders function of internal organs and brain). It is possible to carry on complex examination of substantiation stage severity of nose trauma as: functional-clinical, x-ray, and also CT, MSCT observations.

Повреждения носа и его смежных участков встречаются у более, чем 30% лиц, подвергнутых судебно-медицинской экспертизе по определению степени тяжести телесных повреждений. Несмотря на это, до настоящего времени отсутствует четкий алгоритм необходимых и достаточных действий эксперта при судебно-медицинской диагностике и его оценке степени тяжести при повреждениях носа вообще и в частности при переломах его костей [1, 2, 4].

Цель исследования: уточнить критерии оценки степени тяжести при различных видах механических повреждений носа.

Материал и методы: обобщены результаты 173 случаев судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования), связанных с механической травмой носа. Изучены материалы дела (дознания и следствия), медицинские документы, результаты дополнительных исследований, заключений (актов) судебно-медицинских экспертиз (освидетельствований). В процессе судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) пострадавших, совместно со специалистами оториноларингологами, подробно изучены и исследованы субъективно – анамнестические данные, жалобы, нарушения носового дыхания и обоняния, изменения формы носа и объективные симптомы травмы носа – внешний осмотр, ощупывание спинки и боковых скатов носа у

пострадавших. Во всех случаях проводили рентгенографию костей носа в боковой и прямой проекциях. При сложных комбинированных травмах (35) дополнительно проводили консультацию ЛОР специалистов, компьютерную томографию (25) и мультиспиральную компьютерную томографию (10).

Результаты. Большинство пострадавших (69,4%) обратились за медицинской помощью в день получения травмы, где им была оказана соответствующая медицинская помощь, 64 пациентам проведена репозиция костей носа, 25 больных лечились стационарно. В 53-х случаях потерпевшие не обращались за медицинской помощью, они обследовались только судебно-медицинскими экспертами.

Из всех исследованных в 138 (79,8%) случаях судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование) пострадавших проведена в первые 4 суток, в 25 (14,5%) только через 5-7 суток, а в 10 (5,7%) – через месяц после получения травмы.

При распределении потерпевших по полу в 126 (72,8%) случаях повреждения отмечались у лиц мужского пола, в 47 (27,2 %) случаях у лиц женского пола. Возраст потерпевших варьировал от 18 до 66 лет. Наиболее часто повреждения носа отмечались у лиц в возрасте 18-35 лет (72,3%) (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение повреждений носа по возрасту и полу потерпевших.

Возрастные группы/пол	Виды повреждений носа											
	изолированные			комбинированные			сочетанные			всего		
	м	ж	Σ	м	ж	Σ	м	ж	Σ	м	ж	Σ
18 - 25	41	18	59	10	5	15	2	1	3	53	24	77
26 – 35	27	9	36	8	3	11	1	-	1	36	12	48
36 - 45	16	6	22	4	1	5	1	-	1	21	7	28
46 - 55	9	2	11	2	1	3	-	-	-	11	3	14
56 - 66	4	1	5	1	-	1	-	-	-	5	1	6
Всего:	97	36	133	25	10	35	4	1	5	126	47	173

При выяснении обстоятельств травмы выявлено, что в 141 (81,5%) случаях повреждения носа были получены в результате бытовой и уличной травмы, в 26 (15,0%) случаях при автомобильной травме (12 – наезд автомобилем, 14 – травма внутри салона), в 6 (3,5%) при падении с высоты (4 – с лестницы, 2 – с высоты роста).

В большинстве наблюдений (96) отмечены закрытые переломы костей носа, только у 2 пациентов отмечены открытые переломы. Переломы костей носа без смещения костных отломков отмечены у 20 потерпевших, которым процедура репозиции костей носа не потребовалась. Переломы костей носа со смещением выявлены у 24 (24,5%) и деформацией наружного носа - у 40 (40,8%) потерпевших, у которых при исследовании отмечалось изменение формы наружного носа в виде западения ската и отклонения спинки носа. Этим пациентам была проведена репозиция костей носа ЛОР специалистами по месту обращения за медицинской помощью. Отломки костей носа при боковом смещении спинки носа вправляли большим пальцем (правой руки при искривлении влево и левой руки – при искривлении вправо), обращая внимание на характерный хруст при смещении отломков в нормальное положение. Обезболивание проведено введением в область травмы раствора новокаина. Трещин и вывихов костей носа в наших исследованиях не наблюдалось.

Объективно в первые дни практически у всех пациентов наблюдались отеки мягких тканей носа и болезненность при пальпации. На 5-9-е сутки отек мягких тканей определялся в три раза реже, а болезненность – в четыре раза реже. Снижение обонятельной функции отмечалось только у 13 пациентов. Патологическая подвижность и крепитация во время освидетельствования экспертами определялась более чем у половины пациентов, остальные

пациенты сопротивлялись проведению пальпации.

В зависимости от характера, объема повреждений носа и особенностей течения материалы наблюдений распределили на IV группы (табл. 2).

Таблица 2.

**Распределение повреждений носа по характеру травмы
и особенностей клинического течения**

Изолированные		Комбинированные		Сочетанные
I группа	II группа	III группа		IV группа
Повреждения мягких тканей носа (кожи, слизистой оболочки)	Повреждения мягких тканей с переломами костей и хрящей носа	Переломы костей носа и лицевого отдела черепа	Переломы костей носа с ЧМТ	Переломы костей носа с переломами других костей
Ушиб мягких тканей (23)	Без смещения (28)	С переломом скуловой кости (2)	Перелом черепа (4)	Переломы позвонков (I-II поясничных) (1)
Кровоподтеки (27)	Со смещением (22)	С переломом лобного отростка верхней (1) и суставных отростков нижней (1) челюстей	Перелом нижней стенки орбиты (1)	Переломы верхних и нижних (бедренная кость) конечностей (2)
Ушибленные раны (11)	Оскольчатые (8)	Костных стенок придаточных пазух носа (6)	Сотрясение и ушиб мозга (20)	Переломы ключицы (2)
Ссадины в области носа (14)				
75	58	10	25	5

В I группу были включены 75 (43,5%) пострадавших, имевших повреждения только мягких тканей носа. При этом ссадины и кровоподтеки имели место у 41, раны – у 11, ушибы мягких тканей у 23 исследованных. У всех пострадавших этой группы при осмотре врачами оториноларингологами и судебно-медицинскими экспертами нарушения функций носа не были отмечены. Косметическая функция была временно нарушена вследствие повреждения внешних покровов носа у 11 потерпевших с ушибленными ранами. Полное восстановление трудоспособности больных с повреждениями мягких тканей наступало в течение 5-6 дней. Повреждения у лиц этой группы экспертами правильно были обоснованы по критерию длительности расстройства здоровья, как легкие телесные повреждения, не повлекшие расстройств здоровья [3].

Во II группу вошли 58 (33,6%) лиц с повреждениями мягких тканей и переломами костей и хрящей носа, из которых у 28 деформации наружного носа не отмечалось, деформация наружного носа в виде искривления отмечена - у 22, западания - у 8 пострадавших. По данным рентгенологических, КТ и МСКТ исследований чаще выявлялись линейные переломы (38) в области спинки носа и обеих носовых костей, и реже оскольчатые переломы (8), переломы носовой перегородки отмечались у 12 исследованных. Рентгенологически был обнаружен гемосинус у 2 больных.

При судебно-медицинской экспертизе изолированные неосложненные переломы этой группы без деформаций наружного носа и нарушения носового дыхания во всех случаях оценены по критерию длительности расстройства здоровья, как легкие телесные поврежде-

ния, причинившие расстройство здоровья на срок более 6 дней, но не свыше 21 дня. Переломы костей носа со смещением отломков (западением спинки носа), приведшие в итоге к нарушению носового дыхания, оценены по критерию стойкой утраты общей трудоспособности на 5-10%.

III группу составили 35 (20%) пострадавших с комбинированными переломами костей носа и смежных участков. Во всех наблюдениях имела место большая сила травмирующего действия. При этом сотрясение головного мозга было установлено невропатологом в 20 случаях. В 1 (1,5%) случае окулистом обнаружена контузия глаза и помутнение сетчатки. Кроме того, у пострадавших этой группы, помимо переломов костей носа, имели место перелом скуловой кости (2), перелом лобного отростка верхней (1) и суставных отростков нижней челюстей (1), костных стенок придаточных пазух носа (6), перелом нижней стенки орбиты (1). Во всех случаях было отмечено явное нарушение функций носа, средняя продолжительность выздоровления составляла от 14 до 45 дней.

Травмы носа с переломами костных стенок придаточных пазух носа, сотрясением головного мозга в 26 случаях квалифицированы, как средней степени тяжести, вызвавшие расстройство здоровья на срок более 21 дня и менее 4-х месяцев. Травмы носа с переломами скуловой кости, лобных отростков верхней и суставных отростков нижней челюстей (4) оценены как тяжкое телесное повреждение по критерию длительности расстройства здоровья, а при переломах костей черепа (5) по признаку опасности для жизни в момент травмы.

IV группу составили 5 (2,9%) потерпевших с сочетанными переломами носа и других костей. При этом были выявлены переломы (I-II поясничных) позвонков (1), верхних (плечевой кости) (1) и нижних (бедренной кости) конечностей (1), ключицы (2). У пострадавших этой группы средняя продолжительность выздоровления устанавливалась в зависимости от вида и характера сопутствующего повреждения. Во всех случаях отмечено стойкое нарушение функций носа, но при оценке степени тяжести наряду с повреждениями носа учтены степень нарушений функций других поврежденных органов. Так, например, сочетанная травма носа в 7 случаях оценена по критерию длительности расстройства здоровья, как телесное повреждение средней степени тяжести, вызвавшее расстройство здоровья на срок более 21 дня и менее 4-х месяцев. Случаи сочетанного перелома носа с переломами тела I-II поясничных позвонков оценены как тяжкое телесное повреждение по признаку опасности для жизни в момент повреждения, при этом основной акцент был сделан на перелом поясничных позвонков и его осложнения.

Обсуждение полученных результатов. Литературные данные, клиническая и экспертная практика показывают, что переломы костей носа, не сопровождающиеся значительным смещением, не требующие хирургической коррекции, могут заживать в течение 7- 21 дня. Переломы костей с выраженной деформацией наружного и внутреннего носа, требующие проведения репозиции, заживали позднее, более чем через три недели после травмы. Видимо, это связано с характером и выраженностью травматических изменений, а также с тем, что хирургическое вмешательство часто проводят не сразу после травмы. Оптимальным сроком для репозиции костей носа, по мнению многих авторов, является 5 - 10 суток после получения повреждения, когда отек мягких тканей травмированного носа уже уменьшается, а консолидация костных отломков еще не произошла [5]. В наших исследованиях при обращении пациентов за медицинской помощью репозиция костей носа проведена в течении 1-3 суток.

Как показывает анализ экспертного материала, переломы костей носа наиболее часто оцениваются по критерию длительности расстройства здоровья. При этом в большинстве случаев не учитывается характер перелома, наличие или отсутствие осложнений и последствий, на основе медицинских данных об однократном обращении пострадавших за медицинской помощью в день получения травмы, без данных объективного учета динамики посттравматического процесса.

При комбинированных и сочетанных травмах основной акцент делается на поврежде-

ния (перелом костей черепа, конечностей, ребер, позвонков, признаки сотрясения и ушиба головного мозга), которые, по мнению эксперта, являются основными, а повреждения носа попадают на второй план при оценке степени тяжести повреждений.

Таким образом, критериями оценки степени тяжести повреждений мягких тканей носа с переломами его костей и хрящей могут быть: длительность расстройства здоровья, объем стойкой утраты общей трудоспособности (при изолированных и сочетанных травмах носа); опасность для жизни (в основном при сочетанных травмах); изгладивость (неизгладивость) лица (при грубых травмах мягких тканей, костей лицевого отдела черепа).

Экспертный подход к судебно-медицинской оценке травм, сопровождающихся переломами костей носа, должен быть дифференцированным и индивидуальным. При оценке тяжести повреждений носа необходимо учитывать возникшие осложнения в момент травмы и отдаленные последствия (деформации носа, носовой перегородки, нарушения функций внутренних органов, головного мозга). Обоснование степени тяжести повреждений носа возможно при проведении комплексных исследований: функционально-клинических, рентгенологических, в том числе и КТ, МСКТ исследований.

Использованная литература:

1. Гребеньков А.Б. Судебно-медицинская оценка переломов костей носа. Справочно-информационные материалы. Курск, 2015, 28 С. 2.
2. Губин В.Н. Обоснование критериев определения степени тяжести изолированных и сочетанных повреждений носа (на клиническом и судебно-медицинском материале) // Автореф. дис... канд. мед. наук. Киев, 1996, 25 С. 3.
3. Приказ №153 Министра здравоохранения Республики Узбекистан «Правила проведения экспертизы и исследований в подразделениях бюро судебно-медицинских исследований». Ташкент. 2012, С.135-156.
4. Суриков Е.В., Иванец И.В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа // Вестник оториноларингологии. 2009. №5. С.30-31.
5. Туманов Э.В., Николаев Б.С. Судебно-медицинский диагноз и выводы при переломах костей носа с аспирацией крови в дыхательные пути // Судебно-медицинская экспертиза. 2015. №58 (1). С. 56-59.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**К. А. Исламова, Э. С. Тоиров**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: Остеоартроз, качество жизни, ожирение, индекс WOMAC, индекс Лекена, экспертные признаки.

Таянч сўзлар: Остеоартроз, ҳаёт сифати, семизлик, WOMAC индекси, Лекен индекси, эксперт белгилари.

Keywords: Osteoarthritis, quality of life, obesity, WOMAC index, Leken index, expert signs.

Обследованы 80 больных (28,8% мужчин, 71,2% - женщин, средний возраст $58,5 \pm 0,8$ лет) остеоартрозом (ОА) коленных суставов. У 27,5% пациентов индекс массы тела (ИМТ) соответствовал нормальному показателю, у 28,8% - избыточной массе тела, у 25,0% - ожирению I, у 12,2% - II степени. Повышение массы тела больными способствовало повышению тяжести ОА. У больных ОА ухудшается качество жизни по всем параметрам опросника EQ-5D (EuroQol), показатели индексов WOMAC, Лекена и экспертные признаки.

ОСТЕОАРТРОЗ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ҲАЁТ СИФАТИ**К. А. Исламова, Э. С. Тоиров**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Текширувдан тизга бўғими остеоартроз (ОА) билан 80 бемор (28,8% эркак, 71,2% - аёл, ўртача ёш $58,5 \pm 0,8$ ёш) ўтказилди. 27,5% беморда тана масса индекси (ТМИ) нормал кўрсаткични, 28,8% - бемор ортқича тана вазни, 25,0% - I даража семизлик, 12,2% - II даража семизликни ташкил этди. Беморнинг тана вазинини ошиши остеоартрознинг кучайиб боришига ёрдам беради. ОА касалликларида EQ-5D (EuroQol) суровномаси, WOMAC ва лекен индекси, эксперт кўрсаткичлари бўйича ҳаёт сифати барча жиҳатларда ёмонлашади.

QUALITY OF PATIENTS LIFE WITH OSTEOARTHRITIS**K. A. Islamova, E. S. Toirov**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Examination of 80 patients (28.8% of men, 71.2% of women, average age 58.5 ± 0.8 years) with osteoarthritis (OA) of the knee joints. In 27.5% patients, body mass index (BMI) corresponded to a normal indicator, in 28.8% overweight, in 25.0% obesity I, in 12.2% II degrees. Increased body weight of patients contributed to the increase in the severity of OA. In patients with OA, the quality of life is deteriorating in all respects to the EQ-5D (Euro Qol) questionnaire, indicators of the WOMAC, Leken indices and expert evidence.

В настоящее время среди основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности населения, остеоартроз (ОА) занимает лидирующие позиции, уступая только ишемической болезни сердца [1-3, 6, 10.]. Основными клиническими симптомами ОА являются боль, припухлость и деформация суставов, приводящие к функциональной недостаточности суставов и инвалидности больных [5, 7-9].

При ОА наряду с основными проявлениями присутствуют разнообразные неврологические и невротические симптомы, что обусловлено с хроническим течением заболевания, нарушением привычного образа жизни больных и сменой круга жизненных интересов пациентов. Однако при артрозах не всегда обращается внимание на наличие у больных признаков невротических расстройств, и проведение психотерапевтических мер очень часто остается вне поля зрения лечащих врачей. В то же время низкая лечебная и реабилитационная эффективность при заболеваниях суставов в значительной степени связана с недостаточной оценкой показателей качества жизни больных.

Характеристику ОА определяют целый ряд стандартных тестов: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), индекс Лекена, тест WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis Index), интегральный показатель нарушений функции нижних конечностей и др., [4, 5, 10, 11]. Однако эти методы являются информативными при определении функционального состояния суставов, где ОА рассматривается как локальная патология. В литературе очень мало наблюдений по применению стандартных тестов при оценке параметров качества жизни пациентов, а именно степени дискомфорта, тревоги и депрессии.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь результаты индексов WOMAC, Лакена и показателей экспертных признаков с показателями качества жизни больных гонартрозом и определить их диагностическое значение при оценке функционального состояния больных.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 80 больных (23 мужчин, 28,8%, 57 женщин, 71,2%) в возрасте от 48 до 75 лет (средний возраст $58,5 \pm 0,8$ лет) ОА коленных суставов, обследованных в отделении ревматологии клиники № 1 СамМИ. Диагноз ОА соответствовал критериям АКР [2, 10-30; 9, 5-12].

Генерализованный ОА (полиартрикулярная форма) с поражением коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей отмечался у 21,2%, моноартроз (левого или правого) коленного сустава - у 48,8%, олигоостеоартроз - у 30,0% больных. Реактивный синовит диагностирован у 37,5% пациентов. При рентгенографии коленных суставов были выявлены все IV стадии гонартроза (по Келлгрэну): I стадия наблюдалась у 13 (16,3%) больных, IV стадия — у 11 (13,8%), II и III стадии были выявлены у подавляющего большинства пациентов — 56 (70,1%). У 18,8% пациентов функциональное состояние суставов не имело ограничений, у 81,2% констатировано нарушение функции суставов: у 33,8% — I степени, у 32,5% — II степени и у 15,0% — III степени.

Исследование суставного синдрома проводилось по принятым стандартам. Подсчитывалось число пораженных суставов, определялись степень боли, скованности, ограничения функциональной способности и общее состояние больных по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где результат от 70 до 100 мм (7-10 см) — соответствуют выраженным изменениям, от 40 до 70 мм (4-7 см) — умеренным изменениям, от 10 до 40 мм (1-4 см) — слабым изменениям. Степень экссудации при реактивном синовите определялась по 3 балльной системе, где 0 баллов указывает на отсутствие экссудации в суставе, 1 балл — экссудация определяется в пределах сустава, 2 балла — экссудация видна при обычном осмотре, 3 балла — экссудация переходит в околосуставную область.

Функциональное состояние суставов определяли по суммарному алгофункциональному индексу Лекена, индексу WOMAC и 6 экспертным признакам.

Качество жизни больных определяли с помощью международного опросника EQ-5D. Этот опросник широко применяется в различных странах и дает в ходе обработки собранных данных единый балл для оценки качества жизни. Международный опросник EQ-5D состоит из 5 компонентов: передвижение в пространстве (1), самообслуживание (2), повседневная активность (3), боль и дискомфорт (4), тревога и депрессия (5). Шкала для оценки каждого компонента имеет три уровня в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 - нет нарушений; 2 - есть умеренные нарушения; 3 - есть выраженные нарушения.

На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя: антропометрические данные (рост, вес, ИМТ), данные анамнеза, клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ — от 0 до 100 мм, суставной статус, сопутствующие заболевания. Учитывалось лечение симптоматическими препаратами замедленного действия: больные, которые принимали комбинированную терапию хондроитин сульфат и гиалуроновую кислоты более шести месяцев в год в течение пяти лет были отнесены к группе, получавших лечение.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы EXCEL. Для определения достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента, критерии Манна-Уитни, Спирмена. Достоверным считались различия при степени вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных ОА степень боли по ВАШ в среднем составляет $65,5 \pm 5,5$ мм (умеренная боль), выраженность утренней скованности - $35,6 \pm 3,5$ мм (слабая скованность), степень ограничения функциональной способности суставов - $75,5 \pm 6,6$ мм (выраженное ограничение). Однако, результат самооценки общего состояния по ВАШ составил $76,5 \pm 6,3$ см, что соответствует тяжелому состоянию. Такое несоответствие параметров ВАШ и анализа параметров качества жизни пациентов указывает на наличие у больных невротических нарушений.

По нашим данным повышение массы тела является одним из факторов тяжести ОА. Так, индекс массы тела варьировал от 19 до 39. У 22 (27,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (по рекомендациям ВОЗ - 18,5-24,9), у 23 (28,8%) – избыточной массе тела (предожирение - 25-29,9), у 15 (25,0%) – ожирению I (первой) степени (30-34,9) и у 20 (12,2%) – ожирению II (второй) степени (35-40). Увеличение массы тела способствовало развитию реактивного синовита и вторичных изменений в венах нижних конечностей. Среди больных с нормальным показателем массы тела реактивный синовит диагностирован у 13,7% пациентов, с повышенным показателем ИМТ - у 26,6% пациентов, при ожирении I степени – у 46,7%, II степени – у 70,0% больных ($r=0,8$). Частота варикозных вен нижних конечностей у пациентов вышеуказанных групп составила соответственно - 27,3; 43,5; 53,0 и 65,0% ($r=0,6$).

По результатам оценки индекса Лекена у 15,0% больных ОА был легким, у 41,3% – умеренным, у 20% – тяжелым, у 16,3% – очень тяжелым и у 7,5% – крайне тяжелым. При нормальной массе тела легкий ОА (1-4 б) диагностирован – у 18,2%, умеренный (5-7 б) – у 63,6%, тяжелый (8-10 б) – у 18,2% больных. Увеличение массы тела больных способствовало повышению тяжести ОА. Среди больных с повышенной массой тела легкий, умеренный, тяжелый и очень тяжелый ОА был обнаружен соответственно – у 17,4; 52,2; 13,0 и 17,4% больных. Среди больных с ожирением I и II степени, по сравнению с нормальной и повышенной массой тела было больше больных тяжелым ОА (26,7 и 25,0% против 18,2 и 13,0%). Также, при I и II степени ожирения у 13,0 и 20,0% больных был диагностирован крайне тяжелый ОА (14 балл).

По индексу WOMAC выраженность болевого синдрома составила - $6,5 \pm 0,5$ см, скованности – $3,5 \pm 0,3$ см, степень ограничения функциональной способности - $7,5 \pm 0,6$ см. Выраженность болевого синдрома у лиц с нормальной массой тела в среднем составила $5,8 \pm 0,4$ см, повышенной массой тела - $6,3 \pm 0,3$ см, I степенью ожирения - $6,7 \pm 0,2$ см, II степенью ожирения – $7,2 \pm 0,4$ см (выраженная корреляция $r=0,8$); выраженность скованности соответственно - $3,2 \pm 0,2$; $3,3 \pm 0,3$; $3,5 \pm 0,2$ и $3,6 \pm 0,3$ см (слабая корреляция $r=0,2$); степень ограничения функциональной способности – $6,9 \pm 0,4$; $7,2 \pm 0,5$; $7,8 \pm 0,6$ и $8,2 \pm 0,5$ см (умеренная корреляция $r=0,6$).

По результатам оценки 6 экспертных признаков - «Передвижение», «Дополнительная опора», «Выполнение бытовых функций», «Самообслуживание», «Пользование общественным транспортом» и «Выполнение профессиональных обязанностей» от 17,5% до 36,3% больных ОА не имели существенные ограничения. У всех больных с ожирением I и II степени наблюдались хромота, нарушение способности к самообслуживанию, ограничение при пользовании общественным транспортом и выполнении профессиональных обязанностей. Только от 5,0 до 13,0% больных с ожирением I и II степени - не нуждались в дополнительной опоре, от 6,6 до 10,0% больных - не имели ограничения при выполнении бытовых функций. Патологический тип передвижения и невозможность ходьбы среди лиц с нормальной массой тела не были обнаружены, а при ожирении первой и второй степени были выявлены соответственно - у 13,3; 30,0% и 6,7; 10,0% больных. Сравнительно тяжелые экспертные признаки - необходимость в дополнительных средствах при ходьбе, невозможность выполнения бытовых функций, самообслуживания, пользования общественным транспортом и выполнения профессиональных обязанностей были обнаружены - от 6,7 до 10,0% больных ОА с I и II степенью ожирения.

По результатам международного опросника EQ-5D среди пациентов с остеоартрозом проблемы со здоровьем отметили в той или иной степени все опрошенные. По первому разделу вопросника – «Передвижение в пространстве» проблемы имели – 85,0% больных ОА. Среди больных с нормальными показателями ИМТ проблемы с передвижением в пространстве имели 77,3% опрошенных, что было меньше чем у больных с ожирением I и II степени (93,3 и 90,0%). По разделу «Самообслуживание» не имели проблем 27,5% больных: при нормальной массе тела – 27,3%, при повышении ИМТ – 34,8%, при ожирении I и II степени

соответственно - 20,0 и 25,0% больных. Количество больных имеющих некоторые проблемы с самообслуживанием повышалось по мере повышения ИМТ: 72,7%; 65,2%, 73,3% и 65,0% - у больных с нормальным, повышением индекса ИМТ, ожирением I и II степени соответственно. По данным опросника 6,7% и 10,0% больных с ожирением I и II степени не могли мыться и одеваться.

По разделу «Повседневная активность» не имели проблем 21,3% больных: 22,7% - с нормальным ИМТ, 30,4% - повышением ИМТ, 80,0% и 75,0% - с ожирением I и II степени. Имели некоторые проблемы - 77,3%, 69,6%, 80,0% и 75,0% больных. 6,7% и 10,0% больных с ожирением I и II степени не могли выполнять повседневные дела. По шкале «Боль и дискомфорт» не было боли и дискомфорта у 16,3% больных. 72,5% больных имели небольшую боль и дискомфорт, 11,3% - сильную боль и дискомфорт (больные с I и II степенью ожирения). По разделу «Тревога и депрессия» не имели тревоги и депрессии 12,5% больных, небольшую тревогу и депрессии имели 78,8% больных, выраженную тревогу и депрессии 8,8% больных. Среди лиц с ожирением с I и II степени выраженную тревогу и депрессию имели соответственно: 13,3 и 15,0% обследованных.

За последний год улучшение состояния здоровья отмечали 18,8% больных. У 61,3% обследованных не наблюдалось существенных изменений состояния за последний год. У 20,0% больных наблюдалось ухудшение состояния: 13,6% - с нормальным ИМТ, 17,4% - повышенным ИМТ, 20,0% - ожирением первой, 30,0% - ожирением второй степени.

Таким образом, хроническое дистрофическое заболевание суставов - остеоартроз, как тяжелое соматическое заболевание оказывают интенсивное психотравмирующее – стрессовое воздействие, прежде всего продолжительным и упорным течением, развитием функциональной недостаточности суставов и стойкой утраты трудоспособности больного. У большинства больных удается обнаружить изменения показателей качества жизни по всем параметрам вопросника EQ-5D (EuroQol). Больше всего снижаются показатели параметров «Тревога и депрессия» (87,6%), «Передвижение в пространстве» (85,0%), «Боль и дискомфорт» (83,8%), «Повседневная активность» (78,3%), что отражает типичную клиническую картину остеоартроза. Низкие показатели параметров опросника особенно характерны при повышении ИМТ, ожирении I и II степени.

Базисная и противовоспалительная терапия ОА при наличии нарушений параметров качества жизни у больных, как правило, недостаточно эффективна и требует разработки новых подходов к их лечению. Низкая оценка качества жизни со стороны пациентов ОА требует своевременное включение в схему их лечения общеукрепляющих, физиотерапевтических, седативных средств. Комплексное лечение больных стимулирует работу системы АКТГ - кортизол, устраняет стрессовую реакцию щитовидной железы и способствует улучшению метаболизма кальций регулирующих гормонов. Высокая клиническая эффективность, отсутствие побочных эффектов, хорошее сочетание с противовоспалительными препаратами дают основание для широкого применения этих методов в лечебной практике [10].

Вопросник EQ-5D (EuroQol) и функциональные индексы WOMAC, Лекена и экспертные признаки являются высокоинформативными для оценки общего состояния и качества их жизни больных ОА. Наличии коморбидных состояний – повышение массы тела, ожирение, варикозное расширение вен значительно ухудшают показателей этих тестов.

Использованная литература:

1. Балабанова Р.М и др., Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. Научно-практическая ревматология.- 2012.- № 3. С. 10-12.

2. Верткин А.Л., Максименко Е.В., Шамуилова М.М. Остеоартроз в общей медицинской практике // Терапевт. научно-практический ежемесячный журнал. 2008. № 9. С. 10-30.
3. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 2011. С. 47.
4. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Л.И. Остеоартроз амбулаторной практике // Современная ревматология. 2012. № 4. С. 66-70.
5. Зайцева Е.М., Алексеева Л.И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 50-57.
6. Лесняк О.М., Крохина Н.Н., Алферова О.Е. Эпидемиологическое исследование суставных жалоб и остеоартроза среди городского и сельского населения Урала // Научно-практическая ревматология. 2008. № 6. С. 27-32.
7. Лесняк О.М., Пухтинская П.С. Остеоартрит. // Школа Здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 104.
8. Матвеев Р.П., Брагина С.В. Остеоартроз коленного сустава: проблемы и значимость. Экология человека. 2012. № 9. С. 53-62.
9. Наумов А.В., Алексеева Л.И., Верткин А.Л. Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике. // Клинические рекомендации консенсуса экспертов Российской Федерации. Москва 2015.
10. Тоиров Э.С., Соловьев С.К., Исламова К.А. Остеоартроз. Современные методы диагностики и лечения. // Методические рекомендации. Самарканд 2018. С. 18-22.
11. Belo J.N. et al. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies // Arthritis and Rheumatism. - 2007. - Vol. 57. - № 1. P.13-26.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НАРУШЕННОГО ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ: ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

З. А. Исмоилова, Б. А. Юлдашев, А. А. Ахматов

Кафедра педиатрии №2,

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, мочевая кислота, дети.

Таянч сўзлар: сурункали пиелонефрит, сийдик кислотаси, болалар.

Keywords: chronic pyelonephritis, uric acid, children.

Проведена сравнительная клинко-лабораторно-инструментальная оценка 62 детей с хроническим пиелонефритом, было выявлено, что клиническая картина пиелонефрита протекающего на фоне уратной нефропатии отличается выраженной клинической симптоматикой характерной для повышенного обмена мочевой кислоты.

СИЙДИК КИСЛОТАСИ АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШИДА БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ КЕЧИШИ: АНАМНЕЗИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ ВА КЛИНИКО – ЛАБОРАТОР ТАВСИФИ

З. А. Исмоилова, Б. А. Юлдашев, А. А. Ахматов

№2 педиатрия кафедраси

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Сурункали пиелонефрит билан оғриган 62 та болада киёсий клиник-лаборатор-инструментал текшириш ўтказилганда маълум бўлдики уратли нефропатия фонида кечувчи пиелонефритнинг клиник манзараси сийдик кислотаси алмашинувининг ошиши билан яққол намоён бўлди.

CHILDREN CHRONIC PYELONEPHRITIS IN THE BACKGROUND OF DISTURBED URIC ACID EXCHANGE: FEATURES OF ANAMNESIS AND CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS

Z. A. Ismoilova, B. A. Yuldashev, A. A. Akhmatov

Samarkand state medical institute, Department of Pediatrics №2. Samarkand, Uzbekistan

A comparative clinical, laboratory and instrumental evaluation of 62 children with chronic pyelonephritis has been carried out. It has been revealed that the clinical picture of pyelonephritis occurring against the background of uric nephropathy is characterized by a pronounced clinical symptoms characteristic of increased uric acid metabolism.

Актуальность проблемы. Интерес к изучению проблемы пиелонефрита среди исследователей, работающих в детской нефрологии, сохраняется на протяжении многих лет. Актуальность определяется высокой распространенностью этого заболевания. Пиелонефрит традиционно составляет 54,0 - 57,7% больных нефрологического профиля и остается серьезной медико-социальной проблемой в детском возрасте. В условиях высокой интенсивности пуринового обмена у детей, патологические состояния, обусловленные гиперпродукцией мочевой кислоты, встречаются чаще, чем диагностируются [1, 3, 6].

У детей с различными соматическими заболеваниями частота первичной гиперурикемии и гиперурикозурии колеблется в пределах 2,5-5,5%. Отмечается рост числа детей и подростков с гиперурикемией, обусловленной изменениями образа жизни, характером питания, ухудшением экологической обстановки, нерациональным использованием медикаментозных препаратов. Особое внимание уделяется последствиям бессимптомной гиперурикемии и гиперурикозурии, так как они приводят к быстрому снижению функции почек, особенно канальцевого аппарата, а в ряде случаев - к ХПН [1, 2, 4, 5, 6].

В связи с этим перед нами была поставлена **цель работы:** определить анамнестические и клинко-лабораторные особенности течения хронического пиелонефрита у детей на фоне нарушенного обмена мочевой кислоты.

Материал и методы: для сравнительного анализа нами были обследованы 62 ребенка с хроническим пиелонефритом, при этом у 34 детей был диагностирован хронический пие-

лонефрит на фоне уратурии (I – группа), у 28 первичный хронический пиелонефрит (II-группа). Все дети были обследованы на базе нефрологического отделения Самаркандского областного специализированного многопрофильного медицинского центра. Возраст детей составил от 10 до 16 лет. Диагнозы формулировались согласно Международной классификации болезней X пересмотра (Женева, 1995), классификации хронического пиелонефрита (М.Я. Студеникин и соавт., 1980 г.). Помимо сбора анамнеза всем детям проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включающее: биохимический анализ крови, общий анализ мочи, pH мочи. Функциональное состояние почек оценивалось по результатам пробы Зимницкого, пробы на сухоедение, клиренсу эндогенного креатинина, уровня мочевины в сыворотке крови. Уровень мочевой кислоты в плазме крови и суточной моче оценивался на биохимическом анализаторе. За нормативы уровня мочевой кислоты в сыворотке крови у девочек был принят диапазон от 142–339 мкмоль/л, у мальчиков 202–416 мкмоль/л. Для оценки клиничко-функционального состояния сердца проводились регистрация ЭКГ на 6-ти канальном электрокардиографе «CARDIOFAX ECG 882-OK», эхокардиография сердца проведена на аппарате «SIM-5000». По показаниям проводились дополнительные исследования: УЗИ, экскреторная урография, радиоизотопное исследование, консультации узких специалистов (невропатолога, ЛОР-врача) и др.

Результаты исследования. При изучении наследственного анамнеза установлена взаимосвязь между перенесенными заболеваниями почек у близких родственников и возникновением ХПН у детей. Установлено, в обеих группах частота встречаемости почечной патологии составила больше половины случаев (50% и 53,6%). Необходимо отметить, что у родственников первой степени родства отягощенность по заболеваниям мочевыделительной системы была гораздо выше и составила 32,3% и 35,7% ($p < 0,05$), чем во втором (14,7% и 14,2%) и третьем поколениях (2,9% и 7,1%). При этом частота заболевания почек и мочевыводящих путей по линии матери встречались в 2 раза чаще, чем по линии отца (29,4% и 32,1% в 1 и 2 группах соответственно).

При анализе заболеваний связанных с нарушением пуринового обмена выявлено, что случаи уратной нефропатии, обнаружение в анамнезе родителей случаев нервно-артритического диатеза, реактивных артритов, подагры у родственников 2 и 3 степени родства, во 2 группе статистически достоверно больше превышало показатели детей с ХПН без нарушения обмена МК – 38,2% против 17,8% во второй группе ($P < 0,05$).

В данном случае наблюдалось также преобладание наследственности по материнской линии 23,5% и 10,7%. При этом в 8,8% детей 1 группы наблюдалась двухсторонняя отягощенность по нарушению пуринового обмена, при отсутствии наследственности двустороннего характера в группе детей с первичным ХПН. При этом нами была выявлена прямая корреляционная связь между заболеваниями обмена веществ у матери и развитием односторонней патологии у ребенка ($r=0,603$). Значительно возрастает риск развития нарушений пуринового обмена в семьях, где наследственный анамнез был отягощен по линии матери и отца.

Наследственный анализ детей с ХПН на фоне уратурии показал высокую частоту заболеваний ССС у родственников первой второй и третьей степени родства - 58,8% у всех родственников, 14,7% 1 родственников 1 степени родства, 26,5% - 2 степени родства, 20,5% у родственников 3 степени родства, что было выше по сравнению с частотой отягощенности по ССС группы сравнения. Из них преобладали гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз, затем наблюдались воспалительные заболевания сердца ревматической и неревматической природы.

Заболевания органов ЖКТ, аллергические заболевания у родственников различной степени родства также, чаще наблюдались в группе детей с нарушенным пуриновым метаболизмом (26,5% и 17,6% против 17,8% и 7,1% во 2 группе), что подтверждает литературные данные об аллергизирующем влиянии МК на организм и формировании патологии ЖКТ на фоне нарушенного пуринового метаболизма.

При анализе течения беременности у матерей обследуемых детей в целом отмечалось увеличение частоты встречаемости гестозов, угрозы невынашивания, хронической внутриутробной гипоксии, внутриутробных инфекций. Выявлено, что в группе детей с патологией пуринового обмена в 2–2,5 раза меньше женщин с физиологическим течением беременности, чем в группах сравнения ($p < 0,05$).

Следует отметить, что на фоне отягощенного течения беременности у женщин прогрессивно ухудшаются и показатели здоровья родившихся детей. Так по литературным данным, у детей, перенесших внутриутробную гипоксию, степень риска развития нарушений пуринового обмена возрастает в несколько раз, это было подтверждено нашими исследованиями, так тяжелые гестозы, в частности, состояние преэклампсии, фетоплацентарная недостаточность, раннее отхождение околоплодных вод, затяжной 2 период родов, рождение новорожденных в состоянии асфиксии наблюдалось чаще в 1 группе, но разница по сравнению со 2 группой не имела достоверных границ (29,4% и 25% в 1 и 2 группе соответственно; $p > 0,05$).

Нами определено, что нарушение солевого обмена в виде повышения мочевой кислоты в крови и повышенной ее экскреции с мочой у ряда детей связано с ранним переводом их на искусственное и смешанное вскармливание. Есть данные говорящие о том, что степень риска гиперурикозурии у детей на искусственном вскармливании возрастает в несколько раз. Так и у наших больных в анамнезе встречалась статистически большая частота искусственного вскармливания с рождения (41,1% по сравнению со 2 группой 25%; $p < 0,01$).

Данные анамнеза показали, что на протяжении 1 года, наиболее важного и ответственного периода в жизни ребенка, у детей основной группы отмечались частые ОРВИ, неустойчивый стул, аллергические реакции и другие заболевания, приводящие к снижению общей и местной реактивности организма. В то же время, подобные факторы риска гораздо реже встречались у детей второй группы ($p < 0,05$). Эти данные подтверждают теорию раннего программирования метаболизма когда нарушение питания в первые 1000 дней жизни ребенка и воздействие различных неблагоприятных факторов запускают механизм нарушенного метаболизма в организме. Который проявляется в более старшем возрасте и у взрослых.

С возрастом детей изменяется и характер питания в обследуемых семьях. Отмечается злоупотребление пищей, богатой консервантами, пуринами, жирами, нарушение водного и солевого обмена что увеличивает риск развития уратной нефропатии, это было подтверждено нашими данными – 67,6% против 32,1% во второй группе ($p < 0,01$).

Таким образом, на фоне одинаковой отягощенности по заболеваниям почек и мочевыводящих путей, в группе детей с нарушенным пуриновым метаболизмом, отмечалась высокая степень наследственной отягощенности по заболеваниям связанных с гиперпродукцией МК как в детском возрасте, так и в пожилом возрасте, при этом наблюдалась связь с отягощенностью по материнской линии.

При этом в анамнезе детей с нарушенным пуриновым метаболизмом наблюдается преобладание искусственного вскармливания с рождения и значительное употребление богатой пуринами пищи.

При изучении характерной клинической картины характерной для хронического пиелонефрита выявлено, что как у детей 1 группы, так и у детей 2 группы наблюдались жалобы на пастозность век (58,8% и 50,0%), дизурические расстройства (73,5% и 57,1%), осадок солей в моче (100% и 32,1%), снижение аппетита (29,4% и 46,4%). Наиболее часто отмечались жалобы на боли в животе и поясничной области (52,9% и 60,7% в 1 и 2 группах соответственно). Периодически у больных с хроническим пиелонефритом наблюдалось повышение температуры до субфебрильных цифр (8,8% и 17,8% в 1 и 2 группе соответственно). Таким образом, в группе с первичным хроническим пиелонефритом преобладали симптомы интоксикации.

У детей в 1 группе наблюдались симптомы характерные для гиперпродукции МК. Так

у части детей наблюдалась повышенная потливость (29,4%), повышенная нервная возбудимость и эмоциональная лабильность (61,7%), нарушение сна в виде трудного засыпания, ночных страхов (38,2%). Артралгии, преимущественно в ночное время, регистрировались у 32,3%, детей, миалгии – у 20,5% детей, ацетонемическая рвота у 23,5% детей. У части больных с хроническим пиелонефритом 1 группы регистрировались головные боли (47,0%).

Тогда как у детей 2 группы всего в 35,7% наблюдалась повышенная нервная возбудимость и эмоциональная лабильность, нарушение сна регистрировалось в 14,2%, артралгии и миалгии в 10,7% и 7,1%. Головные боль регистрировались несколько чаще 42,8% детей с первичным хроническим пиелонефритом.

При общем осмотре больных выявлено, что у детей с нарушениями пуринового обмена найдено большое число внешних стигм дизэмбриогенеза (5 и более) и аномалии строения внутренних органов («малые» пороки сердца, то есть пролапсы клапанов, дополнительные хорды; аномалии строения почек и желчного пузыря) по сравнению со 2 группой (32,3% и 14,2% соответственно в 1 и 2 группах). При этом количество детей со стигмами дизэмбриогенеза до 5 составило значительно большие показатели 41,4% и 28,6% в 1 и 2 группах соответственно.

Для детей сравниваемых групп была характерна большая частота сопутствующей патологии, так у детей с хроническим пиелонефритом на фоне нарушенного пуринового метаболизма при одинаковой частоте очагов хронической инфекции ЛОР органов в каждой группе (35,2% и 39,2% в 1 и 2 группе соответственно), наблюдалась достоверно более частая встречаемость заболеваний ЖКТ, а именно хронического гастрита и гастродуоденита (38,2% и 17,8% соответственно в 1 и 2 группе). Также аллергических заболеваний (аллергический дерматит, ринит, пищевая и лекарственная аллергия) – 32,3% и 14,2% соответственно в 1 и 2 группе.

У части детей наблюдалась избыточная масса тела, которая преимущественно встречалась у больных с 1 группы 14,7% и 3,6% в 1 и 2 группе соответственно.

При проведении пробы Зимницкого нами отмечен относительно более высокий процент детей с нарушением концентрационной функции почек (35,2% и 25% соответственно в 1 и 2 группах). Так же гиперстенурия отмечалась у половины обследуемых детей 1 группы (50% и 17,8% во 2 группе), у детей 1 группы в 17,6% отмечалось снижение относительной плотности мочи (7,1% во 2 группе). При этом общий средний показатель плотности мочи в обеих группах находился в пределах нормы и составил $1018,12 \pm 568,45$ в 1 группе и $1016,24 \pm 471,33$ во второй группе.

Никтурия также регистрировалась в 2 раза чаще в 1 группе, по сравнению со 2 группой (23,5% и 10,7%).

У трети обследуемых детей 1 группы обнаружено некоторое снижение диуреза (29,4%) и только в 1/5 обследуемых детей с первичным хроническим пиелонефритом (21,4%). В среднем у 79,4% детей выявлялась резко кислая реакция мочи в общих анализах. рН мочи $< 5,75$ диагностирован у трети обследуемых детей 1 группы (32,3%). Учитывая биохимические свойства мочевой кислоты, эта группа детей является особой группой риска для развития подагры.

Микроскопия общего анализа мочи показала, что в основной массе сравниваемых групп наблюдалась выраженная лейкоцитурия, в основном за счет нейтрофилов (58,8% и 60,7%), средние показатели которой составили $35,47 \pm 8,4$ и $31,23 \pm 6,9$ в поле зрения в 1 и 2 группе соответственно. Сочетанная лейкоцитурия и микрогематурия в общих анализах мочи выявлялась примерно у третьей части обследуемых детей 1 и 2 группы (32,3% и 28,5% соответственно, при этом количество эритроцитов составило в среднем $10,21 \pm 3,52$ и $8,66 \pm 2,26$ в поле зрения. Умеренная протеинурия менее 1 г/л наблюдалась в 26,4% и 21,4% соответственно при этом средние показатели протеинурии составили $0,089 \pm 0,007\%$ и $0,056 \pm 0,008\%$. У 32,3% детей в I и у 10,7% - во II группе регистрировалась транзиторная макрогематурия.

Сочетанная уратно-оксалатная кристаллурия встречалась у 26,5% детей 1 группы, при этом у детей с первичным хроническим пиелонефритом, уратные и оксалатные соли в незначительном количестве также встречались у детей 2 группы (17,8%).

При биохимическом анализе крови и мочи выявлено, что уровень МК у детей 1 группы в 94,1% случаев превышал нормативные показатели, при этом у 76,4% детей гиперурикемия имела средние показатели в пределах 350-400 мкмоль/л, тогда как у остального контингента больных 20,5% уровень МК крови составил < 400 мкмоль/л, тогда как у детей 2 группы повышение уровня МК было выявлено всего у 2 детей (7,1%). Таким образом, у почти абсолютного большинства детей с хроническим пиелонефритом на фоне уратурии наблюдалась ГУ. При этом средний уровень МК крови 1 группы статистически достоверно превысил показатели 2 группы ($439,45 \pm 12,33$ мкмоль/л и $297,14 \pm 19,55$ мкмоль/л; $p < 0,001$). При этом имелись отличия по половому признаку, так у мальчиков отмечался более высокий уровень МК крови – $419,23 \pm 55,21$ мкмоль/л, в отличие от девочек $374,70 \pm 32,14$ мкмоль/л.

Другие биохимические показатели, а именно креатинин, мочевины, находились в пределах возрастной нормы, и не имели специфического характера.

Выводы: хронический пиелонефрит с нарушением пуринового метаболизма сопровождается симптомами раздражения нервной системы конечным продуктом пуринового метаболизма – мочевой кислотой, а именно раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение сна. Также сопровождался симптомами характерными для ГУ - ацетонемическая рвота, артралгии, миалгии. Клиническая картина детей данной группы характеризовалась большей частотой сопутствующей патологии, а также более выраженным мочевым синдромом. Биохимический анализ крови характеризовался повышением уровня МК крови и мочи который у 1/5 больных имел высокие параметры, при этом у мальчиков наблюдался более высокий уровень ГУ.

Использованная литература:

1. Бильченко А.В. Гиперурикемия как фактор риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Русский Медицинский Журнал. 2009; 10; с. 46–48.
2. Бугаева Н.В. Диагностика уратной нефропатии у больных с синдромом артериальной гипертензии: Дисс. канд. мед. наук. М., 2012.
3. Гарифулина Л.М., Рустамов М.Р. Клинико-анамнестическая характеристика и семейно-генетические исследования у детей с патологией пуринового метаболизма при острой пневмонии//Вестник врача общей практики. 2005. №3. С. 37-41
4. Донсков А. С., Балкаров И. М., Фадиной З. М. и др. Уратное поражение почек и метаболические сдвиги у пациентов с артериальной гипертензией. Тер. арх. 2013; 6: 53–56.
5. Дроздов В. Н. Обмен мочевой кислоты у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом. Автореф. дисс на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Москва. 2012.
6. Эшкобулов Ж.Э, Ахмедов Ю.М. Детская нефроурология. Ташкент, 2008. 380 с.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ МОЧЕГОННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С. С. Кариев

Кафедра урологии и андрологии, Институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: кальций-оксалатный уролитиаз, фитотерапия, профилактика и метафилактика уролитиаза, диурез, индекс ионной активности.

Таянч сўзлар: кальций оксалат уролитиаз, фитотерапия, профилактика ва метафилактика, диурез, ион активлик индекси.

Keywords: calcium oxalate urolithiasis, phytotherapy, prophylaxis and metaphylaxis of urolithiasis, diuresis, ion activity index.

Актуальность. В настоящее время, при лечении уролитиаза (УЛ) предпочтение отдается растительным препаратам. Несмотря на широкий ассортимент фитопрепаратов (ФП) для лечения УЛ, ни один из используемых в настоящее время не является идеальным для терапии пациентов с кальциевым уролитиазом и преуrolитиазом. В этой связи, проведение дальнейших научных исследований по изучению свойств препаратов из лекарственных растений флоры Узбекистана актуально.

Цель: изучить наличие взаимосвязи между антилитогенной эффективностью и диуретической силой растительных мочегонных средств.

Материал и методы. У 212 больных с кальциевым типом уролитиаза исследованы диуретические и салуретические способности настоев из семи лекарственных растений флоры Узбекистана.

Отобранные ФП, широко известны среди врачей и пациентов.

Результаты. Диуретическая способность их различна. С сильным диуретическим действием: Янтак ложный (+65,2%) и Пол-пола (+50,19%). С умеренным диуретическим действием: Кукурузные рыльца (+42,12%), Тысячелистник таволголистный (+41,34%) и Зверобой пронзённый (+29,06%). Со слабым диуретическим действием: Мята перечная (+23,53%) и Шиповник собачий (+12,59%).

Расчёт индекса ионной активности обнаружил различия и по выраженности антилитогенного эффекта. Настои распределились в следующей последовательности: Янтак ложный (-71,65%) - Тысячелистник таволголистный (-63,14%) - Пол-пола (-49,86%) - Мята перечная (-41,36%) - Кукурузные рыльца (-33,08%) - Зверобой пронзённый (-33,02%) - Шиповник собачий (-15,43%).

Заключение. Силу диуретического эффекта не следует считать первостепенным фактором изменения активности камнеобразования. Поэтому при назначении ФП этот фактор (диуретический эффект) не является основным критерием для профилактики и метафилактики.

БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИДА ЎСИМЛИКЛАРДАН ОЛИНГАН ВОСИТАЛАРНИ ҚУЛЛАШ

С. С. Кариев

Урология ва Андрология кафедраси, Врачлар малакасини ошириш институти, Тошкент, Ўзбекистон

Хозирги вақтда уролитиазни (УЛ) даволашда ўсимлик препаратларига имтиёз берилади. УЛ даволаш учун кўп ўсимлик воситалари (УВ) мавжудлигига қарамадан, кальций уролитиаз ва преуrolитиаз беморларни даволаш учун ҳозирда қўлланиладиган УВ ҳеч бири идеал эмас. Шу муносабат билан, Ўзбекистон флорасининг доривор ўсимликларини хусусиятларини ўрганиш буйича кейинги тадқиқотлар муҳим аҳамиятга эга.

Мақсад: ўсимлик диуретикларининг антилитоген самарадорлиги ва диуретик куч ўртасидаги муносабатни ўрганишдир.

Материаллар ва усуллар: Кальций уролитиази билан 212 нафар беморда Ўзбекистон флорасининг етти доривор ўсимликлари дамламаларини диуретик ва салуретик қобиляти текширилди. Танланган УВ - лар шифокорлар ва беморлар орасида кенг маълум

Натижалар. УВ-ларнинг диуретик қобиляти аниқланди. Кучли диуретик таъсирга эга: *Alhagi pseudoalhagi* (+ 65,2%) ва *Herba Aerva Lanata* (+ 50,19%). Ўртача диуретик таъсирга эга: *Stigmata Maydis* (+ 42,12%), *Achillea filipendulina* (41,34%) ва *Hypericum perforatum* (+ 29,06%). Енгил диуретик таъсирга эга: *Folia Menthae piperitae* (+ 23,53%) ва *Fructus Rosae* (+ 12,59%).

Ион фаоллиги индексининг ҳисоб-китоби анти-литоген кучлигидаги фарқларни аниқлади. *Alhagi pseudoalhagi* (-71,65%) – *Achillea filipendulina* (-63,14%) – *Herba Aerva Lanata* (-49,86%) - *Folia Menthae piperitae* (-41,36%) - *Stigmata Maydis* (-33,08%) – *Hypericum perforatum* (-33,02%) – *Fructus Rosae* (-15,43%).

Хулоса. Буйрак – тош касаллигини даволашда УВ-ларнинг диуретик эффектини кучли асосий омил ҳисобланмайди. Шу боис УВ-ни қўллашда ушбу омил (диуретик таъсир) профилактика ва метафилактика учун асосий мезон эмас.

MEDICINAL PLANTS IN URINARY STONE DISEASE MANAGEMENT

S. S. Kariev

Department of Urology and Andrology, Institute of Postgraduate Medical Education,
Tashkent, Uzbekistan

Currently, in the treatment of urolithiasis (UL) preference is given to herbal preparations. Despite the wide range of herbal medicines (HM) for the treatment of UL, none of those currently used are ideal for the treatment of patients with calcium urolithiasis and preurolithiasis. In this regard, the further research on the study of the properties of drugs from medicinal plants of the flora of Uzbekistan is important.

The goal is to examine the relationship between the anti-lithogenic efficacy and the diuretic power of plant diuretics.

Material and methods. In 212 patients with the calcium type of urolithiasis, the diuretic and saluretic abilities of the infusions from seven medicinal plants of the flora of Uzbekistan were investigated. The selected HM are widely known among doctors and patients.

Results. Their diuretic ability of HM is different. The strong diuretics: *Alhagi pseudoalhagi* (+ 65.2%) and *Herba Aervea Lanata* a (+ 50.19%). The moderate diuretics: *Stigmata Maydis* (+ 42.12%), *Achillea filipendulina* (41,34%) and *Hypericum perforatum* (+ 29.06%). The weak diuretics: *Folia Menthae piperitae* (+ 23.53%) and *Fructus Rosae* (+ 12.59%).

The calculation of the ion activity index revealed differences in the severity of the anti-litogenic effect. Infusions were distributed in the following sequence: *Alhagi pseudoalhagi* (-71.65%) - *Achillea filipendulina* (-63.14%) - *Herba Aervea Lanata* (-49.86%) - *Folia Menthae piperitae* (-41.36%) - *Stigmata Maydis* (-33.08%) - *Hypericum perforatum* (-33.02%) - *Fructus Rosae* (-15.43%).

Conclusion. The strength of the diuretic effect should not be considered the primary factor in the change in the activity of stone formation. Therefore, when prescribing HM, this factor (diuretic effect) is not the main criterion for prevention and metapylaxis.

Введение. В настоящее время, при лечении уролитиаза предпочтение отдается растительным препаратам. Они широкодоступны, просты в заготовке и применении, у них редки нежелательные эффекты даже при длительном применении [6, 10, 12, 13]. Несмотря на широкий ассортимент фитопрепаратов для лечения УЛ, ни один из используемых в настоящее время не является идеальным для терапии пациентов с кальциевым уролитиазом (КУЛ) и кальциевым преуrolитиазом (КПУЛ). Также на практике нередко наблюдаются случаи одномоментного назначения нескольких растительных средств. Врачи часто считают, что настои из лекарственных растений не являются медикаментозными препаратами. Существует представление, что при назначении нескольких таких средств будет происходить механическое сложение их эффектов. Проведенные ранее исследования подтвердили, что растительные препараты, как настои, так и официальные комплексные препараты способны изменять факторы мочевого камнеобразования. Поэтому они должны применяться с учетом показаний и противопоказаний [1-5, 7-9, 11]. В этой связи, проведение дальнейших научных исследований по изучению свойств препаратов из лекарственных растений флоры Узбекистана актуально.

Цель данного исследования - изучить наличие взаимосвязи между антилитогенной эффективностью и диуретической силой растительных мочегонных средств.

Материал и методы.

У 212 больных с кальциевым типом уролитиаза исследованы диуретические и салуретические способности настоев из семи лекарственных растений (ЛР) флоры Узбекистана (таблица 1). Эти фитопрепараты (ФП) зарегистрированы в ФК РУз и официально разрешены к применению в практической медицине в качестве мочегонных средств при лечении больных с мочекаменной болезнью.

Все пациенты проходили обследование минимум через 1 месяц после перенесенной почечной колики либо вмешательства на органах мочевой системы. До назначения ФП оценивали базисное состояние –водовыделительную функцию почек и баланс мочевых факторов литогенеза (МФЛ). После начала приёма препарата в течение 2-х месяцев на - 10 сут, 20 сут, 30 сут, 45 сут и 60 сут вели контроль над динамикой суточного диуреза (ОСД) и МФЛ. Из МФЛ изучали суточную экскрецию с мочой (СЭ) – кальция (Са), оксалата (Ох), магния (Mg) и цитрата (Cit). На основе полученных результатов вычисляли индекс ионной активно-

Таблица 1.

Предмет исследования		
Препарат		Число больных
Настой Янтак ложного	ЯЛ	31
Настой Пол-Пола	ПП	30
Настой Кукурузных рыльцев	ККР	30
Настой Тысячелистника таволголистного	ТТ	31
Настой Зверобоя пронзённого	ЗП	30
Настой листьев мяты перечной	МП	30
Настой плодов шиповника	ШС	30
Всего		212

сти кальций-оксалатного (CaOx) камнеобразования - AP [CaOx].

Диурез контролировали путем заполнения пациентами дневников диуреза. Исследования минерального обмена проводили на аппарате Humalyzer 2000 (Human GmbH, Germany) с использованием реактивов компании Human GmbH (Germany).

Расчёт AP[CaOx] выполняли по формуле:

$$AP [CaOx] = \frac{A \cdot Calcium^{0.84} \cdot Oxalate}{Citrate^{0.22} \cdot Magnesium^{0.12} \cdot Volume^{1.03}}$$

В этой формуле коэффициент А равен 1,9; Ca, Ox, Mg, Cit выражены в ммоль/сут, а объем мочи (V) дан в литрах.

Результаты.

Настои показали различную диуретическую способность (Табл. 2). Сильные диуретики – Янтак ложный (ЯЛ) и Пол-Пола (ПП). Умеренные диуретики – Кукурузные рыльца (ККР) и Тысячелистник таволголистный (ТТ). Слабые диуретики – Зверобой пронзённый (ЗП), Мята перечная (МП) и плоды шиповника собачьего (ШС).

Настои с сильным диуретическим действием (ДД) – усиливают на 50% и более. Самым сильным растительным диуретиком, среди изученных, является настой из наземной части ЯЛ. Различие с исходным уровнем стало достоверным на 10 сутки ФТ (73,79%). Максимальное увеличение диуреза наблюдали на 30 сутки ФТ до 88,75% от исходного объёма. В среднем в течение 2-х месячного курса ОСД повысился на 65,2% от исходного уровня.

Настой ПП так же является сильным мочегонным. Но различие с исходным уровнем стало достоверным только на 20 сутки ФТ (47,27%; $t=2,34$). Максимального уровня ОСД

Таблица 2.

Динамика ОСД при ФТ (* - $p < 0,05$ с исходным показателем).

	Исходный	10 сут	20 сут	30 сут	45 сут	60 сут
ЯЛ (n=31)	1,03±0,15	1,55±0,22*	1,79±0,40*	1,94±0,28*	1,74±0,25*	1,48±0,21*
ПП (n=30)	1,19±0,13	1,76±0,22*	1,86±0,18*	1,90±0,18*	1,85±0,33*	1,87±0,20*
ККР (n=30)	1,15±0,13	1,56±0,28	1,78±0,17*	1,70±0,16*	1,60±0,15*	1,69±0,16*
ТТ (n=31)	1,13±0,18	1,49±0,27	1,61±0,25	1,70±0,19*	1,58±0,12*	1,54±0,16
ЗП (n=30)	1,02±0,15	1,25±0,14	1,34±0,14	1,32±0,14	1,42±0,13*	1,28±0,13
МП (n=30)	0,77±0,11	0,97±0,11	0,92±0,10	0,95±0,10	0,96±0,09	0,95±0,10
ШС (n=30)	1,11±0,14	1,20±0,13	1,28±0,14	1,29±0,14	1,22±0,15	1,32±0,14

достигает на 30 сутки ФТ (59,22%). В среднем в течение 2-х месячного курса ОСД повысился на 50,19% от исходного.

Настой с умеренным ДД – усиливают на 25-49%. При назначении настоя из ККР различие с исходным уровнем стало достоверным на 20 сутки ФТ ($t=2,94$). Именно в этот срок проявился максимальный эффект на 55,58%. В среднем ОСД повысился на 42,12%.

Настой Тысячелистника таволголистного к 10-ым суткам увеличил диурез на 31,42%, но достоверным различие с исходным уровнем стало только на 20 сутки ФТ ($t=2,34$). Максимального уровня ОСД достиг на 30 сутки - 49,22%. В среднем в течение 2-х месяцев ОСД повысился на 41,34% от исходного.

Настой из Зверобоя пронзенного к 20 суткам увеличил диурез на 31,72%, но достоверным различие с исходным уровнем стало только на 45 сутки ФТ ($t=2,02$), когда наблюдался максимальный эффект - 39,36%. В среднем в течение 2-х месячного курса ОСД повысился на 29,06% от исходного уровня.

Настой со слабым ДД – усиливают до 25%. Настой из Мяты перечной на 10 сутки увеличил диурез на 22,0%. Максимальный эффект наблюдали на 10 сутки – до 26,42%. В течение всего курса ФТ различие с исходным уровнем достоверного характера не имело. В среднем в течение 2-х месяцев диурез увеличился на 23,53% от исходного уровня.

Настой из плодов Шиповника на 10 сутки увеличил диурез только на 5%. Максимальное ДД наблюдали на 60 сутки ФТ – до 19,3%. В течение всего курса ФТ различие с исходным уровнем достоверного характера не имело. В среднем в течение 2-х месячного курса ОСД повысился на 12,59% от исходного уровня.

После исследования суточной экскреции МФЛ произвели калькуляцию ИИА АР [СаОх]. На фоне ФТ наблюдали изменение активности камнеобразования (Табл. 3).

У 3-х препаратов достоверное снижение активности мочевого литогенеза наблюдается уже к 10 суткам терапии – это настои ЯЛ, ТТ и МП. Причем следует отметить, что здесь препараты, обладающие различной диуретической силой: ЯЛ – сильный, ТТ – умеренный, а МП – слабый диуретики.

В остальных группах изменения активности мочевого литогенеза так же имеют достоверные изменения, но они наступали позже - на 20 сутки.

Настой ЯЛ (Табл. 3) снизил активность процессов мочевого камнеобразования уже на 10 сутки ФТ (-57,74%, $p<0,05$). Максимальное снижение индекса наблюдали на 60 сутки ФТ до -76,92% ($p<0,05$). В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на 71,65% ($p<0,05$).

Настой ПП так же снизил активность процессов мочевого камнеобразования, но толь-

Таблица 3.

Изменения ИИА при ФТ

(* - $p < 0,05$ с исходным показателем; ‘- $p < 0,05$ с предыдущим показателем)

	Исходный	10 сут	20 сут	30 сут	45 сут	60 сут
ЯЛ (n=31)	4,25±0,28	1,79±0,14*	1,19±0,11*’	1,04±0,07*	1,01±0,05*	0,98±0,06*
ПП (n=30)	3,23±0,22	2,85±0,16	1,76±0,14*’	1,35±0,09*’	1,16±0,09*	1,13±0,07*
ККР (n=30)	2,82±0,13	2,60±0,13	2,41±0,14*	1,45±0,09*’	1,54±0,10*	1,45±0,10*
ТТ (n=31)	4,60±0,37	2,48±0,20*	1,52±0,13*’	1,58±0,11*	1,45±0,08*	1,46±0,07*
ЗП (n=30)	2,19±0,11	1,97±0,09	1,43±0,09*’	1,36±0,09*	1,46±0,08*	1,36±0,08*
МП (n=30)	5,54±0,34	3,19±0,14*	3,39±0,16*	3,35±0,12*	3,01±0,09*’	3,31±0,14*
ШС (n=30)	1,13±0,03	1,07±0,02	0,87±0,02*’	1,01±0,02*’	0,95±0,02*	0,99±0,02*

ко на 20 сутки ФТ (-45,47%, $p<0,05$). Максимальное снижение индекса наблюдали на 60 сутки ФТ до -65,17% ($p<0,05$). В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на -49,86% ($p<0,05$).

Настой из ККР снизил активность процессов мочевого камнеобразования, так же только на 20 сутки ФТ (-14,61%, $p<0,05$). Максимальное снижение индекса наблюдали на 60 сутки ФТ до -48,74% ($p<0,05$). В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на -33,08% ($p<0,05$).

Настой Тысячелистника таволголистного снизил активность процессов мочевого камнеобразования на 10 сутки ФТ (-46,15%, $p<0,05$). Максимальное снижение индекса наблюдали на 45 сутки ФТ до -68,6% ($p<0,05$). В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на -63,14% ($p<0,05$).

Настой из Зверобоя пронзённого снизил активность процессов мочевого камнеобразования на 20 сутки ФТ (-34,9%, $p<0,05$). Максимальное снижение индекса наблюдали на 30 сутки ФТ до -38,0% ($p<0,05$). В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на -33,02% ($p<0,05$).

Настой из Мята перечной снизил активность процессов мочевого камнеобразования на 10 сутки ФТ (-42,36%, $p<0,05$). Максимальное снижение индекса наблюдали на 45 сутки ФТ до -45,65% ($p<0,05$). В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на -41,36% ($p<0,05$).

Настой из плодов Шиповника снизил активность процессов мочевого камнеобразования, но только на 20 сутки ФТ (-23,22%, $p<0,05$). И это было максимальное снижение индекса. В среднем в течение 2-х месячного курса ИИА снизился на -15,43% ($p<0,05$).

Обсуждение.

Отобранные фитопрепараты, широко известны среди врачей и пациентов. Диуретическая способность их различна. С сильным диуретическим действием: Янтак ложный (+65,2%) и Пол-пола (+50,19%).

С умеренным диуретическим действием: Кукурузные рыльца (+42,12%), Тысячелистник таволголистный (+41,34%) и Зверобой пронзённый (+29,06%).

Со слабым диуретическим действием: Мята перечная (+23,53%) и Шиповник собачий (+12,59%).

Расчёт индекса ионной активности обнаружил различия и по выраженности антилитогенного эффекта. Настои распределились в следующей последовательности: Янтак ложный (-71,65%) - Тысячелистник таволголистный (-63,14%) - Пол-пола (-49,86%) - Мята перечная (-41,36%) - Кукурузные рыльца (-33,08%) - Зверобой пронзённый (-33,02%) - Шиповник собачий (-15,43%).

То есть, прямой взаимосвязи между мочегонной способностью ЛР и их антилитогенной эффективностью нет (Рис. 1.). Поэтому при лечении МКБ, диуретическая способность ЛР не может быть основным критерием для метафилактики.

Следующая особенность, привлекающая наше внимание – это срок стабилизации антилитогенного эффекта (Табл. 3), которую оценивали по достоверности различия с предыдущим периодом контроля. Как следует из динамики изменения АР [СаОх], у ряда ЛР - ЯЛ, ТТ и ЗП это период с 30-х суток ФТ. У пациентов принимавших настои ПП и ККР стабилизация наблюдается в период с 45-х суток. В группах МП и ШС - к 60-м суткам ФТ. То есть здесь, так же нет зависимости, как от диуретической силы настоев, так и с величиной антилитогенного эффекта.

Следовательно, силу диуретического эффекта не следует считать первостепенным фактором изменения активности камнеобразования. Поэтому при назначении фитопрепарата этот фактор (диуретический эффект) не является основным критерием для профилактики и метафилактики. Отсутствие взаимосвязи изучаемых показателей со сроками стабилизации эффекта ещё раз подчёркивает необходимость изучения индивидуальных свойств каждого

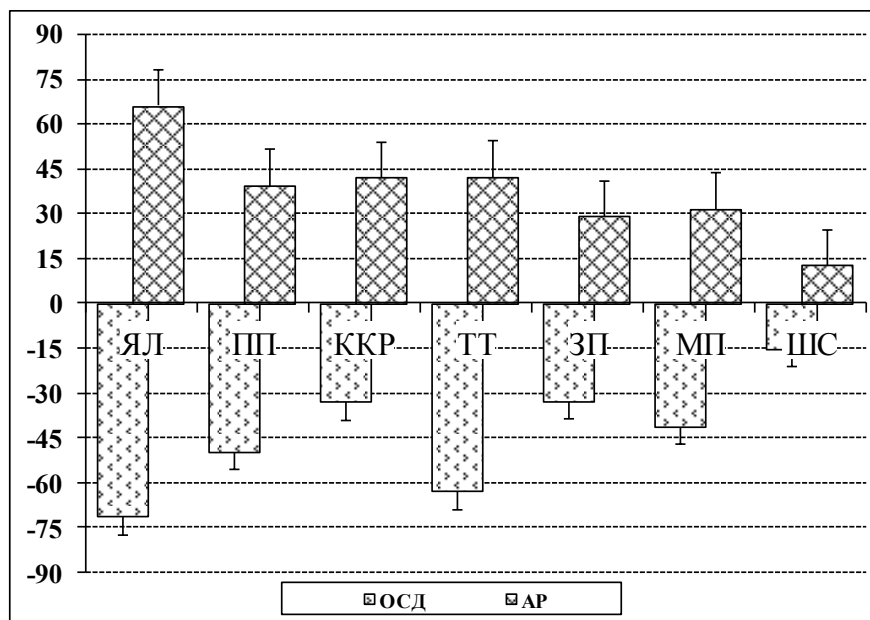


Рис. 1. Среднее изменение диуреза и ИИА - АР[CaOx] в % от исходного.

ЛР для лечения данного заболевания. Только на основании собранной клинической информации могут быть разработаны обоснованные показания и противопоказания к назначению ФП для лечения конкретных состояний. Значит, препаратов из ЛР так же следует считать лекарственными средствами и их применение должно иметь конкретные инструкции. Нельзя недооценивать потенциальную опасность и побочные эффекты фитопрепаратов. Растения содержат сотни биохимических ингредиентов, влияние которых на организм, как по отдельности, так и в сочетаниях зачастую неизвестно. Кроме того, состав растений нестабилен, на него может сильно влиять меняющийся состав почв, внешние источники загрязнений и т.д.

Заключение. Таким образом, исследованные настои из ЛР в клиническом исследовании подтвердили мочегонный эффект у больных с кальциевым уролитиазом. Диуретическая способность их различна, что следует учитывать при назначении больным с уролитиазом. Кроме мочегонного эффекта фитопрепараты оказались способны влиять и на мочевые факторы камнеобразования. Некоторые из этих эффектов могут способствовать усугублению процессов мочевого камнеобразования. Эти свойства особенно важны при длительном лечении больных с уролитиазом. Тем не менее, взаимосвязи между мочегонной способностью и эффективностью для лечения процессов мочевого камнеобразования нет. Поэтому при лечении МКБ, диуретическая способность ЛР не может быть основным критерием для метафилактики. Только в случае индивидуального корректного выбора настоя при селективной терапии можно ожидать высокую терапевтическую эффективность и экономическую выгоду.

Использованная литература:

1. Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Машарипов Ф.С. Настой корней Девясила высокого как мочегонное и антилитогенное средство при оксалатном нефролитиазе // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, №1 (18), 2001, С.28-32 (14.00.00. №19).
2. Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Турсунов Б.Ш. Применение комбинированных растительных мочегонных препаратов при уролитиазе // Клиническая и экспериментальная урология, 2013, №4, с 76-81.
3. Гайбуллаев А.А., Кариев С.С. Фитопрепарат «Почкам» для лечения больных с кальциевым уролитиа-

- зом // Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. №3, 2018, С. (14.00.00. №17).
4. Кариев С.С. Изменения активности камнеобразования при фитотерапии // Материалы 4-съезда урологов Узбекистана, Уролителиаз: взгляд на проблему за 20 лет. Ташкент, 2013, с.123-124
 5. Кариев С.С. Фитотерапия уролителиаза: настои только диуретики или действительно препараты влияющие на активность камнеобразования? // Материалы 4-съезда урологов Узбекистана, Уролителиаз: взгляд на проблему за 20 лет. Ташкент, 2013, с.122-123
 6. Butterweck V., Khan SR. (2009). Herbal Medicines in the Management of Urolithiasis: Alternative or Complementary? *Planta Med.* 75(10): 1095–1103;
 7. Gaybullaev A., Kariyev S. Effects of the herbal combination Canephron N on urinary risk factors of idiopathic calcium urolithiasis in an open study // *Zeitschrift fur Phytotherapie* 2013; 34:16-20 (RG Journal Impact: 0.20)
 8. Gaybullaev A., Kariyev S. Phytotherapy of calcium urolithiasis with extracts of medicinal plants: changes of diuresis, urine pH and crystalluria // *Medical and Health Science Journal, MHSJ* www.pradec.eu ISSN: 1804-1884 (Print) 1805-5014 (Online) Volume 10, 2012, pp.74-80 (№5, Global IF. – 0.689).
 9. Gaybullaev A.A., Kariyev S.S., Tursunov B.Sh. Phytotherapy of urolithiasis: are there extracts from medicinal plants only diuretics or are they really able to change the activity of lithogenesis? // Abstracts of the 2nd Meeting of the EAU Section of Urolithiasis (EULIS), 5-7 September 2013, Copenhagen, Denmark. *European Urology Supplement*, Volume 12, Issue 3, September 2013, pp 80
 10. Hosseinzadeh, S., et al. (2015). The Application of Medicinal Plants in Traditional and Modern Medicine: A Review of literature: *International Journal of Clinical Medicine*. <http://doi.org/10.4236/ijcm.2015.69084>;
 11. Kariyev S.S. What we should expect from herbal therapies? // <https://archives.erasmus.gr/congreses/Athens/2013/ctucongress2013/sp/posters>
 12. Kasote, D. M., et al. (2017). Herbal remedies for urinary stones used in India and China: A review. *Journal of Ethnopharmacology*. <http://doi.org/10.1016/j.jep.2017.03.038>;
 13. Pan S. Y., et al. (2013). New perspectives on how to discover drugs from herbal medicines: CAM’S outstanding contribution to modern therapeutics. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <http://doi.org/10.1155/2013/627375>.

ЙОД БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ВА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ШАРОИТИДА ТУГУНЛИ БУҚОҚНИНГ ШАКЛЛАРИ КЎРИНИШЛАРИ БЎЙИЧА БАЖАРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК ОПЕРАЦИЯЛАР СОНИ ВА ҲАЖМИНИНГ ДИНАМИК ЎЗГАРИШЛАРИ

М. М. Каримова

ЎзР ССВ Фарғона вилояти эндокринология диспансери, Фарғона, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: тугунли буқоқ, йод танқислиги, йод билан таъминланганлик.

Ключевые слова: узловой зоб, йододефицит, йодобеспеченность.

Keywords: nodular goiter, iodine deficiency, iodine availability.

Ушбу мақолада Ўзбекистонда йод билан таъминланганлик ва йод танқислиги шароитида буқоқнинг тугунли шакллари кўринишлари бўйича бажарилган жарроҳлик операциялар сони ва ҳажмининг динамик ўзгаришлари ўрганилган. Йод танқислиги шароитида тугунли буқоқ шакллари, яъни аралаш ҳамда кўп тугунли буқоқ касаллигининг учраши 2 марта кўпайганлиги аниқланди. Тугунли буқоқнинг ёмон сифатли шакллари сонининг кескин ўсиши кузатилди. Бу эса қалқонсимон без устида янада радикалироқ операцияларнинг бажарилишини талаб қилади.

ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА В УСЛОВИЯХ ЙОДОБЕСПЕЧЕННОСТИ И ЙОДОДЕФИЦИТА

М. М. Каримова

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан,

Ферганский областной Эндокринологический диспансер, Фергана, Узбекистан

В статье изучены динамика количества и объема хирургических операций узловых форм зоба в условиях йодобеспеченности и йододефицита в Узбекистане по архивным данным отделения эндокринной хирургии НИИ Эндокринологии МЗ РУз. В условиях йододефицита возрастает количество узловых форм зоба. Более того, резко возрастают злокачественные формы узлового зоба, что диктует проведение более радикальных хирургических вмешательств на щитовидной железе.

DYNAMICS OF SURGICAL OPERATIONS OF THE NODE SHAPES IN THE CONDITIONS IODINE POTENCY AND IODINE DEFICIENCY

M. M. Karimova

Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Fergana Regional Endocrinologic Dispensary, Fergana, Uzbekistan

The article studied the dynamics of the number and volume of surgeries nodal forms of goiter and iodine deficiency conditions iodine security in Uzbekistan on archival data branch of the Research Institute of Endocrine Surgery Endocrinology Ministry of Health of Uzbekistan. Under the conditions of iodine deficiency increases the number of nodal forms of goiter. Moreover, the sharp increases malignant forms of nodular goiter that dictates a more radical surgery on the thyroid gland.

Тугунли буқоқ – бу қалқонсимон безнинг нормал тўқимаси ичида битта ёки бир неча зоналарнинг кучли даражадаги ўсиши ва структурали (таркибий) ҳамда функционал трансформацияси (вазифаларининг ўзгариши) билан таърифланувчи қалқонсимон безнинг клиник жиҳатдан аниқланадиган йириклашувлари жараёнидир. Тиреоидли дисфункция, қалқонсимон безнинг аутоиммун касаллиги, тиреоидит, ёмон сифатлилиikka айланиш хавфи мавжуд бўлмасликлари шароитида мазкур ҳолат оддий тугунли буқоқ деб белгиланади. 6-12 ёшли болалардаги йод танқислиги ҳолатларида, буқоқ беморларнинг 5%дан ортиқроқ қисмида учраши ва спорадик кўринишда – популяциядаги буқоқ учрашининг бадаллиги 5% ва ундан камроқ учраши шароитларида [1, 2, 3, 4, 5] содир бўлиши мумкин.

Қалқонсимон безда пайдо бўладиган ҳосилаларнинг ўлчами, морфологияси ва функцияларининг клиник жиҳатдан баҳоланиши етарли даражада аниқ эмас; масалан, тугунли буқоқ билан ёки қалқонсимон безнинг диффузли йириклашуви билан хасталанган беморларнинг 50% игача, УЗИ ёрдамида тадқиқ этилганида [6, 7, 8, 9, 10] кўп сонли тугунли қайта ўзгаришларга амалда эга эканлиги аниқланади. Бунинг устига, баъзи чет эл илмий манбаларида таъкидлаганидек, аҳолининг 50% гача, хаттоки без нормал кўринишда бўлиши ва

пальпация қилинишида гўёки катталашмагандек туюлса ҳам, сонографияда қалқонсимон безнинг тугунли ҳосилаларига эгадир [11, 12, 13] Касалликнинг рўй бериши ҳоллари жуда ҳам хилма хил бўлиши мумкин, улар без ҳосилалари ўсишига, функционал автономликка боғлиқ бўлиб, бир томондан косметик бўғувчи симптомларга, бошқа томондан эса тиреоидли гормонларнинг гиперсекрециясига олиб келадилар. Буларнинг охиргиси саломатлик учун хавфли ҳолат деб тан олинади. Бошқа масала, бу – қайта ўзгариш имкониятидир. ОТБни саратонга қайта ўзгаришнинг хавфи – буқоқнинг солитарли кўп тугунли бўлишидан катъий назар, 3-5% ли имкон чегарасида баҳоланади [11, 13].

Ўзбекистон Республикасида сўнгги йилларда, республикага йодланган ош тузининг ташқаридан олиб келтирилишининг тўхтатилганлиги, ички туз конларини ишга тушурилиши ва аҳоли томонидан таркибида йоди бўлмаган тузнинг истеъмол қилиниши муносабати билан, йодни етарли даражада истеъмол қилинмаслиги билан боғланган касалликлар сонининг ўсиши билан боғлиқ хавфли вазият шаклланиб қолди.

Шу боис олдимизга Ўзбекистонда йод билан таъминланганлик ва йод танқислиги шароитида буқоқнинг тугунли шакллари кўринишлари бўйича бажарилган жарроҳлик операциялар сони ва ҳажмининг динамик ўзгаришларини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқот объектлари ва усуллари. Тадқиқот объекти сифатида 1984 йилдан 2005 йилгача ЎзР ССВ Эндокринология ИТИда тугунли буқоқ муносабати билан жарроҳлик операциялари қилинган 6387 беморлар хизмат қилди. Тугунли буқоқ касаллигида жарроҳлик операциялари қўлланишининг сони ва тавсифи (ҳажми) Республика Эндокринология илмий маркази (ЎзР ССВ ЭИТИ) эндокрин жарроҳлик бўлимининг архив маълумотлари асосида таҳлил қилинган. Таҳлилда фақат битта жарроҳлар жамоаси томонидан бажарилган хирургик операциялар бўйича маълумотлардан фойдаланилди, бу натижаларни баҳолашда инсон омилини инобатга олмаслигимизга имкон берди.

Кундалик бажариладиган ишлар йўсинида қуйидаги тадқиқот услубларидан фойдаланилди, булар – қалқонсимон без (ҚБ) пальпацияси ва УТТ, тиреоидли гормонларнинг РИА аниқланиши, ЭКГ, рефлексометрия, тадқиқотнинг умумклиник услублари, тугун биопсияси, қалқонсимон бездаги кесиб ташланган тугунларининг экспресс анъанавий йўсинли гистологияси, кўкрак қафасининг рентгенографияси, қонни текширишнинг биокимёвий услублари, коагулограмма, қалқонсимон безни сканлаштириш (кўрсатмалар бўйича) ва эҳтиёжга қараб бошқалар қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Мазкур изланишда Ўзбекистон Республикаси ССВ Эндокринология Илмий Маркази Эндокрин жарроҳлик бўлимига 1984-2005 йилларда даволаш учун ётқизилган тугунли каллоидли пролифератив буқоқ билан хасталанган 6387 бемор таҳлил қилинди. Улардан эркаклар – 712, аёллар – 5675 ни ташкил қилди. Ўтказилган илмий тадқиқот иши жараёнида олиб борилган шахсий текширишларимизнинг мақсади йод билан таъминланганлик (1984-1990) ва йод танқислиги (1991-2005) шароитларининг тугунли ва кўп тугунли буқоқ турларининг ривожланишига таъсир кўрсатиш жараёнини ўрганиш деб белгиланди. Текширув жараёнида биз 1984-2005 йилар мобайнида Республика бўйича Ўзбекистон Республикаси ССВ Эндокринология Илмий Маркази Эндокрин жарроҳлик бўлимида даволанган тугунли буқоқли беморлар устидан операция қилинган маълумотларни таҳлил қилдик. Ушбу таҳлил 1 жадвалда батафсил кўрсатилган.

1984-2005 йиллар мобайнида тугунли, кўп тугунли ва аралаш тоифа буқоқлар бўйича беморлар устидан операция қилиниши маълумотларига мурожаат қилганимизда, йод билан таъминланганлик йиллари бундай операциялар сони умуман камайиши мойиллигини кўрсатиб турибди. Йод танқислиги йилларида эса икки маротаба кўпайиб боришини кўриш мумкин. Бунда аралаш тоифа буқоқ устидан бажарилган операциялар сони, кўп тугунли буқоқ операцияларининг сонига нисбатан кўпроқ эканлиги 2 жадвалда аниқ кўриниб турибди.

Айни давр ичида беморларни жарроҳлик амалиётининг гистологик таҳлилига қараганда, қалқонсимон безнинг ёмон сифатли ўсмалари йод танқислиги йилларида кескин равишда ошганлиги яққол кўринди. Ушбу кўрсаткич қуйидаги 3-жадвалда келитирилган.

1 жадвал.

Йиллар	Операциялар сони
1984	271
1986	280
1987	275
1988	248
1989	237
1990	189
1991	262
1992	234
1993	191
1994	292
1995	290
1996	364
1997	343
1998	439
1999	235
2000	362
2001	363
2002	344
2003	343
2004	442
2005	383
Жами:	6387

2 жадвал.

Йиллар	Қалқонсимон бездаги тугунларни шакли				Жами:
	Тугунли буқоқ	Аралаш буқоқ	Кўп тугунли буқоқ	Рецидив	
1984	123	105	43		271
1986	128	116	36		280
1987	138	110	26	1	275
1988	109	110	29		248
1989	75	142	20		237
1990	71	106	12		189
1991	83	158	21		262
1992	35	184	15		234
1993	24	156	11		191
1994	13	238	20	21	292
1995	17	234	33	6	290
1996	24	271	48	21	364
1997	10	253	65	15	343
1998	7	294	102	36	439
1999	5	156	64	10	235
2000	6	256	81	19	362
2001	2	267	79	15	363
2002	1	249	78	16	344
2003	5	247	77	14	343
2004	3	368	57	14	442
2005	3	292	75	13	383
Жами:	882	4312	992	201	6387

3 жадвал.

Йиллар	Қалқонсимон безнинг ёмон сифатли ўсмалари
<i>Йод дефицит йўқ</i>	
1984	
1986	1
1987	
1988	11
1989	12
1990	13
Жами:	37
<i>Йод дефицит бор</i>	
1991	11
1992	13
1993	20
1994	16
1995	31
1996	25
1997	20
1998	45
1999	15
2000	41
2001	44
2002	50
2003	35
2004	30
2005	20
Жами:	416

Операция қилинган беморлар сони таққосланганида, тугунли буқоқ беморлар сони динамика ҳолда бир-қанча кўпайиши аниқланди. Шунингдек, тугунли буқоқнинг ёмон сифатли шакллари сони кескин кўпайиши (1984-1990 йил 37 бемордан 1991-2005 йил 416 беморгача) кузатилди. Бундан кўриниб турибдики, йод танқислиги шароитида қалқонсимон без ҳажмининг кенгайиши ва тугун ҳосил бўлиши ҳолати яққол кўзга ташланади.

Бунинг устига, аниқ бўлишича йод истеъмол қилинишидаги ҳаттоки нисбатан оз миқдордаги етишмовчилиги ҚБ ҳажмининг аҳамиятли даражадаги йириклашуви, буқоқ тарқалишига ва тугунчалар ўлчамининг катталашуви олиб келади.

Хулоса. Йод танқислиги шароитида тугунли буқоқ шакллари, яъни аралаш ҳамда кўп тугунли буқоқ касаллигининг учраши 2 марта кўпайганлиги аниқланди. Тугунли буқоқнинг ёмонсифатли шакллари сонининг кескин ўсиши кузатилди. Бу эса қалқонсимон без устида янада радикалроқ операцияларнинг бажарилишини талаб қилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Дедов И.И. и др. Диагностика и лечение узлового зоба. Методические рекомендации. 2003;
2. Зайратьянц О.В. Эпидемиология и этиологическая структура узлового зоба по данным аутопсий Московский городской Центр патологоанатомических исследований. Журнал Тиронет N 5-6/2002;
3. Исмаилов С.И., Рашитов М.М., Алимджанов Н.А., Каримова М.М., Каюмова Н.Л., Хамидов Ф.Ш. “Простой узловой зоб, диагностика и лечение”, 2007;

4. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов (РАЭ) по диагностике и лечению узлового зоба. Журнал Тиронет N 1-2/2004;
5. Boelaert K, Horacek J, Holder RL, Watkinson JC, Sheppard MC, Franklyn JA. Serum thyrotropin concentration as a novel predictor of malignancy in thyroid nodules investigated by fine-needle aspiration. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:4295-4301. [EL 3]
6. Bonnema SJ, Bennedbaek FN, Ladenson PW, Hegedüs L 2002 Management of the nontoxic multinodular goiter: a North American survey. *J Clin Endocrinol Metab* 87:112–117;
7. Gharib H, Papini E. Thyroid nodules: Clinical importance, assessment, and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2007;36:707-735. [EL 4—review]
8. Gough J, Scott-Coombes D, Fausto Palazzo F. Thyroid incidentaloma: An evidence-based assessment of management strategy. *World J Surg.* 2008;32:1264-1268. [EL 4]
9. Hegedüs L. Clinical practice. The thyroid nodule. *N Engl J Med.* 2004;351:1764-1771. [EL 4—review]
10. Knudsen N, Bülow I, Laurberg P, Perrild H, Ovesen L, Jørgensen T 2001 Alcohol consumption is associated with reduced prevalence of goitre and solitary thyroid nodules. *Clin Endocrinol (Oxf)* 55:41–46;
11. Knudsen N, Perrild H, Christiansen E, Rasmussen S, DigePetersen H, Jørgensen T 2000 Thyroid structure and size and two-year follow-up of solitary cold thyroid nodules in an unselected population with borderline iodine deficiency. *Eur J Endocrinol* 142:224–230;
12. Laszlo Hegedüs et al. Management of Simple Nodular Goiter: Current Status and Future Perspectives., *Endocrine Reviews* 24 (1): 102-132, 2003;
13. Papini E, Guglielmi R, Bianchini A, et al. Risk of malignancy in nonpalpable thyroid nodules: Predictive value of ultrasound and color-Doppler features. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:1941-1946. [EL 3] AACE/AME/ETA Thyroid Nodule Guidelines, *Endocr Pract.* 2010;16(Suppl 1)
14. Papini E. The dilemma of non-palpable thyroid nodules. *J Endocrinol Invest.* 2003;26:3-4. [EL 4—editorial]
15. Punales MK, da Rocha AP, Meotti C, Gross JL, Maia AL. Clinical and oncological features of children and young adults with multiple endocrine neoplasia type 2A. *Thyroid.* 2008;18:1261-1268. [EL 2]
16. Razek AA, Sadek AG, Kombar OR, Elmahdy TE, Nada N. Role of apparent diffusion coefficient values in differentiation between malignant and benign solitary thyroid nodules. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29:563-568. [EL 3]
17. Rosenbaum MA, McHenry CR. Contemporary management of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009;9:317-329. [EL 4—review]
18. Ross DS. Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules. I. In: Rose BD, ed. *UpToDate.* Wellesley, MA: UpToDate. Last accessed December 2008. [EL 4—review]
19. Shetty SK, Maher MM, Hahn PF, Halpern EF, Aquino SL. Significance of incidental thyroid lesions detected on CT: Correlation among CT, sonography, and pathology [erratum in: *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188:8]. *AJR Am J Roentgenol.* 2006 ;187:1349-1356. [EL 3]
20. Yano Y, Shibuya H, Kitagawa W, et al. Recent outcome of Graves' disease patients with papillary thyroid cancer. *Eur J Endocrinol.* 2007;157:325-329. [EL 3]

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С КОМОРБИДНОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л. Левицкая

Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского,
Тернополь, Украина

Ключевые слова: инфаркт миокарда, пульмонологическая коморбидная патология, кардиореабилитация, индекс коморбидности Чарльсона.

Keywords: myocardial infarction, pulmonary comorbidity, cardiac rehabilitation, Charlson Comorbidity Index.

Развитие медицинских технологий и связанное с ним старение населения требует мультидисциплинарных подходов в лечении больных инфарктом миокарда, поскольку с возрастом, как правило, растёт и количество сопутствующих заболеваний. Сочетанная патология значительно усложняет процесс диагностики и лечения, способствует инвалидизации пациентов, препятствует проведению реабилитации в необходимом объеме.

Целью данного исследования стал анализ взаимосвязи коморбидной патологии пульмонологического профиля с функциональными показателями больных инфарктом миокарда.

Было проведено обследование 371 больного острым инфарктом миокарда, которые находились на стационарном этапе восстановления здоровья. Критерии включения в исследование: подтвержденный диагноз острого ИМ и письменное информированное согласие пациентов на участие в исследовании. Критериями исключения были психические заболевания и заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации, а также наличие гемодинамически значимых пороков сердца. Возраст пациентов составил $66,16 \pm 10,41$ лет. Среди обследованных было 67,12% мужчин и 32,88% женщин.

Результаты и их обсуждение. Возникновение инфаркта миокарда на фоне коморбидной пульмонологической патологии имеет свои клинические и гемодинамические особенности, чаще осложняется левожелудочковой недостаточностью, а также имеет тенденцию к возникновению синдрома Дресслера, что осложняет лечебный процесс и ограничивает возможности реабилитации. Лимитирующими факторами, которые существенно снижают функциональные возможности больных инфарктом миокарда в сочетании с пульмонологической патологией, являются статус курильщика, митральная и трикуспидальная регургитация, повышенные уровни давления в легочной артерии, а также индекс коморбидности Чарльсона. Курение способствует значимому ухудшению функциональных резервов у больных инфарктом миокарда с коморбидной пульмонологической патологией, поэтому необходимой составляющей реабилитации у таких больных должны быть программы по отказу от курения.

ASSESSMENT OF THE POSSIBILITY OF IMPROVING FUNCTIONAL RESERVES IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND PULMONARY COMORBIDITY IN THE COURSE OF REHABILITATION

L. Levytska

I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

The development of medical technologies and consequent aging of population requires multidisciplinary approaches in treating patients with myocardial infarction, as the number of comorbid pathologies usually increases with age. Comorbid pathology significantly complicates the process of diagnosis and treatment, results in patients disability, impedes adequate rehabilitation.

The purpose of the given research was to analyze the relationship between pulmonary comorbidity and functional parameters of patients with myocardial infarction.

371 patients with acute myocardial infarction, who were undergoing inpatient stage of recovery, were examined. Entry criteria included: confirmed diagnosis of acute myocardial infarction and written informed consent of patients to participate in the study. Exit criteria included: psychiatric disorders, diseases of internal organs at the decompensation stage, as well as the presence of hemodynamically significant heart defects. The patients' age was 66.16 ± 10.41 years. Of the patients participating in the research, 67.12% were male and 32.88% were female.

Results and discussion. The development of myocardial infarction with underlying comorbid pulmonary pathology has its clinical and hemodynamic peculiarities, often complicated by left ventricular failure, and also has a tendency to the emergence of Dressler's syndrome, which aggravates the therapeutic process and limits the possibilities of rehabilitation. Limiting factors that significantly reduce the functionality of patients with myocardial infarction in combination with pulmonary pathology are smoking status, mitral and tricuspid valve regurgitation, elevated pulmonary artery pressure, as well as the Charlson Comorbidity Index. Smoking contributes to a significant deterioration of functional reserves in patients with myocardial infarction and pulmonary comorbidity, therefore, an indispensable part of the rehabilitation of these patients must be programs aimed at helping smokers to quit.

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ИМ) на сегодня остается одной из главных причин смертности во всем мире. Внедрение эффективных кардиореабилитационных программ для пациентов, перенесших острые формы ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе инфаркт миокарда, является важным средством улучшения качества и продолжительности жизни [8, 11]. Вместе с тем, развитие медицинских технологий и связанное с ним старение населения требует мультидисциплинарных подходов в лечении инфарктных больных, поскольку с возрастом, как правило, растёт и количество сопутствующих заболеваний. Сочетанная патология значительно усложняет процесс диагностики и лечения, увеличивает число осложнений, способствует увеличению частоты и продолжительности госпитализации, инвалидизации пациентов, препятствует проведению реабилитации в необходимом объеме. Усугубляет проблему недостаточное освещение в научной литературе особенностей оценки функционального состояния больных инфарктом миокарда, в частности в сочетании с легочной патологией [3, 4, 9].

Целью данного исследования стал анализ взаимосвязи коморбидной патологии пульмонологического профиля (КППП) с функциональными показателями больных инфарктом миокарда.

Материал и методы исследования. Было проведено обследование 371 больного острым инфарктом миокарда, которые находились на стационарном этапе восстановления здоровья в кардиологическом отделении Тернопольской университетской больницы. Диагностику, лечение и реабилитацию пациентов проводили согласно действующим протоколам [1, 2, 8]. Критерии включения в исследование: подтвержденный диагноз острого ИМ и письменное информированное согласие пациентов на участие в исследовании. Критериями исключения были психические заболевания и заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации, а также наличие гемодинамически значимых пороков сердца. Возраст пациентов составил $66,16 \pm 10,41$ лет. Среди обследованных было 249 (67,12%) мужчин и 122 женщины (32,88%).

Параметры внутрисердечной гемодинамики оценивали при помощи аппарата Philips HD11XE. Электрокардиографические показатели сердечной деятельности изучали при помощи ЭКГ аппарата «ЮТАС». Биохимические показатели крови определяли общепринятыми методами, используя стандартные тестовые системы (Плива–Лахема, Чехия).

Статистический анализ проводили с помощью программных продуктов MS Excel 2000 и EViews 5.1. Оценка количественных переменных включала расчёт средних значений и стандартных отклонений, для качественных (категорийных) переменных вычислены абсолютные количества и процентные доли по каждой категории. Для количественных переменных исследовали статистическую значимость различий между группами пациентов с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Анализ сопоставимости распределений категорийных признаков в группах проводили с использованием критерия χ^2 . Во всех случаях использования перечисленных статистических критериев и средств анализа статистически значимыми считали различия и связи при значении $p < 0,05$ [10].

Результаты и их обсуждение. При анализе категорийных показателей у больных ИМ с коморбидной пульмонологической патологией (табл.1) была выявлена значимая прямая связь между наличием пульмонологической патологии и статусом курильщика, митральной регургитацией, а также сердечной астмой, что свидетельствует о значительном снижении функциональной способности левого желудочка. Подтверждена также достоверность прямой связи между наличием пульмонологической патологии и трикуспидальной регургитацией, что может отображать перегрузку и функциональную недостаточность правых отделов сердца. Близкая к значимой прямая корреляционная связь синдрома Дресслера с наличием КППП предполагает важную роль аутоиммунного воспалительного процесса в формировании осложнений инфаркта миокарда при наличии бронхо-легочной коморбидности, что подтверждается данными других исследователей [9].

Таблица 1.

Взаимосвязи функциональных категориальных показателей у больных ИМ с КПП

Показатель	КПП	Отсутствие КПП	Коэффициенты ассоциации/контингенции*	P	χ^2
Курильщик	32	33	0,525	<0,0001	18,089
Не курит	70	232			
Пароксизм ФП	85	238	0,254	0,164	1,936
Отсутствие пароксизма ФП	6	28			
Сердечная астма	30	46	0,33	0,011	6,536
Отсутствие сердечной астмы	73	222			
Аритмии желудочковые	17	41	0,045	0,774	0,082
Отсутствие желудочковых аритмий	86	227			
AV- блокады II-III ст.	23	68	-0,084	0,542	0,372
Отсутствие AV- блокады II-III ст.	80	200			
Аневризма левого желудочка	30	62	0,154	0,231	1,432
Отсутствие аневризмы	73	206			
Синдром Дресслера	7	7	0,462	0,058	3,587
Отсутствие синдрома Дресслера	96	261			
Эпистен. перикардит	27	55	0,158	0,237	1,4
Отсутствие эпистенотического перикардита	76	213			
Диастолическая дисфункция	53	125	0,084	0,473	0,516
Отсутствие диастолической дисфункции	48	134			
Митральная регургитация	49	90	0,29	0,011	6,456
Отсутствие митральной регургитации	53	177			
Трикуспидальная регургитация	49	78	0,378	0,001	11,266
Отсутствие трикуспидальной регургитации	53	187			
Умер	6	12	0,138	0,588	0,293
Выписан	97	256			

Полученные результаты побудили к более детальному изучению взаимосвязей функционального состояния организма больного ИМ, протекающего на фоне сопутствующей бронхо-легочной патологии. В таблице 2 приводятся данные анализа числовых функциональных показателей у больных ИМ с коморбидной пульмонологической патологией. Зафиксирована значимая прямая корреляция между наличием КПП и возрастом пациентов; между КПП и среднесуточным количеством выкуранных сигарет, а также количеством пачко-лет курения; КПП и частотой дыханий в минуту; КПП и длительностью анамнеза артериальной гипертензии. При этом заметим, что корреляционная связь усиливалась до сильной при анализе точечно-биссерийной корреляции сопутствующей пульмонологической патологии и индекса коморбидности Чарльсона ($P < 0,0001$).

Результаты исследования в целом соответствуют научным данным о первоочередном влиянии курения на возникновение и прогрессирование пульмонологической патологии, особенно хронической обструктивной болезни лёгких. Курение является также одним из главных факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [2, 9]. Многочис-

Таблица 2.

Взаимосвязи функциональных общеклинических показателей у больных ИМ с КПП

Показатель	Среднее для лиц с КПП	Среднее для лиц без КПП	Стандартное отклонение	Доля лиц с КПП	Доля лиц без КПП	Точечная корреляция	t ²	P
Возраст, годы	68,058	65,433	10,407	0,278	0,722	0,113	4,784	0,029
Курение, лет	6,74	2,14	9,706	0,301	0,699	0,218	12,649	<0,001
Суточное кол-во сигарет, шт.	5,195	1,693	7,741	0,301	0,699	0,208	11,473	<0,001
Продолжительность анамнеза АГ, годы	13,375	11,227	7,668	0,29	0,71	0,127	4,059	0,045
ЧСС в остром периоде ИМ, уд/мин	87,165	83,369	25,733	0,278	0,722	0,066	1,622	0,204
САД в остром периоде ИМ, мм рт.ст.	131,07	134,55	30,174	0,278	0,722	-0,052	0,99	0,32
ДАД в остром периоде ИМ, мм рт.ст.	82,864	81,94	15,874	0,278	0,722	0,026	0,251	0,616
ЧДД / мин.	21,634	19,85	3,505	0,275	0,725	0,228	19,947	<0,0001
Индекс коморбидности	5,311	4,284	1,829	0,278	0,722	0,252	24,971	<0,0001

Примечание: КПП – коморбидная пульмонологическая патология; АГ – артериальная гипертензия; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЧДД – частота дыхательных движений; SpO₂ – насыщение крови кислородом.

ленные исследования показали, что риск сердечно-сосудистой смертности у больных с хронической обструктивной болезнью легких в 2-3 раза выше, чем в общей популяции, а частота ХОБЛ и ишемическая болезнь сердца постепенно увеличивается с возрастом [4, 9]. Возникновение инфаркта миокарда на фоне коморбидной пульмонологической патологии имеет свои особенности и требует не только коррекции гипоксии и связанных с ней метаболических нарушений, но и в определенной степени ограничивает возможности лечения и реабилитации в связи с возможным частым развитием легочной гипертензии и правожелудочковой недостаточности.

У больных инфарктом миокарда в сочетании с пульмонологической патологией существенно страдает и внутрисердечная гемодинамика, о чем свидетельствуют данные литературы и наши исследования [6, 7, 12, 13]. При этом заметим, что у таких больных со временем нарушаются морфо-функциональные соотношения отделов сердца, но в первую очередь изменения проявляются еще на стадии гемодинамических изменений, поэтому ранним лимитирующим маркером функционального состояния организма коморбидного пульмонологического пациента по нашим данным можно считать уровень давления в легочной артерии (табл.3).

Что касается лабораторных функциональных показателей у больных инфарктом миокарда, то, несмотря на значительные отклонения от референтных значений, они не достигали достоверных корреляций с коморбидной пульмонологической патологией, что позволи-

Таблица 3.

Взаимосвязи функциональных внутрисердечных гемодинамических показателей у больных ИМ с КПП

Показатель	Среднее для лиц с КПП	Среднее для лиц без КПП	Стандартное отклонение	Доля лиц с КПП	Доля лиц без КПП	Точечно-биссерийная корреляция	Среднее для лиц с КПП	t ²	P
Размер аорты, см	3,457	3,515	0,427	0,289	0,711	-0,062	-0,062	1,19	0,276
Размер левого предсердия, см	3,707	3,698	0,496	0,29	0,71	0,009	0,009	0,021	0,885
Конечный диастолический размер, см	4,977	5,012	0,577	0,289	0,711	-0,028	-0,028	0,225	0,635
Толщина межжелудочковой перегородки, см	1,267	1,176	0,46	0,281	0,719	0,089	0,089	2,363	0,125
Толщина задней стенки левого желудочка, см	1,102	1,123	0,159	0,29	0,71	-0,06	-0,06	1,079	0,3
Фракция выброса левого желудочка, %	45,8	46,329	7,649	0,286	0,714	-0,031	-0,031	0,307	0,58
Правый желудочек, см	2,258	2,529	3,223	0,301	0,699	-0,039	-0,039	0,412	0,521
Легочная гипертензия, мм	18,2	13,168	20,113	0,29	0,71	0,114	0,114	4,037	0,045

ло бы использовать их как лимитирующие факторы реабилитационного процесса.

Суммируя полученные результаты исследования, можно сделать следующие **выводы**:

Возникновение инфаркта миокарда на фоне коморбидной пульмонологической патологии имеет свои особенности, чаще осложняется левожелудочковой недостаточностью, а также имеет тенденцию к возникновению синдрома Дресслера, что осложняет лечебный процесс и ограничивает возможности реабилитации.

Лимитирующими факторами, которые существенно снижают функциональные возможности больных инфарктом миокарда в сочетании с пульмонологической патологией, являются статус курильщика, митральная и трикуспидальная регургитация, повышенные уровни давления в легочной артерии, а также индекс коморбидности Чарльсона.

Курение является одним из главных факторов риска возникновения и прогрессирования пульмонологической патологии, а также способствует ухудшению функциональных параметров гемодинамики и кислородного обеспечения у больных инфарктом миокарда с коморбидной пульмонологической патологией, поэтому необходимой составляющей реабилитации у таких больных должны быть программы по отказу от курения.

Использованная литература:

1. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / Marco Roffi, Carlo Patrono, et al. // *European Heart Journal*, Volume 37, Issue 3, 14 January 2016, Pages 267–315, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>
2. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / Borja Ibanez, Stefan James Stefan Agewall et al. // *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
3. Andell P, Koul S, Martinsson A, Sundström J, Jernberg T, Smith JG, et al. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on morbidity and mortality after myocardial infarction. *Open Heart* 2014;1:e000002
4. Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I., Gilbert A L, Luszcz M A, Ryan P et al. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *J. Epidemiol. Community Health*, 2010; 64(12): 1036–1042.
5. Differences in systemic inflammation between cigarette and biomass smoke-induced COPD. Golpe R, Martín-Robles I, Sanjuán-López P, Pérez-de-Llano L, González-Juanatey C, López-Campos JL, Arellano-Orden E. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017 Sep 1;12:2639-2646.
6. Enriquez JR, de Lemos JA, Parikh SV, Peng SA, Spertus JA, Holper EM et al. Association of chronic lung disease with treatments and outcomes patients with acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2013; 165:43–9.
7. Feary JR, Rodrigues LC, Smith CJ, Hubbard RB, Gibson JE. Prevalence of major comorbidities in subjects with COPD and incidence of myocardial infarction and stroke: a comprehensive analysis using data from primary care. *Thorax*. 2010 Nov;65(11):956-62
8. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J*. 2014; 35(42):2929.
9. Nobili A., Garattini S., Mannucci P.M. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J. Comorbidity*. 2011; 1: 28–44.
10. Pett, M. A. Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997. 307 p.
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23: Pages 1–96.
12. Shved M.I., Levytska L.V. Suchasni stratehii likuvannia ta reabilitatsii khvorykh na infarkt miokarda. Kyiv: Medknyha, 2013. 144s.
13. Shved M.I., Levytska L.V. Suchasni tekhnolohii vidnovnoho likuvannia khvorykh iz hostryim koronarnym syndromom. Kyiv: Vydavnychiy dim Medknyha, 2018. 176 s.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ****В. И. Лим, О. Б. Алимова, Г. З. Сувонова**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Ключевые слова: гемолитическая болезнь новорожденных, симптоматика, билирубин, эритроциты.**Таянч сўзлар:** Янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги, симптоматика, билирубин, эритроцитлар.**Keywords:** hemolytic disease of the newborn, symptoms, bilirubin, erythrocytes.

Обследовано 16 детей с гемолитической болезнью новорожденных по резус - конфликту и 14 по конфликту по АВО системе. Выявлено, что состояние при рождении у больных с гемолитической болезнью плода по резус-фактору более тяжелое по сравнению с заболеванием по АВО системе и имеют зависимость от гематологических показателей выявляемые при рождении: эритроциты, гемоглобин, гематокрит.

**ЧАҚАЛОҚЛАР ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИДАГИ КЛИНИКО –
ЛАБОРАТОР ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ****В. И. Лим, О. Б. Алимова, Г. З. Сувонова**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Биз гемолитик касаллиги бўлган Rh-конфликт бўйича 16 нафар ва АВО системаси конфликт бўйича 14 нафар янги туғилган чақалоқларни текширдик. Rh-конфликт бўйича гемолитик касаллиги билан оғриган ҳомилада АВО системаси бўйича касалликлари бўлган беморлар билан қиёсланганда туғилиш вақтида ахволи оғирроқ бўлиши аниқланди ва бу ҳолат туғруқ вақтида аниқланган гематологик кўрсаткичларга: эритроцитлар, гемоглобин, гематокритга боғлиқ.

**COMPARATIVE CLINIC-LABORATORY INDICES IN VARIOUS
FORMS OF HEMOLYTIC DISEASE IN NEWBORNS****V. I. Lim, O. B. Alimova, G. Z. Suvonova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

We examined 16 children with hemolytic disease of newborns for Rh conflict and 14 for conflict with ABO system. It has been revealed that the state of birth in patients with hemolytic disease of the fetus by Rh-factor is more severe compared to the disease by ABO system and are dependent on hematological indices detected in birth: red blood cells, hemoglobin, hematocrit.

Актуальность. Одним из актуальных направлений современной неонатологии является снижение как перинатальной смертности, так и перинатальной заболеваемости. Следует отметить, что гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН) влияет на оба показателя [1, 3].

Патогенетическая сходность развития заболевания, несмотря на незначительные различия в клинических проявлениях, заболевания определяются значительной непрямой гипербилирубинемией, превышение критического уровня которого приводит к повреждению центральной нервной системы с развитием инвалидности или летальному исходу.

Во многих странах мира проблема гемолитической болезни плода и новорожденного решена ввиду организации патогенетических профилактических мероприятий. При этом в нашем регионе данный вопрос остается открытым. На современном этапе, по мнению большинства авторов, наряду с медицинским, заболевание имеет и социальное значение. В многочисленных исследованиях имеются работы по улучшению диагностических, лечебных и профилактических мероприятий ГБН [1, 2, 3].

Однако, необходимость дальнейшего изучения различных аспектов заболевания продолжают и в настоящее время. Следует отметить, что врачами клиническая картина заболеваний оценивается не полно, которая может иметь характерную картину в зависимости от этиологии.

В связи с этим **цель исследования** – выявить особенности клинической картины и лабораторных показателей при различных формах гемолитической болезни новорожденных.

Материал и методы: на базе областного детского многопрофильного медицинского центра Самаркандской области обследованы 50 новорожденных, при этом основную группу составили 30 больных с гемолитической болезнью: из них 16 детей с резус-конфликтной и 14 новорожденных – с несовместимостью по антигенам системы АВ0 и 20 детей без гемолитической болезни, которые представляли контрольную группу.

В ходе наблюдения изучались лабораторные показатели: уровни общего билирубина и его фракций, гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов. Уровень билирубина определяли в сыворотке крови сразу после рождения и для контроля два раз в сутки до момента начала до его стойкого снижения (вычислялся почасовой прирост билирубина).

Результаты исследования показали, что средний возраст матерей больных в обеих группах был примерно одинаковым и составил в среднем $26,8 \pm 0,4$ и $27,1 \pm 0,6$ год в 1 и 2 группах. Установлено, что первобеременных женщин в 1 группе не было, 87,5% женщин в 1 группе имели 3 беременности и более, тогда как во 2 группе в основном все женщины были первобеременными (71,4%). Титры антирезусных антител при беременности имели высокие цифры и составили от 1:64 до 1:1024 в обеих группах.

Изучение акушерского анамнеза и основных осложнений беременности у матерей показало, что в сравниваемых группах до наступления настоящей беременности наблюдались самопроизвольные выкидыши (56,2% и 50% матерей соответственно). Как известно, каждая беременность приводит к увеличению титра антител у матери, соответственно возрастает и тяжесть гемолитической болезни, что ухудшает прогноз. Течение настоящей беременности у женщин сравниваемых групп в основном было благоприятное. В некоторых случаях беременность осложнялась ОРИ (18,7% и 21,4% случаев), хронической фетоплацентарной недостаточностью субкомпенсированной формы (18,7% и 14,3%), преэклампсией среднетяжелой или легкой степени (по 1 случаю в каждой группе, 6,25% и 7,4%). Обращает на себя внимание высокая частота носительства маркеров TORCH-комплекса (37,5% и 28,5% в каждой группе соответственно).

Все больные основной группы при рождении имели показатели физического развития, соответствующие сроку беременности: масса тела составила в среднем $2503,45 \pm 133,12$ г, длина $45,6 \pm 1,28$ см. В группе родившихся с несовместимостью системы АВ0 масса тела была несколько выше, но не выходила за пределы доверительных границ ($2781,32 \pm 145,18$ г, длина $45,9 \pm 0,87$ см).

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни у детей с резус-конфликтной гемолитической болезнью новорожденных составляла $5,7 \pm 0,6$ балла, на 5-й минуте — $6,9 \pm 0,5$ балла, тогда как в группе сравнения данные показатели были несколько выше и составили $6,0 \pm 0,5$ балла, и на 5-й минуте - $7,1 \pm 0,6$ балла.

Таким образом, новорожденные с резус-конфликтной гемолитической болезнью в большинстве случаев (75%) рождались в асфиксии тяжелой и среднетяжелой степени, что в 25% случаев потребовало проведения интенсивной терапии. Лишь 25% детей рождались без асфиксии. Тогда как в группе с несовместимостью по антигенам системы АВ0 состояние асфиксии тяжелой и средней степени тяжести наблюдалось в половине случаев (50%), остальные дети не имели признаков асфиксии.

Распределение больных по группам крови: у детей с резус-конфликтной гемолитической болезнью чаще встречалась А(II) группа крови - у 50% детей, затем 0(I) группа - у 37,5% детей, несколько реже В(III) группа - у 12,5%, АВ(IV) группа не встречалась. У новорожденных с несовместимостью по антигенам системы АВ0 также наиболее часто отмечалась А(II) группа крови - у 57,1% детей, затем В(III) группа - у 28,5%, АВ(IV) группа наблюдалась в 14,2% случаях.

При оценке формы и степени тяжести гемолитической болезни детей выявлено, что 43,7% детей в 1 группе и 28,5% детей во 2 группе имели тяжелое течение желтушной формы заболевания, в таком же процентом соотношении встречалось тяжелое течение анемической формы. Средняя тяжесть заболевания была диагностирована у 31,2% больных 1 груп-

пы и 35,7% детей 2 группы, легкое течение было выявлено, соответственно у 18,7% и 37,5% пациентов 1 и 2 группы.

Исходные гематологические показатели у новорожденных, свидетельствовали о том, что эти дети рождались с анемией и высокими показателями уровня билирубина, имевшие значимую разницу с нормативными показателями. Так у детей 1 группы гемоглобин крови при средне-тяжелой форме в среднем составил $157,34 \pm 14,78$ г/л, при тяжелой - $143,2 \pm 5,8$ г/л, на 3-и сутки $120,0 \pm 11,4$ и $107,0 \pm 3,4$ г/л соответственно. Эритроциты при рождении у больных составили при средне-тяжелой форме $-3,9 \pm 0,12 \cdot 10^{12}$ при тяжелой форме $-3,1 \pm 0,35 \cdot 10^{12}$ и на 3 сутки $-2,9 \pm 0,15 \cdot 10^{12}$ и $2,7 \pm 0,16 \cdot 10^{12}$ соответственно.

У детей в группе с несовместимостью по антигенам системы АВ0 состояние красного ростка крови было несколько лучше. Так гемоглобин крови при средне-тяжелой форме во 2 группе в среднем был на уровне $161,12 \pm 11,66$ г/л, при тяжелой - $148,5 \pm 8,4$ г/л, на 3-и сутки $132,4 \pm 10,2$ и $119,6 \pm 6,8$ г/л соответственно. Эритроциты при рождении у больных составили при средне-тяжелой форме $-4,9 \pm 0,15 \cdot 10^{12}$ при тяжелой форме $-4,2 \pm 0,47 \cdot 10^{12}$ и на 3 сутки $-4,0 \pm 0,52 \cdot 10^{12}$ и $3,4 \pm 0,29 \cdot 10^{12}$ соответственно. При этом ретикулоцитоз (более 40%) был выявлен при среднетяжелой и тяжелой форме гемолитической болезни новорожденных как при резус-несовместимости, так и при несовместимости по антигенам системы АВ0. Важнейшим симптомом, характеризующим гемолитическую болезнь новорожденных, является гипербилирубинемия, которая выявляется в различные сроки в зависимости от причины гемолитической болезни новорожденных. Существует прямая зависимость течения гемолитической болезни от уровня резус-антител и групп крови матери и новорожденного. При резус-конфликтной гемолитической болезни у 50% больных отмечено раннее её появление, в первые 6 часов жизни, что было чаще, чем при АВ0-гемолитической болезни (28,5%). При АВ0-гемолитической болезни у 50% наблюдаемых желтуха выявлялась в конце первых суток жизни.

При анализе уровня билирубина в сравниваемых группах выявлено, что в группе с резус-конфликтной гемолитической болезнью общий билирубин крови составил при легкой форме $40,1 \pm 8,75$ мкмоль/л, при средне тяжелой форме $53,58 \pm 2,8$ мкмоль/л и при тяжелой $77,9 \pm 24,2$ мкмоль/л, при этом почасовой прирост билирубина в среднем составлял $9,29 \pm 4,21$ мкмоль/л.

При несовместимости по антигенам системы АВ0, средний уровень билирубина при легкой форме составил $38,75 \pm 9,91$ мкмоль/л, при средней тяжести $42,68 \pm 11,98$ мкмоль/л, и при тяжелой $61,8 \pm 19,3$ мкмоль/л, при этом средний почасовой прирост билирубина составил $7,13 \pm 3,45$ мкмоль/л.

При анализе структуры патологии у наблюдавшихся детей обращает на себя внимание высокая частота (31,2% и 28,5% соответственно) ишемически-гипоксического поражения ЦНС среднетяжелой и тяжелой степени. У части детей выявлены пневмония, нарушение микробиотенноза кишечника (25% и 21,4% соответственно).

В ходе наблюдения за детьми с гемолитической болезнью новорожденных, установлено, что 25% и 50% соответственно в 1 и 2 группе из них потребовалась однократная операция заменного переливания крови, 75% и 50% детей (в 1 и 2 группе) проведены две и более операции заменного переливания крови.

На протяжении неонатального периода проводилась корригирующая терапия, по стандартам заболевания: фототерапия в непрерывном режиме, инфузионная терапия, при развитии анемии- препараты железа.

Длительность пребывания детей, в отделении реанимации в среднем составила $3,9 \pm 1,2$ сут, в отделении неонатологии - $14,8 \pm 1,1$ сут (от 10 до 21 сут.), при резус конфликтной гемолитической анемии и $2,6 \pm 0,8$ сут в реанимационном отделении и $11,7 \pm 0,9$ сут, в отделении неонатологии.

Выводы: таким образом дети с гемолитической болезнью плода по резус-фактору рождаются в более тяжелом состоянии по сравнению с гемолитической болезнью новорож-

денных по АВ0 системе и нуждаются в проведении интенсивной терапии начиная с рождения.

Течение гемолитической болезни новорожденного находится в прямой зависимости показателей «красной крови» при рождении.

Использованная литература:

1. Алексеенкова М.В. Гемолитическая болезнь новорожденных: перинатальные исходы и отдаленные результаты развития детей: дис. ... канд. мед.наук. М., 2005. 142 с.
2. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Мухина Ю.Г. Лечение гипербилирубинемий у детей раннего возраста // Фарматека. 2012. № 9/10. С. 24–28.
3. Конопляников А.Г. Современные аспекты патогенеза гемолитической болезни плода и новорожденного // Вестн. РГМУ. 2008. No 6. С. 38–42.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

В. И. Лим, Г. Х. Исломова, О. Б. Алимова, М. М. Тухтаева, Х. А. Аллаёрова
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: новорожденные, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, кесарево сечение.

Таянч сўзлар: янги туғилган чакалок, гипоксик – ишемик энцефалопатия, кесар-кесиш операцияси.

Keywords: newborn, hypoxic-ischemic encephalopathy, caesarean section.

Обследовано 85 новорожденных, родившихся различными путями родоразрешения. Было выявлено, что при экстренном кесаревом сечении отмечается нарушение неонатальной адаптации, которое сопровождается большим числом повреждений нервной системы.

ТУҒРУҚ ТУРИГА БОҒЛИҚ БОЛАЛАРДА НЕВРОЛОГИК СИМПТОМЛАРНИНГ СОЛИШТИРМА ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

В. И. Лим, Г. Х. Исломова, О. Б. Алимова, М. М. Тухтаева, Х. А. Аллаёрова

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Кузатув учун олинган турли туғруқ усулида туғилган 85 нафар чакалокларда шошилиш кесар-кесиш операцияси остида перинатал даврда ташки мухитга мослашуви кўп ҳолатларда марказий нерв системасининг перинатал зарарланиши билан кечди.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE NEUROLOGICAL SYMPTOMS IN CHILDREN DEPENDING ON TYPE OF DELIVERY

V. I. Lim, G. Kh. Islomova, O. B. Alimova, M.M. Tukhtayeva, Kh. A. Allayorova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

85 newborns born with the help of different types of delivery were examined, it was revealed that in case of emergency caesarean section, the highest frequency of neonatal maladaptation to extrauterine life was observed, which was accompanied by a large number of cases of perinatal Central nervous system damage.

Актуальность. Ведущее место в структуре патологии новорожденных занимают перинатальные поражения центральной нервной системы, частота которых составляет 60-80%, а в общей популяции детей достигает 15-20% [1, 4]. Одним из рациональных направлений в современной медицине, уменьшающие частоту перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных является кесарево сечение. Научные работы проводимые в данном направлении свидетельствуют, что проводимое родоразрешение путем кесаревого сечения улучшая исходы родов, не могут в полной степени предотвратить развитие перинатальной патологии, что подчеркивается необходимость изучения исследования указанной проблемы [2, 5]. Исследования по перинатальной заболеваемости детей, рожденных после операции кесарева сечения, указывают на возможность развития у этих детей различных заболеваний и особенно по остаточным изменениям ЦНС у детей [2, 3, 5].

Недостаточность сведений о влиянии операций кесарева сечения на характер поражения центральной нервной системы у детей, явилось **целью работы:** изучить структуру и особенности клинического течения гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных, после операции кесарева сечения.

Материал и методы: исследование проводились в родильных комплексах г. Самарканда и в отделении патологии новорожденных областного детского многопрофильного специализированного центра Самаркандской области.

В соответствии с поставленной целью было проанализировано 85 историй родов и осмотрено такое же количество детей родившихся в сроках гестации 37-41 недели. Все дети были разделены в зависимости от экстренности оперативного вмешательства: на I группу - родившихся от первичного планового кесаревого сечения - 23 ребенка (27,0%), II группу - повторного кесарева сечения - 20 детей (23,5%), и III группу - экстренного кесарева сечения

- 25 детей (294%), для сравнения были проанализированы 17 (20%) историй естественных родов и обследовано соответственно столько же новорожденных.

Проводился ретроспективный и проспективный методы исследования по анализу акушерско-гинекологического анамнеза матерей и состояния наблюдавшихся детей.

Была разработана формализованная карта исследования, в которую вносились полученные данные анамнестических, клинических и инструментальных исследований, при этом особое внимание обращалось на развитие патологических неврологических изменений нервной системы и их прогноза.

При рождении проводилась оценка по шкале Апгар, течение неонатального периода, пограничных состояний. Неврологическая характеристика наблюдаемых детей проводилась по методике предложенной Ю. И. Барашневым [1], в котором наряду с общими признаками состояния ребенка, особое внимание уделялось критериям психо-моторного развития, симптомам условных, безусловных и патологических рефлексов.

Диагноз «перинатальная энцефалопатия» выставлялся после исключения интранатальной травмы, интоксикационных и метаболических нарушений, пороков развития мозга и согласно классификации Volpe J. и Н.Н. Володина [4], оценивалась как гипоксически-ишемическая энцефалопатия легкой, средне-тяжелой и тяжелой степеней выраженности.

Результаты: анализ исследования показал, что ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных занимало поражение центральной нервной системы и выявлялась у 80% доношенных детей после операции кесарева сечения, при этом из них у 57% при первичном «плановом» кесаревом сечении, у 60% детей – при повторных «плановых» оперативных вмешательствах и у 52% - при экстренных кесаревых сечениях и у менее всего - 47% детей рожденных естественным путем.

Сравнительный анализ показал, что в I группе частота встречаемости гипоксически-ишемической энцефалопатии составляла 35% и сопоставима с частотой патологии в контрольной группе (35%). В группе детей родившихся физиологическими родами гипоксически-ишемическая энцефалопатия средней степени выраженности выявлялась с большей частотой, чем в группах детей родившихся кесаревым сечением (24% против 17%, случаев соответственно). У детей с повторным плановым кесаревым сечением несмотря на высокую распространенность гипоксически-ишемической энцефалопатии - 55%, частота поражений умеренной степени выраженности была незначительной, по сравнению в группе с кесаревым сечением - 15%. Вместе с тем, высокая распространенность патологии в этой группе может быть обусловлена возрастом рожениц (средний возраст составил $32,3 \pm 1,8$ лет) и связанной с возрастом экстрагенитальной патологией, и осложнениями в течении беременности.

Таким образом, было выявлено, что у детей с первичным «плановым» кесаревым сечением распространенность гипоксически-ишемической энцефалопатии была наименьшей и частота среднетяжелой формы также была достоверно ниже ($P < 0,05$).

Кесарево сечение проводилось при экстренном кесаревом сечении по показаниям: выраженные нарушения родовой деятельности - 56%, которые в 24% случаев проявлялись гипоксией плода; несостоятельный рубец на матке с дородовым излитием околоплодных вод - 8%; неправильное положения плода – 16%. При «плановом» первичном кесаревом сечении: неправильные положения плода – 43,4%; экстрагенитальная патология у матери (пороки сердца, тяжелые токсикозы беременности, выраженная миопия). При повторном «плановом» кесаревом сечении: один и более рубец на матке - 90%.

Средний возраст рожениц составил: в I группе - $23,7 \pm 0,2$ лет, во II группе - $28,5 \pm 0,2$ лет, в III группе - $25,5 \pm 0,2$ года.

При анализе историй установлено, что сочетанное гипоксически-травматическое поражение ЦНС перенесли в группе естественных родов 5,8% детей, в группе экстренного кесарева сечения значительно чаще - 8%. По структуре патологии у пациентов из группы есте-

ственных родов превалирующим поражением явились кефалогематомы. В I группе у детей гипоксически-травматических поражений выявлено не было.

Общеизвестно, что задержка внутриутробного развития плода определяя зрелость плода является маркером течения беременности и во всех группах данный феномен выявлялся с высокой частотой, так в I группе выявлен у 26,0% новорожденных, но 2 и 3 степени выраженности патологии в этой группе не выявлялось. Во II группе задержка внутриутробного развития плода встречалась у 10% детей, и у 1 ребенка (5%) была второй степени выраженности. У детей III группы задержка внутриутробного развития плода была диагностирована в 8% случаев, 2 ее степень - в 4%. В контрольной группе частота встречаемости задержки внутриутробного развития плода была у 17,6% детей, второй и третьей степени - у 5,8%.

Синдром дыхательных расстройств чаще встречался среди детей III группы - 8% случаев. В I группе частота встречаемости респираторного дистресс синдрома составила 4,3%, во II группе и при естественных родах респираторный дистресс синдром выявлен не был. Вместе с тем, в группе естественных родов, встречался аспирационный синдром у 5,8% детей.

Синдром аспирации мекония, являющийся одним из осложнений острой гипоксии плода и асфиксии новорожденных, был выявлен во II группе у 4%, а в группе естественных родов (5,8% случаев). В I группе этот синдром не встречался.

Анализ неврологического статуса детей на 3-5 сутки жизни показал, что ведущим синдромом при энцефалопатии легкой степени при проведения кесарева сечения наблюдались клинические проявления повышенной нервно-рефлекторной возбудимости: в 21,7%, 35% и 16% соответственно в I, II и III группах. Клинические проявления синдрома энцефалопатии включали в себя общепризнанные симптомы, такие как тремор конечностей и подбородка, спонтанный рефлекс Моро, беспокойство, горизонтальный нистагм, трудности во время засыпания и периода бодрствования. Этот синдром часто сочетался с синдромом вегетативных нарушений и выявлялся с частотой 15,7%. В группе естественных родов, этот синдром выявлялся в меньшем числе наблюдений, а именно в 5,8% случаев.

Изолированный синдром двигательных нарушений, в группах детей рожденных путем оперативного вмешательства, наблюдался с частотой 8,6%. У пациентов с энцефалопатией умеренной степени тяжести, в раннем неонатальном периоде, основным проявлением был синдром угнетения нервной системы. Характеризовался он снижением или отсутствием коммуникабельности ребенка, сниженной реакцией на осмотр, снижением спонтанной двигательной активности, плавающими движениями глазных яблок, мышечной гипотонией, снижением врожденных рефлексов новорожденных, преобладанием парасимпатического вегетативного тонуса. Признаками глубины угнетения нервной системы считаются исчезновение или угнетение сосательного рефлекса, угнетение вегетативных функций. В группе экстренно проведенных кесаревых сечений, этот синдром встречался в 12% случаев, у новорожденных при первичном «плановом» кесаревом сечении - в 4,3%, при повторных плановых оперативных вмешательствах - в 5% случаев. По результатам проведенного исследования выявлено, что синдром угнетения часто сочетается с другими синдромами острого периода. С синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в группе экстренных кесаревых сечений в 8% случаев, в группе плановых - в 5%.

Выявлено, что одним из ведущих синдромов при гипоксически- ишемических поражениях нервной системы умеренной степени выраженности является гипертензионно-гидроцефальный синдром. Чаще всего он сочетался с синдромом двигательных нарушений. В случае родов при экстренном кесаревом сечении, частота встречаемости синдрома внутричерепной гипертензии составила 8% случаев, синдрома двигательных нарушений - 4%. В группе «плановых» первичных кесаревых сечений внутричерепная гипертензия встречалась в 8,6% случаев, синдром двигательных нарушений - в 4,3%. У новорожденных при повтор-

ных плановых кесаревых сечениях синдром внутримозговой гипертензии был диагностирован у 5% детей, синдром двигательных нарушений - отсутствовал.

Судорожный синдром отображал степень поражения нервной системы и встречался только в группе с умеренной степенью выраженности энцефалопатии, и только в группе экстренных кесаревых сечений - 4%.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что течение гипоксически-ишемических энцефалопатий у доношенных новорожденных, родившихся при операциях кесарева сечения, имеют существенные различия в сравнении с детьми рожденными естественным путем. Причем, более выражено это различие в группах экстренного оперативного родоразрешения. К особенностям гипоксически-ишемических энцефалопатий, родившихся путем экстренного оперативного родоразрешения, следует отнести более высокую частоту тяжелых неврологических синдромов, как по отношению к плановому кесаревому сечению, так и по отношению к естественным родам.

Использованная литература:

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология. /В.В. Абрамченко, Н.П. Шабалов. Петрозаводск: ООО «Издательство ИнтелТек», 2004 С. 328.
2. Белоусова, Т. В. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: Методическое пособие /Т. В. Белоусова, Л. А. Рыжина. Новосибирск, 2010. 49 с.
3. Володин, Н. Н. Перинатальная неврология - проблемы и пути решения /Н. Н. Володин //Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2009. № 10. С. 4-8.
4. Неонатология: национальное руководство /под ред. Н.Н. Володиной. М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 896 с.
5. Цыбелова М.Э. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у доношенных новорожденных, рожденных путем операции кесарева сечения. Автореферат дисс... канд. мед. наук. Иркутск. 2009. С.23.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ

Ш. Х. Миллиева, В. И. Лим, М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева, Р. Х. Хамдамова
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: глубоко недоношенные новорожденные, синдром дыхательных расстройств.

Таянч сўзлар: чуқур чала туғилган чақалоқлар, нафас бузилиш синдроми.

Keywords: deeply premature infants, respiratory distress syndrome

Обследовано 20 глубоконедоношенных с синдромом дыхательных расстройств. Выявлено, что данный синдром у глубоконедоношенных в раннем неонатальном периоде характеризуется изменением в системе сурфактанта, клиническая картина которых характеризуется пролонгированным развитием симптомов дыхательной недостаточности, рассеянными мелкими аталектазами, и симптомами воздушной бронхограммы с первых дней жизни.

ЧУҚУР ЧАЛА ТУВИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ш. Х. Миллиева, В. И. Лим, М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева, Р. Х. Хамдамова
Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Нафас бузилиш синдроми билан 20 нафар чуқур чала туғилган чақалоқлар ўрганилганда аниқландики, бу синдром чуқур чала туғилган чақалоқларда эрта неонатал даврда сурфактантнинг ҳосил бўлишида ўзгаришлар билан характерланади, ҳаётининг 1 – кунларидан узоқ давом этувчи нафас етишмовчилиги, тарқалган кичик аталектазлар ва ўпкада ҳаволи бронхограмма симптомларининг ривожланиши билан намоён бўлади.

PECULIARITIES OF THE RESPONSE OF THE RESPIRATORY DISORDER SYNDROME IN DEEPLY-DISEASED

Sh. Kh. Millieva, V. I. Lim, M. F. Usmanova, Sh. M. Nabiyeva, R. Kh. Khamdamova
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Twenty deeply depressed with respiratory distress syndrome were examined. It was revealed that this syndrome in deeply premature in the early neonatal period is characterized by a change in the surfactant system, the clinical picture of which is characterized by a prolonged development of respiratory failure symptoms, disseminated small atelectasis, and air bronchogram symptoms from the first days of life.

Актуальность проблемы. Респираторный дистресс – это синдром у новорожденных является одним из самых главных проблем в раннем неонатальном периоде. Развитие РДС возникает из-за морфофункциональных особенностей дыхательной системы новорожденного ребенка, особенно недоношенного. Так как сохраняется высокая летальность от РДС, в настоящее время интерес к изучению данного заболевания не иссякает [1, 3].

Частота встречаемости РДС тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка и масса тела при рождении [3]. Так, частота развития РДС при сроке гестации до 28 недель составляет 78-88%. При этом главным этиологическим фактором в развитии РДС у глубоконедоношенных новорожденных является недостаточность выработки и экскреции сурфактанта альвеолоцитами II типа, что связано с морфофункциональной незрелостью легочной ткани. Большое значение имеет быстрая инактивация сурфактанта на фоне тяжелой гипоксии и инфекции [1, 2, 3].

В связи с этим перед нами была поставлена **цель** по изучению особенностей клинического течения синдрома дыхательных расстройств у детей на современном этапе.

Материалы и методы: на базе отделения патологии новорожденных областного детского специализированного многопрофильного центра Самаркандской области было обследовано 20 глубоконедоношенных новорожденных со сроками гестации 28-32 недели и дыхательными расстройствами, которые были представлены РДС, преходящим тахипноэ новорожденных, врожденной и неонатальной пневмонией. Обследование включало определение общего состояния новорожденного, оценка по шкалам Апгар и Сильверман, общий и био-

химический анализ крови, а также по показаниям рентгенологическое исследование легких.

Результаты исследования. Все новорожденные с РДС рождаются в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, неврологической симптоматикой, степенью перенесенной гипоксии и выраженной незрелостью при недоношенности.

Однако дети, что родились глубоконедоношенными значимо чаще имеют крайне тяжелое состояние при рождении по сравнению с детьми сравниваемых групп (65%).

Всем детям при рождении для определения тяжести асфиксии проводилась оценка по шкале Апгар, а тяжести дыхательной недостаточности - по шкале Сильверман. В асфиксии средней степени (по Апгар 4-5 баллов) родились 45%, в тяжелой асфиксии (по Апгар 3 и менее баллов) - 55%. К концу 5-й минуты жизни оценку по шкале Апгар 6-7 баллов имели всего 5% детей, 4-5 баллов—45%. Низкая оценка по шкале Апгар (3 и менее баллов) к концу 5-й минуты жизни сохранялась в основном у глубоко недоношенных детей (50%).

При оценке тяжести дыхательных нарушений по шкале Сильверман выявлено, что у детей с глубокой недоношенностью отмечалась тяжелая дыхательная недостаточность (50%).

На основании данных материнского анамнеза, клинической картины заболевания и результатов лабораторно-инструментальных исследований был выставлен диагноз РДС. Следует отметить, что у 15 (75%) глубоконедошенных наблюдались признаки первичной сурфактантной недостаточности, а у 5 (25%) детей отмечались признаки врожденной пневмонии.

Все глубоконедошенные новорожденные с РДС имели клинические признаки дыхательной недостаточности, при этом у глубоконедошенных детей наиболее ранним признаком РДС был разлитой цианоз на багряно-красном фоне, который определялся сразу после рождения, затем появлялось вздутие грудной клетки в передне-верхних отделах, позже - вовлечение нижних межреберий и западение грудины, наличием парадоксального дыхания, экспираторных шумов, эпизодами апноэ, изменением цвета кожных покровов в виде общей цианотичности кожи, цианоза носогубного треугольника, акроцианоза, бледности и мраморности кожных покровов, потребностью в дополнительных концентрациях кислорода. У глубоконедошенных детей встречались такие симптомы, как раздувание крыльев носа, звучный выдох, дыхание "трубача", выраженная одышка. Несмотря на вздутие грудной клетки, перкуторный тон был укороченный, при аускультации дыхание было резко ослабленным, проводилось плохо, на высоте вдоха с первых часов жизни у всех больных выслушиваются крепитирующие хрипы.

Все новорожденные данной группы имели лабораторные признаки дыхательной недостаточности, которые, по данным кислотно-щелочного состояния крови, оказывались гипоксемией, гиперкапнией и ацидозом.

В общеклинических анализах крови, полученных в первый день жизни, ни у одного ребенка не было признаков воспаления. В дальнейшем у 5 (25%) новорожденных с врожденной пневмонией наблюдалась отрицательная динамика показателей крови в виде нейтрофилеза, появления юных форм нейтрофилов, при этом отмечались клинические признаки нарастания тяжести дыхательной недостаточности. В ходе проведения дополнительных диагностических исследований 1 (5%) ребенку был выставлен диагноз некротизирующего энтероколита, 2 (10%) - острого пиелонефрита.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки на 1-2-е сутки жизни проводилось всем детям с РДС. Наиболее частым признаком РДС на рентгенограмме было диффузное снижение прозрачности легочных полей, реже наблюдались полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма), а также наблюдались участки рассеянных мелких аталектазов, что подтверждало первичную сурфактантную недостаточность у глубоконедошенных.

Все глубоконедошенные дети с РДС при рождении имели клинические признаки

перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС) гипоксического генеза. Основными причинами явились перенесенная внутриутробная гипоксия различной степени тяжести, интранатальная асфиксия.

Наиболее часто в группе детей с глубокой недоношенностью диагностировалась церебральная ишемия 2 степени (50%), тогда как церебральная ишемия III степени встречалась значительно реже, чем в группе доношенных детей (15% против 25% в 3 группе).

Внутричерепные кровоизлияния (ВЧК) диагностировали у всех детей данной группы и были представлены преимущественно желудочковыми кровоизлияниями (ВЖК). У подавляющего большинства новорожденных (85%) был диагностирован ВЖК III степени, а тяжелые формы ВЧК (ВЖК II- III степени, кровоизлияние в заднюю черепную ямку, в паренхиму мозга) в группах были обнаружены в единичном количестве. Преобладающим неврологическим синдромом у детей с РДС был синдром угнетения (100,0%).

Постгипоксические нарушения сердечно-сосудистой системы оказывались во всех обследуемых этой группы, в том числе у 1 ребенка был диагностирован гемодинамически значимый открытый артериальный проток.

Анемия смешанной этиологии была обнаружена у 8 (40%) детей с РДС, у 3 (15%) - легкая, у 3—среднетяжелая (15%) и у 2 (10%) - тяжелая. Конъюгационная желтуха была диагностирована у 7 (35%) новорожденных данной группы. Патология почек отмечалась у 2 (10%) детей данной группы и была представлена острым пиелонефритом. Патология органов желудочно-кишечного тракта в виде энтероколита была обнаружена у 1 (5%) ребенка. У всех обследованных глубоконедошенных с РДС имел место дисбактериоз кишечника.

Лечение глубоконедошенных детей с РДС проводилось в соответствии с методическим письмом. Матери 4 (20%) новорожденных получили полный курс стероидной профилактики РДС, 3 (15%) женщинам в связи с декомпенсированной фетоплацентарной недостаточностью и развитием острой гипоксии плода антенатальная профилактика РДС не проводилась.

С целью купирования симптомов дыхательной недостаточности все дети с РДС получали респираторную терапию. Выбор метода респираторной поддержки определялся тяжестью дыхательных нарушений.

Вспомогательная ИВЛ с концентрацией кислорода во вдыхаемой воздушной смеси 40-50% проводилась 4 (20%) глубоконедошенным детям с тяжело протекающей РДС, неинвазивная ИВЛ методом nCPAP с использованием биназальной канюли с концентрацией кислорода во вдыхаемой воздушной смеси 21-35% - 16 (80 %). Средняя продолжительность респираторной терапии методом традиционной ИВЛ составила двое суток (48 часов), методом nCPAP - 2,8 суток (67,2 часа).

Стартовая антибактериальная терапия была назначена всем глубоко недоношенным детям с РДС. Кроме того, большинство детей (15 - 75%) получили один курс антибактериальной терапии, 5 (25%) новорожденным с инфекционно-воспалительной патологией почек и желудочно-кишечного тракта в связи с нарастанием тяжести клинической картины заболевания и воспалительных изменений в крови, выявленных при общем анализе, потребовалось 2 курса антибактериального лечения. Средняя продолжительность антибактериальной терапии в данной группе составила 16 суток. Летальность в этой группе составила 10%. Умерло 2 ребенка в раннем неонатальном периоде. Бронхолегочная дисплазия как результат ИВЛ была сформирована у 2 детей находящихся на ИВЛ (10%).

Выводы: Синдром дыхательных расстройств у глубоконедошенных в раннем неонатальном периоде характеризуется изменением в системе сурфактанта, клиническая картина которых характеризуется пролонгированным развитием симптомов дыхательной недостаточности, рассеянными мелкими аталектазами, и симптомами воздушной бронхограммы с первых дней жизни.

Использованная литература:

1. Володин, Н.Н. Неонатология : нац. рук-во / под ред. Н. Н. Володиной. ГЭОТАР –Медиа, 2007.
2. Респираторный дистресс синдром у новорожденных.Методические рекомендации. // Гулямова М.А. с соав.Ташкент. 2010.
3. Фомичев, М.Б. Респираторный дистресс у новорожденных /под ред. М.Б.Фомичева. Екатеринбург, 2007.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Ш. Х. Миллиева, М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева, Х. Н. Сирожиддинова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: синдром дыхательных расстройств, новорожденные, срок гестации, факторы риска.

Таянч сўзлар: нафас бузилиш синдроми, чакалоқлар, гестация муддати, хавф омиллари.

Keywords: respiratory disorders syndrome, newborn, premature gestation, risk factors.

На основании изучения социально-биологического и акушерского анамнеза определены основные факторы риска развития синдрома дыхательных расстройств у 60 новорожденных различного срока гестации. Выявлено, что значимыми антенатальными факторами риска рождения глубоконедоношенных детей с дыхательными расстройствами являлись отягощенный гинекологический и акушерский анамнез, тогда как у недоношенных со сроками гестации 33-36 недели и доношенных основными факторами риска являлись патология родов и инфекционно-воспалительные заболевания матери.

ЧАКАЛОҚЛАРДА ГЕСТАЦИЯ МУДДАТИГА КЎРА НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ АСОСИЙ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Ш. Х. Миллиева, М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева, Х. Н. Сирожиддинова

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ижтимоий-биологик ва акушерлик анамнезини ўрганиш асосида турли гестация муддатида туғилган 60 нафар чакалоқларда нафас бузилиш синдроми ривожланишининг асосий хавф омиллари аниқланди. Аниқландики, нафас бузилиш синдроми билан чуқур чала туғилган чакалоқлар антенатал хавф омилларидан оғирлашган гинекологик ва акушерлик анамнези муҳим ўрин тутди, 33-36 ҳафталик гестация муддатидаги чала туғилган ва вақтида туғилган чакалоқларда нафас бузилиш синдроми асосий хавф омиллари туғруқ патологияси ва онасининг юкумли яллиғланиш касалликлари ҳисобланади.

MAIN RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN NEWBORNS DEPENDING ON THE AGE OF HETATION

Sh. Kh. Millieva, M. F. Usmanova, Sh. M. Nabiyeva, Kh. N. Sirozhiddinova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The main risk factors for the development of the respiratory disorders syndrome in 60 newborns of various periods of gestation were identified, based on a study of the social - biological and obstetric history. We know that significant antenatal risk factors for the birth of deeply premature babies with respiratory disorders were aggravated gynecological and obstetric anamnesis whereas in premature gestation 33-36 months and full-term risk factors were the pathology of labor.

Актуальность проблемы. Синдром дыхательных расстройств или «респираторный дистресс синдром» новорожденного это тяжелое расстройство дыхания, проявляющийся в первые дни жизни новорожденного, основной причиной данных расстройств является первичный дефицит сурфактанта. Синдром дыхательных расстройств является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде, а также одной из главных причин смертности и инвалидности среди новорожденных родившихся от ранних сроков гестации [1, 3]. Следует учесть, что одним из важных факторов на пути снижения ранней неонатальной и младенческой смертности является совершенствование медицинской помощи новорожденным с РДС [1, 2, 3].

В настоящий момент в реализации РДС остается неясной роль различных антенатальных факторов риска. Также изменились клиническая картина и течение РДС, что, возможно связано с широким внедрением искусственной вентиляции легких (ИВЛ) для лечения тяжелого течения РДС. Все вышеуказанное способствовало определению **цели нашего исследования**, которая заключается в определении основных факторов риска в развитии синдрома дыхательных расстройств, в зависимости от срока гестации.

Материалы и методы: на базе отделения патологии новорожденных областного детского многопрофильного медицинского центра Самаркандской области было обследовано

60 новорожденных с различными сроками гестации и дыхательными расстройствами. У всех детей в неонатальном периоде отмечались дыхательные расстройства, которые были представлены РДС, переходящим тахипноэ новорожденных, врожденной и неонатальной пневмонией, но чаще - РДС и пневмониями. Из 60 новорожденных были сформированы 3 группы: I группа - 20 глубоконедоношенных детей со сроками гестации 28-32 недели, II группа - 20 недоношенных новорожденных со сроками гестации 33-36 недель, III группа 20 доношенных новорожденных со сроками гестации 38-40 недель ($39,2 \pm 0,3$ нед.). Был изучен социально-биологический, акушерский анамнез матерей, и определен фактор относительного риска (RR), по развитию дыхательных расстройств в зависимости от срока гестации.

Результаты исследования: социально-биологический анамнез матерей новорожденных с респираторными нарушениями показал, что их возраст находился в пределах от 18-40 лет. При этом среди матерей новорожденных с дыхательными расстройствами преобладали женщины в возрасте от 18-20 лет и позднего репродуктивного возраста старше 36, при этом, матери недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 33-36 недель были оптимального фертильного возраста - 21-30 лет (65%) такая же ситуация наблюдалась в группе доношенных детей (60%). Большинство матерей новорожденных были в законном браке (100%, 95% и 90%), у всех было общее школьное образование, однако высшее образование значимо чаще имели матери детей III группы (50%) по сравнению с такими во I и II группе (10% и 20% соответственно), а среднее общее образование чаще имели - женщины, родившие детей с глубокой недоношенностью (50%), по сравнению с детьми, которые родились со сроками гестации 33-36 недель и доношенными (25% и 20%). В группе детей с глубокой недоношенностью число матерей - студенток было выше (40%), чем в группах новорожденных 2 и 3 группы (35% и 20%). Бытовые условия в основной массе семей были удовлетворительными.

При общей оценке здоровья матерей новорожденных детей с дыхательными нарушениями выявлено, что большинство женщин имели разную экстрагенитальную патологию (80%, 85% и 75% соответственно в 1, 2 и 3 группе). При этом инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящей системы (цистит, хронический пиелонефрит,) в 2 раза чаще встречались у матерей глубоконедоношенных новорожденных по сравнению с матерями детей 2 и 3 группы (25% против 10% и 10%). Также во всех группах наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями были анемия, при этом наибольшая частота анемии, в частности, тяжелой анемии наблюдалась у матерей родивших глубоконедоношенных детей (80% против 70% и 55% во 2 и 3 группы). Частота другой патологии со стороны матерей новорожденных других групп значимо не отличалась, это нейроциркуляторная дистония (15%, 15% и 10%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка) (15%, 25% и 10%). С относительно большой частотой встречались хронические заболевания ЛОР-органов, обеспечивающих синдром хронической интоксикации (20%, 15% и 10%), у большинства матерей детей I группы.

При изучении акушерского и гинекологического анамнеза матерей обследованных новорожденных выявлено, что у большинства женщин он был отягощенным. Женщины, которые не имеют отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, чаще встречались среди матерей новорожденных родившихся с гестационным возрастом 33-36 лет (80%, против 90% и 100% в 1 и 3 группах).

Анализ результатов предыдущих беременностей показал, что частота в анамнезе самопроизвольных выкидышей и медицинских искусственных аборт была наибольшей в I группе. Преждевременные роды в анамнезе встречались больше в группе детей родившихся на сроке гестации 33-36 недели (15%), также как и погибшая беременность (30%). Внематочная беременность, перинатальные потери, встречались только в группе матерей доношенных детей. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий (эндометрит, кольпит,

аднексит,) встречались у матерей новорожденных всех исследуемых групп, несколько чаще в группе из матерей доношенных детей (40%, 45% и 50%). Эрозия шейки матки встречалась у женщин всех групп, но немного с более высокой частотой у матерей 2 и 3 групп. Число женщин, у которых настоящая беременность была первой, было выше среди матерей родивших детей в состоянии глубокой недоношенности (40%, против 35% и 25 % во 2 и 3 группы соответственно).

Результаты исследования течения беременности у матерей больных новорожденных позволили выявить, что у всех в абсолютном большинстве беременность протекала с осложнениями. Гестоз диагностировали у матерей новорожденных всех исследуемых групп с чуть более высокой частотой среди женщин, родивших детей с дыхательными расстройствами. При этом гестоз на ранних сроках значимо чаще встречался у матерей детей с 1 группы по сравнению с женщинами, которые родили детей в сроки гестации 33-36 недели (85%, против 50% и 55% во 2 и 3 группах). Фетоплацентарная недостаточность, ОРВИ во время настоящей беременности, угроза прерывания беременности, хроническая внутриутробная гипоксия плода, мало- и многоводие встречались у женщин всех групп, при этом гестационная артериальная гипертензия встречалась преимущественно в 1 группе (25%), а также угроза прерывания беременности наблюдалась именно в 1 группе (70%). Также в данной группе отмечалась большая частота фетоплацентарной недостаточности (50% против 40% и 20% во 2 и 3 группах).

Хориоамнионит, плацентит, диагностировали только у женщин, родивших доношенных детей, гестационный пиелонефрит преимущественно у матерей детей 1 группы. Беременность многоплодная имела место у женщин всех групп с более высокой частотой в группах детей с гестационным возрастом от 33 до 36 недель. Задержка внутриутробного развития плода во время настоящей беременности чаще наблюдалась у матерей детей 2 и 3 групп. Женщины - первородящие значимо чаще встречались среди матерей детей с глубокой недоношенностью, по сравнению с матерями детей 2 и 3 группы. При изучении течения родов у матерей обследованных новорожденных выявлено, что в большинстве роды были осложненными, при этом у матерей детей родивших доношенных новорожденных, данный показатель был самым высоким. (80% против 45% и 60% в 1 и 2 группы). Однако несложные роды значимо чаще имели место у матерей глубоконедошенных детей с РДС (55% против 40% и 20% во 2 и 3 группах). Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось примерно одинаково у всех матерей исследуемых групп (соответственно 20%, 30% и 25% соответственно в 1, 2 и 3 группах). Длительный безводный период (более 12:00) чаще был у матерей, родивших доношенных детей (40%, против 25% и 0% в 2 и 1 группах). Аномалии родовой деятельности в виде стремительных родов, аномалии предлежания плода в виде тазового предлежания встречались у женщин, которые родили доношенных детей (25% против 10% и 10% в 1 и 2 группах). Кровотечение до родов, также наблюдалось только у матерей доношенных детей (25%). Значительное число глубоко недошенных детей с дыхательными расстройствами родилось путем оперативных родов (55% против 25% и 30% во 2 и 3 группах). Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению во всех группах новорожденных были острая гипоксия плода вследствие декомпенсации хронической (30%), тяжелое течение гестоза (20%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (25%). При вычислении наиболее значимых факторов риска развития РДС со стороны акушерского и гинекологического анамнеза матери был применен показатель относительного риска RR, так у матерей детей с РДС было обнаружено, что наиболее значимыми факторами риска развития РДС у детей всех групп было наличие экстрагенитальной патологии у матери, а также анемия различной степени тяжести, особенно у глубоконедошенных, такие экстрагенитальные заболевания как заболевания мочевыводящей системы, цистит и хронический пиелонефрит, достоверно наблюдались у матерей всех групп, при этом инфекционно воспалительные заболевания гениталий (кольпит, аднексит и эндометрит) наблюдались преимущественно у матерей доношенных новорожденных

(табл.1).

При анализе акушерских факторов риска выявлено, что первая беременность и тяжелый гестоз, угроза прерывания беременности был более значительным фактором риска для развития РДС у глубоконедоношенных. Такой факт как фетоплацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода были статистически значимыми факторами риска для всех женщин -матерей исследуемых групп, при этом у новорожденных 2 и 3 группы фактором риска был синдром задержки развития плода и многоплодная беременность.

Таблица 1.

Показатели риска (RR) у новорожденных детей с РДС сравниваемых групп

	1 группа n=20	2 группа n=20	3 группа n=20
Наличие заболевания экстрагенитальной патологии	2,429*	2,176*	2,429*
Анемия	3,667**	3,407**	2,498*
Заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, цистит)	2,667*	2,250*	2,285*
Преждевременные роды в анамнезе	1,786	2,889**	1,371
Погибшая беременность	1,848	2,270*	1,590
Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий (кольпит, аднексит, эндометрит)	1,875	1,848	2,889**
Первая беременность	2,270*	1,714	1,524
Гестоз, в том числе отеки вызванные беременностью с протеинурией	2,429*	2,250*	1,714
Угроза прерывания беременности	2,250*	1,875	1,875
Многоводие	1,590	2,000	2,250*
Фетоплацентарная недостаточность	2,667*	2,445*	2,189*
ОРВИ при беременности	1,714	1,883	2,455*
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	2,429*	2,176*	2,250*
Гестационный пиелонефрит	2,250*	2,000	1,542
Синдром задержки развития плода (СЗРП)	1,371	2,176*	2,889**
Многоплодная беременность	1,610	2,429*	2,250*
Осложненное течение родов	1,590	2,405*	3,667**
Преждевременное излитие околоплодных вод	2,455*	3,067**	3,667**
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1,883	2,176*	2,428**
Операция кесарево сечение	2,429*	2,176*	2,448*
Тазовое предлежание	1,610	1,741	2,429*
Длительный безводный период	1,883	2,176*	2,890**
Стремительные роды	1,786	2,176*	2,455**

Примечание: * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$ по отношению к контрольной группе.

При анализе факторов риска во время родов, было выявлено, что осложненное течение родов особое значение имело для доношенных детей, при этом данный факт подтверждался такими значимыми факторами риска как преждевременное излитие околоплодных вод и отслойка нормально расположенной плаценты, длительный безводный промежуток и стремительные роды. Данные факторы риска были значимыми и для детей родившихся при сроке гестации 33-36 недель но они были менее статистически достоверными. Статистиче-

ски значимой по развитию РДС также была операция кесарево сечение, следует отметить, что данный фактор риска присутствовал во всех группах наблюдения.

Выводы: Таким образом, значимыми антенатальными факторами риска рождения глубоконедоношенных детей с дыхательными расстройствами являются отягощенный гинекологический и акушерский анамнез, тогда как у недоношенных со сроками гестации 33-36 недели и доношенных основными факторами риска являются патология родов, и инфекционно-воспалительные заболевания матери.

Использованная литература:

1. Володин, Н. Н. Неонатология : нац. рук-во / под ред. Н. Н. Володиной. ГЭОТАР-Медиа, 2007. 848 с.
2. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Методические рекомендации. // Гулямова М.А. с соав. Ташкент. 2010. С. 105.
3. Фомичев, М. В. Респираторный дистресс у новорожденных / под ред. М. В. Фомичева. Екатеринбург, 2007. 482 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Р. Д. Мустафин, Ш. К. Пардаев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, кафедра акушерства и гинекологии,
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: выбор анестезии, анестезия в гинекологии, комбинированная спинально-эпидуральная анестезия, эффективный и безопасный метод обезболивания.

Таянч сўзлар: анестезия танлови, гинекологияда анестезия, комбинирланган спинал-эпидурал анестезия, анестезиянинг самарали ва хавфсиз усули.

Keywords: choice of anesthesia, anesthesia in gynecology, combined spinal-epidural anesthesia, effective and blade-free method of anesthesia.

В последние годы, в отделении гинекологии, часто выполняется экстирпация матки. Это связано с тем, что медикаментозная терапия не дает необходимого эффекта. Только по данным первой клиники СамМИ только за 2017 год, из всех 136 лапаротомических операций, на долю экстирпации, по поводу миомы матки приходится 46,3%.

Целью исследования: явилось изучение эффективности и безопасности метода обезболивания.

Метод заключался в проведении различных видов анестезиологического обеспечения при идентичных операциях и определения наиболее эффективного способа обезболивания.

В результате: все методы проведения анестезиологического обеспечения имели эффективный уровень анестезии. Особой дифференциации между различными методиками не имелось.

Вывод: Наиболее лучшим показателем обладала методика комбинированной спинально-эпидуральной анестезии, которая обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии. К тому же, данный метод обладает более стабильной гемодинамикой, относительно двух других групп (тотальная внутривенная анестезия (ТВА) и методика спинномозговой анестезии), что благоприятно влияет на течение операции.

ГИНЕКОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА АНЕСТЕЗИОЛОГИК ЁРДАМНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Р. Д. Мустафин, Ш. К. Пардаев

Анестезиология ва реаниматология кафедраси, акушерлик ва гинекология кафедраси,
Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Сўнги йилларда гинекология бўлимида бачадон экстерпацияси кўплаб ўтказилмоқда. Бу медикаментоз терапиянинг ноэффективлиги билан боғлиқдир. 2017 йил учун СамМИ 1-клиникасида ўтказилган 136 та лапаротомик операциялардан бачадон экстерпацияси улушига 46,3% тўғри келади.

Мақсад: оғрикисилантириш усулининг самарадорлиги ва хавфсизлигини ўрганиш.

Усул: анестезиологик қўлланмани амалга ошириш турли хил операциялар учун бир хил ва оғрикисилантиришнинг энг самарали усулини аниқлаш.

Натижада: барча ўтказилган анестезиологик қўлланмани самарали таъсирга эга бўлди. Турли хил анестезиологик усуллари ўртасида фарқ йўқ эди.

Хулоса: энг самарали кўрсаткичларига комбинирланган спинал-эпидурал анестезия усули эга бўлди. Бу усул анестезиянинг силлиқ кечишини ва беморлар организмининг хирургик агрессиядан ҳимоясини таъминлайди. Бундан ташқари бу усул икки бошқа гуруҳ (тотал вена ичи анестезияси ва спинал анестезия усуллари) га қараганда нисбатан стабил гемодинамикага эга бўлиб, операциянинг силлиқ кечишини таъминлайди.

OPTIMIZATION OF ANESTHESIA IN GYNECOLOGICAL OPERATIONS

R. D. Mustafin, Sh. K. Pardaev

Chair of Anesthesiology and Reanimatology, Chair of Obstetrics and Gynecology,
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

In recent years, in the Department of gynecology, often performed extirpation of the uterus. This is due to the fact that drug therapy does not give the desired effect. Only according to the first clinic of Sammi only in 2017, constituent part of extirpation of the all 136 laparotomic operations, uterine fibroids accounts about for 46.3%.

Purpose: was to study the effectiveness and safety of the method of anesthesia.

Method: was to carry out various types of anesthetic support for identical operations and determine the most effective method of anesthesia.

As a result: all methods of anesthesiological support had an effective level of anesthesia. There was no special differentiation between different methods.

Conclusion: The best parameter was the method of combined spinal-epidural anesthesia, which provides a good during of the anesthesia and protects the body of patients from surgical aggression. In addition, this method has a more stable hemodynamics, relative to the other two groups (total intravenous anesthesia and spinal anesthesia), which favorably affects the course of the operation.

Введение. Наиболее часто выполняемый метод оперативного вмешательства в гинекологии является гистерэктомия (экстирпация матки) [1]. Это связано с тем, что несмотря на медикаментозную терапию, ведущим методом лечения миомы матки на сегодня остается оперативный [8].

В России частота гистерэктомий по поводу миомы матки составляет 40-42% общего числа гистерэктомий, выполняемых в связи с другими заболеваниями [7].

По данным первой клиники СамМИ только за 2017 год, из всех 136 лапаротомических операций, на долю экстирпации, по поводу миомы матки приходится 46,3 %.

Эффективное и безопасное обезболивание одна из самых важных задач при оперативных вмешательствах, как для обеспечения адекватной анальгезии, так и профилактики развития возможных осложнений.

Как при малом обеспечении, так и при увеличенной анальгезии может наблюдаться продленная иммобилизация пациента и соответственно привести к увеличению риска возникновения сердечно-легочных и тромбоэмболических осложнений [11].

Выбор тактики, дозировки и метода обезболивания полностью зависит от частного случая, и данный вопрос встает перед врачом-анестезиологом. Наибольшей популярностью обладает общая анестезия, но в последние годы, как альтернативный вариант выступают методики центральных нейроаксиальных блокад (ЦНБ): спинальная, эпидуральная и комбинированная спинально-эпидуральная блокады [3].

«Золотым стандартом» обезболивания при операциях на органах брюшной полости являются нейроаксиальные методы обезболивания [4].

Основные преимущества ЦНБ:

1. При успешном выполнении, регионарная анестезия обладает очень хорошими качествами анальгезии. В послеоперационном периоде, пациенты отзываются лучше, чем те, которым проводилась ТВА.
2. В послеоперационном периоде необходимость введения наркотического анальгетика возникает в более поздние сроки, что существенно снижает потребность опиоидов в экстрадозах ("resquedose"). Это уменьшает вероятность развития побочных эффектов наркотических препаратов.
3. Снижается длительность пребывания пациентов в палате пробуждения, сокращаются сроки пребывания в стационаре [2, 5, 6].

Среди методик ЦНБ на рубеже XXI века стала набирать популярность техника сочетания СА и ЭА в виде комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) [9].

КСЭА - относительно новая методика регионарного обезболивания, расширяющая арсенал анестезиологов и позволяющая избежать продолжительного латентного периода. Метод позволяет сочетать в себе преимущества обоих методов и в некоторой степени нивелировать их недостатки в первую очередь за счет снижения дозы интратекально вводимого анестетика [12].

Цель исследования: Изучение эффективности и безопасности метода интраоперационного обезболивания, при различных вариациях анестезиологического пособия.

Задачи:

1. Выявление доли пациентов с неадекватной интраоперационной эффективностью и безопасностью при различных видах анестезии.
2. Определить оптимальные дозировки используемых анальгетиков и сроки мобилизации пациентов в группах с различными видами анестезии.

Таблица 1.

Распределение пациентов по группам			
Показатель	Группа		
	I группа (ТВА)	II группа (СМА)	III группа (КСЭА)
Число пациентов	16 (31,4%)	25 (49%)	10 (19,6)
Возраст, годы	42,4±22,5	39,7±14,9	40,1±16,8
Масса тела	78±16,7	72,4±15,3	76,7±17,8
Общее состояние пациентов по классификации ASA:			
ASA 2	12	20	8
ASA 3	4	5	2
Тип хирургического вмешательства:			
Ампутация матки	4	10	4
Экстирпация матки	6	11	4
Консервативная миомэктомия	6	4	2

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе отделения анестезиологии и реанимации первой клиники СамМИ, в исследование были включены 61 больная в возрасте от 20 до 65 лет.

Группы были сравнимы по полу, возрасту, и сопутствующей патологии.

Функциональное состояние пациентов соответствовало 2 классу ASA- 50; 3 классу - 11 больных.

Критериями исключения выступали:

- возраст пациентов меньше 18, старше 65 лет;
- наличие когнитивных нарушений, деменции, делирия;
- злоупотребление алкоголем, наркотическими препаратами в анамнезе;
- наличие языкового барьера;
- отказ больного от участия в исследовании.

Больные были разделены на 3 группы:

I группа (n=16) - тотальная внутривенная анестезия в условиях традиционной эндотрахеальной подачи кислорода (ТВА),

II группа (n=25) – методика спинномозговой анестезии (СА),

III группа (n= 10) – в условиях сочетанной комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА).

Группы были сравнимы по полу, возрасту, и сопутствующей патологии. (Таблица 1).

Всем пациентам проводили стандартную премедикацию в/м атропин 0,1%-1.0мл + ди-медрол 1%-1.0мл +омнопон 2%-1.0мл за 30-40 минут до проведения анестезии.

Для седации, в некоторых случаях использовали Сибазон по 10–20 мг. Оценку операционного обезболивания проводили по Шкале Critical-Care Pain Observation Tool (CROT), принятой ассоциацией американских анестезиологов и реаниматологов для оценки боли у пациентов в ОРИТ (2004г). Оценивается от 0 до 8 баллов, где выражение от 4х и более считается патологическим и является показанием для осмотра и коррекции тактики ведения пациента анестезиологом.

В течение всей операции осуществлялась непрерывная регистрация балльных показателей по Шкале CROT (Таблица 2) [10].

В зависимости от вида выполненного анестезиологического пособия все включенные в исследование пациенты были разделены на 3 группы:

I группа (n=16) тотальная внутривенная анестезия в условиях традиционной эндотрахеальной подачи кислорода (ТВА).

Таблица 2.

Шкала СРОТ		
Критерий	Описание	Оценка
Выражение лица	Мышечное напряжение отсутствует — расслабленный, нейтральный	0
	Хмурится, брови опущены, глаза могут быть открыты или закрыты в ответ на боль — напряженный	1
	Все вышеуказанные движения, веки плотно закрыты. Интубационная трубка может быть закусана или рот открыт. — Гримаса	2
Движения тела	Нет движений совсем (не обязательно означает отсутствие боли)	0
	Медленные, осторожные движения, трогают или трут место боли, ищут внимание через движения — защита	1
	Пытаются удалить дренажи, венозные катетеры, пытаются сесть, дергают конечностями, не выполняют команды, агрессивны с персоналом, пытаются поднять с постели — беспокойство	2
Мышечное напряжение. Оценка пассивного сгибания и разгибания верхних конечностей	Нет сопротивления пассивным движениям — расслабленный	0
	Сопротивление пассивным движениям — напряженный, ригидный	1
	Сильное сопротивление пассивным движениям, невозможность завершить их — очень напряженный или ригидный	2
Синхронизация с режимом вентиляции (интубация или трахеостома)	Тревоги не активизируются, синхронизация полная — переносят вентиляцию хорошо	0
	Тревоги прекращаются спонтанно — кашель, но переносимый	1
	Асинхронно: блокировка вентиляции, тревоги часто активизируются — борьба с респиратором	2
ИЛИ		
Вокализация (экстубированные пациенты)	Разговор в нормальном тоне или беззвучный	0
	Вздыхают, стонут	1
	Кричат, рыдают	2
Всего		0—8

Где значения:
0-3 – Хорошей аналгезии
4-6 – Патологической
7-8 – Критической

У пациентов данной группы использовали тотальную внутривенную анестезию с ИВЛ на основе пропофола 1,5–4,5 мг/кг/ч, кетамина 7-8мг/кг/ч в комбинации с фентанилом 5-8 мг/кг/ч, ардуана 0,04-0,06мг/кг/ч.

II группа (n=25) после спинномозговой анестезии (СА).

Пациентам второй группы в операционной выполняли пункцию субарахноидального пространства на уровне L3-4 иглами калибра 24-25 G, положение пациентов сидя или на боку. Вводили 12,5-15мг 0,5% гипербарического раствора Лонгокаина-Хеви в субарахноидальное пространство и после извлечения иглы пациента поворачивали на спину. Сенсорно-моторный блок наступал в течение 5-8 минут.

Для седации вводили оксибутират натрия 50мг/кг.

III группа (n= 10) – в условиях сочетанной комбинированной спинально-эпидуральной анестезии выполнялась интратекальным введением 12-15 мг 0,5% гипербарического раствора Лонгокаина-Хеви с последующим введением эпидурального катетера.

КСЭА выполнялась по типу «игла через иглу» с применением комплекта для спинально-эпидуральной анестезии производства Portex, с иглами, имеющими фиксатор.

Для начала, иглой Туохи 18G проводилась пункция и определение эпидурального пространства по методу «потери сопротивления», после этого в отверстие иглы Туохи проводилась спинальная игла типа «pencilpoint» калибром 27G до момента прокола твердой мозговой оболочки и закреплялась специальным замком.

После введения интратекально $2,4 \pm 0,25$ мл 0,5% гипербарического раствора Лонгокаина-Хеви, проводилась катетеризация эпидурального пространства.

Игла удаляется и через иглу Туохи продвигается катетер в краниальном направлении (продвижение катетера было абсолютно свободным). Проводится аспирационная проба. В данном случае «тест-доза» неинформативна (клиника СА развивается сразу).

Накладывается асептическая повязка и пациентка укладывается на операционном столе: сагиттальная плоскость: наклон влево на 15 градусов.

Фронтальная плоскость –горизонтально. Голова поднята на 15-20 градусов.

Анестетики и анальгетики применялись в рекомендуемых дозах с учетом антропометрических данных и длительности оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение: По показателям шкалы СРОТ рассчитывался средний показатель анестезиологического обеспечения при проведении различных методик.

При этом расчет среднестатистического числа производился по формуле:

(Количество пациентов советующее показателю данной группы*бальный показатель шкалы с суммой аналогичного расчета всех показателей данной группы) /Общие число пациентов данной группы (Таблица 3).

В I группе (ТВА) отмечался в 6,25% случаях подъем до патологического уровня.

Во II группе (СМА) до 8%.

В III группе (КСЭА) подъем не отмечался.

В I группе (ТВА) среднестатистический бальный показатель =1,9375.

Во II группе (СМА) среднестатистический бальный показатель =1,92.

В III группе (КСЭА) среднестатистический бальный показатель =1,9.

Но как наглядно показано на графике (рис. 1), среднестатистический, все методы проведения анестезиологического обеспечения имели эффективный уровень анестезии. Особой дифференциации между различными методиками не имелось.

Помимо этого учитывались и гемодинамические показатели (рис. 2).

За 100% был принят начальный (предоперационный) уровень АД. Далее фиксировались следующие изменения показателей:

У пациентов I группы (ТВА) динамика АД не превышала 15%, но чаще наблюдалась артериальная гипертензия, которая требовала применение различной фармакологической коррекции. В частности применялись препараты из ганглиоблокаторового ряда.

Таблица 3.

Показатель	Пациенты		
	I группа (ТВА)	II группа (СМА)	III группа (КСЭА)
0	1	3	1
1	5	7	2
2	5	6	4
3	4	7	3
4	1	2	0
	1,9375	1,92	1,9

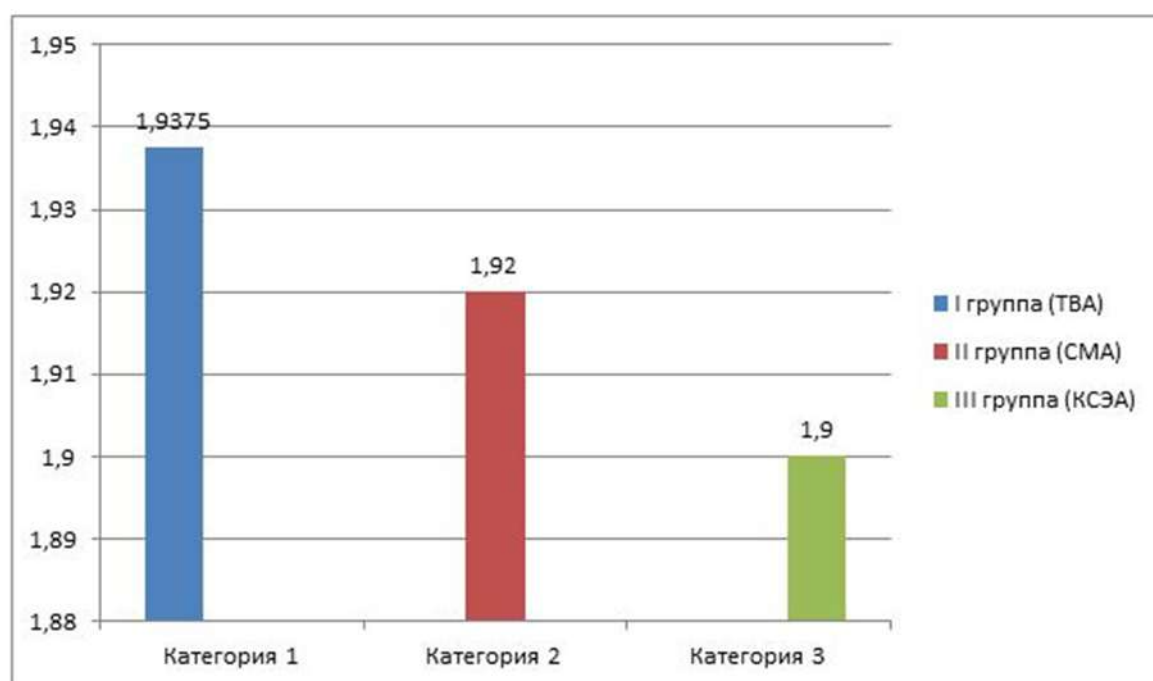


Рис. 1. Среднестатистический балльный показатель уровней 3х обследуемых групп по отношению шкалы SPOT.

У пациентов II группы (СА) динамика АД не превышала 11% и во всех случаях интраоперационно наблюдалась гипотензия, которая легко компенсировалась внутривенным введением кристаллоидов.

У пациентов III группы (КСЭА) динамика АД не превышала 8% и во всех случаях интраоперационно наблюдалась гипотензия, которая так же, легко компенсировалась внутривенным введением кристаллоидов.

ЧСС и SpO_2 не имели значительного отличия у пациентов обеих групп.

Заключение: При гинекологических операциях все методы проведения анестезиологического обеспечения имели эффективный уровень анестезии. Но наиболее лучшим показателем обладала методика КСЭА, которая обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии. К тому же, данный метод обладает более стабильной гемодинамикой, относительно двух других групп (ТВА и СА), что благоприятно влияет на течение операции.

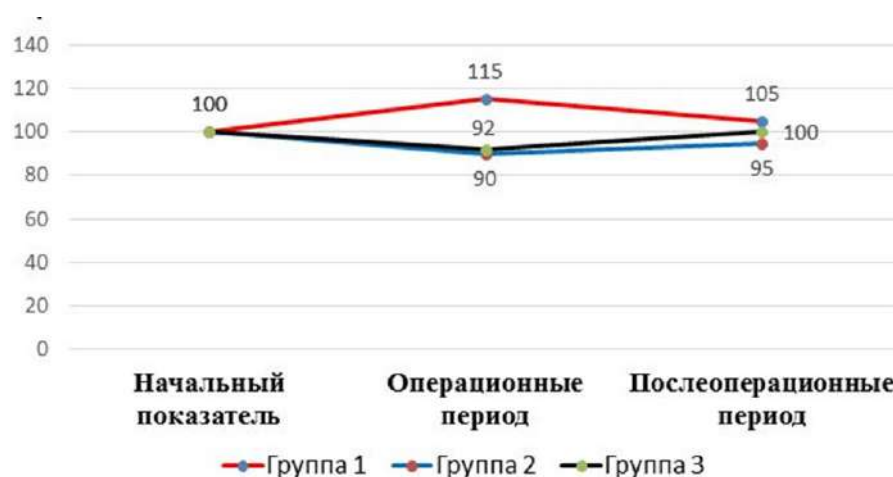


Рис. 2. Гемодинамические изменения АД в % относительно исходных показателей

В послеоперационном периоде у ряда пациентов I группы было чувство дискомфорта и умеренные болевые ощущения, а пациенты 2-й и 3-й групп жалоб на боли и неприятные ощущения не предъявляли.

Полученные результаты позволяют утверждать, что проведение регионарной анестезии в полной мере может рассматриваться как альтернативный вариант ТВА.

Использованная литература:

1. Вихляева. Е.М «Руководство по эндокринной гинекологии». Москва, 2006. 5-51 с.
2. Власов А.С., Китиашвили И.З., Парфенов Л.Л. «Нейроаксиальная анестезия в оперативной гинекологии. Регионар. анест. и лечение острой боли». 2009. Т. 3, с 39-43.
3. Вульф Х., Шульцек С. «Анестезия при кесаревом сечении - современное состояние проблемы.» Освежающий курс лекции. Архангельск, 2000. с. 81-89.
4. Глушенко, В.А. «Применение комбинированной спинально-эпидуральной анестезии при реконструктивно-пластических операциях в гинекологии» (В.А. Глушенко, В.Д. Варганов) Анестезиол. и реаниматол. 2006. № 4. С. 36--40.
5. Женило В.М., Пятакова И.Н «Оптимизация адаптационных процессов во время общей анестезии и в послеоперационном периоде у больных с миомой матки» Мед. вестник Юга России. 2010. № 1. С. 39-43.
6. Корячкин, В.А. «Регионарное обезболивание: комбинированная спинально-эпидуральная анестезия» (В.А. Корячкин, В.А. Глушенко, В.И. Страшнов) Анестезиол. и реаниматол. 2007. № 5. С. 72-74.
7. Кулаков В.И. «Эндоскопия в гинекологии» руков. для врачей. В.И. Кулаков, Л.В. Адамян. М. 2000. 383 с.
8. Тихомиров, А.Л. «Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки» (А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин) Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. 2002. Т. 1, № 2. С. 86-89.
9. Cook T.M. «Combined spinal-epidural techniques» Anaesthesia. 2000; 42-64.
10. Gelinas C, et al. «Anesthesiology journal Critical Care». 2006; 15: 420-427.
11. Liu S.S., Wu C.L. «Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: a systematic update of the evidence.» Anesth. Analg. 2007 ; 104 (3): 689-702.
12. Raj D, Williamson RM, Young D, Russell D 2013 «A simple epidural simulator: a blinded study assessing the 'feel' of loss of resistance in four fruits». European journal Anaesthesiol. 30 (7): 405–8. PMID 23749185

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ ЖЕНЩИН В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ****Р. М. Нарзикулов, Д. М. Абдуллаев, Л. А. Саламова, Х. Д. Абдуллаев**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: гонорея, эпидемиология, нисходящая и восходящая гонорея, симптомы болезни.**Таянч сўзлар:** сўзак, эпидемиологик текширув, сийдик жинсий тракти куйи ва юкори кисми, касаллик белгилари.**Keywords:** gonorrhea, epidemiology, descending and rising gonorrhea, the symptoms of the disease.

В статье представлены данные 3-х летнего клинико-эпидемиологического исследования 102 больных женщин гонореей, проживающих в Самаркандской области. На современном уровне изложены особенности эпидемиологии, клиники 38 больных со свежей острой, 20 больных торпидной, 19 больных подострой и 25 больных хронической гонореей женщин. Наиболее высокая заболеваемость гонореей наблюдается среди лиц занимающихся платными сексуальными услугами (29,41%) и не работающих женщин (53,92%). Гонорея у женщин чаще всего наблюдалась в возрастной группе 18-30 лет, что составляет 79,41%.

При нисходящей свежей острой гонорее уретра вовлекается в процесс более трети женщин в 76,47% случаев, цервикальный канал—100%, вульва—5,88% и вагина—2,94 %. Восходящая гонорея наблюдалась у 13,16% больных. При торпидной, подострой и хронической формах заболевания нисходящая гонорея встречалась в 59,37% случаев, восходящая 40,63%.

**СЎЗАК БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОР АЁЛЛАРНИ КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК
ХАРАКТЕРИСТИКАСИ****Р. М. Нарзикулов, Д. М. Абдуллаев, Л. А. Саламова, Х. Д. Абдуллаев**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада Самарканд вилоятида яшайдиган сўзак билан касалланган 102 беморнинг 3 йиллик клиник ва эпидемиологик текширув натижалари тақдим қилинган. 102 беморлардан 38 беморда сўзакнинг янги ўткир даври, 20-торпид, 19-ўткир ости, 25-сурункали даври аниқланган ва уларнинг замонавий ўзига хос кечиб хусусиятлари ва эпидемиологияси таҳлил қилинган. Текширув натижаларига кўра, сўзак 29,41% фоҳишаларда ва 53,92% ишсиз аёлларда учрайди. Касаллик кўпинча 18-30 ёшли аёлларда кузатилади ва барча кузатувга олинган беморларнинг 79,41%ни ташкил қилади.

Аёлларда сийдик жинсий тракти куйи кисми гонококкли инфекциясида яллиғланиш жараёни уретрада 76,47%, цервикал каналда 100%, уятли лабларда 5,88% ва қинда 2,94 % ҳолларда учрайди. Сийдик жинсий трактининг юкори кисми гонококкли инфекцияси эса 13,16% беморларда аниқланди. Сўзакнинг янги торпид, ўткир ости ва сурункали даврларида сийдик жинсий тракти куйи кисми 59,37% ҳолларда ва жинсий трактининг юкори кисми 40,63% ни ташкил қилади.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN PATIENTS
WITH GONORRHOEA IN SAMARKAND REGION****R. M. Narzikulov, D. M. Abdullaev, L. A. Salamova, Kh. D. Abdullaev**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The data of 3 years period of clinical epidemiological studies of 120 female patients with gonorrhea living in Samarkand Region have been presented in the article. The features of epidemiology, clinical pictures of 38 patients with recent acute gonorrhea, 20 patients with torpid, 19 patients with sub acute and 25 patients with chronic gonorrhea have been shown at the contemporary level. The highest morbidity for gonorrhea is observed among the persons dealing with paid sexual service (29.41%) and unemployed women (53.92%). Gonorrhea is more often observed in 18-30 years ago group, that makes 79.41%.

In descending recent acute gonorrhea urethra is involved into the process in more than 3d of women, i.e. in 76.47% of cases, cervical canal-100%, vulva-5.88% and vagina -2.94%. Ascending gonorrhea was observed in 13.16% of patients. In torpid, sub acute and chronic forms of the disease descending gonorrhea occurred in 59.37% of cases, ascending in 40.63%.

Введение. В Узбекистане заболеваемость гонореей стабильно снижается (5159 тысяч новых случаев гонореи в год) что в несколько меньше, чем в Украине (6180 тыс. случаев в год), сопоставимой по численности населения с нашей страной [9,13].

Подтверждением существования скрытого резерва заболеваемости гонококковой ин-

фекцией являются низкое качество диагностики гонококковой инфекции, обусловленное нарушением рекомендуемых нормативными документами технологий окрашивания мазков, недостаточным использованием культуральной диагностики; низкий удельный вес регистрации гонококковой инфекции; большая распространенность самолечения (от 30,0% до 50,0% от числа всех обратившихся в КВУ); отсутствие регистрации случаев гонококковой инфекции в коммерческих и частнопрактикующих структурах и неспециализированных ЛПУ, осуществляющие диагностику и лечение больных гонококковой инфекцией [1, 4, 7, 14].

Данные об эпидемиологии этой инфекции в Узбекистане, особенно в Самарканде, многочисленны и получены в основном при обследовании обратившихся в специализированные учреждения, что связано, в первую очередь, с отсутствием высокочувствительных скрининговых методов диагностики, использующих амплификацию посредством транскрипции (АПТ) и ДНК-РНК-гибридизацию [1, 4]. Также обращает на себя внимание недостаточное число наблюдений, моделями их практикуемого полового поведения и реальным выявлением инфекций среди населения.

Удельный вес больных гонореей в Узбекистане по поводу выявления источников заражения находится на низком уровне, составляя в среднем 22,6%, и значительно варьирует в других областях (от 8,1% до 47,4%). Выявление больных гонококковой инфекцией из числа предполагаемых источников заражения и контактов в КВУ остается низким, составляя в среднем 12,4% [11, 12, 13]. Причинами недостаточного привлечения к обследованию и лечению предполагаемых источников заражения и половых контактов являются: нежелание пациентов сообщить врачу нужную информацию, в том числе, в связи с возросшим правовым самосознанием; отсутствие у дерматовенерологов времени, необходимых условий для конфиденциальной беседы с больным, навыков психологического общения [1, 5, 10].

Все перечисленные факты, обусловившие кажущееся снижение уровня заболеваемости гонорейной инфекцией, являются потенциально опасными, так как в дальнейшем они же могут привести к ее резкому подъему.

Учитывая, что в клинической характеристике и в эпидемиологии гонореи произошли определённые изменения, в значительной степени затрудняет своевременную и раннюю диагностику этого заболевания. Это естественно, способствует росту и распространению заболеваемости гонореей. Вместе с этим существенные изменения претерпела социально - гигиеническая характеристика болезни, что также накладывает определённый отпечаток на особенности эпидемиологии и пути распространения гонореи.

Назрела настоятельная необходимость более оперативного проведения организационных и противоэпидемиологических мер борьбы с этим заболеванием с активным вовлечением в эту работу медицинских работников общей сети и смежных специальностей. Знание и учёт этих факторов, как показывает опыт, играет положительную роль в успешном проведении борьбы с гонореей.

В связи с этим были изучены особенности клиники, и эпидемиологии всех форм гонореи.

Цель исследования. Изучение распространённости гонореи среди женщин и определение клинических особенностей течения заболевания в Самаркандской области.

Материалы и методы. Научно – исследовательская работа выполнена на базе Самаркандского областного и городского кожно-венерологического диспансеров в период с 2016 по 2018 гг.

Всего в рамках клинического исследования обследовано 102 больных гонореей женщин. Из них больных со свежей острой гонореей было 38 (37,3%) пациента, торпидной формой – 20 (19,6%), подострой – 19 (18,6%), хронической формой – 25 (24,5%).

Диагноз пациентам устанавливали на основе жалоб больных, целенаправленного сбора анамнестических сведений и данных клинического осмотра и лабораторного обследования в соответствии с диагностическими критериями стандарта 2016 года (приказ МЗ Рuz.

№457, 2016 г) и сопоставлены с Международной Классификацией Болезней (МКБ-10 – А 54). Все полученные у больных данные переносились в специальные нами разработанные перфокарты.

Лабораторную диагностику гонореи и ИППП у женщин проводились бактериоскопическим, бактериологическим и методом ПЦР. Материалом для микробиологического исследования являлись отделяемое из уретры, влагалища и цервикального канала. Окрашивание мазков осуществлялись по Граму. Бактериальное исследование проводили на питательной среде «ЭС 1» для гонококков и трихомонад и «ЭД 1» для гарднереллы, уреаплазмы, хламидии, микоплазм по методу Эшбюева и др.

Результаты и их обсуждения. Учитывая, что инкубационный период играет, важную роль в клинике гонореи нами были изучены причины удлинения сроков 102 больных гонореей женщин в возрасте от 15 до 40 лет и старше. Большинство авторов определяют продолжительность инкубационного периода гонореи в среднем 3-8 дней, чаще всего – в 3-5 дней [1, 3, 4, 7, 14]. Результаты тщательного опроса больных показывают, что в настоящее время срок инкубации у больных с острой формой болезни от 3 до 10 дней, чаще 3-4 дня. У больных с торпидной, подострой и хронической гонореей женщин, срок инкубационного периода удлиняется (от 3 до 1 месяца, чаще отмечается 6-10 дней). Срок удлинения инкубации также наблюдался у женщин 30-39 и 40-49 лет и у женщин, которые часто принимали недостаточное лечение по поводу воспаления мочеполовой системы или неоднократно болели гонореей. Кроме того, удлинение инкубационного периода гонореи отмечали у женщин, заразившихся от мужчин с хронической гонореей.

Таким образом, весомое влияние на срок инкубационного периода оказывает влияние возраста больных (старше 30 лет), изменение реактивности организма при реинфекции. Несомненное влияние на срок инкубационного периода оказывает и вирулентность гонококка, которая может значительно колебаться. Отмечено что, более вирулентная инфекция вызывает острую гонорею и менее вирулентная другие формы гонореи. Изменение вирулентности штаммов зависит от приёма антибиотиков.

Ряд авторов считает, что к 2016 г. хронические больные составляли больше половины всех больных гонореей женщин [2, 3, 5, 15]. Цифры эти, несомненно, преувеличены. По нашим данным среди всех форм гонореи женщин у большинства больных – 38 (37,3%) имела место свежая острая гонорея. Реже торпидная (20 больных) и подострая (19 больных) гонорея (19,6% и 18,6%) соответственно. Хроническая гонорея наблюдалась у 25 (24,5%) больных женщин.

Как показывают данные материалов обследовавших, в настоящее время гонорея у женщин в 62,75% случаев протекает вяло, без выраженных субъективных расстройств, без жалоб со стороны больных. Причинами этого по нашему мнению является поступление в организм больных женщин антибиотиков с продуктами питания, который в дальнейшем приводит к снижению вирулентности гонококков.

При изучении распределения отдельных форм гонореи в пределах возрастных групп выяснилось, что заболевание чаще наблюдается в возрасте 18-20, 21-25, 26-30 и 30-39 лет – в среднем – 25 (24,51%), 33 (32,35%), 23 (22,55%) и 12 (11,77%) больных соответственно. В возрастных группах младше 18 лет и старше 30 лет резко снижается заболеваемость гонореей, чем предыдущие группы 4 (3,92%) и 5 (4,9%) больных гонореей соответственно.

Это на первый взгляд парадоксальное явление находит объяснение при анализе болезни в пределах возрастных групп (18-39 лет).

В то время как в возрасте старше 30 лет преобладали торпидная, подострая и хроническая формы гонореи, возникновение которых связано в основными эндогенными причинами (снижение реактивности организма, нарушения обмена веществ, местные нарушения кровообращения и патологии ЖКТ и т.п.).

Таким образом, анализ возрастных групп больных женщин гонореей показывает, что большинство гонореей болеют женщины репродуктивного возраста, на долю которых при-

ходится возраст 18-39 лет – 93 (91,18%).

Из 102 больных гонореей женщин, городских было 38 (37,25%), сельских – 64 (62,75%). Из 38 больных свежей острой гонореей женщин городских – 15 (14,71%), сельских – 23 (22,55%); свежей торпидной 7 (6,86%) и 13 (12,75%); свежей подострой 6 (5,88%) и 13 (12,75%) больных соответственно. Хроническая гонорея наблюдалась у 10 (9,8%) среди городского и 15 (14,70%) сельского населения.

Приведённые данные свидетельствуют что, гонорея у сельских женщин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин проживающих в городе.

Анализ семейного положения показал, что заболевание чаще всего наблюдается у одиноких женщин, не состоящих в браке. Замужние женщины составляли всего 20,59%. Следует отметить, что определённая часть больных женщин в прошлом перенесли гонорею (23,53%). По данным опроса, до поступления в стационар 10,78% больных женщин принимали антибиотики. При анализе социального состава выяснилось, что 29,41% больных – женщины оказывают платные сексуальные услуги и 53,92% женщин не работают, остальные 16,67% больных работают в разных отраслях производства.

Большая часть больных гонореей была выявлена при обследовании контактов (33,33%) и источников заражения (24,51%). При периодических медицинских осмотрах было выявлено 8,82% больных, акушерами-гинекологами – 7,84%, врачами других специальностей – 0,98% больных, остальные 24,52% больных явились самостоятельно.

Изучение числа половых контактов показало, что 29,41% больных имели по два половых контакта в день и у 13,73% больных – три и более контакта.

Нарушение менструального цикла наблюдалось у 24(23,53%) больных.

У больных с нисходящей свежей острой гонореей уретры вовлекалась в процесс более трети женщин в 76,47% случаев, вульва—5,88% и вагина—2,94 % случаев соответственно. Вовлечение в процесс мочеиспускательного канала сопровождалось появлением чувства жжения и рези при мочеиспускании, а также учащением позывов на мочеиспускание. Наружное отверстие уретры было расширено, губы гиперемированы и отёчны. При надавливании на нижнюю стенку уретры у 54,9% больных женщин отмечалось выделение гноя. При тщательном исследовании вульвы и влагалища отмечалась гиперемия, отёчность и гной на поверхности у 30 (29,41%) больных. Гнойное выделение из протоков Сkene и бартолиновых желёз отмечалось у 9 (8,82%) и 13(12,75%) больных свежей острой гонореей соответственно.

При кольпоскопии у больных острой гонореей у женщин в 100% случаев выявлено густое гнойное выделение из шейечного канала и зона гиперемии вокруг его наружного отверстия. Также отмечалась отёчность и кровоточивость после взятия материала для исследований. Эрозия шейки матки была у 21 (20,59%) больной.

У подавляющего числа больных свежей торпидной, подострой и хронической гонореей у женщин (94,12%) отсутствовали какие-либо изменения со стороны слизистой преддверия влагалища. Стенка уретры была инфильтрированной у 84,31% больных, у остальных отмечалась лёгкая пастозность. Губы уретры у 5,88% больных были слегка отёчны, гиперемированы и у 11,76%-незначительно пастозны. Свободное выделение из уретры отсутствовало и только у 43,14% больных после массажа уретры, была получена небольшая мутноватая капля. У 78,43% больных женщин шейка матки была без изменений, у остальных – лёгкая гиперемия и отёк её в связи с имевшей на ней эрозией. Выделение из цервикального канала у большинства больных (53,92%) были скудными, слизистого характера и только у 9 больных женщин они были слизисто-гнойными.

Из 102 больных женщин гонококковый проктит выявлен у 29 (29,2%) больных женщин гонореей. При этом, у больных женщин со свежей гонореей гонококки в прямой кишке обнаруживались несколько чаще (35,8%), чем в хронической (29,5%). Явные клинические проявления проктитов наблюдались лишь у 6 (2%), а у большей части больных диагноз ставился только на основании лабораторного обнаружения гонококков.

Распространённость воспалительного процесса в мочеполовых органах у женщин была весьма вариабельной: из 38 больных свежей острой гонореей нисходящая гонорея наблюдалась у 33 (86,84%) и восходящая гонорея у 5 (13,16%). Из 20 больных свежей торпидной, 19 подострой и 25 хронической формой гонореи женщин нисходящая гонорея выявлена у 13 (65%), 11 (57,89%), 14 (56,0%), восходящая гонорея у 7 (35%), 8 (42,11%), 11 (44%) больных соответственно.

Таким образом, у больных женщин свежей острой гонореей, наиболее часто, отмечается поражение нижних отделов мочеполовой системы (86,84%), хотя в этой форме доля восходящей гонореи имеет немалый процент (13,16%). В то время как при свежей торпидной, подострой и хронической форме количество гонореи нижних отделов мочеполовой системы не превышало 59,38%.

Результаты микробиологических и ПЦР исследований показали, что гонорея у женщин часто сопровождается в ассоциации с ИППП. При обследовании 102 больных гонореей женщин трихомонады были обнаружены у 36 (35,29%) больных, хламидии - у 22 (21,57%), гарднереллы у 30 (29,41%), уреаплазмы у 27 (26,47%), грибы рода кандиды у 24 (23,53%). Гонорея как моноинфекция встречалась только у 16 (15,69%) больных женщин, у остальных 86 (84,31%) больных наблюдалась микст инфекция с ИППП. Сочетание нескольких ИППП у одного и того же больного встречалось у 38 (37,25%) больных женщин.

Выводы: Наиболее высокая заболеваемость гонореей наблюдается среди лиц занимающихся платными сексуальными услугами (29,41%) и неработающих женщин (53,92%).

Гонорея у женщин чаще всего наблюдается в возрастной группе 18-30 лет, что составляет 79,41%. Сроки удлинения инкубации наблюдаются у женщин старше 30 лет и у женщин, которые часто принимали недостаточное лечение по поводу воспаления мочеполовой системы или неоднократно болели гонореей.

Гонорея женщин у большинства больных (в 62,75% случаев) в настоящее время протекает вяло, без выраженных субъективных расстройств, без жалоб со стороны больных.

В связи с этим, всех женщин с имеющимися воспалительными очагами в мочеполовой системе, обязательно брать материал для бактериоскопического исследования на гонококки и при необходимости провести трёхкратное бактериальное исследование с провокациями.

У больных женщин свежей острой гонореей, восходящая гонорея встречается в 13,7% случаев, в то время как при свежей торпидной, подострой и хронической форме доля восходящей гонореи повышается и достигает до 59,38% случаев. Учитывая это, во всех формах болезни необходимо провести УЗИ органов малого таза.

Гонорея у женщин чаще встречается в сочетании с ИППП, а у 38 (37,25%) больных наблюдается 2 и более ИППП. В связи с этим для ранней диагностики и в дальнейшем проведение эффективного лечения больных гонореей женщин необходимо, организовать работу в тесном контакте с акушерами-гинекологами, урологами и другими врачами разных специальностей.

Использованная литература:

1. Абидов А.М., Эшбаев Э.Х., Эшбаев Э.С., Абидов Х.А. Сўзак касаллигининг манбаи ва юқиш йўллариға замонавий ёндашув. // Научно-практический журнал. Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2017. № 2. С. 117-118.
2. Баткаев Э.А., Галлямова Ю.А., Енгоянц Г.М. Инфекции, передаваемые половым путем, и репродуктивное здоровье населения. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. № 6. С. 39-41.
3. Васильев М. М. Эпидемиология, диагностика и лечение больных с эрозивно-

- язвенными поражениями половых органов, ассоциированными с бактериальной инфекцией, а также с вирусами из семейства герпесов //Клиническая дерматология и венерология. 2009. № 1. С. 16-22.
4. Джесси Рассел. Гонорея. М., 2012. 62 с.
 5. Костюкова Н.Н. Бехало В.А. Эпидемический процесс гонореи в современном мире. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2009. № 1. С. 87-93.
 6. Молочков В. А., Гушин А. Е. Гонорея и ассоциированные инфекции. М., 2006. 208 с.
 7. Сафьянникова А. А. Эпидемиология сифилиса и гонореи в период социально-экономических преобразований (по материалам Иркутской области). Диссертация,канд. мед. наук. М., 2018. 166 с.
 8. Хабижанов А. Б. «Совершенствование лабораторной диагностики гонококковой инфекции. Автореф. дисс..... канд. мед. наук. М., 2008. с. 12.
 9. Хара А.И., Безкоровая Г.А. Рациональные подходы к культуральной диагностике гонококковой инфекции. Научно-практический журнал. Дерматовенерология и эстетическая медицина. Т. 2015. № 3 С. 97.
 10. Шакиров М.М., Баев А.И. Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. Распространенность инфекций, передаваемых половым путем среди женщин, обратившихся за медицинской помощью. Научно-практический журнал. Дерматовенерология и эстетическая медицина. М. 2017. № 2 С. 140.
 11. Шакиров М.М., Баев А.И. Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В. Результаты анкетного опроса пациентов, получавших медицинскую помощь по поводу ИППП. // Научно-практический журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». 2017..№ 2. С. 141.
 12. Эшбоев Э.Х., Собиркулов Ш.У. Бактериологическая диагностика гонококков и методы определения чувствительности к антибиотикам. Методическая рекомендация для врачей лаборантов. М., 2009. 28 с.
 13. Эшбоев Э.Х., Боймурзаев Н.И., Разинов А.А. Ўзбекистон Республикасида жинсий йўл орқали юкувчи инфекцияларнинг лаборатория диагностикаси хизмати тўғрисида. //Сборник научных статей VI съезда дерматовенерологов Республики Узбекистан. Т. 2011. С. 184-185.
 14. Bennet J.S. et al. Species status of *Neisseria gonorrhoeae*: evolutionary and epidemiological inferences from multilocus sequence typing // BMC Biol. -2007. Sep. 7(5).-P.35.
 15. Dayan L. et. al. Pelvic inflammatory disease//Aust. Fam. Physician. 2006. Nov. Vol. 35 (11). P.858-862.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ АССОЦИИРОВАННЫЕ ИППП

Р. М. Нарзикулов, Д. М. Абдуллаев, С. У. Тошев, Х. Д. Абдуллаев

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: гонорея, ассоциированные ИППП, воспалительное явление, терапия, цефтриаксон, азитромицин, химопсин, гентамицин, излечение.

Таянч сўзлар: сўзак, ассоциацияланган ЖИБЮИ, яллиғланиш белгилари, даволаш, терапия, цефтриаксон, азитромицин, химопсин, гентамицин, даво самараси.

Keywords: gonorrhea, STI associated inflammatory phenomenon, therapy, ceftriaxone, azithromycin, himopsin, gentamicin, cure.

В данной статье авторами разработан новый высокоэффективный комплексный метод лечения больных свежей торпидной, подострой гонореей у женщин, заключающееся в назначении цефтриаксона внутримышечно по 1 г. 2 раза в день в течение 3 дней, в одновременном сочетании азитромицина внутрь по 0,25 г. 2 раза в день, курсовая доза 3 г. и интравагинально суппозитории, состоящие из 2,0 г масла какао, 25 мг химопсина, 0,02 г гентамицина. В результате проведённой терапии показано быстрое купирование воспалительных процессов, 100% излечение и существенное снижение числа постгонорейных остаточных воспалительных явлений (7,7% против 53,8% в группе сравнения).

ЖИБЮИ БИЛАН АССОЦИАЦИЯЛАНГАН СЎЗАК БЕМОРА АЁЛЛАРНИНГ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ

Р. М. Нарзикулов, Д. М. Абдуллаев, С. У. Тошев, Х. Д. Абдуллаев

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада муаллифлар томонидан сўзакнинг янги ўткир ости, торпид даври учун янги юқори самарадорли комплекс даволаш усули ишлаб чиқилган. Беморда цефтриаксон мушак орасига 1 граммдан ҳар 12 соатда, жами 3 кун, азитромицин кунига 0,25 гр 2 марта, курс дозаси 3 гр ва маҳаллий даво сифатида кунига 2 марта, 5 кун давомида 2,0 гр какао ёғи, 25 мг химопсин, 0,02 гр гентамицин таркибли интравагинал суппозитория қўлланилди. Ўтказилган даво натижаларига кўра, яллиғланиш жараёни тез йўқолди, 100% этиологик самара ва постгонорейли яллиғланиш белгилари сезиларли даражада пасайиши аниқланди.

PRINCIPLES OF THERAPY OF PATIENTS WITH GONORRHEA IN WOMEN ASSOCIATED STI

R. M. Narzikulov, D. M. Abdullaev, S. U. Toshev, Kh. D. Abdullaev

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

A new, highly effective complex method of treatment of patients with torpid, subacute gonorrhea in women has been developed in the presented in the presented article. It includes administration of i/m ceftriaxon, 1g, 2 times daily for 3 days with simultaneous combination of oral azithromycin, 0.25 g 2 times daily with the course dosage of 3 g and intravaginal suppositories, consisting of 2.0 g of cacao oil, 25mg of chimopsin, 0.02 g of gentamycin. As a result of therapy rapid control of inflammatory processes, 100% of recovery and sufficient decrease of postgonorrheal residual inflammatory phenomena (7.7% against 53.8% in the group of comparison) took place.

Введение. Заболеваемость гонореей и борьба с ним является одной из актуальных медицинских и социально-экономических проблем, что связано с его пандемическим распространением, тенденцией к росту заболеваемости, отсутствием средств специфической профилактики и не всегда эффективным лечением [9, 11]. По оценке экспертов ВОЗ, эта инфекция поражает ежегодно не менее 62 млн. населения земного шара [9]. В связи с этим проблема совершенствования методов лечения больных гонореей остается важной и в настоящее время.

Социальная значимость гонореи во многом обусловлена высокой частотой постгонорейных осложнений, самым серьезным из которых является бесплодие (и др.) [5, 9].

Риск возникновения таких осложнений повышается при недостаточно качественной терапии, что может быть обусловлено наличием резистентных к антибиотикам штаммов гонококка и несовершенством имеющихся схем лечения [8, 11]. Сказанное относится и к широко используемому в лечении гонореи препарату – цефтриаксону. На сегодняшний день

в Узбекистане и в мире часто используемая методика для лечения, неосложнённой гонореи является однократное внутримышечное введение 0,25 г. цефтриаксона. Цефтриаксон по этой методике оказался эффективным в 95% случаев при лечении гонококкового цервицита, в 100% случаев при гонококковом фарингите и в 95% случаев при гонококковом проктите [9]. Однако начиная с конца 2010 года стали появляться многочисленные данные о недостаточной дозе этого препарата [8]. В связи с этим, разработка дозы цефтриаксона в терапии гонореи является важным и актуальным.

В настоящее время среди ИППП помимо гонореи на первый план выходят возбудители так называемых инфекций нового поколения, вызывающие воспалительные процессы мочеполовых органов, среди которых особое место занимают хламидиоз и уреаплазмозы [2, 4, 13]. Доказано, что ИППП являются наиболее частыми микробами-ассоциантами гонореи усложняя их течение и терапию [2, 4, 5, 6, 8]. Единственный представитель который действует на многие ИППП является азитромицин из класса азолидов, схожего с макролидами. Препарат способен проникать внутрь клетки многих инфекций, что делает его особенно привлекательным в лечении уретрита и цервицита, когда нет возможности провести полное обследование [13]. Азитромицин *in vitro* активен в отношении *N. gonorrhoeae*, а недавние клинические исследования приёма препарата в дозе первый день 1 г, последующие дни по 0,25 г до достижения курсовой дозы при свежей острой гонорее 1,5 г, при свежей торпидной и хронической – 2 г. оказался эффективным в 98% случаев. Недостаток азитромицина при такой дозе отмечали частые гастроинтестинальные расстройства (35%) [1, 9].

В последние годы в воспалительных процессах наряду с антибиотиками используют препараты, обладающие противовоспалительным, муколитическим, противоотечным действием, а также улучшающих специфическую и неспецифическую сопротивляемость организма. К таким средствам относятся протеолитические ферменты животного происхождения, в частности химопсин, нашедший широкое местное применение. Его положительный эффект при использовании в различных областях медицины отмечают многие авторы [6, 7, 12], однако в местной терапии гонореи он не применялся. В связи с этим представляет интерес изучение возможности совместного применения цефтриаксона, азитромицина и местно химопсина с гентамицином с целью повышения эффективности лечения.

Цель исследования: Разработка и изучение терапевтической эффективности комплексного патогенетически обоснованного метода лечения гонореей у женщин с учетом предупреждения рецидивов заболевания и снижения частоты постгонорейных осложнений.

Материалы и методы: В процессе работы были обследованы и прошли, назначенный курс лечения 39 больных гонореей женщин. Свежая торпидная гонорея была диагностирована у 20 (51,28%) больных, свежая подострая гонорея у 19 (48,72) женщин.

Всем пациентам проводились микробиологические исследования отделяемого мочеполового тракта: прямая микроскопия окрашенных мазков по Граму; посев на питательные среды для обнаружения влагалищных трихомонад и гонококков питательная среда «ЭС-1» и «ЭД-1» для выращивания гарднереллы, уреаплазмы, хламидии, микоплазм. Определение чувствительности гонококков к антибиотикам проводилось по методике Э.Х. Эшбоева и Ш.У. Собиркулова на среде «ЭС-1» и чувствительности ИППП к антибиотикам на среде «ЭД-1». Использовали стандартный диско - диффузионный метод. Длительность наблюдения за больными составила от 2 месяцев до 1 года.

Результаты и их обсуждения: Несмотря на этиологическое излечение гонореи, в настоящее время участились случаи постгонорейных воспалительных процессов в виде эндоцервицита и поражения внутренних органов гениталий. Предполагая, роль сопутствующей флоры в развитии постгонорейных воспалений было проведено комплексное лабораторное обследование больных. При этом установлено, что наиболее часто гонококки встречаются в ассоциации с трихомонадами (35,9%), гарднереллами (28,2%), уреаплазмами (25,6%), хламидиями (20,5%), грибами рода кандиды (23,1%). У 92,3% обследованных жен-

цин в отделяемом влагалища и цервикального канала были обнаружены стафилококки, стрептококки.

С целью выбора антибиотика, к которому была бы чувствительна указанная инфекция, проведено определение чувствительности к пенициллину, ампициллину, амоксициллину, доксициклину, гентамицину, канамицину, азитромицину, цефазолину, цефтриаксону, офлоксацину, ципрофлоксацину, левофлоксацину, эритромицину, цефиксиму, джозамицину, левомицетину.

Выяснено, что 100% случаев гонококки, были высокочувствительны к цефтриаксону, 97,4% к азитромицину и 89,7% к гентамицину сульфату. Это определило выбор антибиотика для специфической терапии гонорейного воспалительного процесса. Цефтриаксон применяли по 1,0 г. внутримышечно с интервалом 12 часов в течение 3 дней, азитромицин по 0,25 per os 2 раза в день, курс лечения 3 г. аэрикан 250 по 1 капс. 2 раза в день, 4 дня, флунол 50 мг 1 раз в день 7 дней.

Оценка терапевтической эффективности данного способа лечения показала, что при 100% этиологическом излечении в 53,8% случаев сохранился воспалительный процесс различной интенсивности, клинически проявляющийся в частности в виде эндоцервицита, в том числе у 23,1% больных в сочетании с эрозиями шейки матки.

Анализ литературы показал, что достаточно активными лекарственными средствами, способствующими повышению эффективности лечения хронических воспалительных заболеваний, являются протеолитические ферменты при использовании их в комплексной терапии патологии. Хорошие результаты при гнойных процессах получены с протеазой животного происхождения – химопсином.

Учитывая важную роль вагинальной флоры в поддержании воспаления, для более полного воздействия на патогенетические механизмы постгонорейного воспалительного процесса, было сочтено целесообразным, сочетать ферменты с антибиотиками, так как химопсин усиливает действие многих антибактериальных средств. Это основано на способности фермента, активно расщеплять и разжижать некротические массы, денатурированные белки, устранять питательную среду для микроорганизмов и улучшать проникновение антимикробных препаратов в очаг воспаления для тесного контакта с микробной клеткой. Известно, что химопсин обладает также иммуностимулирующим действием.

Совместному применению химопсина и гентамицина предшествовали опыты *in vitro*, в которых изучалось влияние фермента на антимикробную активность гентамицина. Установлено, что фермент усиливал активность антибиотика, так как зоны задержки роста составляли в среднем у гентамицина сульфата 20,9± 0,9 мм, в то время как с химопсином – 25,4± 0,9 мм ($p < 0,01$).

Таким образом, данные микробиологических исследований послужили основанием для использования при лечении больных гонореей комбинации химопсина с гентамицином в комплексе с цефтриаксоном и азитромицином.

На фоне лечения цефтриаксона, азитромицина, аэрикана и флунола больные получали местное лечение в течении 5 дней 2 раза в сутки вагинальные суппозитории, состоящие из 2,0 г масла какао, 25мг химопсина, 0,02 г гентамицина.

Излеченность гонореи наблюдали в 100%, остаточный воспалительный процесс лишь в 7,7% случаев. О высокой эффективности нового метода свидетельствуют и данные, полученные при изучении жизнеспособности гонококков при этой схеме лечения. Их гибель наступала через 4 – 16 часов от начала лечения.

Выводы: Установлено, что химопсин усиливает антибактериальное действие гентамицина сульфата ($p < 0,05$).

Предлагаемый метод предотвращает развитие рецидивов гонореи и существенно снижает число постгонорейных воспалительных явлений (7,7% против 53,8% в группе сравнения) ($p < 0,01$).

Разработанный метод лечения можно применять в амбулаторных условиях, когда нет

возможности провести полное обследование на ИППП больных гонореей женщин.

Использованная литература:

1. Газарян И. Ю. Азитромицин в терапии гонореи. Автореф. дисс..... канд. мед. наук. М., 1996. с 11.
2. Кисина В.И. Дорохина О.В., Колиева Г.Л. и др. Лечение гонорейной и хламидийной инфекций препаратами различных фармакологических групп. //Вестник дерматологии и венерологии. 2003. № 5. С. 82-90.
3. Кубанова, А.А. Антибактериальная терапия гонореи в свете последних международных рекомендаций. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2002. № 4. С. 364-378.
4. Магзумова Н.М., Камилжанова Д.К., Мадрахимова Н.Я. Современный подход к лечению супружеских пар с урогенитальной инфекцией.// Научно-практический журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». 2015. № 2. С. 245-248.
5. Мирсаидова М.А., Порсохонова Д.Ф., Ибрагимова Г.Р. Характеристика кольпоскопических изменений слизистой шейки матки, ассоциированных с некоторыми ИППП. // Научно-практический журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». 2016. № 1. С. 42-44.
6. Молочков В.А. и соавт. К эффективности комплексного лечения хронического осложненного урогенитального хламидиоза на основе системной ферментотерапии //Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008. № 3. С. 58-62.
7. Ремезов А.П., Кнорринг Г.Ю. Системная энзимотерапия в лечении инфекций передаваемых половым путем // Клиническая дерматология и венерология. 2005. № 1. С. 83-87.
8. Сехин С.В., Вознесенский Д.Л., Васильев М.М., Кубанов А.А. Определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2003. № 2. С. 175-182.
9. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиническая дерматовенерология. М., 2009. 713 с.
10. Эшбоев Э.Х., Собиркулов Ш.У. Бактериологическая диагностика гонококков и методы определения чувствительности к антибиотикам. Методическая рекомендация для врачей лаборантов. М., 2009. 28 с.
11. Miller R.E. Diagnosis and Treatment of Neisseria gonorrhoeae Infections. // Am. Family Phys. 2006. Vol. 73, № 10. P. 1779-1784.
12. Uffelmann K. Enzymtherapie zur Behandlung des Zoster. Eine kontrollierte Praxisstudie an 115 Patienten im Vergleich eines Enzymkombination präparates mit Inosiplex. // Der Allgemeinarzt. 1996. № 2. S. 146-156.
13. Steiner K.C., Davila V., Kent C.K. et al. Delivered Therapy Increases Treatment for Chlamydia and Gonorrhea. // Am. J. Public Health. 2003. - Vol. 93, № 4. - P. 882-884.

ВЫБОР ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА У ДЕТЕЙ**А. А. Насыров, Х. Н. Хотамов, Ш. Ш. Холметов**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: дети, мочекаменная болезнь (МКБ), нефролитиаз, первичный гиперпаратиреозидизм (ПГПТ), хирургическое лечение.

Таянч сўзлар: болалар, сийдик-тош касаллиги (СТК), нефролитиаз, бошланғич гиперпаратиреозидизм (БГПТ), жарроҳлик даволаш.

Keywords: child, urolithiasis, primary hyperparathyroidism, surgical treatment.

У 52 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, больных мочекаменной болезнью на основании клинико-биохимических и инструментальных исследований диагностирован первичный гиперпаратиреозидизм ПГПТ. ПГПТ проявляется тяжелыми формами нефролитиаза: двусторонним одиночным (32,6%), двусторонним множественным (36,5%), рецидивирующим (59,6 %). Коралловидные камни отмечались в 45 (51,1%) почках. Гиперпаратиринемия-гиперкальциемия возникшие после литотомии успешно лечились консервативно, при неэффективности ее определялись показания к гемодиализу и ПТЭ. У больных с обтурационной уropатией перспективным представляется предварительное наложение ЧПНС, что оправдано малотравматичностью метода и патогенетическим подходом к выбору первичного вмешательства при нефролитиазе гиперпаратиреозидного генеза.

БОЛАЛАРДА БОШЛАНҒИЧ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМНИНГ БУЙРАК ШАКЛИДА АСОСИЙ ЖАРРОҲЛИК ЁРАДИМИНИ ТАНЛАШ**А. А. Насыров, Х. Н. Хотамов, Ш. Ш. Холметов**

Ташкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

1 ёшдан 15 ёшгача бўлган 52 нафар болада клиник, биокимёвий ва инструментал тадқиқотлар асосида уrolитиазали беморлар БГПТ касалига қўйилган. БГПТ нефролитиазининг оғир шакллари билан ифодаланади: икки томонлама (32,6%), икки томонлама қўпайиш (36,5%), такрорий (59,6%). Буйракларнинг 45 (51,1%) қисмида мармартослар қайд этилган. Литотомиядан кейин пайдо бўлган гиперпаратиринемия-гиперкальциемия консерватив тарзда муваффақиятли даволанди, унинг самарасизлиги, гемодиализ ва ПТЭ кўрсаткичлари аниқланди. Обструктив уropати билан оғриган беморларда ЧПНС нинг олдиндан қўлланиши умид бахш этади, бу паст таъсирли усул ва гиперпаратиреозид генезидаги нефролитиазага бошланғич аралашувни танлашда патогенетик ёндашув билан оқланади.

CHOICE OF PRIMARY SURGICAL HELP WITH KIDNEY FORM OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM IN CHILDREN**A. A. Nasyrov, Kh. N. Hotamov, Sh. Sh. Kholmetov**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

The primary hyperparathyroidism (PHPT) was diagnosed in 52 children with urolithiasis aged from 12 months to 15 years on the basis of use of clinical-biochemical and instrumental examinations. PHPT was manifested as severe forms of nephrolithiasis: bilateral single (32,6%), bilateral multiple (36,5%), and recurrent (59,6%) form. The staghorn calculi were noted in 45 (51,1%) kidneys. Hyperparathyrinemia-hyperparacalcemia occurred after lithotomy was successfully treated with conservative approach, in cases of lithotomy inefficacy there were identified indications for hemodialysis and parathyroidectomy. The authors believed that in the patients with obturation uropathy the preliminary formation of the percutaneous puncture nephrostomy seems to be advantageous that is justified by less injury of this method and pathogenic approach to the choice of the primary intervention in nephrolithiasis of hyperparathyroid genesis.

Актуальность проблемы: нефролитиаз при первичном гиперпаратиреозидизме характеризуется быстрым ростом камней, двусторонним поражением, множественными, коралловидными камнями, частотой рецидивирования и тяжелыми осложнениями. Причинами, вызывающими камнеобразование в почках при первичном гиперпаратиреозидизме (ПГПТ) являются гиперкальциурия, гиперфосфатурия, и нарастание рН мочи. (Джавад-Заде С. М. 1999; Филимонов В.Г. с соавт., 2002; Osborne C. A. et.al. 1999; Ogawa Y. et.al. 2000). Полагают, что после установления диагноза ПГПТ первым этапом лечения необходимо выполнять паратиреоидэктомию (ПТЭ), что предупреждает рецидив камнеобразования и развитие ги-

перикальцимического криза, который чаще наблюдается у детей [Потемкин В.В. 1999.; Strewler G. J. 1995.; Cronin C. S. et. al. 1996].

Не менее актуальной остается проблема хирургического лечения детей с осложненными формами нефролитиаза при ПГПТ. Следует также отметить, что биохимические процессы, происходящие в организме детей с ПГПТ, могут ухудшать течение послеоперационного периода и требуют индивидуального подхода при выборе этапности и сроков хирургического лечения нефролитиаза и ПГПТ у детей [Wu L.S. et.al., 2007].

Цель исследования: Уточнить показания к первичному хирургическому вмешательству у детей больных почечной формой первичного гиперпаратиреозидизма.

Материал и методы: с 1992 по 2009 годы подвергались обследованию 2100 детей больных мочекаменной болезнью в возрасте от 1 года до 15 лет, из них у 52 (2,47%) детей на основании клинико-биохимических и инструментальных исследований, диагностировали первичный гиперпаратиреозидизм. Исследовали содержание общего кальция и неорганического фосфора в крови и в суточной моче, ионизированный кальций, нагрузочные пробы с кальцием и хлористым натрием, содержание паратиреоидного гормона (ПТГ), кальцитонина (КТ), витамина Д и циклического 3,5-аденозинмонофосфа (цАМФ) в сыворотке крови. Из инструментальных методов особое внимание уделяли рентгенденситометрии костей кисти и ультразвуковой остеометрии.

Детям больным нефролитиазом ПГПТ генеза выполнены следующие виды хирургических вмешательств:

1. паратиреоидэктомия (29).
2. чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) (9).
3. удаление камней из мочевыводящих путей (14).

При этом выбор первичной литотомии или паратиреоидэктомии зависел от превалирования осложнений нефролитиаза и первичного гиперпаратиреозидизма.

Результаты исследования. Исследованиями было подтверждено, что ПГПТ проявляется тяжелыми формами нефролитиаза. Из 88 почек пораженных конкрементом двусторонние одиночные камни отмечались у 17(32,6%) детей, двусторонние множественные у 19 (36,5%), рецидивные у 31 (59,6 %) ребенка и камневыведение наблюдался у 48 (92,3%) детей (табл. 1).

Коралловидные камни наблюдались в 45 почках (51,1%), против 22 (28,9%) почек у детей контрольной группы.

При первичном обследовании больных нефролитиазом ПГПТ генеза у 14 (26,9%) детей отмечена клиника обструктивной уropатии. На обзорной рентгенограмме обнаружены обтурирующие камни (слепок лоханки - у 8, лохано-мочеточникового сегмента - у 4 и мочеточниковые - у 2 детей). На эходоплерограмме регистрировалось резкое снижение уретеро-везикального выброса мочи (<0,10 м/сек). Дефицит секреторной функции почек на стороне предполагаемой операции в среднем составил 39,7%. Этим детям первично проводили операции на мочевыводящих путях с целью восстановления уродинамики, ПТЭ откладыва-

Таблица 1.

Частота и характер нефролитиаза у обследованных детей

Нефролитиаз	МКБ без ПГПТ n=54 (контроль)	ПГПТ n=52	Всего
Односторонний одиночный камень	23 (42,5%)	12 (23,0%)	35 (33,0%)
Односторонние множественные камень	12 (22,2%)	4 (7,6%)	16 (15,0%)
Двусторонние одиночные камни	10 (18,5%)	17 (32,6%)	27 (25,4%)
Двусторонние множественные камни	9 (16,6%)	19 (36,5%)	28 (26,4%)
Рецидивные камни почек	6 (14,3%)	31 (59,6%)	37 (34,9%)

ли на следующий этап. Основанием для этого считали риск возникновения гипокальциемии после ПТЭ, что могло привести к спазму гладкой мускулатуры лоханки и мочеточника [Смирнов В. В. с соавт., 2002].

У 9 (17,3%) детей первичная хирургическая помощь заключалась в предварительной высокой деривации мочи методом ЧПНС. У 2 детей ЧПНС было установлено с двух сторон. Показанием для высокой деривации мочи у 6 детей были, резкое снижение уретероветикального выброса мочи ($<0,03$ м/сек), на рентгенограмме и динамической нефросцинтиграфии снижение функции почки составила в среднем 58,6%, (мочевина повышалась до $13,6 \pm 1,6$ ммоль/литр, креатинин $120,6 \pm 5,7$ мкмоль/литр). У 3 детей обострение хронического калькулезного пиелонефрита сопровождалось болевым и гипертермическим синдромом ($38-39^{\circ}\text{C}$). Данный метод первичного хирургического лечения позволил избежать таких грозных осложнений как уросепсис, бактериотоксический шок, гнойный пиелонефрит, обострение хронической почечной недостаточности и др.

У 29 (55,7%) детей почечные камни не препятствовали оттоку мочи, калькулезный пиелонефрит был в стадии ремиссии. Первичное хирургическое вмешательство этим детям начинали с паратиреоидэктомии с последующим удалением камней из мочевыводящих путей.

У детей первично оперированных на мочевыводящих путях по причине обтурирующих камней (14 детей) в раннем послеоперационном периоде (1-5 день) у 7 (50%) детей наблюдалось ухудшение общего состояния, появились боли за грудиной и в подложечной области, боли отмечались так же в костях и в суставах. Отмечена многократная рвота (до 4-6 раз) и гипертермия до $39 - 40^{\circ}\text{C}$. Беспокойство больных сменялось сонливостью, уменьшался диурез. Пульс учащался до 140-150 ударов в минуту, повышалось артериальное давление ($130-140/90-100$ мм. рт. ст.).

Биохимические исследования крови показали повышение уровня кальция в 1,3 раза и паратиреоидного гормона в 1,37 раза. Значительная гиперкальциемия (до 4,0 ммоль/литр) и гиперпаратиринемия (до 181,7 пг/мл) наблюдалась у двух (13,5%) больных, что сопровождалось резким снижением функции почек (мочевина 12,4-16,9 ммоль/литр и креатинина 158,0-190,3 мкмоль/литр). Постепенно нарастали уровни кальция, ПТГ, мочевины и креатинина, что требовало интенсивной коррекции паратиреоидной и уремической интоксикации.

С появлением первых признаков уремии и гиперкальциемии форсировали диурез (фуросемид (20-40 мг в/в) под контролем диуреза и уровня электролитов). Клубочковую экскрецию кальция повышали инфузией 0,9% раствора хлорида натрия (150-200 мл/час). С целью уменьшения всасывания кальция в кишечнике и повышения его экскреции с мочой применяли преднизолон (30 мг/сутки), в качестве антагониста кальция использовали раствор сульфата магния (25% раствор по 5-10 мл). Для уменьшения высвобождения кальция и улучшения его фиксации в костях назначали кальцитонин (4 ед/кг/сутки в 300 мл изотонического раствора хлорида натрия). У 5 детей консервативная терапия дала ожидаемый результат, купировались уремия и гиперкальциемия. У двух больных в виду безуспешности консервативной терапии проведен гемодиализ.

После уменьшения интоксикации и улучшения общего состояния проводили паратиреоидэктомию. Были удалены солитарные аденомы паращитовидной железы, состоящие из оксифильных клеток, размером до 2 см. Послеоперационный период протекал гладко, уровни ПТГ и кальция нормализовались в первые сутки после ПТЭ, содержание мочевины и креатинина постепенно снизилось до нормальных величин.

Остальным 12 (85,7%) детям ПТЭ проводили в течение 15-45 дней после первичной операции в зависимости от исчезновения клиническо- лабораторных признаков обструктивного пиелонефрита.

Из 24 (46,1%) детей, которым первично была выполнена ПТЭ у 10 (41,6%) детей в послеоперационном периоде наблюдалась выраженная гипокальциемия и гипопаратиринемия. Клинические симптомы гипопаратиреоза появились в первые часы после ПТЭ и постепенно

нарастали. Ведущее место в клинической картине гипопаратиреоза занимало повышение нервно-рефлекторной возбудимости мышечного аппарата с периодическим возникновением тонических судорог. Были положительны симптомы Хвостека, Вейса. Отмечались слабые боли в конечностях, которые сопровождались парестезией и ощущениями «ползания мурашек».

У всех детей после ПТЭ отмечено снижение в сыворотке крови концентрации общего (до $1,6 \pm 0,07$ ммоль/л) и ионизированного кальция (до $0,73 \pm 0,05$ ммоль/л), ПТГ - до $56,2 \pm 2,1$ пг/мл, витамина Д до $9,3 \pm 0,8$ пг/мл. Неорганический фосфор в крови повышался до $2,47 \pm 0,05$ ммоль/л, а в моче до $9,1 \pm 1,2$ ммоль/сутки, что могло быть обусловлено усиленной его реабсорбцией в почечных канальцах. Очевидно, при гипопаратиринемии и гипокальциемии происходит спазм проксимальных и дистальных почечных канальцев, что проявлялось повышением уровня креатинина ($108 \pm 9,1$ мкмоль/литр) и снижением суточного диуреза до 40%.

На ЭКГ у всех детей в послеоперационном периоде отмечено укорочение интервала S-T, удлинение интервала Q-T и изоэлектрического интервала S-T – что могло быть свидетельством внутриклеточной гипокальциемии.

Симптомы гипокальциемии купировались внутривенным введением 2-5 мл 10% хлористого кальция на физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы, каждый 6-8 часов.

После купирования острых клинических признаков гипокальциемии подбирали оптимальные дозы кальция для перорального приема (кальций хлорид по 0,75-1 г/сутки, кальций глюконат 3-5 г/сутки, кальций лактат 2-2,5 г/сутки.), назначали витамин Д и его метаболиты. Симптомы гипокальциемии постепенно уменьшались и исчезали через 1,5 – 2 месяца, а операции на почках и МВП проводились не ранее чем 2-2,5 месяца после ПТЭ. За это время нормализовались уровень кальция и кальций регулирующих гормонов. Нормализовались функциональные показатели сердечно-сосудистой и нервно-психической системы, исчезли симптомы гиперпаратиринемии и гиперкальциемии.

У детей, которым первично была произведена ЧПНС гипер- и гипокальциемия не наблюдались. Сроки проведения ПТЭ этим больным выбирали индивидуально (5-15 дней) в зависимости от восстановления функции дренированной почки, уменьшения гнойно-воспалительного процесса и симптомов эндотоксемии.

Заключение. Таким образом, выбор предмета для первичного хирургического вмешательства при нефролитиазе ПГПТ генеза должен определяться характером и тяжестью уродинамических осложнений. Гиперпаратиринемия, гиперкальциемия возникшие после литотомии могут успешно лечиться консервативно, при неэффективности ее показаны гемодиализ и ПТЭ. Больным, которым первично осуществлена литотомия или высокая деривация мочи, ПТЭ целесообразно выполнять по исчезновении симптомов интоксикации, уменьшении гнойно-воспалительного процесса и восстановлении функции дренированной почки (на 15-45 сутки).

Гипокальциемия возникшая после ПТЭ приводит к спазму проксимальных и дистальных почечных канальцев, и может осложняться олигоурией, повышением уровня креатинина в сыворотке, что требует интенсивной терапии препаратами кальция и витамина Д. Оптимальным сроком вмешательства на мочевыводящих путях после ПТЭ следует признать 2-2,5 месяца.

У больных с обтурационной уropатией перспективным представляется предварительная высокая деривация мочи путем наложения ЧПНС, что позволит соблюдать патогенетически обоснованный подход к выбору первичного вмешательства при нефролитиазе гиперпаратиреоидного генеза.

Использованная литература:

1. Джавад-Заде С. М. Современный взгляд на патогенез, течение и лечение мочекаменной болезни. // Урология и нефрология. 1999. №5. С.10-12.
2. Потемкин В. В. Клиника и лечение гиперкальциемического криза.//Врач. 1999.-№3.- с. 32-34.
3. Филимонов Г. В., Васильев П. Ф., Ахмедова Ф. Б. и др. Почечная форма первичного гиперпаратиреоза. Радиология-практика 2002; 3: 28-31.
4. Baggio B. Association of primary hyperparathyroidism with cystinuria in a recurrent renal stone – forming patient.//Nephrol. Dial. Transplant. 2003; 18(3): 623.
5. Cronin C.S, Reeve T.S, Robinson B. et. al. Primary hyperparathyroidism in childhood and adolescence.. //J. Paediatr Child Health 1996 Oct;32(5):397-9.
6. Corbetta S., Baccarelli A., Aroldi A. et. al. Risk factors associated to kidney stones in primary hyperparathyroidism. J. Endocrinol. Invest. 2005; 28 (2): 122-128.
7. Mc. Evoy G 1996) (ed): Calcium salts. In AHFS Drug Information. Bethesda, MD. American Society of Hospital Pharmacists, 1996, pp 1862-1863.
8. Osborne C. A., Lulich J. P. Risk and protective factors for urolithiasis. What do they mean? //Vet. Clin. Am. Small. Anim. Pract. 1999. Vol. 29, №1. p. 39 – 43.
9. Ogawa Y., Miyazato T., Hatano T. Oxalate and Urinary Stones //World J. Surg. 2000. Vol. 24. №10. P. 1154-1159.
10. Wu LS, Wu CT, Hsu LA, Luqman N, Kuo CT. Brugada-Like electrocardiographic sample and ventricular fibrillation on patient with primary hyperparathyroidism.// Europace. 2007 March; 9(3):172-4.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЮ ИЗ ПЕЧЕНИ

К. Э. Рахманов

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: эхинококкоз печени, комплексное лечение, качество жизни.

Таянч сўзлар: жигар эхинококкози, комплекс даволаш, ҳаёт сифати.

Keywords: liver echinococcosis, complex treatment, quality of life.

Основу для исследования составили 371 больной с эхинококкозом печени, поступивших в отделения хирургии 1-ой и 2-ой клиники Самаркандского Государственного медицинского института. Разработанный оптимальный комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий изменил качество жизни больных: на отлично с 5,9% до 83,0%, хорошо – с 64,7% до 15,1%, удовлетворительно – с 17,6% до 1,9% и неудовлетворительно – с 11,8% до 0%.

ЖИГАРДАН ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИ

К. Э. Рахманов

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Самарканд давлат тиббиёт институтининг 1-чи ва 2-чи клиникаларининг хирургия бўлимларида операция ўтказган 371 нафар бемор тадқиқот асосини ташкил қилди. Ишлаб чиқилган оптимал комплекс даволаш – диагностика ва касаллик қайталанишини олдини олиш чора-тадбирлари беморлар ҳаёт сифатини қўйидагича ўзгартирди: аъло 5,9% дан 83,0% гача, яхши – 64,7% дан 15,1% гача, қониқарли – 17,6% дан 1,9% гача ва қониқарсиз – 11,8% дан 0% гача.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER LIVER ECHINOCOECSTOMY

K. E. Rakhmanov

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The basis for the study was 371 patients with liver echinococcosis, admitted to the departments of surgery of the 1st and 2nd clinic of the Samarkand State Medical Institute. The optimal complex of medical-diagnostic and prophylactic measures developed has changed the quality of life of patients: excellent from 5.9% to 83.0%, good from 64.7% to 15.1%, satisfactory from 17.6% to 1, 9% and unsatisfactory - from 11.8% to 0%.

Актуальность. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день не удалось заметно продвинуться в вопросах профилактики рецидива заболевания. Среди хирургов отсутствует единое мнение в определении понятия, причин, формы и характера рецидива, не достигнут консенсус в вопросах интраоперационной противопаразитарной обработки стенки фиброзной капсулы, недостаточное внимание уделяется роли резидуальных кист.

Высокая частота заболеваемости эхинококкозом, неуклонный рост числа его осложненных форм диктуют необходимость дальнейшего совершенствования способов ранней диагностики, лечения и профилактики этого распространенного и тяжелого заболевания. Не решены вопросы выбора оптимальной тактики хирургического лечения, повышения радикальности и антипаразитарности вмешательства, снижения его травматичности, проведения послеоперационной реабилитации и диспансерного наблюдения больных с эхинококкозом, что, безусловно, подтверждает актуальность настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Основу для исследования составили 371 больной с эхинококкозом печени, поступивших в отделения хирургии 1-ой и 2-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института.

В 2005-2008 гг. мы оперировали 145 (39,1%) больных, у которых обработка остаточной полости проводилась 2-5% раствором формалина. Эти пациенты составили контрольную группу. Во 2-ю группу сравнения включены 111 (29,9%) больных, оперированных в 2009-2012 гг., у которых для обработки остаточной полости использовали 80-100% глицерин комнатной температуры. В 3-ю основную – группу вошли 115 (31,0%) больных, опери-

рованных в 2013-2017 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, подогретый до 70°C, а при осложненном – горячим глицерином в сочетании с УЗНЧ. Кроме того, тактика лечения больных основной группы отличалась от таковой в контрольной и группе сравнения тем, что выбор оптимального хирургического доступа к кисте был более дифференцированным.

Результаты исследования. С 2012 г. определяли качество жизни пациентов перенесших эхинококкэктомиию из печени по разработанной нами программе (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 05631, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Программа для определения качества жизни пациентов перенесших эхинококкэктомиию печени»), включающая в себя объективные и субъективные признаки, инструментальные данные по которым можно оценить физическую, психическую и социальную повседневную деятельность пациентов перенесших эхинококкэктомиию из печени (табл. 1, 2, рис. 1).

По наличию набранных баллов из опросника по объективным и субъективным признакам в послеоперационном периоде оценивали качество жизни каждого больного. Больных набравших от 81 до 100 баллов оценивали как «отлично», от 61 до 80 баллов – «хорошо», от 41 до 60 баллов – «удовлетворительно» и больные набравшие баллы ниже 40 оценивались как «неудовлетворительно».

По разработанной программе определения качества жизни пациентов перенесших эхинококкэктомиию из печени оценены 102 (30,0%) больных из 340 наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 17 больных из контрольной группы, 32 больных из группы сравнения и 53 больных из основной группы (табл. 3).

Таблица 1.

Объективные критерии для определения качества жизни пациентов, перенесших эхинококкэктомиию из печени

№	Критерии	Характеристика критерий	Баллы
1.	Срок нахождения дренажной трубки в остаточной полости	3 мес. и более	0
		1-3 мес.	3
		10 – 30 дней	7
		Дренажная трубка отсутствует	10
2.	Характер жидкости из дренажной трубки	Гнойное выделение	0
		Желчь	3
		Серозная жидкость	7
		Дренажная трубка отсутствует	10
3.	Динамика размеров остаточной полости по данным инструментального исследования (УЗИ, МСКТ)	Сокращений нет	0
		Сократилась на 1/3	3
		Сократилась на 2/3	7
		Нет остаточной полости	10
4.	Резидуальная киста по данным инструментального исследования (УЗИ, МСКТ)	Более 5см	0
		3-5 см	3
		1-3 см	7
		Нет кисты	10
5.	Объективный осмотр передней брюшной стенки	Гнойный или желчный свищ	0
		Грыжевое выпячивание по послеоперационному рубцу	3
		Грубый послеоперационный рубец	7
		Нежный послеоперационный рубец	10

Таблица 2.

**Субъективные критерии для определения качества жизни пациентов,
перенесших эхинококкэктомия из печени**

№	Вопросы	Ответы на вопросы	Баллы
1.	Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
2.	Устраивает ли Вас косметический результат операции?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
3.	Как Вы в целом оцениваете результат операции?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
4.	Как Вы оцениваете свою физическую Активность?	Плохо	0
		Удовлетворительно	3
		Хорошо	7
		Отлично	10
5.	Как Вы перенесли химиотерапию?	Химиотерапию не принимал(а)	0
		Плохо	3
		Хорошо	7
		Отлично	10

ПРОГРАММА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЮ ПЕЧЕНИ

Рус Узб

Объективные критерии:

Срок нахождения дренажной трубки в остаточной полости:

☐ 3 мес. и более ☐ 10 - 30 дней

☐ 1-3 мес. ☐ Дренажная трубка отсутствует

Характер жидкости из дренажной трубки:

☐ Гнойное выделение ☐ Серозная жидкость

☐ Желчь ☐ Дренажная трубка отсутствует

Динамика размеров остаточной полости по данным УЗИ, МСКТ:

☐ Сокращенный нет ☐ Сократилась на 2/3

☐ Сократилась на 1/3 ☐ Нет остаточной полости

Резидуальная киста по данным УЗИ, МСКТ:

☐ Более 5см ☐ 1-3 см

☐ 3-5 см ☐ Нет кисты

Объективный осмотр передней брюшной стенки:

☐ Гнойный или желчный свищ ☐ Грубый послеоперационный рубец

☐ Грыжевое выпячивание по рубцу ☐ Нежный послеоперационный рубец

Субъективные критерии:

Как вы оцениваете общее состояние своего здоровья?

☐ Плохо ☐ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Устраивает ли вас косметический результат операции?

☐ Плохо ☐ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Как вы в целом оцениваете результат операции?

☐ Плохо ☐ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Как вы оцениваете свою физическую активность?

☐ Плохо ☐ Хорошо

☐ Удовлетворительно ☐ Отлично

Как вы перенесли химиотерапию?

☐ Химиотерапию не принимал(а) ☐ Хорошо

☐ Плохо ☐ Отлично

Баллар: 85 Оценка качества жизни: Отлично

Оценка **Очистить** **Выход**

Рис.1. Программа для определения качества жизни пациентов, перенесших эхинококкэктомия печени

Таблица 3.

**Распределение больных в зависимости от оценивания
качества жизни в послеоперационном периоде**

Исследуемые группы	Оценивание больных							
	Отлично		Хорошо		Удов.		Неудов.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Контрольная группа (n=17)	1	5,9	11	64,7	3	17,6	2	11,8
Группа сравнения (n=32)	8	25,0	20	62,5	4	12,5	-	-
Основная группа (n=53)	44	83,0	8	15,1	1	1,9	-	-
Всего (n=102)	53	51,9	39	38,2	8	7,8	2	1,9

Как видно из таблицы 3 качество жизни больных в основной группе улучшилось в отличие от пациентов контрольной группы и группы сравнения.

Выводы. Применение внедренного комплекса лечения способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 13,1 до 4,3%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза.

Разработанный оптимальный комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий изменил качество жизни больных: на отлично с 5,9% до 83,0%, хорошо – с 64,7% до 15,1%, удовлетворительно – с 17,6% до 1,9% и неудовлетворительно – с 11,8% до 0%.

Использованная литература:

1. Гостищев В. К. и др. Гомеопатия в лечении эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и хронической обструктивной болезнью легких //Традиционная медицина. 2014. №. 2. С. 18-27.
2. Курбаниязов З. Б. и др. Совершенствование хирургического лечения эхино-коккоза легких // Актуальные вопросы современной пульмонологии. Ма. 2018. С. 107.
3. Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Рахманов К. Э. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени //Вісник наукових досліджень. 2016. №. 1.
4. Шамсиев А. М. и др. Выбор методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Шпитальна хірургія. 2016. №. 4. С. 76-79.
5. Azamat S. et al. The role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //European science review. 2016. №. 5-6.
6. Nazyrov F. G. et al. Шляхи покращення результатів хірургічного лікування ехінококкоза печінки // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2018. Т. 8. №. 3 (29). С. 39-43.
7. Shamsiev A. M. et al. Modern aspects of morphology, recidivation diagnostic of the liver echinococcosis // Problems of biology and medicine. 2015. №. 3. С. 84.
8. Shamsiev J. A. et al. Differentiated surgical approach in treatment of echinococcosis of the liver //International Journal of Academic Research and Development. 2017. Т. 2. №. 4. С. 78-80.

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ****Б. З. Турובה**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дети и подростки, клиническое течение.

Таянч сўзлар: Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, болалар ва ўсмирлар, клиник кечиши.

Keywords: gastric and duodenal ulcer, children and adolescents, clinical course.

Ретроспективно исследовано 65 историй болезней детей и подростков с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Выявлено, что более тяжелые клинические проявления заболевания встречаются в подростковом возрасте по сравнению с детьми школьного возраста. При этом полная клинико-эндоскопическая ремиссия была вызвана всего у половины больных после комплексного лечения, что говорит о необходимости совершенствования данной патологии.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ЯРА КАСАЛЛИГИ: ХОЗИРГИ ЗАМОН ХУСУСИЯТЛАРИ**Б. З. Турובה**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан бўлган 65 болалар ва ўсмирларда ретроспектив текширув ўтказилди. Ўсмир ва мактаб ёшдаги болаларни қассалик кўринишини таққослашганда, ўсмир даврида оғирроқ кечишини аниқланди. Шу билан бирга комплекс даволашдан кейин айрим беморларда тўла клиник – эндоскопик ремиссия юзига келди, бу эса ушбу патологияни яхшилаш зарурлигини кўрсатмоқда.

**ULCER DISEASE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS:
CLINICAL COURSE FEATURES AT THE CONTEMPORARY STAGE****B. Z. Turobova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

65 case histories of children and adolescents with gastric and duodenal ulcers have been retrospectively studied. It has been revealed that the most severe clinical manifestations occur in adolescent age compared to the age of school children. Complete clinical endoscopic remission was only produced in half of patients following a complex treatment that is the evidence of necessary improvement of the given pathology.

Актуальность исследования. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, несмотря на достигнутые успехи по изучению этиологии и патогенеза, разработке основных принципов диагностики и лечения, а также свою многовековую историю, продолжает вызывать интерес, как с научной, так и с практической точки зрения. Это связано с ее частым распространением, рецидивированием, развитием тяжелых осложнений, приводящих к снижению качества жизни больных любого возраста. Язвенная болезнь у детей распространена в разных странах мира и имеет тенденцию к увеличению, при этом статистика точной частоты отсутствует [1, 2]. Внедрение в педиатрической практике современных методов диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной области позволило улучшить их диагностику на ранних этапах развития болезни. В то же время, малые временные промежутки клинической ремиссии при частых рецидивах болезни говорят о недостаточном качестве лечения и реабилитации больных детей и подростков [1, 2, 3].

Цель исследования: изучить некоторые клинико-эпидемиологические и морфофункциональные особенности эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование, включающее анализ 65 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Самаркандского областного детского медицинского специализированного центра, с диагнозом: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения. Наблюдения проведены в период с января 2016 по январь 2018 года. Часть

больных наблюдалась в динамике во время их пребывания в стационаре по поводу обострения процесса. Для оценки физического развития применяли перцентильные таблицы значений роста и массы тела детей разного пола и возраста.

Результаты исследования. В результате ретроспективного исследования выявлено, что возраст детей составил от 7 до 16 лет. При этом установлено, что в структуре язвенной болезни у детей преобладала язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 57 пациентов (87,6%), значительно реже отмечалась язвенная болезнь желудка (12,4%). При выяснении паритета обнаружено, что язвенная болезнь у мальчиков встречалась чаще, чем у девочек (56,9% против 43,1%) ($p < 0,01$). Разгар заболевания язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки пришелся в среднем на $13,2 \pm 1,1$ лет, что свидетельствует о возникновении деструктивных язвенных изменений преимущественно в подростковом возрасте. Рецидивирование язвенной болезни желудка (более двух раз за 5 лет) в 1,5 раза чаще диагностировали у мальчиков, чем у девочек.

При изучении места жительства детей с язвенной болезнью выявлено, что городские дети преобладали чаще в изучаемой выборке, чем сельские (66,1% и 33,9% соответственно; $p < 0,001$). При изучении наследственности по развитию язвенной болезни выявлено, что отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы отмечена у 49 детей и подростков, что составило 75,3%. В 60% случаев отягощенная наследственность отмечалась по отцовской линии, в 10 случаях (15,3%) от хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки страдали оба родителя. Отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии в 1,8 раза чаще отмечалась у мальчиков, чем у девочек.

Также нами проводилась оценка физического развития детей с язвенной болезнью. При соотношении показателей физического развития по центильным таблицам было выявлено, что наиболее часто (в 50,7%) отмечалось физическое развитие соответствующее степени «среднее и выше среднего гармоничное и дисгармоничное». Физическое развитие «высокое, очень высокое гармоничное и дисгармоничное» наблюдалось у 27,7% пациентов. Ниже среднего и низкое гармоничное и дисгармоничное физическое развитие отмечено только у 14 пациентов (21,5%).

При обострении язвенной болезни наиболее частыми жалобами детей были: боли в животе (96,1%), изжога (76,9%), тошнота (63,0%), снижение аппетита (29,2%), отрыжка кислым (43,0%), отрыжка тухлым (13,8%), эпизодическая рвота (33,8%). Все симптомы желудочной диспепсии достоверно коррелировали с увеличением возраста ребенка ($r = -0,603$, $p < 0,01$). Следует отметить, что боль в животе, изжога, отрыжка, тошнота достоверно чаще отмечались у мальчиков, чем у девочек. При сопоставлении степени проявления симптомов желудочной диспепсии с наличием или отсутствием отягощенной наследственности было выявлено, что у детей которые имели отца или обоих родителей с хроническими гастродуоденальными заболеваниями выраженность болевого синдрома, проявления изжоги, частота повторной рвоты была выше в этой группе по сравнению с детьми без отягощенной наследственности ($p < 0,01$; $p < 0,05$; $p < 0,05$ соответственно).

Нам представился интерес сопоставить степень клинических проявлений с возрастом больных детей, так, оказалось, что у детей в возрасте до 12 лет с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки чаще встречались такие характеристики болевого абдоминального синдрома, как околопупочная локализация, возникновение боли после еды, боль также была слабой по интенсивности и кратковременной по продолжительности и проходила самостоятельно. В отличие от детей, в подростковом возрасте боли принимали более локализованный и очерченный характер: достоверно чаще встречались боли натощак, средние или очень сильные по интенсивности, боли были длительными и уменьшались после приема пищи или антацидов. У детей младшего школьного возраста, при сборе жалоб выявлено, что у них чаще наблюдались симптомы, характерные для дискинетического варианта диспепсии, а у подростков чаще проявляется изжога.

У детей подросткового возраста обращали на себя внимание частые жалобы обще-

невротического характера: головные боли (29,2%), нарушения сна (18,4%), боли в области сердца (16,9%), раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость (50,7%). При общеклиническом исследовании выявлено, что почти все дети поступали в стационар в состоянии средней тяжести (92,3%), состояние остальных было расценено как тяжелое в связи с подозрением на желудочное кровотечение (7,7%), этот контингент детей после подтверждения осложнений был переведен в отделение детской реанимации. При обследовании болезненность при пальпации в эпигастральной и пилородуоденальной области отмечалась у всей выборки пациентов (100%). В стационаре всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, а также ультразвуковое исследование гастропанкреатодуоденальной зоны и эзофагогастродуоденоскопия, исследования проводились в динамике.

При углубленном клинико-инструментальном исследовании детей и подростков выявлена высокая частота сопутствующей патологии, особенно патологии желудочно-кишечного тракта, так сопряженная патология встречалась у 80% обследованных. Так, наиболее часто обнаруживались дискинезия желчевыводящих путей и хронический гастродуоденит (в 43,0% и 36,9%). Вегетативная дисфункция в виде нейроциркуляторной дистонии наблюдалась у 40% детей и подростков.

При проведении фиброгастродуоденоскопии у детей был выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс (у 27,6% детей), дуоденогастральный рефлюкс (у 30,7%). У 12,3% больных гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс сочетались. Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюкс в абсолютном большинстве были диагностированы у мальчиков. Данные эндоскопического исследования показали, что язвенный дефект в большинстве случаев локализовался на передней и задней стенках двенадцатиперстной кишки, реже, в случае множественных язв - на обеих стенках. При измерении язвенного дефекта установлено, что средний размер его составил $6,41 \pm 0,98$ мм, а число язвенных дефектов составило от 1 до 4. Язва размером менее 5 мм наблюдалась в 46,1% случаев, 5-9 мм - в 30,7%, более 10 мм - в 23,0% случаев. Единичные язвы встречались в 77,4% случаев, множественные (две и более) - в 21,6%. У мальчиков осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки отмечались чаще. В структуре осложнений преобладали кровотечения, всего у 2 детей наблюдался стеноз (2,7%). Осложнения язвенной болезни желудка не обнаружены. При проведении фиброгастродуоденоскопии в динамике на 14 день от начала лечения, выявлено, что клинико-эндоскопическая ремиссия достигнута у 50,7%, у 23,0% отмечена эпителизация язвенного дефекта, у 7,6% детей и подростков не выявлено положительной динамики.

Выводы. Таким образом, язвенная болезнь у детей чаще встречается у мальчиков с преобладанием среди городских жителей, при этом, более тяжелые клинические проявления заболевания встречаются в подростковом возрасте по сравнению с детьми школьного возраста. При оценке физического развития обнаружено, что физическое развитие детей было соответственно - средним и вышесредним гармоничным. Полная клинико-эндоскопическая ремиссия была вызвана всего у половины больных после комплексного лечения, а в 7,6% случаев динамики не наблюдалось, что говорит о необходимости совершенствования терапии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у детей и подростков, с комплексным подходом к каждому патогенетическому звену данной патологии.

Использованная литература:

1. Белоусов, Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста / Ю. В. Белоусов. Харьков: Консум, 2000. 528 с.
2. Денисов, М. Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра / М.: Издатель Мокеев, 2001. 376 с.
3. Козловский, А.А. Основы детской гастроэнтерологии: учебное пособие / Мн.: Технопринт, 2002. 180 с.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Ф. Р. Умарходжаев, М. М. Искандаров

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: дети, сколиоз, предоперационная подготовка.

Таянч сўзлар: болалар, сколиоз, операциядан олдинги тайёргарлик

Key words: children, scoliosis, pre-operative preparation.

Определены показания к применению оптимизированного предоперационного лечебно-диагностического комплекса для подготовки паравerteбральных тканей и содержимого позвоночного канала к радикальной коррекции у детей со сколиотической болезнью IV степени. Предлагаемый способ расширяет возможности практического ортопеда-вертебролога в оказании помощи больным детям с данным заболеванием.

СКОЛИОТИК КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БОЛАЛАРДА ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИГИНИ ЯХШИЛАШ

Ф. Р. Умарходжаев, М. М. Искандаров

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

IV даражали сколиотик касалликлари бор болаларда паравerteбрал тўқималар ва умуртка канали суяклигини радикал коррекциялашга тайёрлаш учун оптималлаштирилган операциядан олди даволаш-ташхислаш комплексини қўллаш учун кўрсатмалар аниқланди. Тавсия этилган усул ушбу касаллик билан оғриган болаларга ёрдам кўрсатишда амалиёт ортопед-вертебрологининг имкониятларини кенгайтиради.

IMPROVEMENT OF METHODS OF PRE-OPERATIONAL PREPARATION OF SCOLIOTIC DISEASE IN CHILDREN

F. R. Umarhodzhaev, M. M. Iskandarov

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

The indications for the use of an optimized preoperative treatment and diagnostic complex for the preparation of paravertebral tissues and the contents of the spinal canal for radical correction in children with scoliotic disease of grade IV were determined. The proposed method extends the capabilities of a practical orthopedic-vertebrologist in assisting sick children with this disease.

Актуальность. Лечение сколиотической болезни позвоночника является одной из сложнейших проблем современной вертебрологии. В настоящее время достигнуты большие успехи в хирургическом лечении данной патологии, однако исходы после проведенных оперативных вмешательств не всегда удовлетворяют как вертебрологов, так и пациентов [2].

Проблемы, возникающие в хирургии сколиотических искривлений при использовании несовершенных средств, функциональной диагностики и подготовительного предоперационного лечения, указывают на необходимость поиска и разработки новых, более эффективных комплексных методик, которые бы объединили в себе, не только точные стандартизированные методы функциональной диагностики, но и включали эффективные и безопасные методы предоперационной подготовки и прогнозирования исходов хирургического лечения [4].

Согласно последним данным (инф. письмо НИИТО МЗ РУз. 2005 г.), количество таких больных в Узбекистане составляет около 250 000. Это примерно 1% от числа всех проживающих на территории республики.

Наиболее широко распространенный в Европе метод хирургической инструментальной коррекции сколиотических деформаций по CDI [3] не всегда эффективен и безопасен. Так объем коррекции после применения этой технологии у больных со средним углом сколиотического искривления в 550 коррекций деформации составляет всего 54,5%, при этом в отдаленные сроки сохраняется только 41,9% коррекции [1]. Остается высоким число осложнений - 26% [2], среди которых острые неврологические расстройства могут достигать 17%

[4].

Предоперационный лечебно-диагностический комплекс, введенный в ранг обязательного, включает одномоментные физиотерапевтические воздействия, ЛФК и дискретные тракционные воздействия на гравитационной раме. Это позволяет не только достичь необходимой мобильности на протяжении дуги, подготовить паравертебральные ткани и ткани позвоночника с его содержимым к экстремальным условиям радикальной коррекции, но и более точно осуществлять предоперационное планирование, определять хирургическую тактику и прогнозировать возникновение неврологических расстройств.

Цель исследования: оценка эффективности методов предоперационной подготовки при сколиотической болезни у подростков.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 34 пациентов страдающих сколиотической болезнью различного генеза. Обследованные дети были разделены на две группы в зависимости от выполнения предоперационной подготовки. В основную группу вошли 14 детей, получавших модифицированную предоперационную подготовку. Группу сравнения составили 20 детей, получавших стандартную предоперационную подготовку.

В большинстве случаев (52,9%) преобладали больные в возрасте 15-18 лет в обеих сравниваемых группах. Средний возраст составил $14,3 \pm 0,79$ лет. Распределение пациентов по полу, было в пользу девочек (в 1,7 раза).

В исследование включались пациенты с IV степенью сколиоза. Средний угол деформации в наших наблюдениях составил $-75,3 \pm 3,32^\circ$, с некоторым преобладанием больных с углом сколиоза от 41 до 90° .

Задачей разрабатываемого комплекса предоперационной подготовки является повышение эффективности предоперационного планирования и прогнозирования исходов лечения; увеличение хирургической коррекции сколиоза; профилактика потери коррекции сколиоза, дыхательных расстройств, неврологических и хирургических осложнений.

Задача решается за счет того, что применяют систематически повторяемые подвешивания пациентов за голову с постепенным увеличением его продолжительности и нагрузки, отличающиеся тем, что подвешивают пациента в глубоком головодержателе, циклично и вариативно, увеличивая нагрузку вытяжения по величине, частоте и продолжительности; определяют систематическим хронологическим, антропометрическим и спирометрическим контролем достижение максимальной функциональной величины мобильности и гибкости деформации позвоночника, грудной клетки в стандартных физических величинах; регистрируют максимальные показатели на вытяжении путем рентгеноспондилографии, антропфотометрии и соматосенсорных вызванных потенциалов.

Технический результат, получаемый при осуществлении способа заключается в том, что в короткие сроки: развивают максимальную функциональную мобильность сколиотической деформации позвоночника, грудной клетки и окружающих тканей, что снижает потерю хирургической коррекции сколиоза, повышает компенсаторные резервы и адаптационные механизмы, дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем и паравертебральных тканей. Стандартизируют определение максимальной гибкости и мобильности деформаций, испытанием и измерением оценивают антропометрическое и физиологическое состояние пациента, применяя объективные методы аппаратной и иной клинической диагностики, регистрируя стандартные физические величины в стандартных условиях моделирования максимальной функциональной коррекции сколиоза.

Профилактический эффект предотвращения развития хирургических осложнений, потери коррекции сколиоза, дыхательных и неврологических расстройств напрямую связан с ускоренным развитием мобильности и увеличением растяжимости на максимально возможную величину мягких тканей, фиксирующих позвоночные сегменты и окружающих позвоночник и грудную клетку. Это повышает функциональные резервы пациентов и снижает сопротивление и натяжение тканей во время хирургической коррекции.

Система объективного и аппаратного контроля включает неинвазивные методы текущего (ежедневного) контроля за вытяжением, такие как, хронометраж, антропометрия и спирометрия.

Результаты исследования: Достигнут следующий уровень мобильности деформации позвоночника: среднее время зависания на гравитационной раме в без опорном положении для основной группы составило $423 \pm 1,27$ сек.; дистанция при этом увеличивалась на $5,8 \pm 0,23$ см; угол сколиотической дуги уменьшался в среднем на $48,3 \pm 0,63\%$; кифотической дуги на $78,1 \pm 1,21$ (рис. 1).

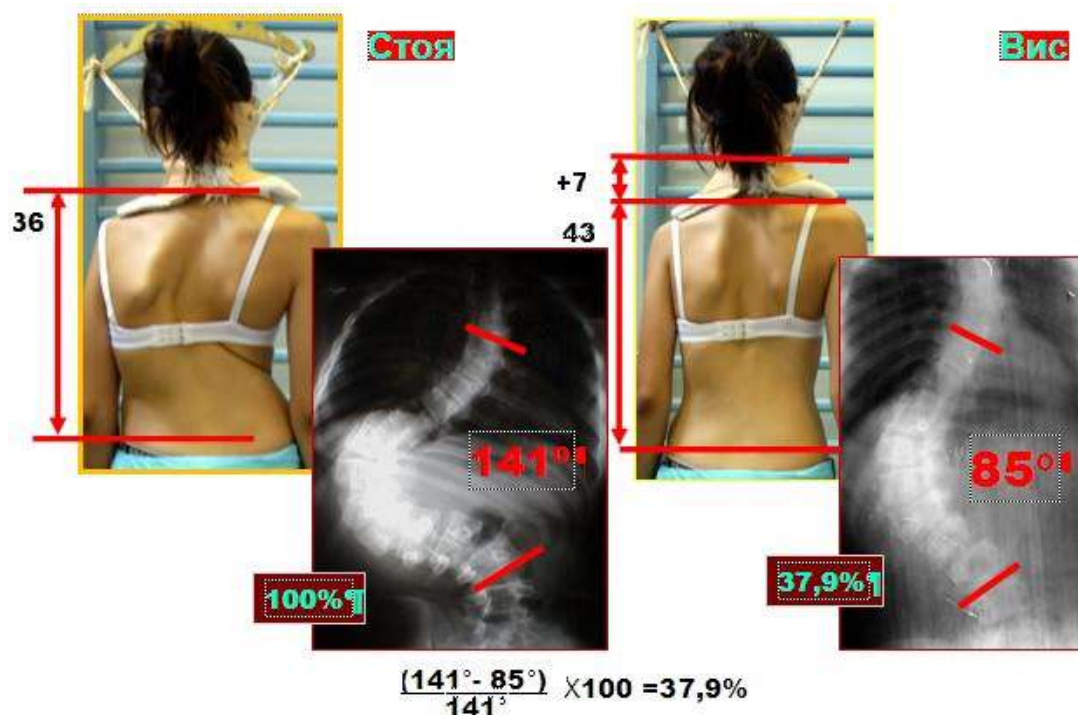


Рис. 1. Определение степени мобильности сколиотической дуги по спондилограммам в положении стоя и в момент зависания.

В процессе предоперационной подготовки достигнут регресс силового пареза, имевшего место у одного пациента (табл. 1).

Так же хочется отметить, что при использовании модифицированного комплекса предоперационной подготовки детей со сколиотической болезнью рост детей еще до операции увеличивался в среднем на $6,2 \pm 0,2$ см больше по сравнению с детьми, проходившими предоперационную подготовку по стандартным методикам.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика мобильности позвоночника после предоперационной подготовки

Показатели мобильности	Основная группа (n=14)	Группа сравнения (n=20)
Среднее время зависания на гравитационной раме (сек)	$423 \pm 1,27$	-
Увеличение дистанции (см)	$5,8 \pm 0,23$	-
Уменьшение угла сколиотической дуги (%)	$48,3 \pm 0,63$	$34,1 \pm 0,52^*$
Уменьшение угла кифотической дуги	$78,1 \pm 1,21$	$45,6 \pm 1,3^*$
Увеличение роста (см)	$6,2 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,1^*$

Примечание: * - статистически достоверное различие показателей между группами ($P < 0,01$)

Согласно полученным результатам, из 34 обследованных больных со сколиотическими ($n=16$) и кифосколиотическими ($n=18$) деформациями позвоночника с идиопатическим сколиозом было 18, диспластическим – 7, нейрофиброматозом Реклингаузена - 2, кифосколиозом на почве врожденных аномалии - 4, нейрогенным (сирингомиелией) – 2, синдромом Элерса-Данло - 1 больных. Величина сколиотического компонента распределялась в пределах от 41° до 90° , что в среднем составило $108,7 \pm 2,43^\circ$.

При физикальном осмотре обращало на себя внимание наличие у всех пациентов выраженной деформации позвоночного столба. Кроме того, у большинства пациентов, отмечались малые аномалии развития, такие как: "плоская" (5,9%), "воронкообразная" (2,9%) грудная клетка, плоскостопие (23,5), гипермобильность суставов (5,9%). Это, несомненно, свидетельствует о наличии врожденной соединительно-тканной дисплазии.

При клиническом обследовании детей определялись разная высота надплечий, асимметрия расположения лопаток, отклонение остистых отростков от средней линии, наличие торсии по реберному горбу и мышечному валику. Прогрессирование сколиоза у детей определяется характером факторов риска его развития и их сочетанием. Значимыми факторами риска согласно полученным результатам является сочетание нестабильности шейных позвонков, гипермобильности суставов, врожденной аномалии позвонков, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, возраста ребенка к моменту начала деформации позвоночника.

При изучении рентгенографических изменений было установлено, что в большинстве случаев у детей со сколиотической болезнью IV степени встречается угол деформации от 41° до 90° .

На основании МРТ диагностики нами было установлено, что у 29,4% детей был выявлен S-образный тип сколиоза. Начальные проявления остеохондроза были зарегистрированы у 44,1% детей. Протрузии дисков встречались в 5,9% случаев. В 2 случаях выявлены сирингомиелии.

Закключение: в плане предоперационного обследования необходимо дополнить стандартную рентгенографию магнитно-резонансной томографией - для всесторонней оценки скелетной деформации и выявления субклинических форм органического поражения нервной системы.

При анализе традиционных методик предоперационной подготовки было установлено, что при использовании данных методов не достигали необходимой мобилизации ригидных дуг сколиотического искривления и подготовки паравертебральной ткани и ткани позвоночника с его содержимым к экстремальным условиям радикальной коррекции. В связи, с чем не достаточно эффективно осуществлялось предоперационное планирование, определение хирургической тактики и прогнозирование возникновения неврологических расстройств.

Полученные результаты доказали, что модифицированный метод предоперационной подготовки позволяет индивидуально оценить адаптационные и резервные возможности каждого больного на основании плавной реадaptации спинного мозга и его сосудистой системы к будущим новым условиям корригированного позвоночника, а значит снижение риска развития неврологических осложнений, уменьшение степени их выраженности.

Использованная литература:

1. Камов В.В., Шатохин В.Д., Губа А.Д. Ранее консервативное лечение сколиотической болезни у детей // VII съезд травматологов и ортопедов России. Новосибирск, 2002. С. 141-142.
2. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. Хирургия деформации позвоночника. Новосибирск, 2002. 432 с.
3. Helenius H., Remes V., Yrjonen T. Harrington and Cotrel-Dubousset Instrumentation in adolescent idiopathic scoliosis. Longterm functional and radiographic outcomes // J. Bone Jt. Surg. 2003. V. 85 A, №12. P. 2303-2309.
4. Richards B. S., Herring J. A., Johnston C.E. Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis Using Texas Scottish Rite Hospital Instrumentation // Spine. - 2000. Vol.25. № 6S. P. 69S-76S.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

П. У. Уринбаев, И. П. Уринбаев, М. Э. Хасанов, М. У. Аширов

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: головка мыщелка плечевой кости, несращение, псевдоартроз, костная пластика.

Таянч сўзлар: елка суяги кондилуси бошчаси, битмастлик, псевдоартроз, суяк пластикаси.

Keywords: head of humerus condyle, non-consolidation, pseudoarthrosis, bone plastic.

Представлен опыт оперативного лечения у 116 детей с несросшимися переломами и псевдоартрозами головки мыщелка плечевой кости. Причинами несращений являются ошибки диагностики и лечения больных. Также имеет значение внутрисуставной характер перелома, состояние отломанного фрагмента из хрящевой ткани, и из костной ткани, соприкосновение разнородных тканей при наличии латерально-проксимальном небольшом (4-5мм) смещении костного отломка, являющийся причиной удлиненного срока образования костно-хрящевой мозоли, выходящего за пределы принятого срока иммобилизации сустава. Описан способ фиксации костного отломка, предложенного авторами и метод операции лечения псевдоартрозов головки мыщелка плечевой кости путем костной пластики трансплантатом, взятым из диафиза малоберцовой кости самого больного. Отличные результаты получены у 43,3%, хорошие результаты отмечены у 46,2%, удовлетворительные - у 5,3%, неудовлетворительные - у 5,3% больных.

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ КОНДИЛУСИ БОШЧАСИ БИТМАГАН СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

П. У. Уринбаев, И. П. Уринбаев, М. Э. Хасанов, М. У. Аширов

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Битмаган синишлар ва елка суяги кондилуси бошчаси псевдоартрозларини даволаш жарроҳлик амалиёти 116 болада қўлланилди. Суяк синишларининг битмаслиги сабаблари – беморларга нотўғри таъхис қўйиш ва даволашдаги хатоликлар. Ҳамда бу ерда бўғим ичи синишининг характери, тоғай ва суяк тўқималари синишларининг ҳолати, суяк-тоғай кадокланишини бўғим иммобилизациясининг белгиланган муддатидан узок давом этишига сабабчи бўладиган латерал-проксимал силжишининг оз микдорда (4-5 мм) бўлишидаги турли хил тўқималарнинг туташishi ҳам муҳим аҳамият касб этади. Муаллифлар томонидан суяк бўлагини фиксация қилиш, елка суяги кондилуси бошчаси псевдоартрозларини беморнинг кичик болдир суяги диафизидан олинган трансплантат орқали суяк пластикаси усулида жарроҳлик амалиёти орқали даволаш таърифланган. Аъло натижаларга эришилди 43,3% да, яхши натижалар қайд этилди 46,2% да, қониқарли 5,3%, беморларнинг 5,3% да қониқарли эмас.

SURGICAL TREATMENT OF NON-CONSOLIDATED FRACTURES OF THE HUMERAL CONDYLE HEAD IN CHILDREN

P. U. Urinbaev, I. P. Urinbaev, M. E. Khasanov, M. U. Ashirov

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The experience of operative treatment in 116 children with incomplete fractures and pseudoarthrosis of the condyle of the humeral head is presented. The reasons for nonunion are errors of diagnosis and treatment of patients. Also important is the intraarticular nature of the fracture, the condition of the broken fragment from cartilage tissue and bone tissue, the contact of heterogeneous tissues in the presence of a lateral proximal small (4-5mm) displacement of the bone fragment, which is the cause of the extended period of bone-cartilage callus beyond the redistribution the accepted period of immobilization of the joint. A method for fixing a bone fragment, proposed by the authors, and a method of operation for treating pseudoarthrosis of the humeral condyle of the humerus by bone grafting, taken from the diaphysis of the fibula of the patient himself, is described. Excellent results were obtained in 43.3%, good results were observed in 46.2%, satisfactory - in 5.3%, and unsatisfactory - in 5.3% of patients.

Актуальность: Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости у детей составляют 70-90% всех переломов костей, образующих локтевой сустав [1, 3] и 25-30% в общей структуре всех переломов костей конечностей в детском возрасте. Тяжёлыми внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости являются переломы головки мыщелка плечевой кости (далее ГМПК) и, по данным ряда авторов [2], составляют от 3,5 до 20% всех переломов в области локтевого сустава у детей.

Частота осложнений переломов ГМПК у детей, по данным разных авторов, составляет

от 3,3% до 54,8% [4, 5]. Особую тревогу вызывают результаты лечения несросшихся переломов ГМПК. После оперативного лечения несросшихся переломов ГМПК, по данным ряда авторов [5], частота неудовлетворительных результатов составляет от 26,6% до 50%, тогда как исходы оперативного лечения ложных суставов были хорошие и удовлетворительные. Одной из значительных проблем при диагностике и лечении переломов ГМПК с осложненным течением является недостаточная изученность причин нарушения консолидации, отсутствие комплексного обследования. В настоящее время при обследовании детей с переломами и их последствиями основным методом диагностики является рентгенологический метод, также используются наиболее перспективные методы диагностики, такие как компьютерная томография, термография, лазерная доплеровская флоуметрия, ультрасонография [3].

Приведенные данные позволяют отнести изучение переломов ГМПК и их последствий к одной из важных и актуальных проблем в детской травматологии, далекой от своего окончательного разрешения. Подобное положение требует дальнейшего изучения этой актуальной проблемы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения несросшихся переломов головки мыщелка плечевой кости и их последствий у детей, описание способов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: В работе проанализированы результаты обследования и лечения 116 детей с несросшимися переломами и псевдоартрозами головки мыщелка плечевой кости у детей, лечившиеся за 2009-2017 гг. в областной больнице ортопедии и последствий травмы, на базе кафедры травматологии и ортопедии Самаркандского медицинского института. Распределение больных по полу, возрасту и по давности травмы представлены на таблице №1.

Таблица 1.

Распределение больных по полу, возрасту и по давности травмы

	Пол		Возраст				Давность травмы, дни			
	М	Д	2-5 лет	6-8 лет	9-14 лет	15-17 лет	14-21	22-30	до 60	более 60
116	86	30	24	46	32	14	28	12	20	56
100%	74,1%	25,8%	20,6%	39,6%	27,5%	12%	24,1%	10,3%	17,2%	48,2%

Как видно из данных таблицы №1, часто несросшиеся переломы наблюдались у мальчиков, чем у девочек, часто в возрасте от 6 до 14 лет, и почти у половины больных давность травмы составляла 60 дней и более.

В результате анализа предшествовавшего лечения выяснилось, что 22 больным помощь была оказана немедицинскими специалистами; 84 больным медицинская помощь была оказана врачами районной больницы (66), травмпункта (10) и стационара (8); 10 больных по поводу свежего перелома за медицинской помощью своевременно не обращались. Эти данные, в частности объясняя причину несросшихся переломов головки мыщелка плечевой кости у детей, также свидетельствуют о допущенной ошибке диагностики и лечения свежих переломов врачами практической деятельности.

У детей с несросшимися переломами клинически выявляются деформация сустава, нарушение треугольника Гюнтера, вальгусное отклонение предплечья, поздний неврит локтевого нерва. Выраженность клинических признаков соответствует давности травмы, прошедший после получения повреждения, тяжести патологического состояния.

У 10 больных мы обнаружили полный объем движения, у остальных имелась контрактура в суставе: у 18 незначительное ограничение – до 120 (при норме 140), у 34 детей на половину объема движения (70-90), у 54 больных объем движения—менее чем половина нормального объема движения.

Нарушение оси руки в виде вальгусной деформации (у 11 больных) было характерно для несросшихся переломов с нарушением артикуляции с головкой луча, а варусная деформация (у 6 больных) для стабильных псевдоартрозов.

Представляет большой интерес в практической медицине анализ причины несращения головки мыщелка. Среди 99 больных с несросшимися переломами у 23 рентгенологически имелось большое латеральное смещение с поворотом отломка более чем на 90° , с отсутствием контакта смежных поверхностей излома, с нарушением артикуляции с головкой луча (подвывихом, вывихом отломка). При наличии описанных видов смещения отломков, образующийся регенерат на плоскости излома не может обеспечить консолидацию из-за обращения плоскостей в разные стороны. Среди 76 больных, у 12 перелом был по типу эпифизеолиза, у остальных эпиметафизарный перелом: линия излома брала начало в борозде блока, пересекая зону роста, проходила по метафизу и заканчивалась над надмыщелком; это означало, что поверхность излома представляла собой разнородную ткань: хрящевую, костную. Для них смещение отломков было типичное: латеральное + проксимальное смещение, в результате чего между отломками образовался диастаз, на 2-3-4 мм и более, а величина латерального смещения превосходила 4-5 мм.

Причины несращений у наших больных мы видим в наличии смещения отломка латерально+проксимальное, в результате чего разнородная ткань (хрящевая и костная) будет находиться против друг-друга, иначе, соприкасается друг с другом неоднородная ткань (рис. 1).



Рис. 1. Фото рентгенограмм, и схема перелома со смещением латерально – проксимальное.

Вследствие чего процессы регенерации будут протекать полициклическим путём, и за обычной срок: 2-3 недели костная мозоль образующаяся между отломками не успеет созреть. Требуется длительный срок иммобилизации. Врачи-практики, из-за боязни развития контрактуры сустава, иммобилизацию прерывают по прохождении 2-3 недели, назначают движения в суставе, с целью лечебной гимнастики, увеличение объёма движения в суставе, что, по видимому, является одной из причин прерывания регенерации и развития несращения перелома. И так в связи с особенностями хода линии излома и локализации отломка при небольшом (до 3-5 мм) смещении отломка кнаружи, кверху суставная поверхность ступеннеобразно деформируется и можно полагать, что хрящевая поверхность излома в области эпифиза относительно частично противостоит костной поверхности излома в области мета-

физа. Происходит соприкосновение разнородных тканей, что, по-видимому, замедляет образование регенерата, и за обычный срок иммобилизации сустава он оказывается непрочным. В этих случаях при ранних занятиях лечебной гимнастикой может наблюдаться несращение.

Лечение несросшихся переломов головки мыщелка. У 12 больных в возрасте от 2 лет 2 мес. до 6-7 лет (у одного 13 лет) лечение проводили длительной иммобилизацией, путем наложения циркулярной гипсовой повязки. Переломы срослись сроком от 3 недели до 2 месяцев (в зависимости от возраста ребенка и давности от 2 до 6 недель).

Открытый металлоостеосинтез несросшихся переломов головки мыщелка, плечевой кости проводился у 85 больных детей, после очищения от фиброзных наслоений поверхностей излома, сопоставление, фиксацию осуществляли 2-мя, 3-мя спицами Киршнера.

Методика операции. Методика отличается тем, что первая спица направляется от сопоставленного, уложенного на свое ложе отломка в сторону, противоположного надмыщелка. При таком направлении спицы угол, образуемый между ней и направлением мышц, прикрепляемых к отломку, становится прямым, 90° и рефлексорный спазм мышц не может вызвать диастаза между отломками.

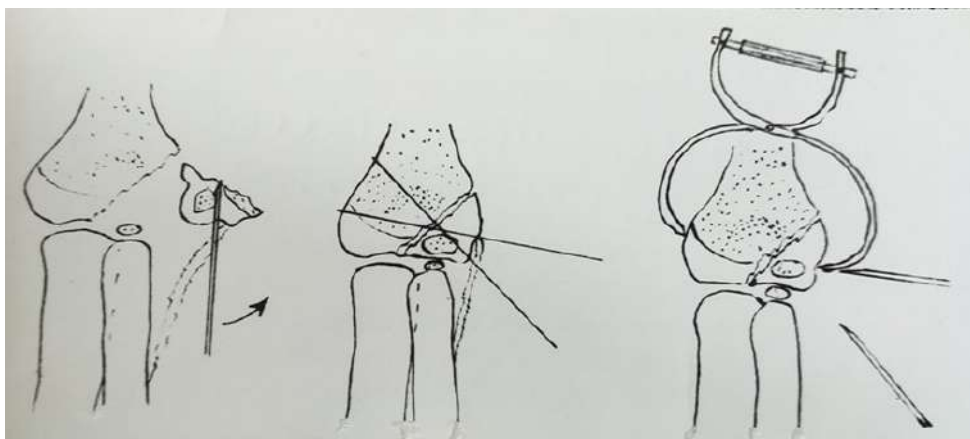


Рис. 2. Схема сопоставление отломка и фиксация спицами. Направление одной спицы от отломка к внутреннему надмыщелку, другой спицы под углом 30° и более к первой спице. Фиксатор-цапка удерживающая отломки до фиксации спицами.

Хирургическое лечение псевдоартрозов головки мыщелка плечевой кости с применением костной пластики: мы усовершенствовали методику хирургического лечения псевдоартрозов головки мыщелка путем применения диафизарного трансплантата, взятых из собственной малоберцовой кости больного.



Рис. 3. Фото рентгенограмм локтевого сустава. Костная пластика трансплантатами из диафиза малоберцовой кости. Псевдоартроз сросся. Рентгенограмма перед удалением спиц.

Техника операции: Разрез кожи латеральным доступом. Рассекают и иссекается фиброзная, рубцовая ткань между метафизом и головкой мыщелка и метафиза. На метафизе подготавливается площадка для размещения трансплантата. Рука на операционном столе разгибается, выводится из вальгусного положения, в этот момент образуется диастаз между метафизом и головкой мыщелка. Измеряется величина диастаза. Взятие костного трансплантата из малоберцовой кости ребенка: в области средне-нижней трети голени, после разреза кожи, отодвигание мышц поднадкостнично, при помощи пилы Джигли берется трансплантат необходимой длины. Наклаиваются послойные швы, шов на кожу. Трансплантат рассекается на 2 половины. Один более длинный, чем другой. Во время укладки трансплантатов надо иметь ввиду физиологический угол между диафизом и головкой мыщелка. Для этого суставу придается согнутое положение (под углом 130-140°). Уложенные трансплантаты фиксируются, вначале возможно проведение через костные каналы, обязательно чересфрагментарно. Еще одна-две спицы проводятся от головки мыщелка к блоку (ориентир внутренний надмыщелок). Эта спица является осевой, в случаях наложения аппарата Илиза-рова. В тех случаях, когда стабильность фиксации спицами считается достаточной, наружная иммобилизация проводится гипсовой лонгетой.

Результаты обсуждения. Результаты лечения мы изучали на основе критериев оценки отдаленного результата, где учитывали сращение перелома, функции сустава, ось руки, состояние зоны роста.

12 больных с несросшимися переломами головки мыщелка, которым было проведено лечение способом длительной иммобилизации сустава. Они находились под диспансерным наблюдением. Среди них у 1 у больного, спустя 8 недель после травмы сращение не наступило, ему было установлено показание к операции, и после операции получено сращение. У остальных 2 результаты оценены как «отлично», у 7 хорошо; у 2 удовлетворительно, неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты оперативного лечения несросшихся переломов и псевдоартрозов головки мыщелка нами изучены у 78 больных, в сроках от 6 месяцев до 6 лет. Отличные результаты наблюдались у 34 (43,3%), хорошие - у 36 (46,1%), удовлетворительные—у 4 (5,3%), неудовлетворительные - у 4 (5,3%) больных.

Выводы. Лечение переломов головки мыщелка остаётся трудной задачей, чреватой тяжелыми последствиями: нарушением функции сустава, нарушением оси руки, позднего неврита локтевого нерва.

Причинами несращения следует считать ошибки диагностики и тактики лечения, в том числе короткий срок иммобилизации гипсовой повязки у тех больных, у которых смещение отломков оценено как незначительное.

Среди причинных факторов развития несращения ложного сустава следует отметить внутрисуставной характер перелома, состояние отломанного фрагмента из хрящевой ткани и из костной ткани, сопоставление разнородных тканей при наличии латерально-проксимального небольшого (4-5мм) смещения костного отломка, приводящее к образованию мозоли с удлинённым сроком, выходящее за пределы принятого срока иммобилизации сустава.

Хирургическое лечение несросшихся переломов с фиксацией костных отломков спицами, в методике нашей модификации и лечение псевдоартрозов головки мыщелка костной пластикой трансплантатом из диафиза собственной малоберцовой кости у большинства больных (94,7%) обеспечивает успешные результаты.

Использованная литература:

1. Багомедов Г.Г. Ошибки при лечении переломов головочки мыщелка плечевой кости у детей. // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. Санкт-Петербург, 2005, С 15-16,
2. Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Стужина В.Т. Тактика лечения при не-сросшихся переломах и посттравматических ложных суставах длинных трубчатых костей у детей. // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии, С.-Пб., 2004. С. 155-156.
3. Овсянкин Н.А., Никитюк И.Е. Лечение детей с ложными суставами головки мыщелка плечевой кости. II Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы совещания главных специалистов. С-Пб. 2002-С.76-77.
4. Уринбаев П.У. Неправильно сросшиеся, несросшиеся переломы, псевдоартрозы головчатого возвышения плечевой кости у детей. // Дисс.канд. мед. наук. Москва, 1977. С.180-183.
5. Шамсиев А.М., Уринбаев П.У. Лечение застарелых переломов дистального конца плечевой кости у детей. Изд. Мед.лит. имени Абу Али Ибн Сино, Тошкент 2000г. 162с.
6. Espino AMJ. Nualart L. Capdevila R. Psedoarthrosis of distal fractures of the humerus in children, clinical and radiological correlation // Rev Mex Ortop Pediatr 2005. 7 (1)24-29
7. Gajdobranski D. Marc D. Tatic M. Zivkovic D. Mikov A. Nedeljkovic M. Osteosynthesis with Kirschner pin fixation in treatment of fractures with dislocation of the lateral condyle of the humerus in a pediatric population // Med Pregl. 2004. 57 (1-2). 60-6. Serbian.
8. Toh S. Tsubo K. Nishikawa S. Inoue S. Nakamura R. Harata S. Long-standing nonunion of fractures of the lateral humeral condyle. //J Bone Joint Surg Am.2003. 84-A (4). 593-8.
9. Wattenbarger JM. Gerardi J. Johnston CE. Late open reduction internal fixation of lateral condyle fractures. // J Pediatr Orthop. 2002. 22 (3). 394-8.

МЕСТО ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н. Г. Элмуродов, М. М. Матлубов, О. В. Ким, Х. Х. Хамраев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: пожилой возраст, послеоперационная когнитивная дисфункция, церебропротекция.

Таянч сўзлар: кекса ёш, операциядан кейин когнитив дисфункция, церебропротекция.

Keywords: elderly age, postoperative cognitive dysfunction, cerebroprotection.

В статье представлены результаты исследования 120 больных в возрасте 60-75 лет, подготовленных к плановому оперативному вмешательству. В зависимости от способа медикаментозной подготовки все больные были разделены на 2 группы: больным I-ой (основной) группы медикаментозная подготовка проводилась следующим образом: за 3 дня до операции вводились цитиколин по 500 мг в/в струйно утром и вечером, тиоцетам 10 мл, предварительно разведенного в 0,9% растворе хлорида натрия в/в капельно – 1 раз в день; пациентам же II-ой (контрольной) группы церебропротекция не проводилась. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что, предоперационная церебропротекция не влияет на потребность в анестетике, достоверно улучшает течение периода посленаркозной реабилитации и предотвращает развитие когнитивного дефицита в раннем послеоперационном периоде у пациентов пожилого возраста, оперированных в условиях тотальной внутривенной анестезии на основе кетамина и фентанила с ИВЛ.

КЕКСА БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРДАН КЕЙИНГИ КОГНИТИВ ДИСФУНКЦИЯНИ ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦИЯЛАР БИЛАН ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ТУЗАТИШ

Н. Г. Элмуродов, М. М. Матлубов, О. В. Ким, Х. Х. Хамраев

Анестезиология ва реаниматология кафедраси,
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Мақолада режали жарроҳлик аралашувига тайёрланган 60-75 ёшли 120 беморни ўрганиш натижалари келтирилган. Медикаментоз тайёрлаш усулига қараб барча беморлар 2 гуруҳга бўлинди: биринчи (асосий) гуруҳ беморларга медикаментоз тайёрлаш қуйидагича амалга оширилди: беморларга операциядан 3 кун олдин цитиколин 500 мг в/и эрталаб ва кечкурун, 10 мл тиоцетам 0,9% натрий хлорид эритмасида в/и га томчилаб 1 кунда 1 маҳал. Иккинчи (назорат) гуруҳидаги беморларда церебропротекция ўтказилмади. Тадқиқот натижаларига кўра, операциядан олдин церебропротекция анестетикга бўлган эҳтиёжни таъсир қилмайди, постнаркоз реабилитация даврини сезиларли даражада яхшилайдиган операциядан олдинги даврда кетамин ва фентанил асосида тотал вена ичи анестезияси СНО шароитида операция қилинган кекса беморларда когнитив камчилик ривожланишига тўсқинлик қилади.

PLACE OF CEREBROPROTECTION IN THE PREVENTION AND CORRECTION OF POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION DURING SURGICAL INTERVENTIONS IN ELDERLY PATIENTS

N. G. Elmurodov, M. M. Matlubov, O. V. Kim, Kh. Kh. Khamrayev

Chair of Anesthesiology and Reanimatology,
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The article presents the results of a study of 120 patients aged 60-75 years, prepared for a planned surgical intervention. Depending on the method of drug preparation, all patients were divided into 2 groups: patients of the I-st (main) group received medical preparation as follows: 3 days before the operation, 500 mg of citicoline was administered i.v. in a jet in the morning and evening, 10 ml of thiocetam, previously diluted in a 0.9% solution of sodium chloride intravenously dripily, once a day; cerebroprotection was not performed in patients of the second (control) group. The results of the study suggest that preoperative cerebroprotection does not affect the need for anesthetic, significantly improves the period of post-anesthetic rehabilitation and prevents the development of cognitive deficit in the early postoperative period in elderly patients operated on in conditions of ketamine and fentanyl with ALV.

Одной из наиболее актуальных проблем современной анестезиологии является послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) — расстройство, которое развивается в раннем послеоперационном периоде и сохраняется на протяжении нескольких дней или недель, реже — месяцев, и клинически проявляющееся в виде нарушений памяти, трудности концентрации и длительного удержания внимания, а также нарушений других высших кор-

ковых функций (мышления, речи и т. д.). У пациента возникают проблемы с обучением, снижается умственная работоспособность, ухудшается настроение (возникает депрессия) [2].

Послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) в значительной степени снижает качество жизни, увеличивает риск развития инвалидности и смерти. Прослеживается постоянная прогрессирующая тенденция к изучению этой проблемы, о чем свидетельствует большое количество зарубежных работ, опубликованных в последнее время [1, 2, 3, 5, 10].

Возникновение когнитивной дисфункции ведет к снижению способности человека к мышлению, обучению, активному восприятию информации, принятию решений, ухудшению других психофизиологических функций с последующей выраженной социальной и бытовой дезадаптацией, ограничением или потерей профессиональной деятельности, что тяжелым бременем ложится на семью и общество в целом. На сегодня плановым и экстренным оперативным вмешательствам ежедневно подвергается огромное количество пожилых больных, у многих из которых уже в дооперационном периоде отмечаются признаки ослабления когнитивных способностей, выраженность которых в послеоперационном периоде может усугубиться.

Пожилым и старческим возрастом является одним из наиболее важных факторов риска для развития ПОКД, что связано с естественным снижением когнитивных способностей и различными заболеваниями — атеросклерозом, гипертонической болезнью, ишемической болезнью, тромбозами, инсультами и пр. [2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11].

Цель исследования: Усовершенствовать меры предупреждения когнитивных расстройств у пожилых пациентов после оперативных вмешательств, выполненных в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) на основе кетамина и фентанила с ИВЛ.

Материалы и методы: Обследование и лечение больных проводилось в клинике СамМИ за период 2016-2018 годы. Всего клинические наблюдения охватывали 120 больных в возрасте 60-75 лет, подготовленных к плановому оперативному вмешательству. В зависимости от способа медикаментозной подготовки все больные были разделены на 2 группы: основная - 1-ая группа (60 больных) и контрольная - 2-ая группа (60 больных). Больным I-ой группы медикаментозная подготовка проводилась следующим образом: за 3 дня до операции вводились раствор цитиколина по 500 мг в/в струйно утром и вечером, раствор тиопентама 10 мл, предварительно разведенного в 0,9% растворе хлорида натрия в/в капельно — 1 раз в день. Пациентам же II-ой группы церебропротекция не проводилась.

В обеих группах анестезиологическое обеспечение включало: после внутримышечной премедикации 0,1% раствором атропина 1 мл, 1% раствором димедрола 1 мл, 1% раствором промедола 1 мл и ингаляции носоглотки 10% аэрозолем лидокаина был установлен оральный воздуховод Гведела. Далее внутривенно вводили 2% раствор дитилина в дозе 1 мг/кг массы тела, 5% раствор кетамина из расчета 2,5 мг/кг. Не извлекая воздуховод, проводили искусственную вентиляцию легких при помощи лицевой маски кислородно-воздушной смесью. После полной мышечной релаксации проводили интубацию трахеи с подачей кислородно-воздушной смеси 1:1 через интубационную трубку. Затем вводили ардуан 0,05 мг/кг и проводили углубление анестезии 1% раствором промедола 1 мл. Поддержание анестезии осуществляли введением раствора кетамина (1,5 мг/кг) и фентанила (1-1,5 мкг/кг).

У всех пациентов изучали гемодинамику путем измерения частоты сердечных сокращений (ЧСС), среднего артериального давления (САД), сатурации кислорода артериальной крови (SpO₂). Оценка когнитивных функций проводилась по шкале MMSE, также проводилось измерение церебрального перфузионного давления (ЦПД), внутричерепного давления (ВЧД) и электроэнцефалография (ЭЭГ).

Исследование проводилось на следующих этапах: 1-ый этап - исходные величины, 2-ой этап — через 3 дня после начала медикаментозной терапии (накануне операции и анестезии), 3-ий этап — интраоперационно, 4-й этап - через 2 часа после окончания анестезии и операции, 5-й этап — через 2 суток после операции.

Все числовые величины, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (с помощью программ Microsoft Office Excel) и представлены в виде $M \pm m$, где M – среднеарифметическое значение, m – стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при $P < 0,05$. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Результаты и их обсуждение: Исходные величины в обеих исследуемых группах достоверно не отличались друг от друга.

На 2-ом этапе исследования у пациентов 1-ой группы ЧСС составляла $78,93 \pm 0,83$ удара в мин, САД $91,5 \pm 1,29$ мм рт. ст., SpO_2 $96,53 \pm 0,34\%$; во II-ой группе эти же показатели достоверно не изменялись по сравнению с исходными и составили ЧСС $81,35 \pm 0,63$ удара в мин, САД $95,56 \pm 1,91$ мм рт. ст., SpO_2 $91,72 \pm 0,26\%$. по шкале MMSE пациенты 1-ой группы в среднем получили $28,45 \pm 0,14$ балла, пациенты 2-ой группы $25,02 \pm 0,3$ балла. Что указывало на улучшение когнитивных функций у больных 1-ой группы. Показатели ЦПД в 1-ой группе составили $-74,18 \pm 1,07$ мм рт. ст., во 2-ой группе $-74,24 \pm 1,26$ мм рт. ст.

На 3-ем этапе исследования у пациентов 1-ой группы ЧСС составляла $88,17 \pm 0,31$ удара в мин, САД $97,17 \pm 1,42$ мм рт. ст., SpO_2 $98,28 \pm 0,18\%$; во II-ой группе эти же показатели достоверно составили ЧСС $97,67 \pm 0,7$ удара в мин, САД $98,83 \pm 1,7$ мм рт. ст., SpO_2 $96,82 \pm 0,28\%$; показатели ЦПД в 1-ой группе составили $-74,62 \pm 1,01$ мм рт. ст., во 2-ой группе $-74,76 \pm 1,22$ мм рт. ст., что свидетельствовало о отсутствии негативного влияния предложенного варианта церебропротекции на гемодинамику и церебральную перфузию. Следует отметить, что на данном этапе исследования больным обеих исследуемых групп проводилась постоянная подача кислородно-воздушной смеси. Обследование же по шкале MMSE на данном этапе не проводили, так как пациенты находились в состоянии медикаментозного сна.

В связи с отсутствием объективности измерения ЦПД у больных с гипертонической болезнью, из-за повышенного среднего артериального давления, данная группа больных была исключена из исследования ЦПД.

На 1-ом этапе исследования данные ЭЭГ в обеих группах достоверно не отличались друг от друга, в обеих группах отмечалось незначительное замедление ритма. На всех последующих этапах исследования данные ЭЭГ в 1-ой и во 2-ой группе соответствовали допустимой норме, исчезли признаки замедления ритма.

Таблица 1.

Изменение показателей на этапах исследования

Показатель	группа	1-ый этап	2-ой этап	3-ий этап	4-ый этап	5-ый этап
ЧСС, ударов в 1 мин	I	$81,73 \pm 0,59$	$78,93 \pm 0,83^*$	$88,17 \pm 0,31^*$	$84,83 \pm 0,33^*$	$78,32 \pm 0,73^*$
	II	$80,22 \pm 0,66$	$81,35 \pm 0,63^*$	$97,67 \pm 0,7^*$	$90,48 \pm 0,54^*$	$85,77 \pm 0,29^*$
САД, мм рт. ст.	I	$94,67 \pm 1,97$	$91,5 \pm 1,29^*$	$97,17 \pm 1,42^*$	$94,72 \pm 1,35^*$	$92,39 \pm 1,34^*$
	II	$94,61 \pm 1,95$	$95,56 \pm 1,91^*$	$98,83 \pm 1,7^*$	$97,22 \pm 1,64^*$	$95,06 \pm 1,69^*$
SpO_2 , %	I	$91,43 \pm 0,28$	$96,53 \pm 0,34^*$	$98,28 \pm 0,18^*$	$96,02 \pm 0,34^*$	$96,82 \pm 0,25^*$
	II	$92,05 \pm 0,3$	$91,72 \pm 0,26^*$	$96,82 \pm 0,28^*$	$90,4 \pm 0,27^*$	$90,92 \pm 0,26^*$
MMSE, баллы	I	$25,45 \pm 0,29$	$28,45 \pm 0,14^*$	-	$25,82 \pm 0,26^*$	$28,17 \pm 0,14^*$
	II	$25,33 \pm 0,25$	$25,02 \pm 0,3^*$	-	$19,17 \pm 0,21^*$	$21,83 \pm 0,23^*$
ЦПД, мм рт. ст.	I	$71,09 \pm 1,28$	$74,18 \pm 1,07^*$	$74,62 \pm 1,01^*$	$73,26 \pm 1,18^*$	$73,14 \pm 1,06^*$
	II	$71,26 \pm 1,29$	$74,24 \pm 1,26^*$	$74,76 \pm 1,22^*$	$73,28 \pm 1,03^*$	$72,88 \pm 1,03^*$
ВЧД, мм рт. ст.	I	$12,17 \pm 0,18$	$12,02 \pm 0,16^*$	$16,17 \pm 0,21^*$	$15,97 \pm 0,19^*$	$14,17 \pm 0,22^*$
	II	$12,35 \pm 0,18$	$12,08 \pm 0,18^*$	$16,28 \pm 0,21^*$	$16,07 \pm 0,2^*$	$14,23 \pm 0,22^*$

Примечание: * – статистически достоверно ($p < 0,05$) относительно исходных величин

4-ый и 5-ый этапы исследования у пациентов 1-ой группы характеризовались относительной гемодинамической стабильностью, более ранним выходом из наркоза, значительным снижением когнитивного дефицита по сравнению с пациентами 2-ой группы.

Как видно из проведенного исследования предложенный авторами вариант церебропротекции не оказывал негативного влияния на гемодинамику, ЦПД и ВЧД.

Заключение: Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что, предоперационная церебропротекция, предложенная авторами не оказывает негативного влияния на гемодинамику, ЦПД и ВЧД и предотвращает развитие когнитивного дефицита в раннем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных в условиях ТВА на основе кетамина и фентанила.

Использованная литература:

1. Локшина А.Б. Недементные когнитивные расстройства в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению/Журнал «Неврология и психиатрия. № 2». Москва 2013г. С. 34-40;
2. Соленкова А.А., Бондаренко А.А., Лубнин А.Ю., Дзюбанова Н.А. Послеоперационные когнитивные изменения у больных пожилого и старческого возраста. Анестезиология и реаниматология. 2012; 4: 13–9;
3. Berger M., Nadler J.W., Browndyke J., Terrando N., Ponnusamy V., Cohen H.J., et al. Postoperative Cognitive Dysfunction: Minding the Gaps in Our Knowledge of a Common Postoperative Complication in the Elderly. *Anesthesiol Clin*. 2015 Sep; 33 (3): 517–50;
4. de Tournay-Jetté E., Dupuis G., Bherer L., Deschamps A., Cartier R., Denault A. The relationship between cerebral oxygen saturation changes and postoperative cognitive dysfunction in elderly patients after coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2011 Feb; 25 (1): 95–104;
5. Dijkstra J.B., Houx P.J., Jolles J. Cognition after major surgery in the elderly: test performance and complaints. *Br J Anaesth*. 1999 Jun; 82 (6): 867–7; Newfield P. Postoperative cognitive dysfunction. *F1000 Med Rep*. 2009 Feb 24; 1: 14;
6. Hong S.W., Shim J.K., Choi Y.S., Kim D.H., Chang B.C., Kwak Y.L. Prediction of cognitive dysfunction and patients' outcome following valvular heart surgery and the role of cerebral oximetry. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008 Apr; 33 (4): 560–5;
7. Li X.M., Shao M.T., Wang J.J., Wang Y.L. Relationship between postoperative cognitive dysfunction and regional cerebral oxygen saturation and β -amyloid protein. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2014 Oct; 15 (10): 870–8;
8. Monk T.G., Weldon B.C., Garvan C.W., Dede D.E. et al. Predictors of cognitive dysfunction after major noncardiac surgery. *Anesthesiology*. 2008 Jan; 108 (1): 18–30;
9. Newfield P. Postoperative cognitive dysfunction. *F1000 Med Rep*. 2009 Feb 24; 1: 14; Monk TG, Weldon BC, Garvan CW, Dede DE, van der Aa MT, Heilman KM, et al. Predictors of cognitive dysfunction after major noncardiac surgery. *Anesthesiology*. 2008 Jan; 108 (1): 18–30;
10. Newman S, Stygall J, Hirani S, Shaefi S, Maze M. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery: a systematic review. *Anesthesiology*. 2007 Mar; 106 (3): 572–90.; Dijkstra JB, Houx PJ, Jolles J. Cognition after major surgery in the elderly: test performance and complaints. *Br J Anaesth*. 1999 Jun; 82 (6): 867–74.;
11. Papadopoulos G, Karanikolas M, Liarmakopoulou A, Papathanakos G, Korre M, Beris A. Cerebral oximetry and cognitive dysfunction in elderly patients undergoing surgery for hip fractures: a prospective observational study. *Open Orthop J*. 2012; 6: 400–5.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Н. А. Ярмухамедова, М. М. Ачилова, Н. Т. Раббимова, Ф. Э. Матякубова

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии,
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, туберкулез, клинические признаки.

Таянч сўзлар: сурункали вирусли гепатит С, туберкулёз, клиник белгилари.

Keywords: chronic viral hepatitis C, tuberculosis, clinical symptoms.

Хронические вирусные гепатиты и туберкулез широко распространены как моноинфекции. Они обусловлены действием биологических, социально-экономических факторов риска. В настоящей статье представлены материалы эпидемиологического и клинического течения хронического вирусного гепатита С и туберкулеза как сочетанных инфекций, свидетельствующие о росте заболеваемости, вовлечении в эпидемический процесс преимущественно лиц работоспособного возраста, а также высокой летальностью.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ «С»НИ ТУБЕРКУЛЁЗ БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЧИШНИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Н. А. Ярмухамедова, М. М. Ачилова, Н. Т. Раббимова, Ф. Э. Матякубова

Юкумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси,
Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Сурункали вирусли гепатитлар ва туберкулёз моноинфекция кўринишида кенг тарқалган. Улар биологик, ижтимоий-иқтисодий хавф омилларининг таъсиридан келиб чиқади. Ушбу мақолада сурункали вирусли гепатит С ва туберкулёз касаллигини эпидемиологик ва клиник кечиши, натижада касалликнинг кундан кунга ошиб бориши, эпидемик жараёни меҳнатга лаёқатли инсонлар орасида кенг тарқалиши ва юқори ўлим кўрсаткичига сабаб бўлиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

FEATURES OF THE CURRENT HEPATITIS C WITH TUBERCULOSIS

N. A. Yarmukhamedova, M. M. Achilova, N. T. Rabbimova, F. E. Matyakubova

Department of Infectious Diseases, Epidemiology and Dermatovenereology,
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Chronic viral hepatitis and tuberculosis are widespread as monoinfections. They are caused by the action of biological, socio-economic risk factors. In this article, we present materials on the epidemiological and clinical course of chronic viral hepatitis C and tuberculosis as a combination of infections, indicating an increase in the incidence, involvement in the epidemic process mainly of people of working age, and high mortality.

Вирусные гепатиты и туберкулез по-прежнему остаются недостаточно контролируемые инфекциями. Если в настоящее время заболеваемость туберкулезом характеризуется небольшой тенденцией к увеличению, а острыми гепатитами В и С резко снизилась, то хронические гепатиты имеют стойко выраженную тенденцию к росту [1, 4, 5]. Вопрос о взаимном влиянии двух инфекций - туберкулеза и хронического вирусного гепатита (ХГ) представляет большой интерес из-за высокой частоты их сочетания [Елькин А. В. и соавт., 2005] и в связи с ведущей ролью печени в иммунном ответе, в детоксикации и метаболизме противотуберкулезных препаратов [Мишин В. Ю., 2007].

Глобальные и региональные причины формирования и роста сочетанной патологии остаются до конца не ясными. В этой связи комплексное изучение вирусных гепатитов и туберкулеза как сочетанных инфекций является приоритетным научным направлением врачей различных специальностей.

Целью настоящего исследования явилось определение клинических и эпидемиологических особенностей течения хронического вирусного гепатита С на фоне туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 больных, находившихся на стационарном лечении в областном туберкулезном диспансере с сочетанной инфекцией – туберкулез +хронический вирусный гепатит С

(ХВГС), в период с 2015 по 2017 годы. Удельный вес микст инфекции ТБ и ХГС от общего количества больных туберкулезом легких составил 9,8%.

Годовая динамика заболеваемости была распределена следующим образом: в 2015 году выявлено 212 (24,6%), в 2016 году – 321 (37,2%), в 2017 году – 328 (38%) больных.

При анализе возрастного показателя больных обнаружилось, что сочетанное течение туберкулеза с ХГС наблюдалось у 15,5% больных в возрастной группе от 15 до 25 лет, от 25 до 45 лет у 38,4% больных, от 45 до 60 лет у 35,9% больных, от 60 до 75 лет у 30,% больных, у больных от 75 и более у 10,2% больных (рис. 1).

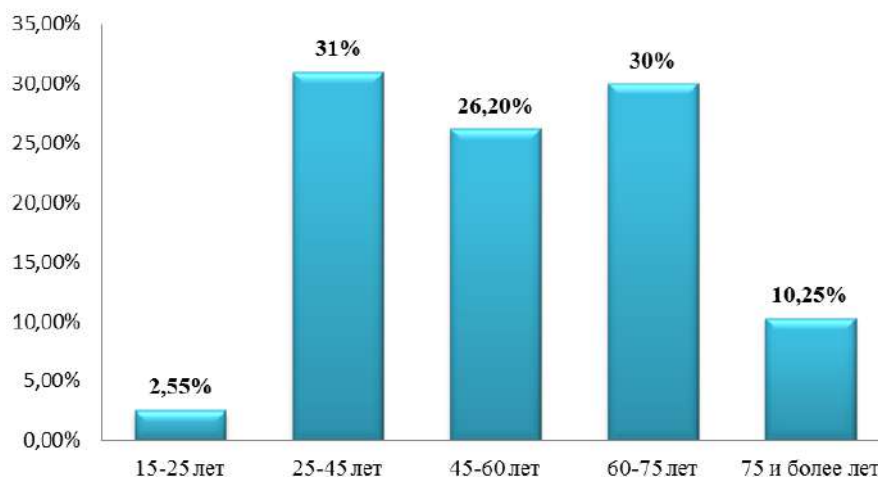


Рис. 1. Показатели встречаемости больных с диагнозом ХГС + туберкулез по возрасту.

Среди наблюдаемых больных мужчины составили 63,4%, а женщины – 36,6% случаев.

Анализ места жительства больных показал, что городские жители составили 24,5%, а сельские жители – 75,5% больных.

Все больные в динамике проходили комплексное обследование, включающее ежедневное наблюдение и лабораторные методы исследования. Диагноз ХГС устанавливался на основании данных клинического анализа, результатах лабораторных, серологических и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Клиническая симптоматика заболевания у всех обследованных больных характеризовалась интоксикационным синдромом, проявляющимся в основном слабостью, недомоганием, потерей аппетита, болями в правой подреберной области и эпигастрии, тошнотой, однократной или повторной рвотой.

При анализе клинической симптоматики уделялось внимание на то, когда был установлен диагноз больному. В связи с этим была определена длительность течения заболевания при сочетанном течении этих инфекций. Длительность ХВГС составила 1-3 года у 20% больных, 3-6 лет у 47,5%, 6-9 лет у 32,5% больных (рис. 2).

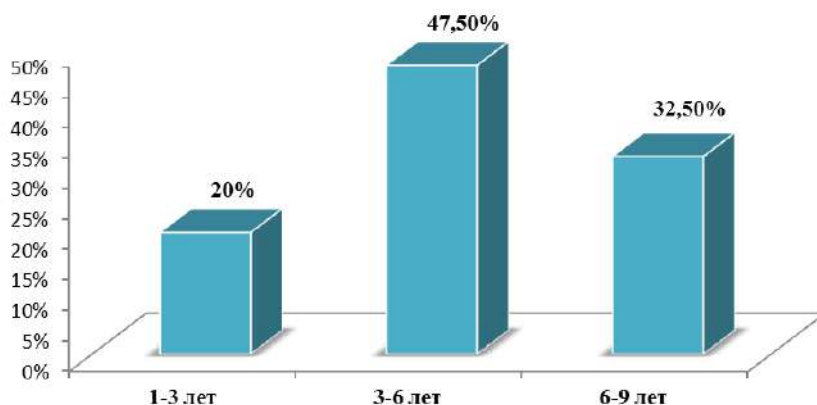


Рис. 2. Длительность течения ХВГС.

Проведенный анализ длительности течения заболевания показал, что заболевание при сочетанном течении ХВГС и туберкулеза в большинстве случаев составляла от 1 до 6 лет (67,5%).

Анализ основных клинических характеристик сочетанной инфекции (ТБ+ХГС) показал, что боль и тяжесть в правой подреберной области и эпигастрии являлись наиболее частыми симптомами и наблюдались с частотой 52,5%, снижение аппетита встречалось у 80% больных. Астеновегетативный синдром проявлялся слабостью, вялостью, адинамией и регистрировался у 70% больных. У всех исследуемых больных были отмечены изменения со стороны пищеварительной системы, которые проявлялись обложенностью языка, тошнотой, рвотой, гепатомегалией, иктеричностью кожи и склер различной интенсивности, потемнением мочи. Так, обложенность языка выявлялась у 55% больных, тошнота и рвота наблюдалась с частотой 37,5%. Гепатомегалия характеризовалась увеличением и равномерным уплотнением паренхимы печени. Нижний край печени при этом выступал из-под края реберной дуги на 1-4 см, у всех исследуемых больных, контуры были сглажены без резкой деформации в 65% случаев. Нарушение обмена билирубина, которое характеризовалось желтушным синдромом и изменением цвета мочи проявлялось иктеричностью кожи и склер различной выраженности и интенсивности и регистрировалось у 47,5% больных. Кожный зуд был отмечен у 47,5% больных, кровоточивость десен выявлялась в 12,5% случаев. Холецистит как осложнение ХГС проявлялся тяжестью и тупыми болями в правой подреберной области, расстройством пищеварения, отрыжкой, горечью во рту, тошнотой. Эти симптомы выявлялись в 45% наблюдаемых случаев.

При анализе результатов биохимического исследования крови больных было выявлено, что у 32,5% отмечался слабовыраженный цитолитический синдром, когда АЛТ повышалось меньше 3 норм, у 47,5% умеренно выраженный – АЛТ повышалось от 3 до 5 норм, и лишь у 20% выявлялся резко выраженный цитолитический синдром. При этом уровень повышения АЛТ достоверно превышал АСТ. У 27% больных были отмечены незначительные нарушения обмена билирубина. В качестве дополнительного метода исследования проводилось ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей.

С целью анализа распространения HCV и его генотипов и субтипов больным было проведено ПЦР-исследование, которое показало, что наибольшее распространение имеют субтипы - 1a, 1b и 3a. Так, субтип 1b составлял 72%, субтип 1a — 23%, субтип 3a – 5% от общего числа больных, которым проводилось ПЦР исследование. Остальные генотипы среди больных с микст инфекцией по нашим данным не выявлялись.

Выводы:

Особенностями течения ХГС на фоне туберкулеза являются частая встречаемость у мужчин, в возрастной категории от 25 до 60 лет, регистрируется преимущественно тяжелое течение заболевания, частое наличие жалоб и объективных данных, связанных с интоксикационным и цитолитическим синдромом умеренной выраженности. С увеличением длительности течения заболевания, увеличивается риск развития осложнений.

Сочетание туберкулеза и поражения печени вирусной этиологии неблагоприятно и имеет взаимоотягощающее влияние. Выраженные изменения печени нередко лимитируют применение необходимых для купирования туберкулезного процесса химиопрепаратов.

Больным страдающим туберкулезом, в целях ранней диагностики и дифференцирования от лекарственно-индуцированных болезней печени необходимо осуществлять наблюдение за печеночными пробами и проводить исследование крови на маркеры вирусных гепатитов.

Использованная литература:

1. Колпакова Т. А. Лекарственные осложнения у больных туберкулезом с хроническими сопутствующими заболеваниями при разных способах введения препаратов/ Т. А. Колпакова, Ж. Мутайхан// Туберкулез в России: мат. VIII Рос.съезда фтизиатров. М., 2007. С. 437–438.
2. Нечаев В.В. Эпидемиологическая и клиничко-лабораторная характеристика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом / В.В. Нечаев [и др.] // Вестник СПб ГМА им. И.И.Мечникова. 2006. № 2. С. 125–128.
3. Разаиариманга М.К. Эпидемиологические особенности вирусных гепатитов В и С в сочетании с туберкулезной инфекцией в условиях стационара : автореф. дис. канд. мед. наук / СПб., 1994. 21 с.
4. Сологуб, Т.В. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В и С у больных туберкулезом : учебно-методическое пособие / СПб., Екатеринбург. 2009 . 72 с.
5. Юхименко Н. В. Частота и характер патологии гепатобилиарной системы у детей с активным туберкулезом / Н. В. Юхименко, В. Ф. Елуфимова, Л. А. Митинская // Тез. 11-й Рос. конф. «Гепатология сегодня» // РЖГГК. 2006. № 1. С. 104.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

УДК 616.65-007.61-089.87

ЛАЗЕРНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ – НОВОЕ СЛОВО В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Р. Р. Гафаров¹, С. А. Аллазов¹, Ш. И. Гиясов²**¹Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** лазер, гольмиевая энуклеация, тулиевая энуклеация.**Таянч сўзлар:** лазер, гольмийли энуклеация, тулийли энуклеация.**Keywords:** laser, holmium enucleation, thulium enucleation.

В последние годы всё более широкую популярность приобретают новые методы хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Широкое развитие и распространение получили трансуретральные эндouroлогические операции. В оперативном лечении ДГПЖ на первый план выходит понятие «эндоскопическая энуклеация предстательной железы», осуществление которой обеспечивается современными методиками лазерной энуклеации, такими, как гольмиевая лазерная энуклеация и тулиевая лазерная энуклеация предстательной железы. Лазерные методики характеризуются высокой клинической эффективностью и безопасностью, минимальным числом послеоперационных осложнений.

ЛАЗЕРЛИ ЭНУКЛЕАЦИЯ – ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ СЎЗ**Р. Р. Гафаров¹, С. А. Аллазов¹, Ш. И. Гиясов²**¹Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон²Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Сўнгги йилларда простата безининг хавфсиз гиперплазиясини (ПБХГ) оператив даволашда янги усуллар кенг қўлланилмоқда. Трансуретрал эндouroлогик операциялар ривожланиши ва тарқалиши кундан кунга ошиб бормоқда. ПБХГнинг оператив даволашда биринчи ўринга “простата безининг эндоскопик энуклеацияси” деган тушунча чиқиб, у замонавий лазерли энуклеация усуллари билан, яъни гольмийли лазерли энуклеация ва тулийли лазерли энуклеация билан таъминланган. Лазерли усуллар юқори клиник самарадорлик ва хавфсизлик, шу билан бирга операциядан кейинги асоратлар сонининг пастлиги билан характерланади.

LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE - NEW APPROACH IN OPERATIVE TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**R. R. Gafarov¹, S. A. Allazov¹, Sh. I. Giasov²**¹Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan²Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

In recent years, new methods of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) have become increasingly widespread. Transurethral endourological operations are widely developed and became common. The concept of “endoscopic enucleation of the prostate” comes to the fore in operative treatment of BPH, which is ensured by modern laser enucleation techniques such as holmium laser enucleation and thulium laser enucleation of the prostate. Laser techniques are characterized with high clinical safety and effectivity, minimal postoperative complications rates.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - состояние, которое встречается более чем у 40% мужчин старше 60 лет и является наиболее распространённой причиной симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин [3]. Учитывая распространённость ДГПЖ, лечение данного заболевания является проблемой не только урологической, но также геронтологической и социальной.

Больше века прошло с момента, как была разработана открытая аденомэктомия Р.И. Фрейером (1901) [28] и С.П. Федоровым (1909) [18]. За этот период освоены новые методы хирургического лечения ДГПЖ, широкое развитие и распространение получили трансуретральные операции, однако, характер осложнений в значительной степени остался прежним.

До настоящего времени общепринятым «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ вследствие своей безопасности и эффективности, в том числе и отдалённым ре-

зультатам, является трансуретральная резекция простаты (ТУРП) [43]. Но и при ТУРП встречаются такие осложнения, как кровотечение, гипонатриемия, реже ТУР-синдром [17,19,20,48]. Этих осложнений возможно избежать при проведении биполярной ТУРП. При всех преимуществах метода длительное время резекции может приводить к возникновению электролитных расстройств, что ограничивает возможность проведения ТУРП у пациентов при объеме простаты более 80 см³ [21, 25, 42].

Данное ограничение послужило причиной поиска альтернативных методов эндоскопического оперативного лечения. В рекомендациях Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) от 2016 г. по лечению симптомов нижних мочевых путей, вызванных ДГПЖ, был предложен новый термин – эндоскопическая энуклеация предстательной железы (ЭЭПЖ) (endoscopic enucleation of the prostate), обозначающий и объединяющий все виды энуклеации [37]. Одним из методов ЭЭПЖ, в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), является гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы (holmium laser enucleation of the prostate - HoLEP) [8].

Первыми, гольмиевый лазер применили ученые Питер Гиллинг и Марк Фраундорфер из больницы г. Тауранги (Новая Зеландия). Они начали работу с гольмиевым лазером в 1996 г. [29], а в 1998 г. представили предварительные результаты проведения гольмиевой лазерной энуклеации простаты с интравезикальной морцелляцией удаленной ткани [11, 30]. Создание и применение морцеллятора стало значимым событием в использовании гольмиевого лазера. Именно благодаря морцелляции - возможности удаления крупных фрагментов ткани через канал небольшого диаметра стало возможным создание гольмиевой лазерной энуклеации, изменившей подход к хирургическому лечению аденомы. Эта принципиально новая методика оттеснила на второй план методики абляции и резекции [14, 27, 30].

При гольмиевой энуклеации лазерная энергия мощностью 60-100 Вт, сконцентрированная "на кончике" лазерного волокна, позволяет рассекать аденоматозную ткань. При этом аденоматозные узлы отделяются от капсулы аналогично тому, как это делается указательным пальцем хирурга в ходе открытой аденомэктомии [1]. Последовательно энуклеированные средняя и боковые доли ретроградно смещаются в мочевой пузырь и в последующем эвакуируются при помощи морцеллятора. При отсутствии возможности использования морцеллятора, доли предстательной железы частично энуклеируются и затем, деваскуляризованные доли измельчаются при помощи резектоскопа и удаляются по тубусу последнего (техника «гриба»). Коагуляция кровоточащих сосудов обеспечивается путем отведения кончика волокна на 3-4 мм от сосуда. В качестве ирригационной жидкости во время HoLEP используется физиологический раствор или раствор глицина [4].

В последние годы HoLEP приобретает всё более широкую популярность [12]. HoLEP имеет ряд преимуществ перед ТУРП, особенно у пациентов с большим объемом предстательной железы [34, 35]. В соответствии с рекомендациями ЕАУ при объеме простаты больше 80 см³ HoLEP является операцией выбора наряду с открытой аденомэктомией и биполярной энуклеацией [38]. Некоторые авторы называют HoLEP новым «золотым стандартом» хирургического лечения гиперплазии простаты [51]. Кроме того на сегодняшний день гольмиевая энуклеация аденомы предстательной железы позиционируется как «размеронезависимая» процедура, т.е. применимая при аденомах любых размеров [36, 52]. Проведенные научные исследования подтверждают высокую эффективность гольмиевой энуклеации в ликвидации инфравезикальной обструкции, обусловленной гиперплазией простаты. Так, Elmansy Н.М. (2011) [23] сообщает о положительных результатах обследования пациентов даже через 10 лет (62 месяца) после операции, в том числе и при гиперплазии простаты больших размеров.

После HoLEP в 2004 г. появилась методика биполярной плазмакинетической энуклеации простаты (ПкЭП), затем позже, в конце 2000-х годов – другие трансуретральные, основанные на воздействии лазером методики энуклеации: Tm:YAG (тулиевый лазер на алюмоиттриевом гранате) вапоэнуклеация (ThuVER), трансуретральная анатомическая энуклеация

с поддержкой Tm:YAG (тулиевая энуклеация простаты - ThuLEP), диодная лазерная энуклеация простаты (DiLEP) и, наконец, энуклеация зелёным лазером «Greenlight» (GreenLEP) с литий-боратной модуляцией (LBO). Многие из предложенных лазерных методик были отвергнуты на начальной стадии их использования, как неподходящие для выполнения энуклеации [31].

В 2010 г. Herrmann T.R. с коллегами [33] первыми предложили схожую с гольмиевой технику энуклеации аденомы с использованием тулиевого лазера, названную ThuLEP (thulium laser enucleation of the prostate - тулиевая лазерная энуклеация простаты). Если в гольмиевом лазере излучение возбуждается лампой-вспышкой, в тулиевом лазере энергия излучается в режиме постоянно генерируемой волны. Ионы тулия при этом возбуждаются непосредственно лазерными диодами большой мощности. Благодаря непрерывно генерируемому лазерному пучку, тулиевый лазер лучше работает в мягких тканях [32].

Пульсирующее излучение гольмиевого лазера вызывает разрывающий эффект, в то время, как постоянно генерируемая волна тулиевого лазера позволяет плавно иссекать ткани и испарять их, добиваясь прекрасного гемостаза [44].

Как и в отношении HoLEP, было проведено большое количество исследований, подтвердивших эффективность ThuLEP [9]. Обзор Barbalat и соавт. (2016) [22] показал, что тулиевая лазерная энуклеация простаты безопасная и эффективная процедура. Ещё до разработки ThuLEP тулиевый лазер использовался для выполнения вапоэнуклеации предстательной железы. Процедура ThuVEP была внедрена в 2008 г. для пациентов с крупными аденомами.

В целом, ThuVEP и ThuLEP – «близнецы» лазерных технологий продемонстрировали полный спектр лазерного воздействия при энуклеационных методиках. При этом если при ThuVEP в первую очередь производится вапоризация ткани аденомы продолжительноволновыми лазерами для проведения быстрой, эффективной и безопасной энуклеации, то при ThuLEP выполняется практически слепая механическая энуклеация с использованием лазера только для рассечения спаек и слизистой оболочки [31].

По вполне понятным причинам появление и распространение таких высокотехнологичных и перспективных методов, в частности HoLEP, а также ThuLEP привело к появлению множества публикаций, посвященных оценке осложнений после данных вмешательств, их эффективности. Во многих центрах описывается первый опыт применения подобных технологий [10, 13].

Целым рядом авторов проведен анализ эффективности HoLEP в сравнении с другими оперативными методами лечения предстательной железы: ТУРП [24, 26], открытой аденомэктомией [36, 39, 45, 49], эндовидеохирургической аденомэктомией [15], сравнивались результаты HoLEP и ThuLEP [13, 47].

В 2 крупных мета-анализах [40, 41] было проведено сравнение HoLEP и биполярной энуклеации с ОАЭП. Они показали, что никакой значимой разницы между ЭЭПЖ и ОАЭП при средне- и долгосрочном наблюдении не отмечалось. При этом HoLEP характеризуется более коротким периодом ирригации, катетеризации, госпитализации.

При большом количестве факторов, влияющих на выбор метода, в экономически развитых странах отдаётся предпочтение трансуретральным.

В этой связи возникают представления о бесперспективности использования открытых методов и в нашей стране. Однако во многих странах мира традиционное хирургическое лечение ДГПЖ – открытая аденомэктомия является приоритетным методом, поэтому она имеет право на существование в одном ряду с новейшими современными методиками. Так, по данным Певзнера П.Н. (2003) [16], соотношение открытых и трансуретральных операций гиперплазии простаты в отдельных регионах Российской Федерации (РФ) по данным разных авторов было следующим: по данным Н.А. Лопаткина в 2002 г. в Москве соотношение составило 69,4% к 30,6%, в Санкт-Петербурге по данным Комякова С.К. 64,67% к 35,33%, в Казани по данным Ситдыкова Э.Н. соотношение категорически отклонено в поль-

зу ОАЭП: 91,31% к 8,69%.

Сравнительные анализы результатов хирургического лечения ДГПЖ проводятся различными авторами бессистемно, часто лишь путём перечисления возникших осложнений. Чаще всего сравниваются 2 каких-либо метода оперативного лечения: либо трансуретральные (например, ТУРП versus HoLEP), либо 2 модификации какого-то одного трансуретрального метода, например, HoLEP versus ThuLEP [46, 50]. Отсутствует системный подход к оценке осложнений, возникающих после открытых, либо трансуретральных вмешательств при ДГПЖ. Нет адекватных критериев, в соответствии с которыми было бы возможно оценить каждый метод даже на этапе его освоения.

Общепринятой на сегодняшний день является система оценки хирургических осложнений Clavien-Dindo. В частности она была адаптирована в отношении осложнений эндоскопической хирургии нефролитиаза [6, 7]. Кроме того, были выполнены исследования по оценке хирургических осложнений при открытой аденомэктомии с различными способами гемостаза [1, 2, 5].

Вот почему на сегодняшний день важную роль играет изучение характера хирургических осложнений при ОАЭП, ТУРП, HoLEP, их систематизацию и сравнительный анализ в отношении каждого из изучаемых способов хирургического лечения, а также разработку адекватных мер по ликвидации осложнений.

Таким образом, можно однозначно сказать, что будущее в оперативном лечении ДГПЖ уже сегодня определяется такими современными методами, как гольмиевая и тулиевая энуклеация предстательной железы. Однако нельзя списывать со счетов и открытую аденомэктомию, поскольку операции высоких технологий, которыми являются HoLEP и ThuLEP, еще не внедрены повсеместно и во многих центрах требуют опыта и эндоскопических навыков высокого уровня.

Всё новое - хорошо забытое старое. Радикальность оперативного лечения ДГПЖ заключается в «анатомической энуклеации» аденомы в пределах её хирургической капсулы. И если при ОАЭП, которая даёт наилучшие результаты, энуклеация осуществляется вручную, вслепую, то при лазерной энуклеации данная процедура производится под контролем зрения, с наиболее полноценным гемостазом. При всех преимуществах лазерных методик таких, как минимальная интраоперационная кровопотеря, короткий срок госпитализации, существуют и недостатки - длительность манипуляции, необходимость в наличии дорогостоящего оборудования, сроки обучения и др., которые, однако, никоим образом не умаляют их перспективности. Поэтому у лазерных методов энуклеации есть все возможности, чтобы в недалёком будущем стать поистине «золотым стандартом» оперативного лечения ДГПЖ.

Использованная литература:

1. Аллазов С.А. Гемостаз при аденомэктомии простаты. Монография. Ташкент «Истиклол», 2019.
2. Аллазов С.А., Гафаров Р.Р. Анализ эффективности методов гемостаза при аденомэктомии простаты. Lambert Academic Publishing. Saarbrücken 2017. 62 с.
3. Аляев Ю. Г. Болезни предстательной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 240 с.
4. Аляев Ю.Г., Григорьев Н.А., Локшин К.Л., Дымов А.М. Лазерная (гольмиевая) энуклеация предстательной железы в лечении больных гиперплазией простаты. Медицинский вестник Башкортостана. 2017; 12, 3 (69): 125-129.2010.
5. Гафаров Р.Р. Усовершенствование диагностики и лечения почечных хирургических осложнений при аденомэктомии простаты. Дисс. на соискание академической степени магистра. Самарканд, 2017.
6. Гиясов Ш.И. Осложнения эндоскопической хирургии нефролитиаза: причины, классификация, тактика, прогноз. Автореф. докт. диссертации. Ташкент, 2015.
7. Гиясов Ш.И. Систематизация послеоперационных осложнений эндоскопического лечения нефролитиа-

- за. Методические рекомендации. Ташкент, 2014.
8. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М. и др. Гольмиевая лазерная энуклеация гиперплазии предстательной железы: технические аспекты. Андрология и генитальная хирургия 2015;16(4):62–6.
 9. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М. и др. Эндоскопическая энуклеация простаты: временный тренд или новый стандарт лечения? Урология 2018; 2: 130-134.
 10. Давыдов Д.С., Винаров А.З., Цариченко Д.Г. и др. Гольмиевая лазерная энуклеация гиперплазии предстательной железы: двухлетний опыт. Медицинский вестник Башкортостана. 2017; Том 12, № 3 (69): 125-129.
 11. Дымов А.М. Лазерное (гольмиевое) удаление ткани простаты в лечении больных гиперплазией предстательной железы. Дисс... канд. мед. наук. Москва, 2011.
 12. Еникеев Д.В., Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. и др. Гольмиевая лазерная энуклеация (HoLEP) при гиперплазии простаты маленьких, больших и гигантских размеров. Практические рекомендации. Опыт более 450 операций. Урология 2016;(4):63–9.
 13. Еникеев Д.В., Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М. и др. Лазерная энуклеация гиперплазии простаты (HoLEP и ThuLEP): сравнительный анализ эффективности при лечении рецидивов гиперплазии простаты. Урология 2017; 2: 66-70.
 14. Еникеев Д.В., Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М. и др. Эндоскопическая энуклеация предстательной железы – новый стандарт хирургического лечения гиперплазии предстательной железы. Андрология и генитальная хирургия 2017; 18(3): 83-88.
 15. Орлов И.Н., Попов С.В., Мартов А.Г., Галлямов Э.А. и др. Сравнительный анализ методов лечения аденомы предстательной железы свыше 100 см³. Урология, Сб. избр. статей за 2017 год. 98-102.
 16. Певзнер П.Н. Профилактика кровотечений, воспалительных и обструктивных осложнений чреспузырной аденомэктомии. Дис. канд. мед. наук. Москва, 2004. 143 с.
 17. Сергиенко Н.Ф., Бегаев А.И., Васильченко М.И. Братчиков О.И. Ошибки и осложнения трансуретральной резекции предстательной железы при аденоме. М., Бином, 2013. 112 с.
 18. Федоров С.П. Хирургическое лечение гипертрофии предстательной железы. Восьмой съезд Российских хирургов: Тез. докл. - Москва; 1909.-С.67-70.
 19. Ahyai S.A. et al. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement. Eur Urol. 2010. Vol. 58. P. 384-397.
 20. Alschibaja M. et al. Transurethral resection for benign prostatic hyperplasia. Current developments. Urologie A – 2005. Vol. 44(5). P. 499-504.
 21. Autorino R., Damiano R., Di Lorenzo G. et al. Four-year outcome of a prospective randomised trial comparing bipolar plasmakinetic and monopolar transurethral resection of the prostate. Eur Urol 2009;55:922–31.
 22. Barbalat Y., Velez M.C., Sayegh C.I. Evidence of the efficacy and safety of the thulium laser in the treatment of men with benign prostatic obstruction. Ther Adv Urol 2016; 8: 181–191.
 23. Elmansy H.M., Kotb A., Elhilali M.M. Holmium laser enucleation of the prostate: long-term durability of clinical outcomes and complication rates during 10 years of followup. J Urol. 2011. Vol. 186. P. 1972-1976.
 24. Eltabey M.A., Sherif H., Hussein A.A. Holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate. Can J Urol 2010;17: 5447–52.
 25. Fagerström T, Nyman CR, Hahn RG. Complications and clinical outcome 18 months after bipolar and monopolar transurethral resection of the prostate. J Endourol 2011;25:1043–9.
 26. Fayad AS, Sheikh MG, Zakaria T, Elfotouh HA, Alsergany R. Holmium laser enucleation versus bipolar resection of the prostate: a prospective randomized study. Which to choose? J Endourol 2011;25: 1347–52.
 27. Fraundorfer M.R., Gilling P.J. Holmium:YAG laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation: preliminary results. Eur Urol 1998;33(1):69–72. PMID: 9471043.
 28. Freyer P.J. A clinical lecture on total extirpation on the prostate, for radical cure of enlargement of that organ: with four successful cases. Brit. Med. J. 1901. Vol. 20. P. 125-129.
 29. Gilling P.J., Cass C.B., Cresswell M.D., Fraundorfer M.R. Holmium laser resection of the prostate: preliminary results of a new method for the treatment of benign prostatic hyperplasia. Urology 1996;47(1):48–51. PMID: 8560662.
 30. Gilling P.J., Fraundorfer M.R. Holmium laser prostatectomy: a technique in evolution. Curr Opin Urol 1998;8 (1):11–5. PMID: 17035836.
 31. Herrmann T. R. Enucleation is enucleation is enucleation is enucleation. World J Urol 2016;34(10):1353–5. DOI: 10.1007/s00345-016-1922-3. PMID: 27585786.
 32. Herrmann T.R., Liatsikos E.N., Nagele U. et al. EAU guidelines on laser technologies. Eur Urol 2012;61 (4):783–95. DOI: 10.1016/j.eururo.2012.01.010. PMID: 22285403.
 33. Herrmann T.R., Bach T., Imkamp F. Thulium laser enucleation of the prostate (ThuLEP): transurethral anatomical prostatectomy with laser support. Introduction of a novel technique for the treatment of benign prostatic obstruction. World J Urol 2010; 28: 45–51.
 34. Hettiarachchi J.A. et al. Holmium laser enucleation for large (greater than 100 ml) prostate glands. Int J Urol. -

2002. Vol. 9. P. 233-236.
35. Humphreys M.R. et al. Holmium laser enucleation of the prostate – outcomes independent of prostate size? *J Urol* 2008. Vol. 180. P. 2431-2435.
36. Jones P., Alzweri L., Rai B.P., Somani B.K., Bates C., Aboumarzouk O.M. Holmium laser enucleation versus simple prostatectomy for treating large prostates: Results of a systematic review and meta-analysis. *Arab J Urol*. 2015;14(1):50-8.
37. Kaplan S.A. Re: EAU Guidelines on the Assessment of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction. *J Urol* 2016;196(6):1712–4. DOI: 10.1016/j.juro.2016.09.017. PMID: 27845123.
38. Kim M. et al. Technical Aspects of Holmium Laser Enucleation of the Prostate for Benign Prostatic Hyperplasia. *Korean J Urol* -2013. Vol. 54. P. 570-579.
39. Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial. *Eur Urol* 2008;53:160–8.
40. Li M., Qiu J., Hou Q. et al. Endoscopic enucleation versus open prostatectomy for treating large benign prostatic hyperplasia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2015;10(3):e0121265. DOI: 10.1371/journal.pone.0121265. PMID: 25826453.
41. Lin Y., Wu X., Xu A. et al. Transurethral enucleation of the prostate versus transvesical open prostatectomy for large benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Urol*. 2016 Sep;34(9):1207-19. doi: 10.1007/s00345-015-1735-9.
42. Mamoulakis C, Schulze M, Skolarikos A, et al. Midterm results from an international multicentre randomised controlled trial comparing bipolar with monopolar transurethral resection of the prostate. *Eur Urol* 2013;63:667–76.
43. McVary K.T. et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia / *J Urol*. 2011. Vol. 185. P. 1793-1803.
44. Merseburger A.S., Herrmann T.R., Liatsikos E., Nagele U., Traxer O. Лазеры и лазерные технологии. Европейская ассоциация урологов, 2011. 59 с.
45. Naspro R, Suardi N, Salonia A, et al. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates >70 g: 24-month follow-up. *Eur Urol* 2006;50:563–8.
46. Netsch C., Engbert A., Bach T., Gross A.J. Long-term outcome following Thulium VapoEnucleation of the prostate. *World J Urol* 2014;32(6):1551–8. DOI: 10.1007/s00345-014-1260-2. PMID: 24531878.
47. Pirola G.M., Saredi G., Coda Duarte R. et al. Holmium laser versus thulium laser enucleation of the prostate: a matched-pair analysis from two centers. *Ther Adv Urol*. 2018;10(8):223-233. doi:10.1177/1756287218779784.
48. Rassweiler J., Teber D., Kuntz R., Hofmann R. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) – incidence, management, and prevention. *Eur Urol*. 2006;50(5):969–979.
49. Salonia A, Suardi N, Naspro R, et al. Holmium laser enucleation versus open prostatectomy for benign prostatic hyperplasia: an inpatient cost analysis. *Urology* 2006;68:302–6.
50. Tiburtius C., Gross A.J., Netsch C. A prospective, randomized comparison of a 1940 nm and a 2013 nm thulium: yttrium-aluminum-garnet laser device for Thulium VapoEnucleation of the prostate (ThuVEP): First results. *Indian J Urol* 2015;31(1):47–51. DOI: 10.4103/0970-1591.148308. PMID: 25624576.
51. Tyson M.D. et al. In 2013, holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) may be the new «gold standard». *Curr Urol Rep*. 2012. Vol. 13. P. 427-432.
52. Vincent M.W., Gilling P.J. HoLEP has come of age. *World J Urol*. 2015; 33(4):487–493.

**ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВАЯ ПАТОЛОГИЯ И
УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ****С. А. Аллазов, Х. С. Тошев, Н. А. Бобокулов**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра
экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** позвоночно-спинномозговая травма, нейрогенный мочевой пузырь, сине-фиолетовый мочеприемник.**Таянч сўзлар:** умуртка-орка мия шикастланишлари, нейроген ковуқ, кўк-бинафша ранг сийдик халтачаси.**Keywords:** spinal injury, neurogenic bladder, purple urine bag.

Статья посвящена проблеме восстановления функций мочевого пузыря при расстройствах его центральной и периферической иннервации, вопросам так называемого нейрогенного мочевого пузыря при позвоночно-спинномозговой травме. Несмотря на многочисленные современные исследования, функция, иннервация мочевого пузыря и механизмы его координированной деятельности, а также коррекция их при нарушениях спинномозгового характера остаются значимыми вопросами современной медицинской науки и требуют своего решения в контексте нейрореабилитации.

УМУРТҚА-ОРҚА МИЯ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ВА УРОЛОГИК ЁРДАМ**С. А. Аллазов, Х. С. Тошев, Н. А. Бобокулов**

Самарканд давлат тиббиёт институти,

Республика шошилиш тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Самарканд, Ўзбекистон

Мақола сийдик пуфлагининг умуртка-орка мия шикастланишларида марказий ва периферик иннервацияси бузилишларида унинг функциясини тиклашга бағишланган. Сўнгги йиллардаги кўплаб тадқиқотлар ковуқнинг функцияси, иннервацияси, бошқа аъзолар билан биргаликдаги фаолияти ва орка мия бузилишларидаги коррекциясига бағишланган. Шунга қарамадан умуртка-орка мия шикастланишларида ковуқ фаолиятини тиклаш замонавий тиббиёт фанининг долзарб масалаларидан бири бўлиб, айниқса нейрореабилитация доирасида ўз ечимини топиши керак.

SPINAL CORD PATHOLOGY AND UROLOGICAL CARE**S. A. Allazov, Kh. S. Toshev, N. A. Bobokulov**

Samarkand state medical institute,

Samarkand branch of republican research centre of emergency medicine, Samarkand, Uzbekistan

The article is devoted to the problem of restoring bladder functions in disorders of its central and peripheral innervation, issues of the so-called neurogenic bladder in spinal cord injuries. Despite numerous modern studies, bladder function, bladder innervation and the mechanisms of its coordinated activity, as well as their correction in spinal disorders, remain important issues of modern medical science and require their solution in the context of neurorehabilitation.

Актуальность. Неуклонный рост травматизма в последние годы, в том числе позвоночно-спинномозговых повреждений, требует проведения комплекса медицинских мероприятий с участием смежных специалистов. Имеет важное значение проблема восстановления функций мочевого пузыря при расстройствах его иннервации, в частности при повреждениях спинного мозга [1, 2]. Интерес к нейрогенным расстройствам мочеиспускания обусловлен как актуальностью данной проблемы, так и отсутствием достаточно эффективных методов восстановления функции мочевого пузыря. Вопросы так называемого нейрогенного мочевого пузыря у больных с позвоночно-спинномозговой травмой стали обсуждать на международных научных форумах [3, 4, 5].

Естественно, что при всей многочисленности публикаций, на сегодняшний день отсутствует единая нейрохирургическая и урологическая лечебная тактика при выборе метода параллельной и единовременной коррекции позвоночно-спинномозговых и урологических отклонений, мнения различных авторов о преимуществах и их недостатках противоречивы.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП за последние 5 лет (2014-2018 гг.) наблюдали 286 больных с позвоночно-спинномозговой патологией. Из них 231 пациент с повреждениями и 55 - с патологическими состояниями.

Распределение больных по нозологическим единицам (диагноз, МКБ-10): Повреждения – 231 (100%): компрессионный перелом позвоночника – 178 (77%), перелом позвоночника с нарушением функций спинного мозга – 54 (23%); Заболевания – 55 (100%): опухоль позвоночника – 38 (69%), опухоль спинного мозга – 17 (31%).

Урологические осложнения у этих 286 пациентов сводились в основном к следующим группам симптомов: учащенное мочеиспускание - 180 (63%), затруднённое мочеиспускание – 162 (57%), недержание мочи – 120 (42%), хроническая задержка мочеиспускания – 86 (30%), острая задержка мочеиспускания – 118 (41%), парадоксальная ишурия – 25 (9%), нейрогенный мочевой пузырь – 36 (13%), синдром фиолетового мочеприемника – 18 (7%).

Для объективной и полноценной характеристики указанных осложнений применялись общие и специальные урологические методы обследования (общий анализ мочи, УЗИ, обзорная и экскреторная урография, уретро- и цистография, уретро- и цистоскопия и, наконец, компьютерная томография). Наряду с проведением нейрохирургического лечения, в комплексе лечебных мероприятий включили также методы устранения осложнений урологического характера.

Урологическая помощь этим больным заключалась в следующих манипуляциях и оперативных вмешательствах: мочеиспускание с усилением брюшного пресса – 105 (37%), периодическая катетеризация – 86 (30%) (рис. 1), постоянный катетер – 145 (51%) (рис. 2), тро-



Рис. 1. Устройство и принцип работы самоудерживающегося катетера Фоле.



Рис. 2. Постоянный уретральный катетер Фоле.



Рис. 3 а, б. Инструментарий и методика троакарной цистостомии: троакар.

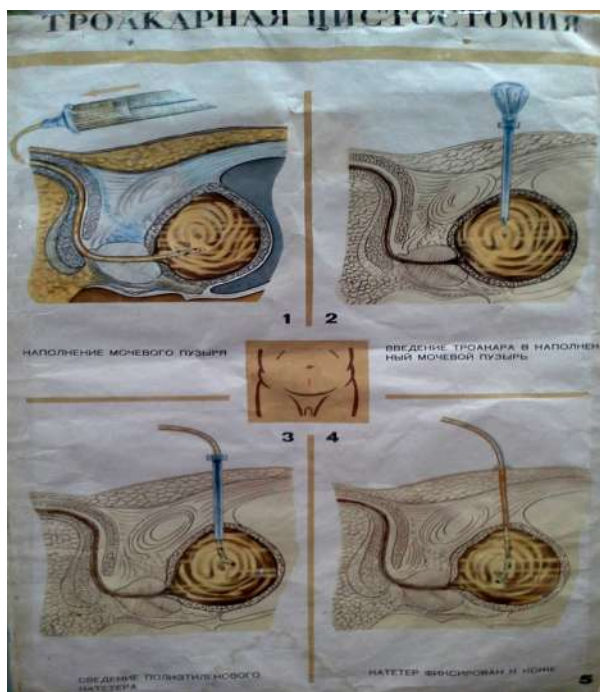


Рис. 3 в. Инструментарий и методика троакарной цистостомии: схематическое изображение операции.

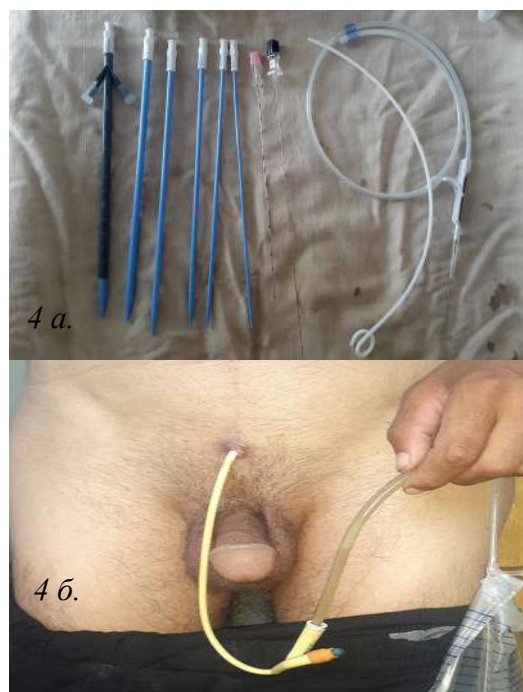


Рис. 4. Больной Н., 36 лет. ПСМТ. Нейрогенный мочевой пузырь: а-набор инструментов для перкутанной цистостомии; б-состояние после операции.

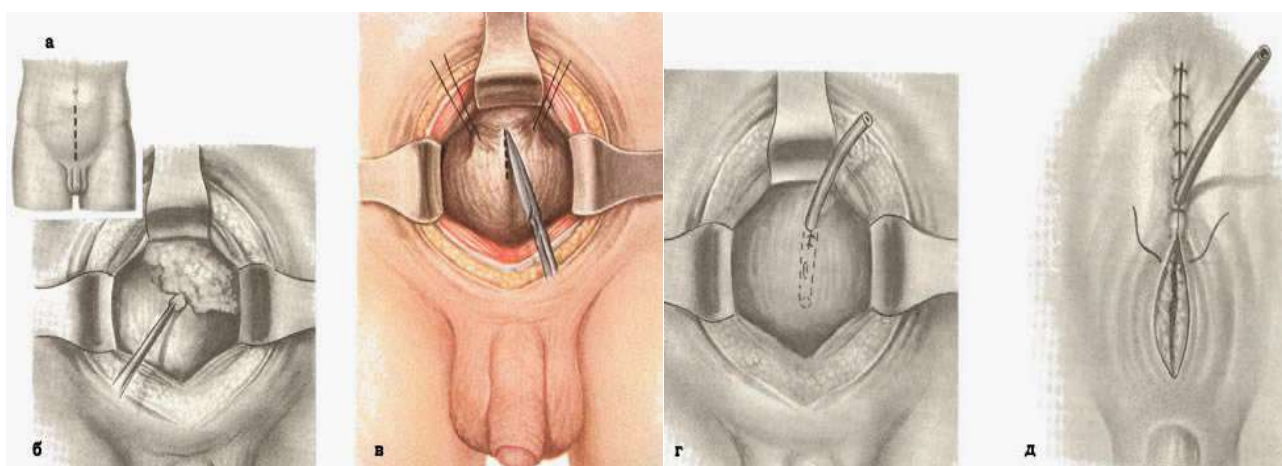


Рис. 5. Эпицистостомия. а - линия кожного разреза; б - жировую клетчатку с переходной складкой брюшины тупо отодвигают вверх; в - вскрытие мочевого пузыря; г - ушивание мочевого пузыря вокруг дренажной трубки; д - дренирование мочевого пузыря; рана послойно ушита (по Чухриенко Д.П., Люлько А.В., 1972).

акарная цистостомия 18 (6%) (рис. 3 а, б, в), перкутанная цистостомия – 7 (2%) (рис. 4 а, б), эпицистостомия – 12 (4%) (рис. 5. а, б, в, г, д).

Обсуждение. В настоящее время по показаниям последовательно применяются различные способы отведения мочи по поводу расстройства мочеиспускания у больных с ПСМТ: начиная от надавливания в надлобковой области и периодической катетеризации мочевого пузыря вплоть до пожизненной эпицистостомии. Мы также решили определить значение так называемого синдрома сине-фиолетового мочеприёмника, сопровождающего эти состояния.

В остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) осуществляется 4-х разовая периодическая катетеризация мочевого пузыря с промыванием его дважды в день раствором фурациллина в разведении 1:5000 (а при наличии уроинфекции - раствором фу-

рациллина с антибиотиками, чувствительными к патогенной флоре), либо подключается система Монро.

В раннем периоде в лечении нарушений функций тазовых органов к важнейшим задачам относятся восстановление пассажа мочи и резервуарно-выделительной функции мочевого пузыря (восстановление пузырного рефлекса), профилактика и лечение уроинфекции.

Следует отметить, что диагностические и лечебные стандарты должны интегрироваться прежде всего между нейрохирургами и урологами, а также смежными специалистами [1, 2].

При стойкой задержке мочеиспускания для выведения мочи применяют либо периодическую катетеризацию мочевого пузыря (ПКМП), либо приливно-отливный дренаж (систему Монро). Катетеризация мочевого пузыря проводится 4-6 раз в день. Поскольку эта манипуляция связана с большим риском инфицирования мочевыводящих путей (вплоть до уросепсиса), она должна сопровождаться строжайшим выполнением правил асептики и антисептики. Обязательна обработка кожи и слизистой вокруг мочеиспускательного канала - например, водным раствором хлоргексидина. Катетер должен быть стерильным, клюв смазывается антимикробной мазью (левомеколь, дибунол). Диаметр катетера должен быть меньше диаметра уретры, вводить катетер следует без усилий, можно оставлять в уретре и мочевом пузыре как постоянный.

Частота катетеризации подбирается такая, чтобы не допускать скопления мочи в пузыре более 350 мл (обычно - не реже 3 раз в сутки). Периодическая катетеризация, в отличие от постоянной, сопряжена с меньшим риском развития пролежней, камней, инфекционных осложнений в мочевыводящих путях.

Здесь важное место занимает т.н. приливно-отливная система Монро, которая состоит из стерильной – посуды, заполненной антисептической жидкостью (фурацилин 1:5000), закрытого сосуда для сбора мочи и катетера, который с помощью тройника соединяется с вышеуказанными сосудами (рис. 6).

Скорость подачи жидкости в катетер регулируется с помощью регулятора частоты капель. Сущность приливно-отливого дренирования мочевого пузыря заключается в том, что антисептик редкими каплями (40-60 в мин.) поступает в мочевой пузырь. При этом в мочевом пузыре моча начинает механически вымываться из мочевого пузыря вместе с фурацилином. Через каждые 7 дней систему Монро отключают, переводя больного на три дня на периодическую катетеризацию.

Противопоказанием к установке системы Монро служат воспаление или повреждение уретры или наружных половых органов, когда постоянный катетер использовать нельзя.

У больных, требующих кратковременного надлобкового дренирования, производят троакарную или перкутанную цистостомию, а при пожизненном надлобковом дренировании - эпицистостомию.

Новшеством последнего времени в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания является обнаружение так называемого синдрома сине-фиолетового мочевого пузыря у больных [6, 7, 8].

Синдром фиолетового мочевого пузыря, purple urine bag syndrome (PUBS) описан в 1976 году. В настоящее время синдром фиолетового мочевого пузыря интенсивно изучает-

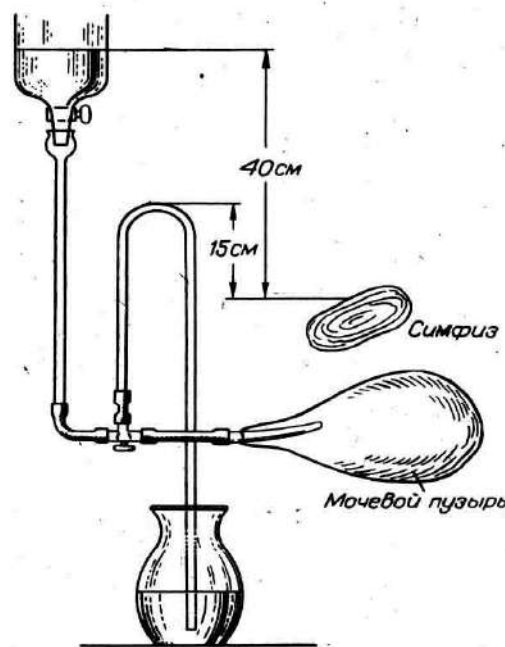


Рис. 6. Схематическое изображение установки Монро.

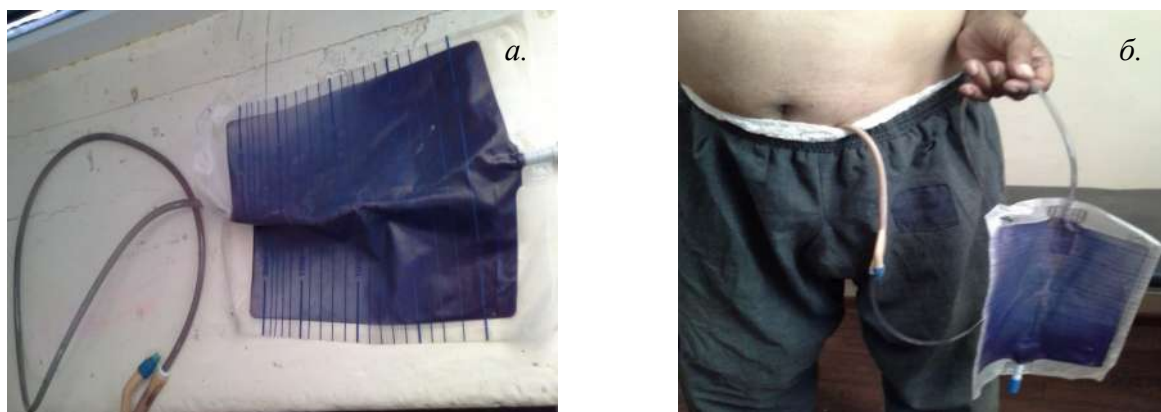


Рис. 7. Больной И.С. Диагноз: Синдром сине-фиолетового мочеприёмника:
а - общий вид мочеприёмника,
б - цистостомический дренаж с присоединённым к нему мочеприёмником.

ся. Оказывается, что это не такой уж редкий и безобидный синдром, в связи с чем он требует особого внимания не только врача, но и пациента (рис. 7).

В биохимическом понимании фиолетовая моча является проявлением нарушения метаболизма одной из незаменимых для человека аминокислот триптофана [9, 10].

Так, триптофан поступает с пищей, значительная часть его идет на образование гормона серотонина, излишек попадает в кишечник. Кишечная флора превращает триптофан в индол - токсичное соединение, которое всасывается по портальной (воротной) системе в печень и там соединяется (конъюгирует) с серной или глюкуроновой кислотой и становится не токсичным индиканом. При нормальном состоянии индикан секретируется печенью в кровоток и фильтруется почками как шлак. При инфекциях мочевого тракта грамотрицательные бактерии, продуцирующие ферменты, отщепляющие от индикана серную кислоту, превращают его в индоксил. В щелочной среде бактерии конвертируют индоксил в индиго голубого цвета и индирубин красного цвета. Смешивание этих двух цветов и определяет фиолетовый цвет мочи.

Таблица 1.

Группы риска и этапы возникновения сине-фиолетового мочеприёмника

Факторы риска	Механизм
Женщины	Анатомия, предрасполагающая к возникновению инфекций мочевого тракта
Увеличение содержания триптофана в пище	Увеличение субстрата для преобразования в окрашенные соединения
Повышенная щелочность мочи	Облегчает окисление индоксила
Запоры	Увеличение времени для бактериального преобразования триптофана
Длительное нахождения катетера в мочевом пузыре	Повышенный риск инфекций мочевых путей
Высокая бактериурия	Наличие бактериальной сульфатазы / фосфатазы
Хроническая почечная недостаточность	Нарушение клиренса (очищение мочи) индоксилсульфата

Прежде всего, чаще это пожилые, с ослабленной иммунной системой мужчины и женщины. В таблице 1 перечислены группы риска из этой категории больных.

Синдром фиолетового мочеприёмника (мешка) назван так потому, что при катетеризации мочевого пузыря и сборе мочи в прозрачный контейнер, (мешок), его цвет становится

фиолетовым. Цвет мочи при назначении антибиотиков нормализуется.

Заключение. У больных ПСМТ представляет особые сложности определение сроков нахождения дренирующей системы в мочевых путях и перехода к самостоятельному мочеиспусканию, а также способы его восстановления без ущерба не только мочевому тракту, но и неврологическому статусу. На наш взгляд периодическая катетеризация и перкутанная цистостомия (при необходимости) в настоящее время являются приемлемыми методами при лечении мочевых осложнений у больных позвоночно-спинномозговой патологией, всё же требуя разработки решения по существующим проблемам в данной области и интеграции нейрохирургии и урологии.

Используемая литература:

1. Аллазов С.А. Умудий урология. Дарслик. Тошкент, «Абу Али ибн Сино», 2010: 152 бет.
2. Аллазов С.А., Бобокулов Н.А., Ботиров Б.А., Хамидов Ф.Г. Урология фанида интеграция масалалари. Межпредметные связи при обучении специальным дисциплинам. Самарканд, 2011: 45-46.
3. Беляев А.Л., Ходжиметов Т.А., Фозилов А.А. Везикостомия у мужчин с нейрогенной дисфункцией нижних мочевых путей. XII Конгресс «Мужское здоровье». Сборник тезисов. Казань, 2016; 22.
4. Диагностические и лечебные стандарты в экстренной урологии. Под редакцией проф. Аллазова С.А. Самарканд, 2015; 37 с.
5. Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х. и др. Результаты хирургического лечения пострадавших с острой закрытой позвоночно-спинномозговой травмой с нарушением функции спинного мозга. Вестник экстр. мед., 2016; IX (2): 39-40.
6. Harun NS, Nainar SK, Chong VH. Purple urine bag syndrome: a rare and interesting phenomenon. South Med J. 2007; 100:1048–50.
7. Lin CH, Huang HT, Chien CC et al. Purple urine bag syndrome in nursing homes: ten elderly case reports and a literature review. Clin Interv Aging. 2008; 3:729-34.
8. Noriko S.H., Syed Kh.M., Vui H.Ch. Purple Urine Bag Syndrome: A Rare and Interesting Phenomenon. South Med J. 2007; 100(10): 1048-1050.
9. Peters P, Merlo J., Beech N., Boon B., Parker B., Dancer C., Munckhof W., Teng H.S. The purple urine bag syndrome: a visually striking side effect of a highly alkaline urinary tract infection. Can Urol Assoc J. 2011 Aug; 5(4): 233–234.
10. Tan CK, Wu YP, Wu HY et al. Purple urine bag syndrome. CMAJ. 2008; 179:491.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE FROM PRACTICE

УДК 616.69–002.3

МОЛНИЕНОСНАЯ ГАНГРЕНА МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

С. А. Аллазов, Т. Ш. Умиров, Н. А. Бобокулов

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра
экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** болезнь Фурнье, гангрена Фурнье, "агрессивная хирургия".**Таянч сўзлар:** Фурнье касаллиги, Фурнье гангренаси, "агрессив жарроҳлик".**Keywords:** Fournier's disease, Fournier's gangrene, "aggressive surgery".

Молниеносная гангрена половых органов (болезнь Фурнье, некротизирующий фасциит, спонтанная гангрена мошонки и др.) - острая некротизирующая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области мужчин; значительно реже - половых органов женщин.

Авторы отмечают важность комплексного подхода к лечению гангрены Фурнье, который включает антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, коррекцию нарушений гомеостаза, метаболизма, деятельности органов и систем. Оперативное лечение должно проводиться безотлагательно, с соблюдением принципов "агрессивной хирургии", т.е. должно быть по возможности радикальным, с иссечением подкожно-жировой клетчатки, дренированием фасциальных пространств.

ЭРКАКЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ЯШИН ТЕЗЛИГИДА КЕЧУВЧИ ГАНГРЕНАСИ

С. А. Аллазов, Т. Ш. Умиров, Н. А. Бобокулов

Самарканд давлат тиббиёт институти,

Республика шошилинич тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Самарканд, Ўзбекистон

Жинсий аъзоларининг яшин тезлигида кечувчи гангренаси (Фурнье касаллиги, некрозга олиб келувчи фасциит, ёрқокнинг спонтан гангренаси ва бошқ.) – эркаклар ташки жинсий аъзоларининг ва перианал соҳасининг тери ости ёғ тўқимасини зарарлайдиган ўткир некрозга олиб келувчи инфекция; аёлларда камдан-кам ҳолатларда учрайди.

Муаллифлар Фурнье гангренасини даволашда ўз ичига антибактериал, дезинтоксикацион терапияни, гомеостаз, метаболизм, органлар ва тизимлар фаолияти бузилишларнинг коррекциясини кенг қамровли ёндашув аҳамиятини таъкидлаб ўтдилар. Оператив даволаш кечиктирмасдан, "агрессив жарроҳлик" тамойилларига мувофиқ, имконият даражасида радикал бўлиб, тери ости ёғ қаватининг очилиши ва фасциал бўшлиқларнинг найланиши билан ўтказилиши лозим.

FULMINANT GANGRENE OF THE SCROTUM

S. A. Allazov, T. Sh. Umirov, N. A. Bobokulov

Samarkand state medical institute,

Samarkand branch of republican research centre of emergency medicine, Samarkand, Uzbekistan

Fulminant gangrene of genital organs (Fournier's disease, necrotizing fasciitis, fulminant gangrene of the scrotum, etc.) - acute necrotizing infection affecting the subcutaneous fatty tissue of the external genital organs and the perianal region of men; much less affects the genitals of women.

The authors note the importance of an integrated approach to the treatment of Fournier's gangrene, which includes antibacterial, detoxication therapy, correction of disorders of homeostasis and metabolism, disturbances in functioning of organs and systems. Surgical treatment should be carried out without delay, in compliance with the principles of "aggressive surgery", i.e. should be as radical as possible with excision of subcutaneous fat, drainage of fascial spaces.

Актуальность. Молниеносная гангрена половых органов – острая некротизирующая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области мужчин; характеризуется острым некрозом тканей полового члена и мошонки, значительно реже – половых органов женщин.

Молниеносная гангрена наружных половых органов как тяжелое, быстро прогрессирующее хирургическое заболевание волнует не только хирургов и урологов, но и многих других специалистов в связи с возникновением, как осложнение, ряда смежных заболеваний инфекционно-воспалительного характера (гинекологические, проктологические, нейрохи-

рургические и др.). Оказание помощи при этом заболевании и результаты его не удовлетворяют практических врачей. При этом самым эффективным и надёжным способом является соблюдение принципов «агрессивной» хирургии. Считаем актуальным применение последней при болезни Фурнье. Предполагается, это сочетание установок «агрессивной» хирургии с современными методами лечения в самой начальной стадии даст желаемые лечебные результаты.

В базе данных Medline только с 1996 по 2005 гг. обнаружено 600 случаев. В России к 1975 году насчитывалось 57 наблюдений. По Узбекистану статистических данных о частоте болезни мы не обнаружили.

Гангрена Фурнье чаще всего встречается у молодых больных с сахарным диабетом, у которых боли в мошонке и признаки интоксикации не соответствуют выраженности объективных симптомов. Быстро распространяющиеся эритема и отек, образование пузырей, пигментация кожи и зловонное отделяемое должны настораживать о молниеносном развитии некроза. Если лечение запаздывает, развивается сепсис, и гемодинамика становится нестабильной (рис. 1-2).

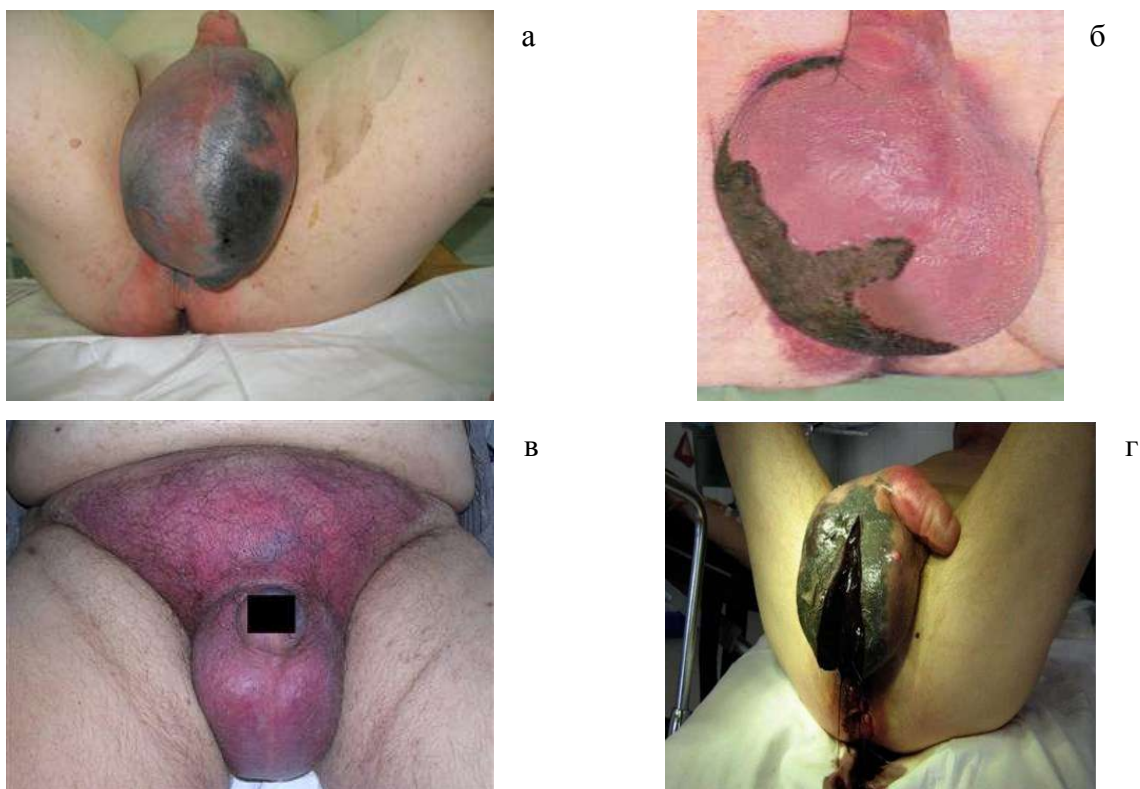


Рис. 1. Течение гангренозного процесса: а,б – на мошонке; в – над лобком; г – вскрытие гангрены мошонки (фото с сайта <http://ecuro.ru>).

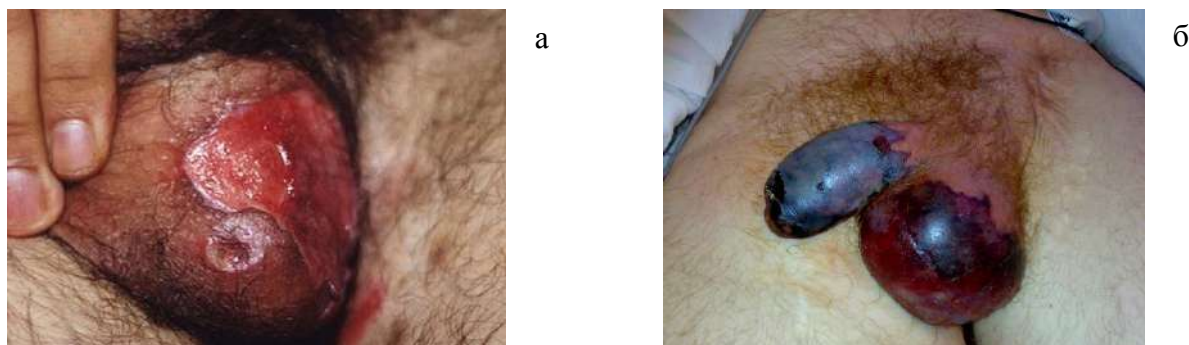


Рис. 2. Течение гангренозного процесса на мошонке (фото с сайта <http://sechenov.livejournal.com>).

Условия кровоснабжения мошонки играют немаловажную роль в возникновении гангрены при наличии инфекции. Анатомо- и патогенетическими предпосылками болезни считают отдалённость кожи мошонки и полового члена от организма и центрального кровообращения, в отличие от их содержимых, обеспечивающихся кровью непосредственно от магистральных сосудов. Другой особенностью кожи наружных половых органов является несоответствие узкого калибра артерий и широких диаметров вен. Последнее способствует медленному кровотоку в венах и тромбированию с последующим некротизированием и инфицированием кожи мошонки, полового члена и близлежащих органов. Это же подтверждено анатомическими исследованиями А.Е. Мангейма, который установил, что артериальное кровоснабжение мошонки бедное, но в толще клетчатки проходят довольно широкие вены. Множественный тромбоз вен при инфекционных заболеваниях влечёт за собой гангрену кожи мошонки.

Лечение идет по нескольким направлениям, включая нормальную перфузию органов, нарушенную септическим процессом. В случае тяжелой интоксикации больные нуждаются в реанимационных пособиях, поэтому кратковременная предоперационная подготовка до 2-х часов проводится в отделении интенсивной терапии.

После быстрого обследования стабилизируют состояние больного и начинают вводить антибиотики широкого спектра действия.

Оперативное лечение должно проводиться безотлагательно. По своему характеру и объему операции при некротизирующем фасциите относятся к категории «Агрессивной хирургии» (Ефименко Н.А., Привольнев В.В., 2008; Аллазов С.А. и соавт., 2016). Производится полное иссечение всех некротических тканей, источника эндотоксикоза, а не рассечение посредством нескольких разрезов, как это рекомендовалось в недалеком прошлом.

У хирурга к концу операции не должно быть сомнений, что весь некроз иссечен, а если такие сомнения возникают, то проводится повторное вмешательство через 12-24 часа. При обширных промежностных ранах иногда прибегают к наложению колостомы, цистостомы, с целью уменьшения риска контаминации раны.

Хирургическая обработка послеоперационной раны.

В послеоперационном периоде больного постоянно наблюдают и при необходимости обрабатывают рану повторно. Часто обнажаются большие участки тканей между нижним отделом живота и верхней частью бедер. Когда состояние больного стабилизируется, рана очищается и покрывается грануляциями, мошонку реконструируют (рис. 3).



Рис. 3. Оголённое яичко (фото с сайта <http://redkie-bolezni.com>).

Хирургическую обработку заканчивают гемостазом, полость раны промывают раствором перекиси водорода. Мы с этой целью применяли сильный местный гемостатик и седативный препарат - 10% настой и настойку лагохилуса опьяняющего. В связи с опасностью прогрессирования некротических изменений, на 2-3 сутки выполняют программированные этапные хирургические обработки.

Постоянное промывание проводят в течение 5-7 суток с постепенным переходом на фракционное, которое заканчивают на 8-9 сутки.

Для закрытия больших дефектов используют аутодермопластику. В большинстве случаев рану удается закрыть швами и достичь ее заживления.

Адекватное хирургическое лечение в совокупности с интенсивной терапией приводят к выздоровлению больных.

За период 2000 – 2016 гг. в отделение экстренной урологии СФ РНЦЭМП поступило 12 больных с болезнью Фурнье. Летальность составила 17%. Умерло 2 больных, у которых

флегмона Фурнье возникла как осложнение операций на мочеполовых органах. Благополучных исходов – 10.

Приводим 2 клинических случая гангрены с тяжёлым течением и летальным исходом.

1-ое клиническое наблюдение.

Больной С.В., 60 лет поступил 16 февраля 2016 г. (№ истории болезни 2225/96) в СФ РНЦЭМП с диагнозом «Гангрена Фурнье. Парапроктит? Хронический бронхит. Анемия средней степени тяжести. Хронический алкоголизм. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Метаболическая энцефалопатия. Гиповолемическое состояние. Гиповолемический шок II степени. Гипогликемическое состояние (2,8 ммоль/л). Дефицит веса. Некроз мошонки и промежности. Сепсис». Из анамнеза: был обнаружен без сознания в собственной квартире соседом, который вызвал машину скорой помощи. Дыхание через рот и через нос. ЧД 22 в 1 мин. При аускультации легких с обеих сторон выслушиваются сухие рассеянные хрипы, жесткое дыхание. Сердечные тоны глухие. Пульс 114 ударов в 1 мин. АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой. Живот симметричный. Печень при пальпации +1 см. Селезенка пальпируется.

Status localis: Область почек без изменений. Мочевой пузырь не пальпируется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Кожа нижней половины мошонки с распространением на промежность и с охватом ануса, а также на внутренней поверхности бедра коричнево-черного цвета, некротизирована, исходит зловонный запах (рис. 4). Из прямой кишки отмечается гнойное отделяемое. В приёмном отделении больной был осмотрен урологом, хирургом, терапевтом, токсикологом, невропатологом, нейрохирургом, реаниматологом. В противошоковой палате приёмного отделения было начато выведение больного из шока. Для дальнейшего обследования и лечения больной госпитализирован в отделение кардиореанимации.

Общий анализ крови: $Hb-8,0$; эрит. $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $5,9 \times 10^9/л$, п/я-13%;

Общий анализ мочи: сл. мутн., белок-0,066 г/л, эрит. 5-6 в п /зр., лейкоц. - 6-7-8-10 в п/зр.

Биохимические анализы крови: глюкоза - 2,8 ммоль/л, белок сыворотки-60,0 г/л, общий билирубин - 27,1 ммоль/л. ПТИ 16-93%.

Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, 16 февраля 2016 г. в 20.45 произошла остановка сердца. В 21.00 зафиксирована биологическая смерть.



а



б



в

Рис. 4. Больной С.В., 60 лет. Болезнь Фурнье с тяжёлым течением.

а – некроз кожи мошонки;

б – некротизированные участки кожи промежности и внутренней поверхности бедра;

в – гной в полости малого таза.

2-ое клиническое наблюдение.

Больной К.З., 50 лет (№ истории болезни 1842/209) поступил 6 февраля 2016 г. в отделение экстренной хирургии СФ РНЦЭМП с диагнозом «Закрытое повреждение органов брюшной полости. Перитонит. Посттравматическая гематома мошонки?». Из анамнеза: за 3 дня до поступления больной был избит неизвестными лицами. За сутки до поступления домой была вызвана машина скорой помощи, больной от госпитализации отказался. В день поступления в связи с непрекращающимися сильными болями в животе была снова вызвана машина скорой помощи и больной госпитализирован. Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Дыхание через нос, свободное. ЧД 18 в 1 мин. При аускультации легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны глухие. Пульс 106 ударов в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт беловатым налетом. Живот симметричный, в акте дыхания участвует слабо. При пальпации живота определяется болезненность во всех отделах, мышцы живота напряжены, перкуторно определяется тимпанит. При аускультации перистальтика кишечника выслушивается слабо. Стула, со слов больного, не было 3 дня. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

Status localis. Область почек без изменений. Мочевой пузырь не пальпируется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. В левой паховой области определяется отёк и покраснение. Левое яичко увеличено в объёме, болезненное при пальпации. На коже левой половины мошонки определяются кровоподтеки, мошонка отёчна, симптом флюктуации положительный.

Общий анализ крови: Hb-118,0; эрит. $3,8 \times 10^{12}/л$ лейкоц. $5,0 \times 10^9/л$, п/я-6%, с/я-55%, эоз.4%, лимф.-32%, мон.-3%. СОЭ-18 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрач., белок-0,033 г/л, эрит. неизмен. 1-2-1 в п/зр., лейкоц. - 2-1-4-3 в п/зр., крист. моч. кисл. 3-4-3 в п/зр.

Биохимические анализы крови: глюкоза-15,0 ммоль/л, белок сыворотки-50,0 г/л, общий билирубин-12,8 ммоль/л, АсТ- 0,80, АлТ-0,66. ПТИ18-83%.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости между петлями кишечника определяются жидкость, в паховых каналах – жидкость с хлопьями. При рентгеноскопии грудной клетки патологии не выявлено, при рентгеноскопии брюшной полости – свободного газа и чаш Клойбера не обнаружено, кишечник – в состоянии пневматоза. На ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, гипоксия миокарда. Больному была проведена предоперационная подготовка и 6.02.2016 г. произведена операция «Диагностическая лапароскопия. Средне-срединная лапаротомия. Разъединение спаек. Резекция тонкого кишечника, формирование одностольной еюностомы, санация и дренирование брюшной полости, формирование лапаростомы». В послеоперационном периоде больной находился в отделении хирургической реанимации, где проводились мероприятия интенсивной терапии. Больному назначено Цефтриаксон по 1 гр.х2 р. в день, Метрид 100,0х3 р. в день, Глюкоза 5%-500,0+Калия хлорид 4%-30,0 в/в кап., Натрия хлорид 0,9%-500,0+Квамател в/в кап., Стабизол 500,0 в/в кап., Рефортан 500,0 в/в кап., Преднизолон 60 мг в/в, Глюкоза 5%-500,0+Аскорбиновая кислота 5%-10,0 в/в кап., Нермин 500,0 в/в кап., Левофлоксацин 100,0 в/в кап. х 2 р. в день, Гепарин 2500 ЕД х 2 р. в день п/к под контролем свёртываемости крови, Трисоль 400,0 в/в кап., Цефотаксим 1,0 х 2 р. в день, Перфолган 100,0 в/в кап. х 2 р. в день, Клексан 0,4 п/к, Волюстим 500,0 в/в кап. Переливалась одногруппная плазма и эритроцитарная масса. Несмотря на проводимое лечение состояние больного оставалось тяжелым. 09.02.2016 г. больному произведена «Запланированная релапаротомия. Санация и дренирование брюшной полости. Ликвидация лапаростомы». 10.02.2016 г. произведена операция «Скрототомия. Ревизия мошонки». В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная терапия. Производилась смена повязок, через дренажные трубки осуществлялось промывание раневых полостей.

Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, состояние больного оставалось тя-

желым. 19 февраля 2016 г. в 13.50 произошла остановка сердца. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия в 14.00 зафиксирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз: Спаечная болезнь органов брюшной полости. Спаечная острая тонкокишечная непроходимость и некроз. Распространенный гнойно-фибринозный перитонит. Терминальная стадия. Посттравматическая гематома мошонки и нагноение гематомы. Тромбоз легочной артерии. Острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. Полиорганная недостаточность.



а



б



в

Рис. 5. Больной К.З. История болезни № 1842/209. Диагноз: Ушиб и гематома мошонки. Болезнь Фурнье.

Операция скрототомия.

- а – общий вид наружных половых органов: некроз кожи дна мошонки;
 б – вскрытие флегмоны мошонки, выделение сукровичной жидкости;
 в – конец операции: асептическая повязка.

Заключение. Следует отметить, что тяжесть клинического течения заболевания связана со сроками госпитализации больных в профильные отделения гнойной хирургии. Поздняя госпитализация приводит к генерализации и распространению гнойно-некротического процесса на смежные анатомические области, осложняет течение и удлиняет сроки лечения, а также может привести к летальным последствиям. Хирургическое вмешательство должно осуществляться с соблюдением принципов «агрессивной хирургии». Целесообразным является обработка послеоперационной раны 10% настоем или настойкой лагохилуса, сильным местным гемостатиком и седативным средством лагохилусом опьяняющим.

Использованная литература:

1. Аллазов С.А., Юлдашев Ш.С., Гафаров Р.Р. Гангрена Фурнье. Вестник врача 2016; 2: 54-62.
2. Банаров А.Х. Гангрена Фурнье. Медицинский вестник Чеченской Республики, научно-просветительская газета, 2009.
3. Баровикова О.П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного. Автореф. Дис. Канд. мед. наук. М., 2007.
4. Егоркин М.А. Гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит – разные клинические формы одного патологического процесса. Новости колопроктологии. 2012; 4: 66-72.

5. Ефименко Н.А., Привольнев В.В. Гангрена Фурнье. Клинико-микробиол., антимикроб. химиотер. 2008; 10 (1): 34-42.
6. Чиников М.А., Ткаченко Ю.Н., Багдасарян А.Г., Добровольский С.Р. Успешное лечение больного с флегмоной Фурнье. 2007; 11: 53-54.
7. Atik B., Tan O., Ceylan K. et al. Reconstruction of wide scrotal defects using superthin groin flap. Urology. 2006; 68: 419-422.
8. Baravikova O.P. Course and operative treatment of different forms of penetrating paraproctites in relation to patient's gender. Author's abstract. MD degree thesis. M.: 2007.
9. Carr J.A. Perforated rectal cancer presenting as Fournier's gangrene. J.Clin. Oncol. 2010; 28 (30): 605-606.
10. Chen S.Y., Fu J.P., Chen T.M., Chen S.G. Reconstruction of scrotal and perineal defects in Fournier's gangrene. J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2011; 64(4): 528-534.
11. Chinikov M.A., Tkachenko Yu.N., Bagdasaryan A.G., Dobrovolskiy S.R. Successful treatment of patient with Fournier's disease. Surgery. 2007; 11: 53-54.
12. Corcoran A.T., Smaldone M.C., Gibbons E.P. et al. Validation of the Fournier's gangrene severity index in a large contemporary series. J. Urol. 2008; 180(3): 944-948.
13. Erol B., Tuncel A., Hanci V. et al. Fournier's gangrene: overview of prognostic factors and definition of new prognostic parameter. Urology. 2010; 75(5): 1193-1198.
14. Ersay A., Yilmaz G., Akgun Y., Celik Y. Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: review of 70 patients. ANZ J. Surg. 2007; 77: 43-48.
15. Hallock G.C. Scrotal reconstruction following Fournier's gangrene using the femoral circumflex artery perforator flap. Ann. Plast. Surg. 2006; 57: 333-335.
16. Horta R., Cerqueira M., Marques M. et al. Fournier's gangrene: from urological emergency to plastic surgery. Atlas Urol. Esp. 2009; 33(8): 925-929.
17. Jimeno J., Diaz de Brito V., Pares D. Antibiotic treatment in Fournier's gangrene. Cir. Esp. 2010; 88(5): 347-348.
18. Karsidag S., Akcal A., Sirvan S. et al. Perineoscrotal reconstruction using a medial circumflex femoral artery perforator flap. Microsurgery. 2011; 31(2): 116-121.
19. Lang E.K., Hanano A., Rudman E., Macchia R.J. Computerized tomography of Fournier's gangrene. J. Urol. 2010; 183(2): 740.
20. Mehl A.A., Nogueira F.D.C., Mantovani L.M. et al. Management of Fournier's gangrene: experience of a university hospital of Curitiba. Rev. Col. Bras. Cir. 2010; 37(6): 435-441.
21. Rada D., Flahault A. Fournier's gangrene. Rev. Pat. 2011 61(1): 22.
22. Salinas Z.L., Mas L.M., Sert S.Z. et al. Fournier's gangrene: a favourable outcome with medical treatment. An. Pediatr. (Barc). 2011; 74(4): 275-276.
23. Sugimoto M., Matsuura K., Takayama H. et al. Extended retroperitoneal necrotizing fasciitis with genital involvement, resembling Fournier's gangrene. Surg. Infect. (Larchmt). 2010; 11(5): 463-467.
24. Tsai M.J., Lien C.T., Chang W.A. et al. Transperineal ultrasonography in the diagnosis of Fournier's gangrene. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2010; 36(3): 389-390.
25. Yoneda A., Fujita F., Tokai H. et al. MRI can determine the adequate area for debridement in the case of Fournier's gangrene. Int. Surg. 2010; 95(1): 76-79.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

1. Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.
2. Рецензия на статью, с подписью рецензента и заверенная печатью.
3. Распечатанный вариант статьи в одном экземпляре.
4. Электронный вариант статьи на CD диске либо отправлен по электронной почте.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием имени и отчества, фамилии, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.
2. В начале статьи указывают: название, инициалы и фамилии авторов, наименование учреждения, где выполнена работа (без сокращений).
3. Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 12, с одинарным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе WORD.
4. Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.
5. Таблицы должны иметь заголовки. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.
6. Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.
7. Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.
8. Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических, математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.
9. К статьям необходимо приложить рефераты и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках с указанием названия, авторов, организации как на первой странице. Текст реферата объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи.
10. Все статьи должны иметь УДК.
11. Для статей в рубрику "Обзор литературы" и "Случай из практики" реферат не обязателен.
10. В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списку. При составлении списка литературы указываются: для книг - *пример*: Ревич Б.А. «Горячие точки» химического загрязнения окружающей среды и здоровье населения России. М., 2007. 192 с.; для журнальных статей - *пример*: Аюпова Ф.М. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний гениталий у девушек с хроническим пиелонефритом // Медицинский журнал Узбекистана. 1996. №4. С. 86-88.; для статей из сборников - *пример*: Громбах С.М. Актуальные вопросы изучения состояния здоровья детей и подростков // Проблемы охраны здоровья детей дошкольного и школьного возраста. М., 1981. С. 9-19.; для авторефератов диссертаций - *пример*: Мартыш Н.С. Применение эхографии в ряде гинекологических заболеваниях детей и юношеского возраста // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1984. 18 с. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы, возлагается на авторов. Статьи оформленные не по стандарту к публикации не допускаются.
11. Объем статей для рубрик "Клинические исследования", "Экспериментальные исследования", "Обзор литературы" и "Лекции" не должен превышать 8-10 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик "Обмен опытом" и "Случай из практики" - не более 4-5 страниц.
12. Все материалы, присланные для публикации, согласно требованиям ВАК Республики Узбекистан, будут проверяться на плагиат.
13. Редакция оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы, не принимаются. Статьи не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторов не возвращаются.