



Samargand

2019, №4

ISSN 2181-466X

*Doktor
Axborotnomasi*





Учредитель:
САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ДОКТОР АХБОРОТНОМАСИ ВЕСТНИК ВРАЧА

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 23.12.2019.
Подписано в печать 30.12.2019.
Формат А 4. Гарнитура Times New Roman.
Объем 19,75 усл. п.л. Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии СамГосМИ.
Заказ № 141 (от 20.12.2019).

**№ 4
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

- М. А. Абдусаломова, О. А. Ким,
Ж. Т. Дусяров**
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ
- И. Р. Агабабян, Ю. А. Исмоилова,
Ш. Ш. Садыкова**
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИ
ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯСИ
ТУРЛИ ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ
ФОНИДА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ
- М. К. Агзамов, А. Б. Тиляков,
И. М. Агзамов, Ф. Г. Нормуродов,
Р. М. Джалалов**
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ
СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ
- Д. Н. Аджаблаева, А. И. Эльгали**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ПАТОЛОГИИ
- И. А. Арзиев**
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
- Н. И. Ахмеджанова, И. А. Ахмеджанов,
А. А. Ахматов, Ю. А. Ахматова,
Х. У. Махмудов, Ф. А. Хусенова**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ
- Ф. К. Ахмедов**
ОЦЕНКА СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
И КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У
БЕРЕМЕННЫХ ТЯЖЕЛОЙ
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
- С. С. Баратова, О. А. Ким,
З. Ф. Мавлянова**
ОЦЕНКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ГАРМОНИЧНОСТИ
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
СПОРТСМЕНОВ
- С. С. Баратова, И. А. Шарафова,
Ш. Б. Сабирова**
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ
ТРЕНЕРОВ И СПОРТСМЕНОВ
ПО АНТИДОПИНГОВОЙ ТЕМАТИКЕ

CONTENT

ORIGINAL ARTICLES

- M. A. Abdusalomova, O. A. Kim,
J. T. Dusyarov**
ASSESSMENT OF LIFE QUALITY
IN PATIENTS WITH DORSOPATHIES
- I. R. Agababayan, Y. A. Ismoilova,
Sh. Sh. Sadikova**
FEATURES OF CORONARY HEART
DISEASE TREATMENT IN PATIENTS WITH
IRON DEFICIENCY ANEMIA AGAINST THE
DIFFERENT SEVERITY LEVELS
- M. K. Agzamov, A. B. Tilyakov,
I. M. Agzamov, F. G. Normurodov,
R. M. Djalalov**
SOME ASPECTS OF PATIENTS
TREATMENT WITH TRAUMATIC
SUBDURAL HEMATOMAS
- D. N. Adjablaeva, A. I. Elgali**
QUALITY OF CHILDREN AND ADOLES-
CENTS LIFE WITH PULMONARY TUBER-
CULOSIS DEPENDING ON EXISTENCE OF
THE ACCOMPANYING PATHOLOGY
- I. A. Arziev**
COMPARATIVE ANALYSIS OF
THE RESULTS OF SURGICAL
TREATMENT OF PATIENTS WITH
BILE DUCT SYNDROME AFTER
CHOLECYSTECTOMY
- N. I. Akhmedjanova, I. A. Akhmedjanov,
A. A. Akhmatov, Yu. A. Akhmatova,
H. U. Makhmudov, F. A. Khusenova**
IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS
AND TREATMENT OF CHRONIC
PYELONEPHRITIS IN CHILDREN
- F. K. Akhmedov**
ASSESSMENT OF THE CIRCULATORY
SYSTEM AND CARDIODYNAMICS IN
PREGNANT WOMEN WITH SEVERE
PREECLAMPSIA
- S. S. Baratova, O. A. Kim,
Z. F. Mavlyanova**
STUDYING TYPOLOGICAL
FEATURES OF SPORTSMEN
OF DIFFERENT
SPECIALIZATIONS
- S. S. Baratova, I. A. Sharafova,
Sh. B. Sabirova**
RESULTS OF THE QUESTIONNAIRE
OF TRAINERS AND ATHLETES ON
ANTI-DOPING TOPICS

- О. К. Джалалова, В. А. Алейник,
С. М. Бабич, Г. М. Ходжиматов,
Ш. Х. Хамракулов, А. Ю. Легкоев**
ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАЗЕИНА С
ЖИРАМИ И ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ НА
ПРОТЕОЛИТИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПОД-
ЖЕЛУДОЧНОГО И ЖЕЛУДОЧНОГО СОКОВ
- А. А. Жумаева, Х. О. Касимов**
ЭКОЛОГО - ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В
СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ
- М. А. Жураева, В. А. Алейник,
С. М. Бабич, Г. М. Ходжиматов,
А. Ю. Легкоев**
РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ХОЛЕЦИСТОКИНИНОВЫХ
МЕХАНИЗМАХ РЕГУЛЯЦИИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
- Ш. А. Имамов**
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ
АЛКОГОЛИЗМА
- Г. А. Ихтиярова, Н. К. Дустова,
З. Ш. Курбанова**
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ
ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- Г. С. Каримова, Ф. И. Зокирова**
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ
ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ ЖЕНЩИН
- И. С. Манасова, З. Ж. Жумаева**
РАСПРОСТРАННОСТЬ ЭНДЕМИЧЕСКОГО
ЗОБА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА
- Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова,
У. О. Наврузова, Г. К. Каримова,
И. Б. Шукуров, Х. И. Аманова**
СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
- Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов,
Х. Н. Нуриддинов**
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТОАНТРИТОВ
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
ДЕТЕЙ
- Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов,
Х. Н. Нуриддинов**
ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ —
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
- О. К. Dzhalalova, V. A. Aleinik,
S. M. Babich, G. M. Khodzhimatov,
Sh. H. Khamrakulov, A. Yu. Legkoev**
INFLUENCE OF INTERACTION OF CASEIN
WITH FATS AND FATTY ACIDS ON THE
PROTEOLYTIC ACTIVITY OF THE
PANCREAS AND GASTRIC JUICE
- A. A. Zhumaeva, X. O. Kasimov**
ENVIROMENTAL AND HUGIENIC
ASPECTS OF THE INSECTICIDE SELLER
USE IN AGRICULTURE
- M. A. Zhuraeva, V. A. Aleynik,
S. M. Babich, G. M. Khodjimatov,
A. Yu. Legkoev**
ROLE OF THE LIVER IN
CHOLECYSTOKININE MECHANISMS OF
PANCREATIC REGULATION
- Sh. A. Imamov**
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL
ASPECTS OF ALCOHOLISM
PSYCHOPHARMACOTHERAPY
- G. A. Ikhtiyarova, N. K. Dustova,
Z. Sh. Kurbanova**
PROGNOSTIC VALUE OF CYTOKINES
IN WOMEN WITH VARICOSE VEINS
IN CASE OF PLACENTAL
INSUFFICIENCY
- G. S. Karimova, F. I. Zokirova**
RISK FACTORS FOR
THE DEVELOPMENT OF PTOSIS
AND PROLAPSE OF WOMEN
INTERNAL GENITAL ORGANS
- I. S. Manasova, Z. Zh. Zhumaeva**
PREVALENCE OF ENDEMIC
GOITER IN A HOT CLIMATE
- N. O. Navruzova, G. A. Ikhtiyarova,
U. O. Navruzova, G. K. Karimova,
I. B. Shukurov, X. I. Amanova**
MODERN DIAGNOSTIC METHODS
FOR EARLY DETECTION OF
CERVICAL DISEASES
- N. U. Narzullaev, R. R. Radjabov,
H. N. Nuriddinov**
EXPERIENCE OF TREATMENT OF
OTOANTHRITIS IN HIV-INFECTED
CHILDREN
- N. U. Narzullaev, R. R. Radjabov,
H. N. Nuriddinov**
ACUTE OTITIS MEDIA IN
HIV-INFECTED CHILDREN:
THE STRATEGY OF PATIENT CARE

- | | | |
|---|--|--|
| <p>М. Н. Негматуллаева, Н. Г. Ашурова,
М. М. Жумаева
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ФУНКЦИИ ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ
ЯИЧНИКА</p> <p>М. Н. Негматуллаева, Н. С. Нарзуллоева
ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В
ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ</p> <p>М. М. Рахматуллаева, Н. Г. Ашурова,
М. М. Жумаева
КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И
ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗА
ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО
КАНАЛА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ
МАТКИ</p> <p>М. М. Саидова, Ю. С. Хамроева,
Ш. А. Мустафаева
РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФНИ ОЛДИНИ
ОЛИШ</p> <p>Х. Ж. Саломова, Х. О. Косимов,
З. Ж. Жумаева
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ
ДОПУСТИМОЙ НОРМЫ БЕЗОПАСНОСТИ
ИНСЕКТИЦИДА ЗАРАГЕН» В
НЕКОТОРЫХ ОБЪЕКТАХ
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ</p> <p>Л. В. Саркисова, Г. М. Каюмова,
Д. У. Рузиева
СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ</p> <p>Л. В. Саркисова, Н. Н. Умидова
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ, С АНЕМИЕЙ
РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ</p> <p>С. Ф. Сулейманов, Ш. Н. Нуриллоева,
Г. А. Сафарова
ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ</p> <p>С. Ф. Сулейманов, М. Х. Мансурова,
Н. И. Олимова
НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ
ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЖЕЛУДКА И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ В
ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>М. Н. Тилляшайхов, С. К. Алиджанов
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ</p> | <p>90</p> <p>93</p> <p>96</p> <p>100</p> <p>104</p> <p>109</p> <p>114</p> <p>118</p> <p>121</p> <p>125</p> | <p>M. N. Negmatullaeva, N. G. Ashurova,
M. M. Zhumaeva
STATE OF REPRODUCTIVE
FUNCTION AFTER APOPLEXY
OF THE OVARIAN</p> <p>M. N. Negmatullaeva, N. S. Narzulloeva
ORGAN-SAVING TECHNOLOGIES IN THE
UTERINE FIBROIDS TREATMENT</p> <p>M. M. Rakhmatullaev, N. G. Ashurova,
M. M. Zhumaev
COLPOSCOPIC DATA AND
CHARACTERISTICS OF THE
VAGINAL AND CERVICAL
CHANNEL BIOCENOSIS FOR DISEASES
OF THE CERVIX</p> <p>M. M. Saidova, Yu. S. Hamroyeva,
Sh. A. Mustafayeva
PREVENTION
OF CARDIOVASCULAR
RISK PATIENTS WITH
RHEUMATOID ARTHRITIS</p> <p>H. J. Salomova, H. O. Kosimov,
Z. Zh. Zhumaeva
HYGIENIC JUSTIFICATION
OF THE PERMISSIBLE SAFETY
STANDARDS FOR THE INSECTICIDE
“ZARAGEN” IN SOME
ENVIRONMENTAL OBJECTS</p> <p>L. V. Sarkisova, G. M. Kayumova,
D. U. Ruzieva
MODERN TRENDS
OF PREMATURE BIRTH</p> <p>L. V. Sarkisova, N. N. Umidova
TREATMENT EFFICIENCY ANALYSIS
PREGNANT, WITH ANEMIA OF VARYING
SEVERITY</p> <p>S. F. Suleymanov, Sh. N. Nurilloeva,
G. A. Safarova
IMMUNOCORRECTIVE THERAPY
OF PATIENTS WITH THE DUODENUM
PEPTIC ULCER</p> <p>S. F. Suleymanov, M. Kh. Mansurova,
N. I. Olimova
VIOLATION OF THE IMMUNE SYSTEM IN
PATIENTS WITH ULCERATIVE
STOMACH DISEASE AND ITS
CORRECTION IN THE PROCESS
OF TREATMENT</p> <p>M. N. Tillyashayxov, S. K. Alidjanov
ESTIMATION OF EFFICIENCY OF
APPLICATION OF MINIMALLY
INVASIVE TECHNOLOGIES IN</p> |
|---|--|--|

ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Д. Р. Тоиров, Э. С. Тоиров, Х. Х. Хамраев
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК И
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬ-
НЫХ ПОДАГРОЙ

Д. Д. Усманова, О. Б. Наджмитдинов
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

N. N. Khabibova, S. F. Suleymanov
LOCAL IMMUNITY FACTORS
IN PATIENTS WITH CHRONIC
RECURRENT ARTHROUS
STOMATITIS

Г. Н. Худаярова, А. М. Вахидова
ОСОБЕННОСТИ
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СПЕКТРА
ЭХИНОКОККОВОЙ ЖИДКОСТИ

*Э. А. Шамансурова, М. И. Шайхова,
Д. И. Каримова*
МАКТАБ ЁШИДАГИ ЎСМИР
БОЛАЛАРДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ЎЗИ-
ГА ХОС КЛИНИК НАМОЁН
БЎЛИШИНИ ЎРГАНИШ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

М. М. Нормухаммедова, С. Т. Джурабекова
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН

*Б. Б. Негмаджанов, Н. А. Рустамова,
Г. Б. Арзиева*
ОПЕРАЦИЯ ПОРРО: ПРОШЛОЕ И
НАСТОЯЩЕЕ

ЛЕКЦИИ

У. Д. Дадажанов, А. Г. Мадашева
ЭРИТРОПОЭТИНЛАР

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Н. А. Рустамова, Б. Б. Негмаджанов,
В. О. Ким*
ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ
МАТКИ И ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
TUBERCULOSIS OBSTRUCTIVE FORMS
OF THE URINARY WAYS

D. R. Toirov, E. S. Toirov, H. H. Hamraev
THE RELATIONSHIP OF KIDNEY
DISORDERS AND METABOLIC
SYNDROME IN PATIENTS WITH GOUT

D. D. Usmanova, O. B. Nadzhmitdinov
HEMODYNAMIC CHANGES IN
PATIENTS WITH DIABETIC
POLYNEUROPATHY

H. N. Xabibova, S. F. Suleymanov
МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА У
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТО-
МАТИТОМ

G. N. Khudayarova, A. M. Vakhidova
FEATURES OF
THE BACTERIOLOGICAL
SPECTRUM OF ECHINOCOCCAL FLUID

*E. A. Shamansurova, M. I. Shayxova,
D. I. Karimova*
STUDYING THE CLINICAL
MANIFESTATIONS OF
HELMINTHIASIS IN SCHOOL-AGE
CHILDREN

LITERATURE REVIEW

M. M. Normammedova, S. T. Djurabekova
MODERN APPROACHES TO NON D
EVELOPING PREGNANCY
AND ITS REHABILITATION IN WOMEN

*B. B. Negmadjanov, N. A. Rustamova,
G. B. Arzieva*
OPERATION BY PORRO: PAST AND
PRESENT

LECTURES

U. D. Dadajonov, A. G. Madasheva
ERITROPOIETINS

CASE REPORT

*N. A. Rustamova, B. B. Negmadjanov,
V. O. Kim*
CONGENITAL MALFORMATION OF THE
UTERUS AND PATHOLOGY OF THE
GASTROINTESTINAL TRACT

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

158

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL ARTICLES

УДК: 616-009.7.8-07

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ

М. А. Абдусаломова, О. А. Ким, Ж. Т. Дусяров

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: качество жизни, дорсопатия, опросник Освестри, индекс общего психологического состояния, реабилитация.

Таянч сўзлар: ҳаёт сифати, дорсопатия, Освестри сўровномаси, умумий психологик ҳолат индекси, реабилитация.

Key words: quality of life, dorsopathy, Oswestry Questionnaire, Index of general psychological state, rehabilitation.

В данной статье рассмотрена оценка качества жизни больных с диагнозом дорсопатия. С целью проведения исследования вовлечены 100 больных, лечащихся в стационарных условиях, и изучены изменения в качестве их жизни в результате проведенных реабилитационных мероприятий с помощью опросника Освестри и теста “Индекс общего психологического состояния”.

ДОРСОПАТИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

М. А. Абдусаломова, О. А. Ким, Ж. Т. Дусяров

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада дорсопатия ташҳиси билан даволанаётган беморларнинг ҳаёт сифати баҳоланган. Текшириш ўтказиш мақсадида стационар шароитда даволанаётган 100 та бемор олиниб, уларда реабилитацион чора тadbирлар таъсири натижасида ҳаёт сифатидаги ўзгаришлар Освестри сўровномаси ва “Умумий психологик саломатлик индекси” тести ёрдамида ўрганилди.

ASSESSMENT OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH DORSOPATHIES

M. A. Abdusalomova, O. A. Kim, J. T. Dusyarov

Samarkand State medical institute, Samarkand, Uzbekistan

This article looks through the evaluation of patients life quality diagnosed with dorsopathia. 100 patients being treated in stationary conditions were involved to lead the investigation, and modifications in the quality of their life were examined as a result of taken rehabilitative measures with the help of Oswestry's questionnaire and test on “The index of general psychological state”.

Актуальность. В настоящее время дорсопатии - это большая группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, при которой боль в туловище и конечностях является ведущим симптомокомплексом. В развитых странах дорсопатия возникает у 70-90% населения, при этом у 25% пациентов в последующем развивается хроническая боль, которая служит причиной длительной нетрудоспособности. Основанием для постановки диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника).

Для дорсопатии характерно хроническое течение и периодические обострения заболевания, при которых ведущими являются различные болевые синдромы. В зависимости от локализации выделяют дорсопатию шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника. Способствуют развитию дорсопатии такие факторы как: нарушение осанки; гиподинамия; ожирение; частые простудные заболевания; болезни ЖКТ; злоупотребление алкоголем; курение; пристрастие к жареной, копченой пище, соленьям, пряностям и продуктам, богатым пуриновыми основаниями; постоянная работа в неблагоприятных метеоусловиях, когда низкая температура сочетается с большой влажностью воздуха; вибрация; незаметная неравномерная нагрузка на позвоночный столб из-за действия самых разных факторов.

Следует отметить, что дорсопатии поражают в основном людей трудоспособного возраста по всему миру, снижают качество жизни и приводят к значительным экономическим потерям, связанным с высокой стоимостью диагностики, лечения и реабилитации, а эффек-

тивность стандартной медикаментозной терапии дорсопатий позвоночника остается невысокой.

Цель: оценить качество жизни больных с дорсопатиями с помощью опросника Освестри и индекса психологического благополучия.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 100 больных с дорсопатиями в период 2017 – 2019 года, находившихся на стационарном лечении в Клинике СамМИ. Длительность заболевания от его дебюта до настоящего обострения колебалась от 1 месяца до 10 лет: до года – у 20 (20%), от 1 года до 3 лет - 38 (38%) больных, от 4 до 6 лет — у 30 (30%), свыше 6 лет - у 22 (22%) (рис 1).

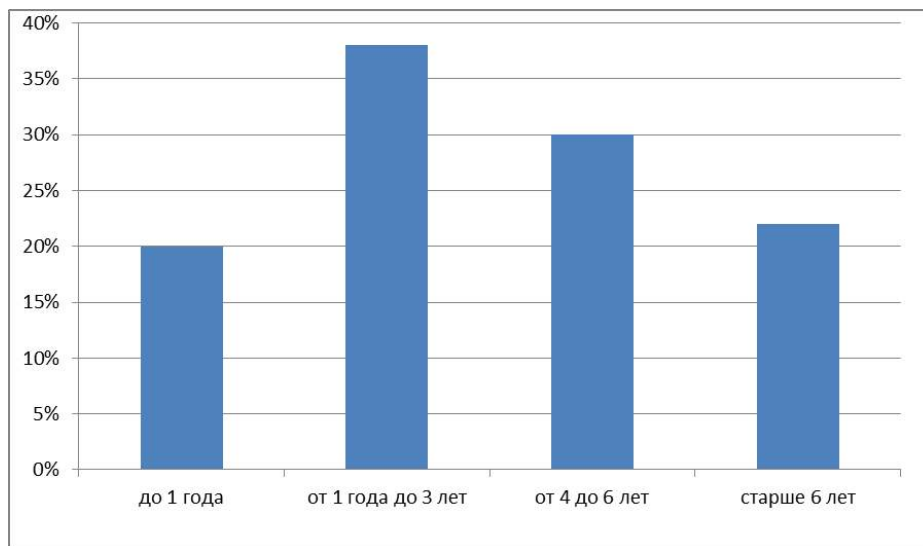


Рис.1. Длительность заболевания

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от лечения. В основную группу вошли 50 больных, получавших стандартное лечение и реабилитационные мероприятия, контрольную группу составили 50 больных, получавших только стандартное медикаментозное лечение. Всем больным диагноз был поставлен по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), проведен неврологический осмотр, сделаны общие анализы крови, мочи, исследована реакция Хедельсона, проведены ЭКГ, КТ, МРТ, УЗИ внутренних органов. Оценка качества жизни проведена с использованием русскоязычной версии опросника Освестри и исследования психологического благополучия. При этом использовали симптом Форестье, пробу подбородок–грудина, пробу Отта, определение ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки, пробу Шобера, пробу Томайера.

Результаты исследования показали, что у 50% больных наблюдаются кифотические изменения, у 26% больных - положительная проба подбородок – грудина, у 35% больных наблюдалось ограничение подвижности грудного отдела позвоночника, у 50% больных - ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки, у 40% - ограничения подвижности в поясничном отделе позвоночника, а у 70% больных наблюдалось общее ограничение подвижности позвоночника, тест Лассега выявлен у 75% пациентов (Рис 2).

С больными, входившими в основную группу, проводили следующие виды лечения: применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), миорелаксанты, локальная терапия (гели, мази, кремы), блокада местными анестетиками, витамины группы В, лечебная физкультура (лечебная гимнастика, вытяжение позвоночника), физиотерапия (электрофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Опросник Освестри состоял из 10 разделов. 1. Интенсивность боли; 2. Самообслуживание (например, умывание, одевание); 3. Поднятие предметов; 4. Ходьба;



Рис.2. Изменения, наблюдающиеся у больных при дорсопатии.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика параметров КЖ в группах до лечения (опросник Освестри).

Параметры КЖ	Основная группа		Контрольная группа	
	N=50		N=50	
Число обследованных	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интенсивность боли	3±0,05	0,8±0,1	3,1±0,05	1,6±0,1
Самообслуживание	0,75±0,12	0,1±0,01	0,78±0,05	0,65±0,05
Поднятие предметов	1,8±0,05	0,2±0,01	1,75±0,5	0,8±0,05
Ходьба	0,65±0,01	0,1±0,05	0,58±0,05	0,4±0,05
Положение сидя	1,0±0,05	0,1±0,05	1,5±0,05	0,8±0,05
Положение стоя	0,85±0,01	0,15±0,01	0,75±0,01	0,45±0,05
Сон	0,75±0,05	0,10±0,05	0,85±0,05	0,5±0,01
Сексуальная жизнь	1,25±0,01	0,35±0,05	1,15±0,01	0,45±0,01
Досуг	1,15±0,05	0,15±0,01	1,1±0,05	0,25±0,05
Поездки	0,9±0,05	0,13±0,01	1,0±0,01	0,15±0,01

Таблица 2.

Показатели теста «Индекс общего психологического благополучия» в группы (баллы)

Параметры КЖ	Основная группа		Контрольная группа	
	N=50		N=50	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Тревога - 24-25 баллов	17±1,5	24±0,05	3,1±0,05	1,6±0,1
Депрессия - 14-15 баллов	0,75±0,12	0,1±0,01	0,78±0,05	0,65±0,05
Самоконтроль - 14-15 баллов	1,8±0,05	0,2±0,01	1,75±0,5	0,8±0,05
Общее здоровье - 14-15 баллов	0,65±0,01	0,1±0,05	0,58±0,05	0,4±0,05
Эмоциональное благополучие -19-20 баллов	1,0±0,05	0,1±0,05	1,5±0,05	0,8±0,05
Жизненная энергия - 14-15 баллов	0,85±0,01	0,15±0,01	0,75±0,01	0,45±0,05
Общее: 100-110 баллов	0,75±0,05	0,10±0,05	0,85±0,05	0,5±0,01

5. Положение сидя; 6. Положение стоя; 7. Сон; 8. Сексуальная жизнь (если возможна); 9. Досуг; 10. Поездки.

Из таблицы 1 видно, что в основной группе параметры качества жизни значительно улучшились по сравнению с контрольной группой. У всех больных с дорсопатией отмечались боль, трудности к самообслуживанию, испытывают трудности во время стояния, сидения, поднимания предметов.

Из таблицы 2 видно, что все больные испытывают некоторые трудности в психологической адаптации к болезни и переживают за свое здоровье.

После проведенного комплекса лечебных мероприятий среди пациентов основной группы повысился уровень жизненной энергии, самоконтроля и эмоционального благополучия, уменьшились тревожность и депрессия.

В результате проведенных лечебных мероприятий, включающие в себя реабилитацию, в основной группе улучшение отмечалось - у 5 (10%) человек, значительное улучшение у 45 (90%). В контрольной группе улучшение наблюдалось только у 15 (23,7 %) больных, а значительное улучшение - у 20 (25,6 %), у 15 (50,6 %) изменений в состоянии не было.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что комплекс лечебных мероприятий, проведенных с использованием методов физической реабилитации, способствует улучшению качества жизни больных с дорсопатиями. В свою очередь, опросник Освестри и тест «Индекс общего психологического благополучия» позволяет оценить качество жизни больных с дорсопатиями. После методов физической реабилитации параметры качества жизни значительно улучшились.

Использованная литература:

1. Ачкасов Е.Е., Твороговой Н.Д. Психологические аспекты медицинской реабилитации // Учебное пособие.—Геотар-медиа, 2018.—С. 148.
2. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. «Политехника», 2006.—С. 64.
3. Нестеров А.И. и другие. Боль в спине в практике врача. Методические рекомендации. Москва, 2014.—С.29.
4. Бекназаров Н, Шмырина К.В., Джурабекова А.Т. Качество жизни женщин при дискогенной болезни пояснично-крестцового отдела позвоночника. Международный научный журнал «Инновационная наука» №6, - 2015.—С. 246-249.
5. Комлева Н.Е., Спирин В.Ф. Качество жизни у пациентов с болью в спине.// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2013, - №3 (91).—С. 19-22.

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИ ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯСИ ТУРЛИ
ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ ФОНИДА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ****И. Р. Агабабян, Ю. А. Исмоилова, Ш. Ш. Садыкова**Педиатрия ички касалликлар кафедраси ва ДКТФ терапия ва умумий амалиёт курси билан,
Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** юрак ишемик касаллиги, темир танқислик камконлиги, III валентли темир препарати Суфер.**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, железодефицитная анемия, препарат 3-х валентного железа Суфер.**Key words:** coronary heart disease, iron-deficiency anemia, the drug 3-valence iron Sufer.

Ҳозирги вақтда коморбидлик яъни бир ёки бир нечта касалликларни биргаликда келиши долзарб муаммолардан биридир [1]. Хусусан биз юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ностабил стенокардия ва анемиянинг турли оғирлик даражалари ҳақида айтиб ўтамиз. Биз ЮИК ва турли оғирлик даражасидаги анемияси бор бўлган 30 та беморга III валентли темир препарати Суфер (Юрия-фарм Украина) 5 мл вена ичига 5 кун мобайнида стандарт терапия асосида қўямиз. Текширилган беморларда гемоглобин микдорининг ортиши юрак ишини нормаллаштиради, стенокардия хуружларини камайтиради ёки йўкотади, жисмоний зуриқишларга чидамликни оширади [2,3].

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ****И. Р. Агабабян, Ю. А. Исмоилова, Ш. Ш. Садыкова**Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета с курсом терапии и общей практики ФПДО,
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Коморбидность в настоящее время имеет актуальное значение в исходе многих заболеваний [1]. В частности, речь идет об ИБС, нестабильной стенокардии и анемиях различной степени тяжести. У 30 больных ИБС в сочетании с анемией применяли 3-х валентное железо, препарат Суфер (Юрия-фарм Украина) в дозе 5.0 мл в/в в течение 5 дней на фоне стандартной терапии. У обследованных больных установлено, что увеличение уровня гемоглобина способствует нормализации фракции выброса, уменьшению или исчезновению приступов стенокардии, увеличению толерантности к физическим нагрузкам [2,3].

**FEATURES OF CORONARY HEART DISEASE TREATMENT IN PATIENTS WITH IRON DEFICIENCY
ANEMIA AGAINST THE DIFFERENT SEVERITY LEVELS****I. R. Agababayan, Y. A. Ismoilova, Sh. Sh. Sadikova**Therapy Department of Pediatrics with the course of therapy and General practice, faculty of postgraduate education,
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Currently comorbidity is relevant in the outcome of many diseases [1]. In particular, we are talking about IHD, unstable angina and anemia of varying severity. In 30 patients with coronary artery disease in combination with anemia, 3-valence iron was changed, the drug Sufer (Yuria-Pharm Ukraine) at a dose of 5.0 ml iv for 5 days against the background of standard therapy. In examined patients, that an increase in hemoglobin levels contributes to the normalization of the vibros fraction reduce or disappear angina attacks, increased exercise tolerance [2,3].

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун дунёда, жумладан, Ўзбекистонда ҳам аҳоли орасида кенг тарқалган ва ўлимга олиб келувчи асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Ўтказилган кузатувлар 22-44 ёшдаги эркакларнинг 5-8%, 45-69 ёшдагиларнинг эса 18-24,5% ЮИК борлигини кўрсатган. Катта ёшдаги аёллар орасида бу кўрсаткич 13-15% ни ташкил этади. Европа кардиологлар жамияти маълумотларига кўра, ҳар 1 млн. аҳоли орасида ЮИК 30-40 минг одамда кузатилади. АҚШ да ЮИК билан оғриган 11 млн одамдан ҳар йили 500000 дан кўпроғи оламдан кўз юмади [4,5,6].

Юрак мушакларини кислородга бўлган талаби ва тож томирларидаги қон айланиш орасидаги мувозанатнинг ўткир ёки сурункали бузилиши ЮИК нинг асосий патогенетик ривожланиш сабаби ҳисобланади [7].

Коморбидлик долзарб муаммолардан бири ҳисобланиб, беморда бир нечта касалликларни қўшилиб келиши саналади, уларни ичида анемия энг аҳамиятлисидир. Сурункали

касалликлар ва уларнинг қўшилиб келиш частотасининг ошиши касалликка ўз вақтида ташхис қўйиш ва тўғри даволашда қийинчилик туғдиради [14,15].

Юрак мушакларини кислород билан таъминланишида қондаги гемоглобин миқдори ва уни ташилиш хусусияти ҳамда тож томирлардаги қон айланиш даражаси муҳим аҳамиятга эга. Юқорида таъкидлаганимиздек, соғлом одамда миокарднинг кислородга бўлган талаби ва уни таъминланиши орасида мувозанат мавжуд. Уни кислородга бўлган талаби ошганда тож томирлар кенгаяди, улардаги қаршилиқ камаяди, коронар қон айланиши сезиларли даражада кўпаяди (тож томирлар захираси кўпаяди) ва миокардга кўпроқ қон оқиб келиб, уни етарли даражада кислород билан таъминлайди. Миокарднинг кислородга бўлган талаби ошган вақтда тож томирларда қон айланиши етарли даражада бўлмаса, унда ишемия жараёни ривожланади. Миокарднинг кислородга бўлган талаби ва уни қондиришдаги тож томирларнинг имконияти орасидаги мувозанат бузилишида қуйидаги омиллар муҳим аҳамиятга эга:

Қон биохимик таҳлилидаги ўзгаришлари (махсус кардиоферментлар миқдори), коронар қон томирлари функционал ҳолати, юракнинг насос фаолияти ва қизил қон таҳлили кўрсаткичларига жуда кам даражада аҳамият берилади-гемоглобин Hb, гематокрит Ht, зардобдаги темир миқдорининг камайиши ҳаёт сифатини ёмонлашишига олиб келади ва касалликни прогнозини оғирлаштиради [8,9,13].

Юқорида айтилганларнинг барчаси ЮИК ва турли даражадаги анемияларнинг комбинацияси муаммонинг долзарблигини билдириб, патологиянинг биргаликда ривожланишининг патофизиологик механизмларини ўрганиш, диагностика ва профилактика чораларини такомиллаштириш учун антианемик терапия зарурлигини кўрсатади [11,12,10].

Тадқиқотдан мақсад. Стационар шароитда стандарт даволаш билан бир қаторда III валентли темир препарати Суфер (Юрия-фарм Украина)ни қўллаш орқали ностабил стенокардияни ҳар хил даражадаги темир танқислик анемияси бор беморларда кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Манбалар ва усуллар. Кузатувга 2017 йил декабр ойидан 2018 йил феврал ойигача юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ностабил стенокардияси (III-IVфункционал синф) ва темир танқислик камқонлиги бўлган 30 та бемор олинди.

Кузатаётган касалларимиздан 18 аёл ўртача 56 ёшни ташкил қилади, 12 эркак ўртача ёш 60 га тенг ва темир танқислик камқонлиги билан хаста.

Булардан онкологик ва сурункали буйрак касалликлари бўлган беморлар истисно.

Стенокардияни функционал синфлари (фс) қуйидаги юкламали тестлар орқали аниқланади: Юрак соҳасида нохушлик сезмасдан 6 минут ичида босиб ўтилган масофа.

Анемия даражалари қондаги гемоглобин миқдори ($Hb < 120$ г/л)га кўра қўйилади.

Даво муолажаларини олгунча қондаги ўртача гемоглобин миқдори аёлларда $70,4 \pm 2,9$ г/л эркакларда $80,9 \pm 2,5$; зардобдаги темир миқдори ўртача $5,45 \pm 1,45$ ммоль/л: аёлларда $5,4 \pm 1,3$ ммоль/л, эркакларда $5,5 \pm 1,6$ ммоль/л; темир билан тўйинган трансферрин миқдори ўртача $13,2 \pm 1,5\%$;

Қондаги гемоглобин миқдори камайданлигига қараб анемияни III даражага ажратамиз: I-енгил даража – 90-109 г/л (гипохромия и микроцитозсиз); II-ўрта оғир даража 70-89 г/л (микроцитоз, гипохромия); III-оғир даража < 70 г/л (тўқима гипоксияси).

Биз текширирувга олган ЮИК билан темир танқислик камқонлиги оғир даражаси бўлган 8 беморда Hb 70 г/л дан паст ўртача $60,8 \pm 2,1$ г/л; ўрта оғирликдаги темир танқислик камқонлиги бўлган 15 беморда Hb ўртача $80,1 \pm 2,6$ г/л; 7 беморда енгил даражали анемия Hb- $90,0 \pm 2,1$ г/л.

ЮИК ни даволашда стандарт антиангинал препаратлардан фойдаланилди (таъсири узайтирилган нитратлар, кардиоселектив β -адреноблокаторлар, кальций антагонистлари, диуретиклар) булардан аспирин ва иАПФ мустасно, турли муаллифлар маълумотида кўра бу препаратлар буйракда эритропоэтин синтезини ингибирлайди ва суяк кўмигида эритропоэзни блоклайди.

Темир танқислик камқонлигини даволашда III валентли темир сақловчи препарат Су-

1 жадвал.

Темир танқислик анемияси бўлган 30 беморни даволанишдан олдинги ва кейинги натижаларини қуйидаги жадвалда келтирдик:

Кўрсаткичлар	Даводан олдин	Даводан сўнг	Нормал кўрсаткичлар
Hb	70,4±2,9г/л	110,2±4,0 г/л	Аёлларда:120-140г/л; эркакларда 130-160г/л.
Ht	20,2±1,6%	24,85±2,8%	31-49%
Зардобдаги Fe	5,45±1,45ммоль/л	10,5±1,5 ммоль/л	Аёлларда: 9-30 мкмоль/л; эркакларда:12-31мкмоль/л
Темир билан тўйинган трансферрин	13,2±1,5%	26,4±3,0%	30-40%
ФВ	40,4±3,6%	54,2±3,5%	55-70%
6 мин.ли юклама тести	330,2±26,5 м/6 мин	480,4±20,0 м/6 мин	Аёлларда: 500м; эркакларда: 600м

фер (Юрия-фарм Украина)дан фойдаланамиз. Доза: 5,0 мл вена ичига (в/и) эрталаб ва кечга 5 кун мобайнида.

Оғир даражали анемияси бўлган 8 беморни даволашни вена ичига Суфер– эрталаб кечга қуйишдан бошлаймиз. Per os Гино-тардиферон (Пьер Фабр Франция)ни ҳам қўшамиз. Қолган 22 бемор стационарда 5 кун мобайнида эрталаб кечга 5,0 мл в/и Суфер препарати қабул қилди.

Ўтказилган даво муолажаларидан сўнг Темир танқислик камқонлиги бўлган беморлар қондаги Hb миқдори 26% га(70,4±2,9 г/л дан110,2±4,0 г/л гача), зардобдаги Fe концентрацияси 50%га (5,45±1,45 ммоль/л дан 10,5±1,5 ммоль/л гача), темир билан тўйинган трансферрин миқдори (13,2±1,5% дан 26,4±3,0% гача) ошди. Бир вақтнинг ўзида гемоглобин миқдорининг 26%га ошишига мос равишда гемотакрит (Ht) 15% га ошди, бунинг натижасида эритропоез жараёнлари яхшиланди. Зардобдаги темир ва Hb миқдори ошганлиги фонида юракнинг насос фаолияти яхшиланди: жумладан ФВ 25,5%: 40,4±3,6%дан (даволанишгача) 54,2±3,5%гача (даволаниш сўнгидан), жисмоний зўриқишларга чидамлилиқ 33% га (330,2±26,5 м/6 мин дан 480,4±20,0 м/6 мингача, ошди (1 жадвал).

Жисмоний зўриқишларга чидамлилиқ жихатидан бундай ижобий динамика стенокардия ФС ўзгартиришга имкон берди: даволанишгача стенокардия III и IV ФС бўлган (30 бемор), даволанишдан кейин- I ФС- 10та (33,3%), II ФС – 13та (43,3%,1%) ва III фс – фақатгина 7 та (23,3%) бўлган беморларни ташкил қилди. Касаллик клиник кечишини баҳолайдиган бўлсак (юрак соҳасидаги оғрик хуружи) даволанишгача ўртача бир кунда 11 хуружни ташкил қилган бўлса, даволанишдан сўнг бу кўрсаткич бир кунда 5 юрак хуружини ташкил қилди, 6 бемор бутунлай нитроглицерин қабулини тухтатди. Даволанишгача β-адреноблокаторлар ўртача кунлик дозаси 10,0±2,5 мг бўлса, даволанишдан сўнг - 5,5±1,5 мг ни ташкил қилди.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, гемоглобин миқдорини нормал кўрсаткичларга келиши, коронар қон томирларда қон айланишни оширади ва юрак мушакларини кислородга бўлган талабини қондиради. Бу эса юракни насос сифатида самарали ишлаши учун зарур бўлган энергия мувозатини таъминлайди ва жисмоний зўриқишларга чидамлилиқни оширади. Айни пайтда ностабил стенокардия ва анемиянинг турли оғирликдаги даражаларини биргаликда келиши коморбидликни даволаш ва профилактикаси долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. ЮИК ни даволашда, айнан бизнинг ҳудудда стандарт даволашга қўшимча равишда унга ҳамроҳ бўлган касалликларни даволаш ва мувозанатга келтириш улкан натижаларни беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И. Роль основных маркеров воспаления жировой ткани в развитии артериальной гипертензии. // Вестник врача, - 2018, - №4, - С. 97-100.
2. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Адылов А.С. Профилактика хронической сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью на фоне применения антигипертензивных препаратов // Вестник врача, - 2019, - №3, - С. 12-15.
3. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Ахророва З.В., Исмоилова Ю.А. Оценка эффективности применение препарата Суфер у пациентов с нестабильной стенокардией и железодефицитной анемией. // Журнал “Узбекистон терапия ахборотномаси” №3 Ташкент, 2018. С.10.
4. Городецкий В.В., Годулян О.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия: диагностика и лечение. // Методические рекомендации. Медпрактика.— М. Москва, 2004г.
5. Дворецкий Л.И. Клинические рекомендации по лечению больных железодефицитной анемией. // Русский медицинский журнал.—2004, - т. 12, - №14, - С. 893-897.
6. Искандарова Ф.И., Ахророва З.В., Исмоилова Ю.А. Применение препаратов железа в комплексном лечении больных нестабильной стенокардией и анемией. // Биология ва тиббиет муаммолари.—№1.— Самарканд, 2019.—С.145.
7. Калюта Т.Ю. Клиника и прогноз при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии у больных с анемическим синдромом., Автореф.дисс.канд.мед.наук, 2004г.
8. Карпов Ю.А., Меркулова А.Г., Хакимов А.Г., Самаренко М.Б. Суточное мониторирование. ЭКГ у больных нестабильной стенокардией. //Кардиология.-2016.- №7.-С.67-72.
9. Стренев Ф.В. Об изменениях сердца, центральной гемодинамики и физической работоспособности под влиянием железодефицитной анемии легкой и средней степеней тяжести (клинико-функциональное исследование): Автореф. канд.мед.наук.- Свердловск, 2009.—С. 29.
10. Судаков К.В. Функциональная система, определяющая оптимальный уровень эритроцитов в организме. Клиническая медицина. // 2002.—№4.-С.4-11.
11. Суркина И.Д., Степура О.Б., Пак Л.С. Иммуноинтерфероновая система и сердечно-сосудистые заболевания. //Кардиология.-2005.-№4.-С.59-62.
12. Сухова Н.Д., Белашева И.И., Пузырев В.П. Популяционно-генетическое исследование параметров эритропоэза железодефицитных состояний у коренного населения Обского севера. //Лаб.дело.-2016.-№4.-С.18-21.
13. Шилов А.М., Осия А.О. Особенности лечения ишемической болезни сердца на фоне анемии различного генеза. // Трудный пациент.—№12.—Том 9.—Москва, 2011.—С.10-14.
14. Anker S.D., Sharma R., Frakis D. and al. Anemia and survival in 3044 patients with Chronic Heart Failure (CHF) in the ELITE II Study (abstract). Circulation. 2002; 106 9suppl.):233SA.
15. Felker G.M., Gattis W.A., Leimberger J.O. et al. Usefulness of anemia as a predictor of death and rehospitalization in patients with decompensated heart failure // Am. J. Cardiol. 2003. – Vol. 92. – p. 625-628.
16. London G. Pathophysiology of cardiovascular damage in the early renal population. Nephrol Dial Transplant. 2001; 16 (suppl 2): 3-6.
17. London G.M., Pannier B., Guerin A.P. et al. Alterations of left ventricular hypertrophy in and survival of patients receiving hemodialysis: follow-up of an interventional study. J Am Soc Nephrol. 2001; 12: 2759-2767.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

М. К. Агзамов, А. Б. Тияков, И. М. Агзамов, Ф. Г. Нормуродов, Р. М. Джалалов
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра
экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: травматическая субдуральная гематома (ТСГ), способ удаления минимально-инвазивный.

Таянч сўзлар: травматик субдурал гематома (ТСГ), минимал инвазив олиб ташлаш усули.

Key words: traumatic subdural hematoma, minimally invasive method.

Проведен анализ хирургического лечения 41 больного, оперированных с острыми травматическими субдуральными гематомами (ТСГ). В 1 группе, 27 наблюдений, гематомы удалялись традиционными трепанациями черепа. Во 2 группе, 14 наблюдений, удаление гематом проводилось новым минимально-инвазивным способом. Результаты хирургического лечения зависели от признаков, характеризующих тяжесть состояния больных – степени нарушения сознания, объема гематомы, степени смещения срединных структур мозга. Применение открытой краниотомии необходимо во всех случаях, когда уровень сознания пострадавших был ниже сопора, и объем гематомы превышал 60 см³. При нарушении уровня сознания больных не ниже глубокого оглушения, объеме гематомы не выше 40–60 см³ и минимальной выраженности симптомов латеральной дислокации, когда смещение срединных структур головного мозга не превышает 5 мм, возможно применение минимально инвазивного метода удаления субдуральной гематомы.

ТРАВМАТИК СУБДУРАЛ ГЕМАТОМАЛАРИ БИЛАН БОҒЛАНГАН БЕМОЛЛАРНИНГ АЙРИМ ТОМОНЛАРИ

М. К. Агзамов, А. Б. Тияков, И. М. Агзамов, Ф. Г. Нормуродов, Р. М. Джалалов

Республика шошилинич тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Самарканд, Ўзбекистон

Ўткир шикастланган субдурал гематомалар (ТСГ) билан операция қилинган 41 беморнинг жарроҳлик даволаш таҳлили ўтказилди. I-гурухда 27 та кузатувда гематомалар анъанавий краниотомия ёрдамида олиб ташланди. II-гурухда 14 та кузатувда гематомалар янги минимал инвазив усул ёрдамида олиб ташланди. Жарроҳлик даволаш натижалари беморларнинг аҳоли оғирлигини тавсифловчи белгиларга боғлиқ – бузилган онг даражаси, гематома ҳажми, мианинг медиан тузилмаларининг жой алмашиш даражаси. Очiq краниотомиядан фойдаланиш барча жабрланувчиларнинг онги паст бўлган ва гематома ҳажми 60 см³ дан ошган барча ҳолатларда зарур. Беморларнинг онг даражаси чуқур қарахт даражадан паст бўлганда, гематома ҳажми 40–60 см³ дан ошмайди ва латерал дислокация аломатларининг минимал оғирлиги, мианинг ўрта тузилмалари 5 мм дан ошмаса, субдурал гематомани олиб ташлаш учун минимал инвазив усулда фойдаланиш мумкин.

SOME ASPECTS OF PATIENTS TREATMENT WITH TRAUMATIC SUBDURAL HEMATOMAS

M. K. Agzamov, A. B. Tilyakov, I. M. Agzamov, F. G. Normurodov, R. M. Djalalov

Samarkand branch of republican research centre of emergency medicine, Samarkand, Uzbekistan

The analysis of surgical treatment of 41 patients operated on with acute subdural hematomas was carried out. In group 1 (27 observations), hematomas were removed by traditional craniotomy. In group 2 (14 observations), hematomas were removed using a new minimally invasive method. The results of surgical treatment depended on signs characterizing the severity of the patients' condition: the degree of impaired consciousness, the volume of the hematoma, the degree of the brain median structures displacement. The use of open craniotomy is necessary in all cases when the level of the victims' consciousness was lower than the sopor and the hematoma volume exceeded 60 cm³. In the case of violation of patients' consciousness level not lower than deep torpor, the volume of the hematoma is not higher than 40–60 cm³ and the minimum severity of symptoms of lateral dislocation, when the displacement of the brain middle structures does not exceed 5 mm, a minimally invasive method of removing the subdural hematoma can be used.

В ряде случаев причинами образования травматической субдуральной гематомы (ТСГ) являются скопление крови вокруг участка повреждения мозга, а также разрыв поверхностных или переходящих на твердую мозговую оболочку сосудов. И как правило методом выбора в лечении ТСГ является оперативное вмешательство. [2,3,5]. Предпочтение отдается костно-пластическим трепанациям черепа с удалением ТСГ. При стремительном ухудшении состояния больных осуществляются декомпрессивные резекционные трепанации [4,5,6,7].

В последние годы в литературе появляются сообщения о возможности проведения мининвазивных вмешательств при данной патологии [2,4]. При определенных условиях, таких как компенсированное состояние, отсутствие дислокационных признаков, наличия определенного объема гематомы проведение широких костно-пластических трепанаций в ряде случаев является нецелесообразным. С использованием МСКТ стало возможным вычислять количественные (размеры, объем) характеристики гематомы, локализацию, а также степень поражения головного мозга, и как следствие этого появилась возможность динамического наблюдения за гематомами [1,8]. Этим и объясняется интерес к применению мало-травматичных оперативных методов удаления ТСГ, определение показаний и противопоказаний к их использованию.

Цель исследования. Оптимизировать результаты хирургического лечения травматических субдуральных гематом.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 41 больного с травматическими субдуральными гематомами. Больные лечились в Самаркандском филиале РНЦЭМП.

Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет.

В первые 24 часа после получения ЧМТ поступило 37 человек, в течение 2-3 суток – 4.

Все пациенты прооперированы в течение 24 часов после поступления в стационар.

Причинами ЧМТ в 21 случаях была автоавария, в 9 случаях – падение с высоты роста, в 11 случаях – падение с большой высоты.

Уровень сознания и тяжесть состояния больных оценивались по ШКГ. Таким образом у 5 больных состояние сознания оценивалось как ясное, у 8 – оглушение, у 12 – сопор, у 16 – кома.

Всем больным при поступлении и в динамике проводилась МСКТ головного мозга.

В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на две группы.

Больным первой группы, 27 больных, проводилось открытое удаление гематом при помощи костно-пластических и резекционных трепанаций. В 8 случаях операции носили декомпрессивный характер.

Детей до 18 лет было 5 больных. В ясном сознании поступило 2 больных, в оглушении – 2, в сопоре – 11, в коме – 16 больных.

С объемом гематомы 41-60 см³ было 3 больных, с объемом 61-90 см³ – 9, свыше 90 см³ – 15. Смещение срединных структур головного мозга до 5 мм отмечалось у 4 больных, 5-10 мм – у 10 больных, свыше 10 мм – у 13 больных.

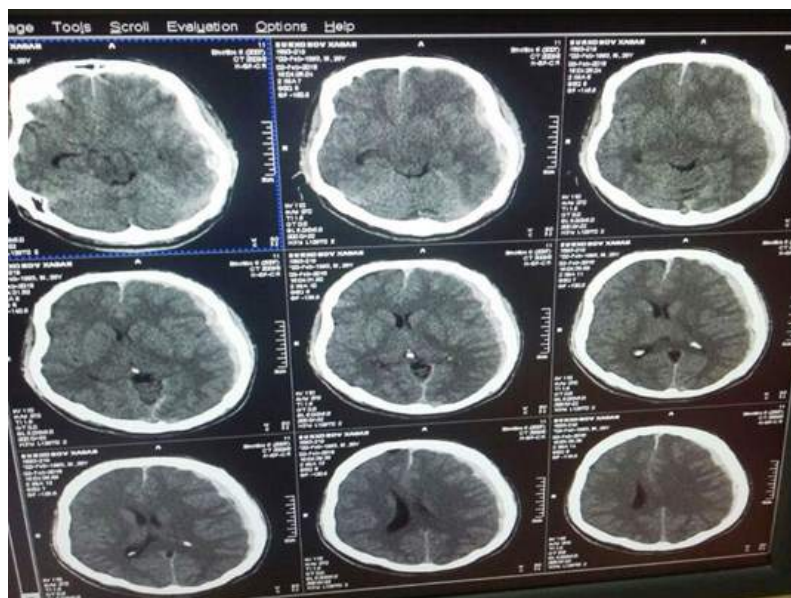


Рис. 1а.

Клинический пример №1. Пациент Б. Из-за отсутствия сознания жалоб не предъявляет. Из анамнеза со слов сопровождающих лиц травму получил в результате ДТП, после чего доставлен в приёмное отделение. Общее состояние тяжёлое. Сознание на уровне поверхностной комы. По шкале ком Глазго 7 баллов. На МСКТ головного мозга отмечается острая субдуральная гематома в левой лобно-височно-теменной области. Пациенту проведена резекционная трепанация черепа с последующим удалением ОСГ. (Рис. 1). Пациент выписан в удо-

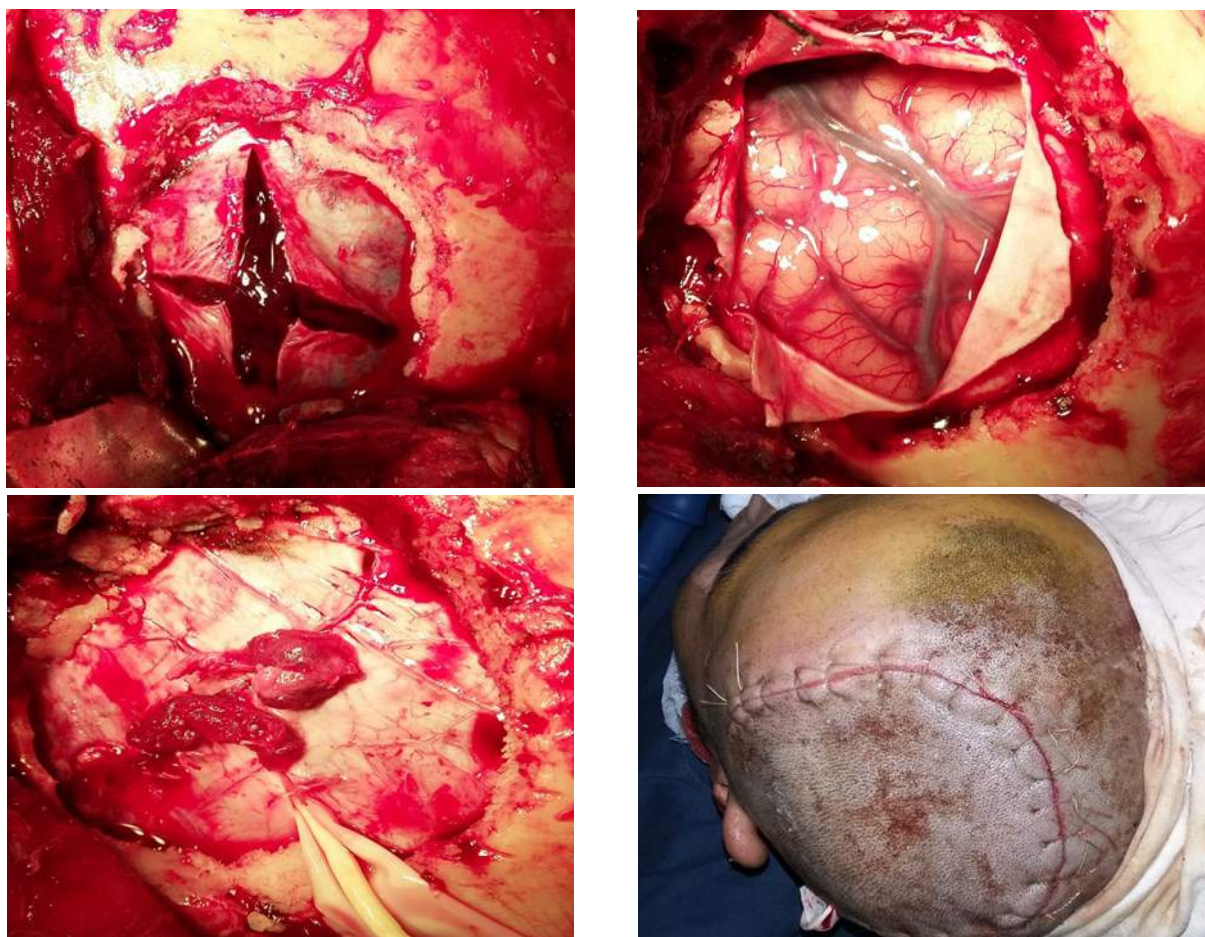


Рис. 16. Этапы удаления субдуральной гематомы: резекционные трепанации черепа с ушиванием ТМО.

влетворительном состоянии на 15 сутки.

Во вторую группу вошло 14 наблюдений. В возрасте до 18 лет было 2 больных. В ясном сознании поступило 3 больных, в оглушении – 7, в сопоре – 4.

С объемом гематомы до 40 см³ было 9 больных, с объемом 41-60 см³ – 5. Смещение срединных структур головного мозга до 5 мм отмечалось у 9 больных, 5-10 мм – 3. Без признаков латеральной дислокации было 2 больных.

Больным второй группы осуществлялось минимально инвазивное удаление гематомы по следующей методике: в проекции гематомы в зависимости от ее размеров и распространенности накладывают 2-3 фрезевых отверстия. Наложение костных отверстий предварительно определяют на КТ-срезах и с учетом реального масштабного коэффициента, переносят на поверхность головы. Крестообразно вскрывают твердую мозговую оболочку длиной, достаточной для проведения мозгового шпателя. Далее через отверстия в ТМО шпателем и электроотсосом осуществляется эвакуация субдуральной гематомы. При этом движения шпателя осуществляются в разных направлениях, как по направлению к наложенным отверстиям, так и в противоположном направлении. При такой тактике можно добиться максимально полного удаления сгустков крови. Субдуральное пространство дренируется. Рана ушивается.

Клинический пример №2. Пациент Х. Из-за нарушения сознания жалоб не предъявляет. Из анамнеза со слов сопровождающих лиц травму получил в результате удара тупым предметом по голове, после чего доставлен в приёмное отделение. Общее состояние тяжёлое. Сознание на уровне сопор. По шкале ком Глазго 10 баллов. На МСКТ головного мозга отмечается ушиб головного мозга с образованием острой субдуральной гематомы в левой лобно-височно-теменной области. Пациенту проведена минимально-инвазивное удаление ОСГ.

а.



б.



в.



г.



д.



е.



ж.



з.





и.

Рис. 2а-и. Этапы удаления субдуральной гематомы минимально инвазивным способом

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10 сутки.

Результаты лечения больных оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов, для чего использовали шкалу исходов Глазго.

Результаты. Мы проанализировали исходы заболевания в зависимости от тяжести состояния больных, уровня нарушения сознания, объема кровоизлияния и смещения срединных структур мозга.

Уровень расстройства сознания и тяжесть состояния были определяющими в оценке тяжести и достоверно влияли на исход заболевания. Так из 5 больных, поступивших в ясном сознании, умерших не бы-

ло. Из 8 больных, поступивших в оглушении умер 1, из 12 в сопоре – 2, из 16 в коме – 6.

С увеличением объема кровоизлияний возрастала летальность. Среди больных с объемом кровоизлияний до 60 см³ летальных исходов не было, с объемом 61-90 см³ умерло 3 больных, свыше 91 см³ – 6.

С нарастанием дислокационных признаков показатели летальности также увеличивались. У больных без смещения срединных структур мозга и со смещением до 5 мм летальных исходов не было. Со смещением 5-10 мм умерло 2, свыше 10 мм – 7 больных.

По исходам заболевания были получены следующие результаты: в первой группе больных хорошее восстановление было в 6 случаях, умеренные неврологические нарушения – в 9, грубые неврологические нарушения – в 3, летальный исход имел место в 9 случаях. Во второй группе хорошее восстановление было в 8 случаях, умеренные неврологические нарушения были в 6 случаях.

Обсуждения. Результаты хирургического лечения в группах зависели от признаков, характеризующих тяжесть состояния больных – степени нарушения сознания, объема гематомы, степени смещения срединных структур мозга.

Применение открытой краниотомии было необходимым в тех случаях, когда уровень сознания пострадавших был ниже сопора, и объема гематомы выше 60 см³. В случаях нарастания дислокационного синдрома, осуществлялась экстренная декомпрессия, как элемент реанимационного пособия.

Полученные данные показали, что применение минимально инвазивного метода удаления ТСГ возможно при соблюдении ряда условий. При уровне нарушения сознания больных не ниже глубокого оглушения, объеме гематомы не выше 40-60 см³ и минимальной выраженности симптомов латеральной дислокации, когда смещение срединных структур головного мозга не превышало 5 мм были получены обнадеживающие клинические результаты. Из 17 случаев в 2 случаях объем удаленной гематомы был недостаточным в связи с этим больным потребовались повторные оперативные вмешательства. В данных случаях выполнены костно-пластические трепанации черепа. При этом линии распила кости пришлось через ранее наложенные фрезевые отверстия. Применение указанного способа должно строго контролироваться клинико-неврологическими и нейровизуализационными методами в послеоперационном периоде.

Выводы. Применение минимально инвазивного способа при удалении травматических субдуральных гематом возможно при соблюдении определенных клинико-неврологических и нейровизуализационных условий и их контроле в послеоперационном периоде. Малотравматичность метода в сочетании с небольшой длительностью операции и

полученные при этом результаты, позволяет дальнейшее накопление данных для изучения показаний и противопоказаний к его использованию.

Использованная литература:

1. Захарова Н.Е. Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при тяжелой черепно-мозговой травме (клинико-компьютерно-магнитно-резонансно-томографические исследования): Дис. д.м.н.—М.—2013.
2. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Кравчук А.Д. Черепно-мозговая травма: фундаментальные проблемы и клинические решения. Глава в кн. Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии. Т. I. - М. - 2012.—С.159-265.
3. Лихтерман Л.Б., Институт нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко. Травматические субдуральные гематомы. // Справочник поликлинического врача.— 2013.—№ 11.
4. Садыков А.М., Адильбеков Е.Б., Ахметов К.К., Карибай С.Д. Алгоритм лечения травматических острых малых субдуральных гематом. //Нейрохирургия и неврология Казахстана.-2014г. – С.18.
5. Тиляков А.Б., Нормуродов Ф.Г., Агзамов И.М. Изучение и оценка эффективности минимально инвазивного метода удаления травматических субдуральных гематом. //Journal of Biomedicine and Practice.-2018 г.—№3.—С. 49-53.
6. Global status report on road safety: time for action (2009). Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status.—2009.
7. Orlin J.R., Thuomas K.A., Ponten U., et al. MR imaging of experimental subdural bleeding. Correlates of brain deformation and tissue water content, and changes in vital physiological arameters. //Acta Radiol. -2007. - Vol.38.-N 4. -P. 610-620.
8. Orrison W.W., Gentry L.R., Stimac G.K., et al. Blinded comparison of cranial CT and MR in closed head injury evaluation. //Am. J. Neuroradiol. - 2012. -Vol.15. -N 2.-P.351-356.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Д. Н. Аджаблаева¹, А. И. Эльгали²

¹Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан,

²ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ

Ключевые слова: качество жизни, анализ, дети, подростки, туберкулез.

Таянч сўзлар: ҳаёт сифати, таҳлил, болалар, ўсмирлар, сил.

Key words: quality of life, analysis, children, adolescents, tuberculosis.

Работа посвящена изучению параметров качества жизни детей и подростков с различными формами туберкулеза. Лабораторные и инструментальные методы обследования больных не охватывают все аспекты туберкулезной инфекции и не позволяют оценить в полной мере состояние детей и подростков с легочным туберкулезом. Оценка качества жизни позволяет оценить влияние болезни на физические, психологические и социальные аспекты функционирования организма. Анализ показателей функционирования жизни детей и подростков был изучен в зависимости от сопутствующей патологии. Для исследования качества жизни в педиатрической практике используется опросник Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL. Опросник содержит 23 вопроса, подразделенные на 4 шкалы. Каждый вопрос имеет 5 варианта ответов: «нет», «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда», необходимо выбрать один из вариантов, самый близкий к ситуации.

ЙЎЛДОШ ПАТОЛОГИЯСИ МАВЖУД БЎЛГАН СИЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИ

Д. Н. Аджаблаева¹, А. И. Эльгали²

¹Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

²РФ ССВ «Твер дават тиббиет университети»

Иш мақсади ҳар хил шакллари билан касалланган болалар ва ўсмирлар ҳаёт сифатини ўрганишга бағишланган. Беморларнинг лаборатор ва инструментал текшириш усуллари сил инфекциясини барча томонларини қамраб олмайдиган ва ўпка сили билан касалланган болалар ва ўсмирлар умумий аҳолини тўлиқ баҳолашга имкон ярата олмайдиган. Ҳаёт сифатини баҳолаш касалликни организмнинг физик, психологик ва социал фаолиятига таъсирини ўрганишга имконият яратади. Болалар ва ўсмирлар ҳаёт фаолиятининг таҳлили йўлдош касалликлари билан боғланган ҳолда ўрганилди. Pediatric Quality of Life Inventory – Peds QL саволномаси педиатрия соҳасида кенг қўлланилади. Саволнома 23 саволдан иборат, улар 4 шкалага яратилган. Ҳар бир саволга 5 вариант жавоблар берилган: «йўқ», «деярли ҳеч қачон», «баъзида», «тез-тез», «деярли ҳар доим», ва улардан вазиятга энг яқинини танлаш лозим.

QUALITY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS LIFE WITH PULMONARY TUBERCULOSIS DEPENDING ON EXISTENCE OF THE ACCOMPANYING PATHOLOGY

D. N. Adjablaeva¹, A. I. Elgali²

¹Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

²Tver State Medical University, The Ministry of Health of the Russian Federation

Work is devoted to studying of life quality parameters of children and adolescents with tuberculosis. Laboratory and instrumental methods examination of patients do not cover all aspect of tuberculous infection and do not allow valuing the condition of children and adolescents with pulmonary tuberculosis. At analysis of life's quality there is full possibility to define the influence of the disease on physical, psychological and social aspects of the organism's functioning. The analysis of quantitative indexes children and adolescents quality of life was conducted depending on accompanying pathology. For research was used the questionnaire of Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL. Questionnaire of PedsQL 4.0. includes 23 questions, incorporated in 4 scales. Every question has 5 variants of answers: "no", "hardly ever", "sometimes", "often" and "almost always", from which it is needed to choose one, most going near a situation.

Введение. Туберкулез всегда был одной из самых актуальных проблем человечества. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируются около 10 млн заболевших, умирает порядка 7000 человек. Еще в 1923 году фтизиатр Ф.Г. Яновский высказал мысль, которая до сих пор остается актуальной: «В области туберкулеза идет теперь бурная работа по изучению всех его сторон... и лишь одно остается в стороне от разработок – это изучение психи-

ки туберкулезного больного. А между тем именно при этой болезни она оказывает такое могучее влияние и на соматические стороны заболевания».

Развитию туберкулеза способствует срыв систем адаптации, начинающийся с нарушений в первую очередь на психическом уровне и приводящий к резкому снижению резистентности организма, особенно в критические возрастные периоды. В связи с этим целесообразно исследовать психические характеристики заболевших туберкулезом и изучить влияние психоэмоционального состояния на развитие заболевания [1,2,7].

Сопутствующие инфекции (микробные и вирусные), несомненно, затрудняют диагностический процесс, отрицательно влияют на эффективность лечения основного заболевания — туберкулеза. Имеющиеся нарушения микробного и вирусного пейзажа, с одной стороны, отражают особенности течения туберкулеза, с другой — могут сами оказывать влияние на развитие и прогрессирование туберкулезного процесса у детей. Однако при всей клинической и теоретической важности данного вопроса современные сведения о распространенности микробных и вирусных инфекций у детей, больных туберкулезом, и влиянии их на развитие и течение специфического процесса, неоднозначны. Общеизвестно, что клиническая картина и течение туберкулеза зависят от степени нарушения иммунного ответа. Малоизученным фактором, способствующим развитию туберкулезной инфекции у детей, является персистенция иммуносупрессивных вирусов в организме. Герпетическая инфекция представляет большой интерес для фтизиопедиатров, поскольку вирусы герпеса распространены повсеместно и первичное инфицирование ими происходит в раннем детском возрасте [2]. Герпесвирусная и туберкулезная инфекции могут взаимно неблагоприятно влиять друг на друга. У детей на фоне незрелости иммунной системы герпесвирусная инфекция может приводить к изменению клинического течения туберкулезного процесса, и, наоборот, активная туберкулезная инфекция может приводить к изменению течения герпесвирусной инфекции. Лимфотропные вирусы, в частности, вирусы человеческого герпеса, обладают способностью подавлять активность иммунной системы в той или иной степени. Данные литературы свидетельствуют о том, что в настоящее время примерно 80—90% населения, в том числе детей, инфицировано вирусом человеческого герпеса. Резервуаром вирусов в организме являются лимфоциты, в них развивается активная инфекция. Особое место среди иммуносупрессивных вирусов занимает ВИЧ, в присутствии которого у инфицированных МБТ лиц резко увеличивается риск развития туберкулеза. Сочетание у одного больного двух самых тяжелых и социально значимых инфекций — туберкулеза и ВИЧ-инфекции — становится все большей проблемой для человечества. ВИЧ-инфекция, вызывая нарушения иммунного статуса, является мощным фактором риска в развитии туберкулеза. Наряду с ростом распространенности ВИЧ-инфекции, отмечается рост заболеваемости туберкулезом, так как развитие болезни происходит в одних и тех же социальных группах населения. Увеличивается доля беременных ВИЧ-инфицированных женщин и детей, рожденных ими. ВИЧ-инфекция у матери служит противопоказанием для вакцинации ребенка вакциной БЦЖ до исключения у ребенка ВИЧ-инфекции. В то же время отсутствие поствакцинального иммунитета у детей раннего возраста ведет к развитию тяжелых форм туберкулеза. Поэтому интерес представляют больные туберкулезом дети, рожденные от матерей с ВИЧ-инфекцией [4]. В патогенезе туберкулеза важную роль играет глубокий иммунологический дисбаланс, не позволяющий альвеолярным макрофагам эффективно контролировать репликацию микобактерии туберкулеза. Клиническое течение и прогноз заболевания у детей, больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, прежде всего, зависят от пути заражения ВИЧ-инфекцией. Подавляющее большинство случаев ВИЧ-инфекции в педиатрической практике связано с перинатальным заражением, которое происходит до рождения ребенка (30-50%) или во время родов (50-70%) [5]. Отличительной чертой в течении туберкулеза у детей раннего и дошкольного возраста, больных ВИЧ-инфекцией, является развитие тяжелых форм заболевания: генерализации процесса, острых прогрессирующих форм с высокой частотой осложненного течения и летальных исходов. Прежде всего, такое течение связано как с анатомо-

физиологическими особенностями детского организма, так и незрелостью иммунной системы [6].

Растущая резистентность микобактерий к специфическим противотуберкулезным препаратам, их токсичность и зачастую плохая переносимость ввиду их высокой гепатотоксичности диктуют необходимость оптимизации лечения. Одним из методов повышения эффективности терапии туберкулеза легких является диагностика и лечения сопутствующих заболеваний, отягощающих течение болезни и способствующих развитию негативных иммунологических сдвигов. Учитывая оппозитный характер протективного иммунитета при внутриклеточных бактериальных и паразитарных заболеваниях, а также высокий уровень эндемичности Узбекистана по гельминтозам и протозоозам, в этом аспекте на первый план выходят кишечные паразитозы [6]. Гельминты способны поражать сердце, мозг, почки, печень, но чаще наблюдаются случаи глистной инвазии в легкие. При этом, если инвазию своевременно не выявить, могут возникнуть тяжелые осложнения, а сопутствующая инфекция может привести к тяжелым последствиям, вплоть до летального исхода. Учитывая общность симптоматики кишечных паразитозов, клинических проявлений туберкулеза и побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, ряд клинических симптомов можно связать как с манифестацией самих паразитозов, так и их отягощающим влиянием на течение туберкулеза, усилением туберкулезной интоксикации, более частыми и интенсивными проявлениями побочных эффектов противотуберкулезных препаратов за счет дополнительной нагрузки на печень. В связи с вышесказанным возникла необходимость провести анализ исходного уровня качества жизни у детей и подростков в зависимости от наличия сопутствующей патологии (ВИЧ-инфекция, герпес, глистная инвазия).

Материалы и методы. В условиях детского отделения Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера было обследовано 90 детей и подростков 5–18 лет, которые были подразделены на различные подгруппы. По наличию сопутствующей патологии больные подразделены на 3 подгруппы: у 20 (22,2%) больных туберкулезу сопутствовала ВИЧ-инфекция, у 36 (40,0%) пациентов была выявлена герпетическая инфекция, а у 34 (37,8%) больных имела место глистная инвазия.

Во всех подгруппах проводился анализ исходного уровня качества жизни. Для исследования качества жизни в педиатрической практике хорошо зарекомендовал себя опросник Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL. Опросник PedsQL 4.0. При оценке качества жизни все 23 критерия были объединены в 6 шкал: ФФ – физическое функционирование, ЭФ – эмоциональное функционирование, СФ – социальное функционирование, ЖШ – жизнь в школе/саду, ПСФ – психосоциальное функционирование и СШ – суммарная шкала. Опросник разделен на блоки по возрастам – 5-7, 8-12 и 13-18 лет. Общее количество баллов рассчитывается по 100-балльной шкале после процедуры шкалирования: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка. Ответы детей в дальнейшем выражались в баллах. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2007. Количественные признаки представлены в виде средней арифметической $\pm$ стандартная ошибка.

Результаты и их обсуждение. Показатели качества жизни в группах пациентов в зависимости сопутствующей туберкулезу патологии представлены в таблице 1.

Показатели физического функционирования у больных с различной сопутствующей патологией были достоверно выше у пациентов с герпетической инфекцией – $67,5 \pm 2,1$, что объясняется бессимптомным носительством вируса. Лишь у части больных этой категории герпетическая инфекция проявила себя в виде ветряной оспы, но даже наличие клинического проявления заболевания существенно не отразилось на способности детей и подростков к преодолению препятствий, бегу, участию в спортивных играх. У больных с сопутствующим гельминтозом показатели их физического функционирования также были достаточно высоки – $58,2 \pm 3,0$, что наводит на мысль, что глистная инвазия имеет влияние на общее состояние организма, что проявляется в виде общей слабости и недомогания у этой группы

Таблица 1.

**Показатели качества жизни пациентов в зависимости сопутствующих заболеваний
(в баллах)**

Аспекты КЖ	ВИЧ-инфекция n=20 (M±σ)	Герпетическая инфекция n=36 (M±σ)	Гельминтоз n=34 (M±σ)
Физическое функционирование	44,5 ± 2,5	67,5 ± 2,1	58,2 ± 3,0
Эмоциональное функционирование	56,1 ± 3,7	63,2 ± 3,4	54,8 ± 3,2
Социальное функционирование	50,2 ± 2,1	54,7 ± 2,8	65,5 ± 2,8
Школьное функционирование	45,7 ± 2,0	53,0 ± 5,5	67,8 ± 1,8
Психосоциальное функционирование	53,2 ± 2,6	57,9 ± 3,4	60,3 ± 2,1
Суммарная шкала	60,3 ± 2,8	63,7 ± 2,3	66,9 ± 2,4

пациентов. Это приводит их к самостоятельному ограничению ежедневной физической нагрузки. У детей и подростков с ВИЧ-инфекцией показатели физического функционирования оказались самыми низкими. Это объясняется тем, что эти пациенты были выявлены на стадии присоединения туберкулеза как ведущей оппортунистической инфекции, что приводит к резко выраженному изменению общего состояния больного и выражается в практически полном отказе от физических нагрузок, ежедневных обязанностей, связанных с физической активностью.

Самые низкие показатели эмоционального функционирования отмечены у детей и подростков с гельминтозом – $54,8 \pm 3,2$, что свидетельствует о негативном влиянии паразитозов на нервную систему. Дети из этой группы более раздражены, капризны, плаксивы, подростки испытывают дискомфорт от кишечных и кожных клинических симптомов заболевания, у них часто отмечается наличие тревоги по поводу общения со сверстниками противоположного пола. Среди больных с ВИЧ-инфекцией мы выявили изменения в эмоциональном статусе, чаще у подростков, что связано с осознанием неизлечимости своего заболевания, удрученностью от присоединения туберкулеза. Самые высокие показатели эмоционального функционирования зарегистрированы у пациентов с герпетической инфекцией – $63,2 \pm 3,4$, что указывает на относительно легкое протекание обоих патологических состояний у данной категории больных. Тем не менее, у части пациентов этой группы отмечено наличие дискомфорта от необходимости длительно принимать противотуберкулезные препараты и возможные побочные эффекты от их приема.

При анализе социального функционирования наиболее высокие показатели отмечены у группы больных с гельминтозом – $65,5 \pm 2,8$, и это свидетельствует об адаптации детей и подростков, как к условиям стационара, так и к приобретению новых дружественных связей с другими пациентами. В группе больных с герпетической инфекцией показатели социального функционирования составили $54,7 \pm 2,8$. Это отражает наличие таких проблем как вынужденное временное прекращение социальных отношений в детском коллективе в связи с кожными проявлениями герпетической инфекции, а также страхом дальнейшей стигматизации этого процесса. Среди больных с ВИЧ-инфекцией в очередной раз зафиксированы самые низкие показатели уже социального функционирования – $50,2 \pm 2,1$. Судя по ответам респондентов – большей части подростков данной группы, страх за свое будущее является результатом осознания контагиозности обоих заболеваний, а также неизлечимости одного из них. Вероятность невозможности семьи создает предпосылки для развития депрессивных состояний у подростков.

Школьное функционирование практически не страдает у пациентов с гельминтозом – $67,8 \pm 1,8$, лишь у части больных выявлена неусидчивость во время занятий, отсутствие внимания при объяснении учителем темы, а также невнимательное отношение к выполнению домашних заданий. У больных с ВИЧ-инфекцией данная шкала функционирования

имеет низкие показатели – $45,7 \pm 2,0$, что свидетельствует о том, что эти больные часто пропускают занятия в связи с тяжестью своего состояния, невозможности сосредоточивания на занятиях. У детей с герпетической инфекцией жизнь в школе оценена на уровне $53,0 \pm 5,5$ балла, основные проблемы этой группы больных носили временный характер – ограничение посещения школы в период распространенных высыпаний.

Шкала психосоциального является суммарной шкалой эмоционального и социального функционирования. По результатам этой шкалы наиболее высокие показатели были отмечены в группе детей и гельминтозом – $60,3 \pm 2,1$, относительно низкие в группе детей и герпетической инфекцией – $57,9 \pm 3,4$, и достоверно низкие в группе пациентов с ВИЧ – $53,2 \pm 2,6$.

Суммарная шкала выявила закономерность – у детей и подростков, больных туберкулезом с сопутствующей патологией, ВИЧ-инфекция имеет наиболее негативное влияние на качество жизни, относительно временное негативное влияние имеет герпетическая инфекция, в целом наиболее благоприятно протекает туберкулез в сочетании с глистной инвазией.

Выводы. У детей и подростков, больных туберкулезом с сопутствующей патологией, ВИЧ-инфекция имеет наиболее негативное влияние на качество жизни, относительно временное негативное влияние имеет герпетическая инфекция, в целом наиболее благоприятно протекает туберкулез в сочетании с глистной инвазией.

Использованная литература:

1. Абдиев Т.А., Каримова М., Умарова П.Х., Юлдашходжаев И.У., Ульмасов М.М. Ситуация по гельминтно-протозойным болезням в Узбекистане // Вестник врача. – 2007. - №1. – С. 75-76.
2. Аджаблаева Д.Н. Оценка качества жизни подростков с туберкулезом органов дыхания // Детские инфекции. – Том 16 (2). - 2017. – С. 57-59.
3. Аджаблаева Д.Н. Показатель качества жизни во фтизиопедиатрии // Туберкулез и болезни легких. – Том 96. - №2. – 2018. – С. 32-36.
4. Афонина Л.Ю., Воронин Е.Е., Рахманова А.Г., Фомин Ю.А. и др. Диспансерное наблюдение, уход и лечение детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами и детей с ВИЧ-инфекцией: Краткое руководство для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом. – М., 2006. – 108 с.
5. Богданова Е.В., Киселевич О.К., Юсубова А.Н., Панова О.В. и др. Сопутствующие инфекции у детей, больных туберкулезом // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2008. – № 7. – С. 59–65.
6. Каражас Н.В., Малышева Н.А., Рыбалкина Т.Н. и др. Герпесвирусная инфекция. М.: Медицина, 2007. 120 с.
7. Adjablaeva D.N. Assessing Quality of life in Children and adolescents diagnosed with pulmonary tuberculosis. // Psychology og Health-Biopsychosocial Approach. – Том 95. - №6. – 2014. – С. 866-869.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**И. А. Арзиев**

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: холецистэктомия, желчеистечение, повреждения желчных протоков, реконструктивные операции.**Таянч сўзлар:** Холецистэктомия, сафро оқиши, ўт йўллари жароҳати, реконструктив операциялар.**Key words:** cholecystectomy, bile leakage, damage to the bile duct, reconstructive surgery.

Проанализированы результаты лечения 72 больных с желчеистечением в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии. В исследуемых группах были изучены частота и источники послеоперационного желчеистечения, а также характер и локализация повреждений МЖП. При истечении желчи 1 степени по дренажу или отграниченных скоплениях жидкости в проекции ложа желчного пузыря не более 5 см по данным УЗИ, а также при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. При истечении желчи по дренажу 2 степени выполняли ЭРХПГ. Основной операцией при полном пересечении и иссечении внепеченочных желчных протоков является ГепЕА по Ру, с хорошим отдаленным результатом в 95,3%. Восстановительная операция показана только при парциальном повреждении протока.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ЎТ-САФРО ОҚИШИ СИНДРОМИНИНГ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ КИЎСИЙ АНАЛИЗ НАТИЖАЛАРИ**И. А. Арзиев**

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Холецистэктомия операциясидан кейинги эрта даврда ўт-сафро оқиши 72 беморда даволаш натижалари таҳлил қилинди. Текширилаётган гуруҳларда марказий ўт йўллари жараҳатлари натижасида операциядан кейин сафро оқиши манбаси, жароҳат хусусияти, жойлашган жойи, даволаш тактикаси ўрганилди. Операциядан кейинги эрта даврда дренаж найи орқали I-даражали сафро оқиши кузатилганда ва УТТ да ўт халта ётоғидаги суюқлик 5 см катта бўлмаса, беморнинг умумий ахволи қониқарли бўлса, умумий қон анализиди ўзгариш бўлмаса, қорин парда таъсирланиш белгиси кузатилмаса бемор УТТ назорати ва динамикада актив кузатилган бўлади. Дренаж орқали сафро оқиши II-даражасида ЭРХПГ бажарилади. Жигардан ташқари ўт йўллари тўлиқ кесилганда ёки йиртилганда, 95,3% яхши натижа берадиган асосий операция РУ бўйича ГепЕА шакллантириш операцияси ҳисобланади. Ўт йўллари кичик жароҳатларида қайта тиклаш опеацияси бажарилади.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BILE DUCT SYNDROME AFTER CHOLECYSTECTOMY**I. A. Arziev**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Analyzed treatment results 72 patients with the closest postoperative period after cholecystectomy. In the studied groups, the frequency and sources of postoperative bile leakage, as well as the nature and localization of injuries of the breast, at the onset of bile, 1 degree, drainage were studied or delimited accumulations of fluid in projection of the gallbladder bladder not more than 5 cm according to the ultrasound, as well as in a satisfactory condition of the patient, no symptoms irritation peritoneum and changes in blood analysis adhered to tactics active dynamic observed with mandatory ultrasonic control. At the expiration of bile by drainage 2 degrees performed ERCP. The main operation at complete intersection and excision of the extrahepatic bile ducts is HepEA; with well distant result in 95.3%. Restorative operation shown only with partial damage to the ductus.

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По данным статистических исследований последних лет ЖКБ страдают почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Холецистэктомия до настоящего времени остается основным методом лечения больных ЖКБ. Ежегодно в мире выполняется более 2,5 млн. таких вмешательств [Basso L. et al, 2010].

Желчеистечение - одно из наиболее серьезных осложнений, возникающих после удаления желчного пузыря. Это осложнение следует рассматривать как самостоятельную про-

блему, поскольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков и быть опасным для жизни. Частота желчеистечения после различных видов холецистэктомий составляет 0,90 – 5,73%. Наиболее частым источником желчеистечения считают добавочные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря, несостоятельная культя пузырного протока и повреждение магистральных желчных протоков [А.Г. Кригер с соавт. 1999 наблюдали в 0,65%]. В зависимости от источника, как правило, различаются темп и тяжесть желчеистечения. Даже небольшое желчеистечение в брюшную полость может привести к тяжелым осложнениям.

Четкие описания клинической картины желчеистечения отсутствуют. Вместе с тем А. N. Barkunetal. (1997) отмечает, что у таких пациентов могут быть боли в животе, лихорадка и напряжение брюшных мышц. Могут иметь место нейтрофильный сдвиг в крови, повышение уровня печеночных ферментов. Диагностика внутрибрюшного желчеистечения - сложная задача. Наличие страховочного дренажа в подпеченочном пространстве способствует ранней диагностике и профилактике билиарного перитонита. При отсутствии дренажа целесообразно расширение показаний к послеоперационным УЗИ в 1-2-е сутки. К внутрибрюшным осложнениям относятся биломы брюшной полости, перитонит. Достаточно эффективным может быть пункционное дренирование билом под УЗ-наведением или проведение лапароскопических санаций с дренированием [А.Г. Бебуришвили и соавт., 2009; Э.И. Гальперин и соавт., 2010]. Запоздавшая диагностика внутрибрюшных послеоперационных осложнений связана со стертостью клинических симптомов и наличием психологического барьера у хирурга и у больного перед предстоящим повторным вмешательством. Это нередко приводит к консервативной длительной терапии и неоправданной потере времени [В.В. Бойко и соавт., 2009]. У части больных повторные операции не выполняются, хотя они были показаны. Задержки с оперативным вмешательством приводят к высокой летальности. В тоже время, незначительное желчеистечение из дренажной трубки иногда вынуждают хирурга идти на неоправданную лапаротомию.

Широкое внедрение УЗИ и лапароскопии в лечение послеоперационных желчеистечений обуславливает необходимость разработки новой лечебно-диагностической тактики.

Цель исследования. Оптимизировать диагностическую и хирургическую тактику у больных с желчеистечением после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде путем внедрения современных диагностических и миниинвазивных методов лечения.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 3161 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2010 -2019гг. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациентов разделили на 3 группы. В 1 группу включили 1547 больных, перенесших ЛХЭ. Во 2-ю группу вошло 1096пациентов, перенесших МХЭ. В 3-ю группу были включены 518 больных, перенесших ОХЭ. Мужчин было 534 (16,9%), женщин – 2627 (83,1%),соотношение – 1:6. Средний возраст пациентов в группах составил $55,8 \pm 9,7$ года. Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечались у 72 (2,3%) больных.

С целью выявления желчеистечения применяли следующие методы исследования: УЗИ, фистулохолангиография, ЭРПХГ, МСКТ, МР-холангиография.

Таблица 1.

Характеристика желчеистечения после холецистэктомии.

Характеристика желчеистечения	ЛХЭ N=1547	МХЭ N=1096	ОХЭ N=518	Всего 3161
Желчеистечение, остановившееся самостоятельно	8	16	10	34
Желчеистечение, потребовавшее специального лечения	23	5	10	38
Всего	31(2,0%)	21(2,0%)	20(3,9%)	72(2,31%)

В исследуемых группах были изучены частота и источники послеоперационного желчеистечения, а также характер и локализация повреждений МЖП. Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006), для определения повреждений МЖП пользовались классификацией Э.И. Гальперина (2002). Учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объем скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

Результаты и их обсуждение. В 1 группе желчеистечение диагностировано у 31 (2,0%) больного, во второй группе у 21 (2,0%), в 3-й – у 20 (3,9%) пациентов. У 44 (65%) пациентов желчеистечение отмечалось после экстренных операций, у 28 (35%) – после плановых операций.

Таблица 2.

Источники послеоперационного желчеистечения.

Группа больных, перенесших	Количество наблюдений, абс. (%)					Всего
	Дополнительный проток в ложе желчного пузыря	Повреждение желчных протоков	Несостоятельность культи пузырного протока	Самопроизвольное выпадение дренажа пузырного протока	Источник желчеистечения не установлен	
ЛХЭ	16	5	8	-	2	31
МХЭ	9	3	1	-	8	21
ТХЭ	11	2	1	1	5	20
Итого	36(50%)	10 (13.8%)	10(13.8%)	1 (1.3%)	15 (22.8%)	72(100%)

При истечении желчи по дренажу инструментальное обследование всех больных начинали с УЗИ для обнаружения свободной жидкости в брюшной полости или отграниченных ее скоплений. Кроме того, при УЗИ оценивали диаметр магистральных желчных протоков как одну из важных характеристик нарушения оттока желчи.

Пациентам, у которых холецистэктомию заканчивали дренированием через культю пузырного протока, для определения источника желчеистечения выполняли фистулохолангиографию.

При желчеистечении 2-3 степени исследование дополняли эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией.

Источниками послеоперационного желчеистечения в 36 наблюдениях были дополнительные протоки в ложе желчного пузыря, в 10 случаях – ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение, пересечение и иссечение холедоха), у 10 больных – несостоятельность культи пузырного протока, у 1 пациентов отмечалось самостоятельное выпадение дренажа из культи пузырного протока. В 15 наблюдениях источник желчеистечения установлен не был. У 14 из них ввиду неосложненного течения желчеистечения и его быстрого прекращения на фоне проводимой консервативной терапии. У 2 больных – при ЭРХПГ. Причинами желчеистечения у большинства пациентов были добавочные желчные протоки в ложе желчного пузыря, наличие внутрипротоковой гипертензии (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, стеноз дистального отдела холедоха, острый панкреатит), а также ятрогенное повреждение МЖП.

Из 72 больных наружное желчеистечение отмечалось у 59 (81,9%) больных, у 10 больных – желчеистечение в брюшную полость и у 3 больных отмечалось желчеистечение через дренаж и в брюшную полость.

Желчеистечение 1 степени (до 100мл/сут по дренажу брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря в периметре до 5 см при УЗИ) выявлено у 47 (69,44%) больных, 2 степени (100-500 мл/сут по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ) – у 11 (19,44%) пациентов, 3 степени (более 500 мл/сут по дре-

нажу и свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости) – у 4 (11,11%) больных.

При истечении желчи 1 степени по дренажу или отграниченных скоплениях жидкости в проекции ложа желчного пузыря не более 5 см по данным УЗИ, а также при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови у 47 больных придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. Инвазивных вмешательств в таких ситуациях, как правило, не требовалось. Желчеистечение прекращалось самостоятельно на 2-5 сутки после операции. У 4 больных по данным УЗИ отмечалось наличие биломы в подпеченочной области более 5 см, боли в правом подреберье, отсутствие признаков разлитого перитонита производили пункцию под контролем УЗИ с аспирацией содержимого.

При истечении желчи по дренажу 2 степени выполняли ЭРХПГ, при которой у 10 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. 6 больным с адекватным наружным дренированием желчи, с целью декомпрессии произведена ЭПСТ. 1 больному, у которого желчеистечение не прекратилось и 1-му больному, у которых ЭПСТ представляло трудности произвели билиодуоденальное стентирование. Желчеистечение прекратилось на 5-7 сутки. 2-м больным, у которых имелись боли в животе, симптомы интоксикации и раздражения брюшины производили лапароскопию, клипирование добавочных протоков 1-2 клипсами, санирование брюшной полости, к ложу пузыря устанавливали дренаж. Несостоятельность культи пузырного протока была обнаружена у 10 больных. Причиной желчеистечения явился резидуальный холедохолитиаз, выявленный во время ЭРПХГ. Произведено ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией. У 1 пациента причиной явился острый панкреатит. Произведена лапаротомия дренирование холедоха по Вишневскому.

У 2 больных во время ЭРХПГ источник желчеистечения не установлен. Произведена релапароскопия санация брюшной полости и дренирование подпеченочного пространства.

У 1 больного, у которого отмечалось самостоятельное выпадение дренажа из пузырного протока произведена лапаротомия с дренированием холедоха по Вишневскому.

2 больным, у которых во время ЭРХПГ было выявлено повреждение МЖП и 12 пациентам у которых отмечалось желчеистечение 3 степени производили лапаротомию. Во время лапаротомии у 11 больных выявлено пересечение и иссечение МЖП, у 3 больных - пристеночное краевое ранение холедоха. При проведении операций на МЖП мы обращали внимание на ряд факторов: характер повреждения, локализация повреждения, наличие перитонита в послеоперационном периоде, состояние пересеченного протока. Пациентам с краевым повреждением на проток наложены 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера. 2 больным с пересечением МЖП на уровне +2 наложен ББА на дренаже Кера. 1 больному с пересечением гепатикохоледоха на уровне +1 - дренирование проксимальной части гепатикохоледоха, которому через 3 месяца выполнена реконструктивная операция ГепЕА по Ру на СТД. Всем больным с иссечением МЖП первым этапом производились дренирование проксимальной культи желчного протока, после чего 2-м больным с иссечением на уровне -2 наложен Би-ГепЕА по Ру на СТД, 2 на уровне +1 – ГепЕА по Ру без каркасного дренирования.

Таким образом, при послеоперационном желчеистечении первоочередным методом диагностики считаем УЗИ. Если в желчном протоке установлен дренаж, можно выполнить фистулохолангиографию. При отсутствии дренажей, клинических признаках желчеистечения и наличии свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ необходимо произвести лапароскопию, позволяющую установить источник желчеистечения и выполнить лечебные манипуляции. При повреждении магистральных желчных протоков необходима лапаротомия.

Заключение. Частота желчеистечения после холецистэктомий составляет 0,74% (после ТХЭ – 2,44%, после ЛХЭ – 1,08%, после МХЭ – 2,47%). Источниками послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 20,02% случаях

Таблица 3.

Виды лечения желчеистечений.

Вид лечения	Количество
Консервативное лечение	47
ЭПСТ, холедохолитоэкстракция	4
ЭПСТ, стентирование общего печеночного протока	2
Дренирование скоплений желчи под контролем УЗИ	4
Релапароскопия	2
Лапаротомия, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости.	2
ББА на дренаже Кера	2
Лапаротомия, гепатикоеюностомия по Ру.	6
Лапаротомия пластика гепатикохоледоха.	3
Всего	72

источник не установлен.

Лечение послеоперационного желчеистечения следует начинать консервативно, ориентируясь на данные динамического ультразвукового исследования. Необходимо определить объем желчных потерь, выполнить УЗИ брюшной полости для выявления билиарной гипертензии, недренируемых желчных затеков, признаков внутрибрюшных инфекционных осложнений. Только после этого следует решать вопрос о дальнейшей лечебной тактике. При наружном желчеистечении 1 степени, отсутствии перитонита, билиарной гипертензии целесообразно динамическое наблюдение. В случае определения ограниченного скопления желчи в подпеченочном пространстве считаем необходимо провести дренирование биллом под контролем УЗИ. При желчеистечении 2 степени необходимо проведение лапароскопии с целью определения источника желчеистечения и его устранения. Вмешательство следует выполнять при четкой визуализации источника желчеистечения и технической возможности коррекции. Сочетание желчеистечения с билиарной гипертензией требует выполнения рентгеноконтрастного исследования и последующей эндоскопической коррекции. При диагностике повреждения магистральных желчных протоков и наличии перитонита необходима лапаротомия.

Использованная литература:

1. Алиев А.К. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, - 2016.—С. 21.
2. Андреев А.В., Дурлештер В.М., Токаренко Е.В. и др. Ультразвуковая диагностика ятрогенных повреждений желчных протоков. Медицинская визуализация.—2014.—№1.—С. 37-45.
3. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Акинчиц А.Н., Веденин Ю.И. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение. Анналы хирургической гепатологии. 2009; 14 (3): 18-21.
4. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Курбангалеев А.И.. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков. Практическая медицина. 2010; 8(47): 20-29.
5. Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Тактико-технические аспекты хирургического лечения повреждений и рубцовых стриктур внепечёночных желчных протоков // Вестник врача.—№3.—2019.—С.162-170.
6. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Девятов А.В., Атаджанов Ш.К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия.—2006; - 4: 46-52.
7. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. Эндоскопическая хирургия 2010; 1: 25-27.
8. Barrett M, Asbun HJ, Chien HL, Brunt LM, Telem DA. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement. SurgEndosc. 2018; 32(4):1683-88.
9. Kulikovskiy VF, Yarosh AL, Karpachev AA, et al. Minimally invasive management of biliary leakage after cholecystectomy. Khirurgiia (Mosk). 2018; (4): 36-40.
10. Rainio M, Lindström O, Udd M, et al. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. Dig Dis Sci. 2018; 63(2): 474-480.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

N. I. Akhmedjanova, I. A. Akhmedjanov, A. A. Akhmatov, Yu. A. Akhmatova, H. U. Makhmudov, F. A. Khusenova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Key words: chronic pyelonephritis, regional lymphotropic antibiotic therapy, vitamin A.

Таянч сўзлар: сурункали пиелонефрит, регионал лимфотроп антибиотикотерапия, витамин А.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, региональная лимфотропная антибиотикотерапия, витамин А.

The aim of this work was an attempt to evaluate the effect of complex treatment on some endogenous intoxication indicators in chronic pyelonephritis developed on the background of dismetabolic nephropathy (DMN) (CHP). Patients and methods. A survey of 177 children CHP, aged 4 to 15 years. Patients were divided into 2 groups depending on treatment method. Results. Comparative assessment of the results of the study of endogenous intoxication conducted after treatment in children with CHP, depending on the method of treatment, demonstrated the effectiveness of regional lymphotropic antibiotic therapy in combination with vitamin A compared to other methods of therapy. Conclusion. The use of complex treatment of regional lymphotropic antibiotic therapy in combination with vitamin A when CHP is the most appropriate method of therapy. This method leads to the restoration of the TCA (total concentration of albumin) and ECA (effective concentration of albumin) in the blood and kidney function.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Н. И. Ахмеджанова, И. А. Ахмеджанов, А. А. Ахматов, Ю. А. Ахматова, Х. У. Махмудов, Ф. А. Хусенова
Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Болаларда дисметаболик нефропатия (ДН) фонида иккиламчи пиелонефритни шаклланиши педиатрияда ва нефрологияда актуал муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Ишнинг мақсади: сурункали пиелонефрит билан касалланган болаларда комплекс даво чораларининг эндоген интоксикация (ЭИ) кўрсаткичларига таъсирини аниқлаш. 4 ёшдан 15 ёшгача бўлган 177 бола ДН фонида ривожланган сурункали пиелонефритни авж олиш даври билан бўлган беморлар ва 30 бола соғлом гуруҳни ташкил қилди. Беморлар даволаш усулига кўра 2 гуруҳга бўлинди. Текширувлар натижасида комплекс даво чоралари РЛАТ (регионал лимфотроп антибиотикотерапия) ва витамин А ни қўлланилиши дисметаболик сурункали пиелонефритни энг эффектив даволаш усули эканлиги аниқланди. Бу даволаш усули қонда АУК (альбуминнинг умумий концентрацияси) ва АЭК (альбуминнинг эффектив концентрацияси) миқдорини ва буйрақлар функциясини қайта тикланишига олиб келади.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Н. И. Ахмеджанова, И. А. Ахмеджанов, А. А. Ахматов, Ю. А. Ахматова, Х. У. Махмудов, Ф. А. Хусенова
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Целью работы была попытка оценить влияние комплексного лечения на некоторые показатели эндогенной интоксикации (ЭИ) при хроническом пиелонефрите, развившемся на фоне дисметаболической нефропатии (ДМН). Пациенты и методы. Проведено обследование 177 детей, больных ХП, в возрасте от 4 до 15 лет. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. Результаты. Сравнительная оценка результатов исследования эндогенной интоксикации проведённых после лечения, у детей с ХП в зависимости от способа лечения, показала большую эффективность комплексного применения РЛАТ (региональной лимфотропной терапии) в сочетании с витамином А по сравнению с остальными методами терапии. Заключение. Применение комплексного лечения РЛАТ в сочетании с витамином А при ХП является наиболее приемлемым методом терапии. Этот метод приводит к восстановлению ОКА (общая концентрация альбумина) и ЭКА (эффективная концентрация альбумина) в крови и ренальных функций.

Preventive medicine is topical and in many ways discourteous. In connection with the high frequency of chronic kidney disease in children, the prevention of their exacerbations is gaining increasing recognition [3, 12]. The most prevalent in the structure of nephropathy now are kidney lesions of metabolic origin, which constitute the majority - 40.0% of all kidney diseases in children, and in young children up to 71.6% [4, 11]. In the practice of a pediatrician, signs of metabolic disturbances in the urine are found in every third child [1, 2, 13]. In Uzbekistan, in the structure

of dismetabolic nephropathy in children, oxalate crystalluria is the most common, accounting for 68-71% of all metabolic disorders [5, 6]. Dysmetabolic disorders are one of the leading predisposing factors to the recurrence and progression of chronic pyelonephritis in children [8, 14]. At the basis of the pathogenesis of dismetabolic nephropathies, especially those caused by genetic factors, there are metabolic processes of interstitium, glomerulus and renal tubules [2, 7]. And therefore, the consequence of renoprophylaxis should be the prevention of marked glomerular sclerosis and tubulointerstitial fibrosis, which is the basis of chronic renal failure [3, 9, 15]. In the case of dismetabolic chronic pyelonephritis, the measures should be directed to reduce the concentration of nephrotoxic salts leading to ischemia, edema and sclerosing of the kidney [5, 10, 16].

Objective: to develop the principles of secondary prevention of chronic pyelonephritis in children.

The study involved 177 children with chronic pyelonephritis on the background of dysmetabolic disorders of the oxaluria type at the age of 4 to 15 years. Patients were conditionally divided into 4 groups depending on the method of treatment. Group I included 48 children who received conventional therapy (in the first three days, it is usually *im* cefotaxime, after the results of bacteriological study - antibacterial drug, depending on the sensitivity of the pathogen). Group II consisted of 47 patients who received antibiotics in a lymphotropic way, that is, regional lymphotropic antibacterial therapy (RLAT) was performed in combination with vitamin A. The patients of all studied groups received a copious drink and followed a diet used for oxaluria. The control group consisted of 30 practically healthy peers.

All examined patients under went genealogical pedigree analysis in order to establish the fact of hereditary burden. Studies of indices of endogenous intoxication and functional state of the kidneys were performed in all children before and after treatment. Glomerular filtration of the kidneys was determined by the clearance of endogenous creatinine (Van Slayke), osmolarity of urine by cryoscopic method on OMK apparatus A - 1 C - 01, oxalate by NV. Dmitrieva (1966) method.

Indicators of protein metabolism were determined (total serum protein, protein fractions, total and effective albumin concentration, albumin binding capacity). The value of the total and effective albumin concentration was determined using the Albumin-UTS kit (manufactured by Eilition LLC by order of A/o Unimed CJSC) in quartz cuvettes of section 1 per 1 cm. Albumin binding capacity and toxicity index were calculated using the formulas : $CCA = (ECA / OKA) * 100\%$, where OKA is the total concentration of albumin in g / l, ECA is the effective concentration of albumin, the equivalent of "healthy" albumin, measured by a fluorescent method with a K-35 probe, in g / l. [6]. Mathematical processing of the obtained results was carried out using computer statistical programs Excel. In the study of indices of endogenous intoxication, depending on the method of treatment of chronic pyelonephritis, it was revealed: in children receiving standard therapy (group I), before discharge from hospital, the level of TCA, ECA, BCA in blood plasma remained practically unchanged ($P_1 > 0.1$) (Table 1).

Table 1.

Dynamics of indices of endogenous intoxication of the kidneys in blood plasma in patients with CCP, depending on the method of treatment ($M \pm m$)

Indices	Healthy (n=30)	Before treatment (n=177)	After treatment	
			I группа (n=48)	II группа (n=47)
TCA, g/l	47,5±0,55	30,13±0,96 $P < 0,001$	31,04±1,03 $P_1 > 0,1$	40,16±0,81 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$
ECA, g/l	40,4±3,7	23,4±0,84 $P < 0,001$	23,02±0,91 $P_1 > 0,1$	35,5±0,3 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$
BCA, (ECA\TCAx100) %	93±0,9	77±0,3 $P < 0,001$	73,3±0,8 $P_1 > 0,1$	87,9±0,3 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$

Note: P -reliability of the difference between indices of healthy children and in children with chronic pyelonephritis. P_1 - the reliability of the difference between the indicators before and after treatment. P_2 - the reliability of the difference between traditional therapy and the group of children who received RLAT in combination with vitamin A.

More marked changes in the indices of endogenous intoxication in patients were revealed on the background of the use of RLAT in combination with vitamin A (group II). Thus, the parameters of TCA, ECA and BCA in blood plasma did not only significantly improve with respect to the relevant parameters before treatment and after the standard treatment ($P_1 < 0.001$, $P_2 < 0.001$), but also reached the level of healthy children ($P > 0.1$).

Analyzing the state of kidney function in the examined patients who received traditional treatment, there was an improvement in the indices, but the difference was statistically unreliable ($P_1 > 0.1$). In patients of group II, a significant increase in the clearance of endogenous creatinine ($P_1 < 0.001$), urine osmolality ($P_1 < 0.001$), daily diuresis ($P_1 < 0.001$), oxaluria ($P_1 < 0.001$) was noted compared with similar indications before treatment and indicators after conventional treatment ($P_2 < 0.001$). It should be noted that when studying the excretion of ammonia and antibodies in the urine in the compared groups after treatment, there was noted a more significant increase of 32% and 51% in group 2 compared with group 1, where these indicators were increased only by 10% and 15% ($P_1 > 0.1$), i.e. due thanks to the use of RLAT in combination with viferon and vitamin A, the function of acido-ammoniogenesis has recovered, having a steady tendency to increase (Table 2).

Table 2.

**Dynamics of renal partial function indicators in patients with CCP,
depending on the treatment method ($M \pm m$)**

Indices	Healthy (n=30)	Before treatment (n=177)	After treatment	
			I группа (n=48)	II группа (n=47)
RGF, ml/min.m ²	98,6±7,8	72,0±0,25 $P < 0,001$	72,5 ±1,59 $P_1 > 0,1$	96,8±1,61 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$
Osmolarity of urine, mmol/24hours	1000±200	646,7±9,9 $P < 0,001$	712,7±24,73 $P_1 < 0,001$	935,7±24,0 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$
Ammonia, mmol/24h.	46,8±1,2	30,3±0,55 $P < 0,001$	33,6±0,57 $P_1 > 0,1$	44,0±0,39 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$
Urine acidity titration mmol /24h.	51,0±2,8	23,8±0,48 $P < 0,001$	27,9±0,68 $P_1 > 0,1$	48,0±0,34 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$
AK	0,478	0,560 $P < 0,001$	0,547 $P_1 > 0,1$	0,468 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,05$
24hours diuresis, l/24h.	1,7±0,036	1,06±0,015 $P < 0,05$	1,08±0,027 $P_1 > 0,1$	1,22±0,046 $P_1 < 0,05$, $P_2 < 0,05$
Oxaluria, mg/24hours.	25±2,4	46,8±1,14 $P < 0,001$	45,2±1,66 $P_1 > 0,1$	26,4±0,29 $P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$

Note: *P*-reliability of the difference between indices of healthy children and in children with chronic pyelonephritis. P_1 - the reliability of the difference between the indicators before and after treatment. P_2 - the reliability of the difference between traditional therapy and the group of children who received RLAT in combination with vitamin A.

The obtained results allowed to recommend complex treatment (RLAT + vitamin A) of chronic pyelonephritis for the prevention of frequent relapses, development of renal failure, that is, to use as a method of renoprophylaxis.

Conclusions. In the period of exacerbation of chronic pyelonephritis processes of endotoxiosis: a significant reduction in the total albumin concentration, effective albumin concentration, the binding capacity of albumin in the blood plasma.

In the acute period, the functional state of kidneys decreases due to impaired concentration, ammonio-acidogenetic function. In recurrent pyelonephritis, the decrease in tubular function during exac-

erbatation is more marked and is not compensated in the period of remission. In a latent course of the disease, a similar trend persists.

The inclusion of RLAT and vitamin A with viferon in the complex therapy of patients with CP leads to the elimination of membranopathy, acceleration of the restoration of filtration-reabsorption, ammonioacidogenetic and osmoregulatory functions of the kidneys, which helps to reduce the length of hospital stay by 5 days and prolong the period of remission.

References:

1. Dlin VV Dysmetabolic nephropathy in children. The Russian herald of perinatology and pediatrics. 2012; (5): 36-45.
2. Ignatova M.S. Questions of prevention of development and progression of chronic kidney diseases in children. The Russian herald of perinatology and pediatrics. 2009; (5): 6-12.
3. Ishkabulov DI Organization of medical care for children with nephropathies on a family basis. Herald of the doctor. 2015; (4): 32-37.
4. Mikheeva NM, Zverev Ya.F., Vykhodtseva GI, Lobanov Yu.F. Hypercalciuria in children with urinary tract infection. Nephrology. 2014; (1): 74-79.
5. Nazarov AV, Zhdanova TV, Sadykova Yu.R. The prevalence of chronic kidney disease according to the register of the center of kidney disease and dialysis of the city clinical hospital №40 in Yekaterinburg. Nephrology. 2012; 16 (3): 88-92.
6. Neimark AI, Nozdrachev NA, Skopa A.P. Complex treatment of patients with nephrolithiasis complicated by secondary pyelonephritis. Urology. 2011; (3): 9-13.
7. Nuritdinova GM, Chernyshova LP, Galimova E.S. Complex treatment of patients with chronic pyelonephritis with the use of magnetic-laser therapy. Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical training. 2011; (3): 24-27.
8. Oskolkov SA, Zhmurov VA, Dizer SA et al. Clinico-laboratory manifestations of chronic pyelonephritis on the background of nephrolithiasis combined with arterial hypertension. Nephrology. 2013; (2): 81-86.
9. Petrosyan E.K. Treatment and prevention of recurrent urinary tract infection in children. 2010; (1): 85-88.
10. Pleshkova EM, Yailenko AA, Khimova Yu.A. Features of the course of oxidative stress in exacerbation of chronic pyelonephritis in children. Russian Pediatric Journal. 2012; (2): 30-32.
11. Terentyeva AA, Kondratieva E.I. Evaluation of the effectiveness of the use of anaferon in children for the prevention of acute respiratory infections in children with chronic pyelonephritis. Pediatrics (Journal of the name of GN Speranskii). 2011; (1): 107-111.
12. Tretyakov AA, Kaysinova AS, Mishchenko MM Rehabilitation of patients with chronic calculous pyelonephritis at the resort. Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical training. 2012; (3): 19-22.
13. Khalmatova BT, Kasymova MB, Tadzhiyeva Z. Dismetabolic nephropathy and asymptomatic uraturia in children. Medical Journal of Uzbekistan. 2012; (2): 96-99.
14. Khan MA, Novikova EV Restorative treatment of children with chronic pyelonephritis. Pediatrics (Journal under the name of GN Speransky, 2011; (3): 128-131.
15. Chetvertok VA, Zhmurov VA, Oskolkov SA, Oborotova NV Clinical and laboratory features of chronic pyelonephritis among residents of the Far North of the Tyumen region. Nephrology. 2011; (2): 43-48.
16. Yarov S.K., Shimanovsky N.L., Kareva E.N. Empirical therapy of pyelonephritis. Urology. 2011; (2): 67-73.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Ф. К. Ахмедов

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: доплерометрия, критерии геометрии сердца, (ММЛЖ, ОТС), преэклампсия.

Таянч сўзлар: доплерометрия, юрак геометрияси, преэклампсия, чап қоринча оғқа девори қалинлиги.

Key words: Doppler, the criteria for the geometry of the heart, (MMLV, RWT), pre-eclampsia.

Цель исследования изучение особенностей изменений в системе кровообращения матери и кардиогемодинамики в процессе тяжелой преэклампсии. Нами было исследовано 50 женщин с тяжелой преэклампсией в сроке гестации 30-34 недель. Комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока выполнялось ультразвуковым сканером Sono-scape SSI 5000 (модель Китай). Таким образом, дальнейшее повышение массы миокарда левого желудочка, индекса её, ОТС, ТЗСЛЖ, ТМЖП, происходя с меньшей интенсивностью, несмотря на прогрессирование тяжести ПЭ, возможно, связано с нарастающим дефицитом ОЦК у беременных тяжелой ПЭ. Указанные показатели по нашим данным могут быть предиктором и индикатором наложения ПЭ и прогрессирования ее степени тяжести.

ОҒИР ПРЕЭКЛАМПСИЯ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИНГ ҚОН АЙЛАНИШ ТИЗИМИГА ВА КАРДИОГЕМАДИНАМИКА ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Ф. К. Ахмедов

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади оғир преэклампсия билан асоратланган ҳомиладор аёлларни юрак ичи кардиогемодинамикаси ва қон айланиш тизимидаги ўзгаришларни ўрганиш. Биз оғир преэклампсия билан асоратланган 30-34 ҳафталик ҳомиладор аёлларни 50 нафарини ўргандик. Тадқиқотлар кенг қамровли УТТ ва доплер аппарати skaner Sono- scape SSI 5000 (Xitoy model)да ўрганилди. Шундай қилиб, чап қоринча миокард оғирлиги ва чап қоринча миокард оғирлиги индекси, чап қоринча деворининг нисбий қалинлиги, чап қоринча диастолик ҳажмини, чап қоринча оғқа девори қалинлигини, қоринчалараро тўсиқ қалинлигини ортиб бориши, оғир преэклампсия билан асоратланган ҳомиладор аёлларда айланиб юрувчи қон ҳажмининг кескин камайишига сабаб бўлади. Юқорида келтирилган кўрсаткичлар бизлар учун предиктор ва индикатор ролини ўйнайди.

ASSESSMENT OF THE CIRCULATORY SYSTEM AND CARDIODYNAMICS IN PREGNANT WOMEN WITH SEVERE PREECLAMPSIA

F. K. Akhmedov

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Objective to investigate changes in the blood circulation of mother and cardiac hemodynamics in the process severe preeclampsia. We studied 50 women severe preeclampsia at 30-34 weeks of gestation. Integrated ultrasound and Doppler blood flow study was performed, ultrasound scanner Sono-scape SSI 5000 (China model). Thus, a further increase in left ventricular mass, LVMi, EDD, IVS, RWT, occurring with less intensity, despite the progression of the severity of PE, possibly due to the growing deficit by (volume of blood) severe PE in pregnant women. These indicators according to our data can be an indicator and predictor of layering of PE and its progression in severity.

Известно, что в основе патогенетических нарушений при преэклампсии лежит генерализованный сосудистый спазм, сопровождающийся расстройством центрального и регионального кровообращения, снижением плацентарной перфузии, изменением системы микроциркуляции, ухудшением реологических и коагуляционных свойств крови [2,3,7].

Характерными особенностями тяжелых форм ПЭ являются повышение коагуляционного потенциала крови, истощение активности фибринолитической системы, развитие микроангиопатического гемолиза, обусловленного механическим разрушением эритроцитов в частично или полностью закупоренных терминальных сосудах, почек, печени, легких, мозга, плаценты [1,4,5].

Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 15 до 20% в различных регионах нашей республики Узбекистан, зачастую составив знак равенства между хронической артериальной гипертензией и преэклампсией [8,9]. Артериальная гипертензия при

преэклампсии является только вершиной айсберга, в глубине которого выраженные нарушения во всех органах и системах, связанные с дисфункцией эндотелия, генерализованным спазмом сосудов и гиповолемией. 25-30% гипертензивных расстройств связано с хронической артериальной гипертензией, 70-75% - вызвано беременностью [3,5,7].

Цель исследования: изучение особенностей изменений в системе кровообращения матери и кардиогемодинамики в процессе тяжелой преэклампсии.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положены результаты обследования 200 женщин в 30-34 недели беременности. I группу составили 50 беременных с физиологическим течением беременности, 100 беременных с легкой ПЭ (II группа), и 50 пациенток с тяжелой преэклампсией (III группа).

Комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока выполнялось, строго натошак ультразвуковым сканером Sono-scape SSI 5000 (модель Китай) секторальным датчиком частотой 3.5 мГц. Оно включало в себя ультразвуковое исследование в реальном масштабе времени в М-режиме, импульсно – волновую доплерографию и цветное доплеровское картирование полостей сердца.

С этой целью нами изучены следующие показатели: конечно-диастолический (КДР), конечно-систолический (КСР) размеры желудочка и также размеры стенок левого предсердия и правого желудочка, толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), диаметр аорты (ДА), а также изучали показатели массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительная толщина стенок миокарда левого желудочка (ОТС) и коэффициент диспропорциональности КД для суждения о связях исследуемых показателей и степени пропорциональности, ММЛЖ.

Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стьюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.

Результаты и обсуждение. Тяжесть ПЭ была обусловлена ДАД превышающим более 110 мм рт. ст, с протеинурией более 1 г/л в разовой моче, отеками нижних конечностей и внизу живота, СОРП, нарастанием субъективных жалоб: головная боль, тошнота, рвота.

Показатели периферической системы кровообращения обследованных женщин данной группы отражены в нижеследующей таблице 1, где для сравнения приводим значения этих же параметров в 1 и 2 группах.

Из приведенных в таблице данных нетрудно заметить статистически значимые изменения изученных параметров периферического кровообращения у беременных 3 группы, как относительно контрольной, так и 2 группы. Если САД, ДАД, ЧСС и Ср АД, у беременных с тяжелой ПЭ были выше таковых беременных 2 группы на 9,9, 19,4, 17,8, 15,2%, соответственно, то относительно контрольной группы эти изменения составили 37,3, 45,9, 14,9, и 42,1% соответственно.

Таблица 1.

Показатели периферической системы кровообращения у беременных исследуемых групп (n=200)

Показатели	1 группа, n=50	2 группа, n=100	3 группа, n=50
САД, мм.рт.ст.	107,1±0,56	147,0±0,95***	161,5±1,76***^^^ (138-185)
ДАД, мм.рт.ст.	66,3±0,34	96,7±0,76***	115,5±0,68***^^^ (106-125)
ЧСС, в/мин.	80,3±0,40	92,3±0,72***	108,7±1,22***^^^ (93-125)
СрАД, мм рт. ст.	79,9±0,33	113,5±0,63***	130,7±0,72***^^^ (118-143)

Примечание: * - различия относительно данных 1 группы значимы (*** - $P < 0,001$), ^ - различия относительно данных 2 группы значимы (^^ - $P < 0,001$).

Ниже представлены показатели центральной гемодинамики у этой группы беременных женщин, где для сравнения приводим соответственные значения двух предыдущих групп (таблица 2).

Таблица 2.

Показатели ЦГ у беременных женщин исследуемых групп в сроки гестации 30-34 недель (n=200)

Показатели	1 группа, n=50	2 группа, n=100	3 группа, n=50
МОС, л/мин.	7,5±0,12	7,8±0,08*	6,1±0,07***^^^ (5,2 – 7,0)
УИ, мл/м ²	57,6±0,80	50,3±0,66***	45,5±0,50***^^^ (39 – 52)
СИ, л/мин/м ²	4,6±0,07	4,3±0,05**	3,4±0,04***^^^ (2,9 – 3,9)
ОПСС, дин.сек.см ⁻⁵	948,8±7,97	1128,5±6,0***	1341±6,0***^^^ (1253 – 1435)

Примечание: * - различия относительно данных 1 группы значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$), ^ - различия относительно данных 2 группы значимы (^^ - $P<0,01$, ^^^ - $P<0,001$).

Анализ представленных в таблице данных с очевидностью свидетельствует о значительном ухудшении показателей ЦГ у беременных тяжелой ПЭ, что выражается в снижении разовой и минутной производительности сердца и значительном повышении ОПСС. Так, если показатели МОС, УИ, СИ у беременных 3 группы снижались, относительно таковых легкой ПЭ на 21,8, 9,5, 20,9%, соответственно, то это снижение относительно соответствующих показателей контрольной группы составили 18,7, 21,0, 26,1%, соответственно.

В то же время показатель ОПСС у беременных с тяжелой ПЭ был выше такового у беременных с легкой ПЭ на 18,8%, а относительно такового в контрольной группе на 41,3%.

Представленные данные свидетельствуют о значительных нарушениях в системе кровообращения матери, что, безусловно, сказывается на ее системном и органном кровотоке с ухудшением кровотока фето-плацентарной системы.

При доплероэхокардиографических исследованиях сердечной функции, у этой группы пациенток нами получены следующие данные, где для сравнения приводим соответствующие показатели двух предыдущих групп.

Из представленных на рисунке 1 данных нетрудно заметить, что с повышением тяжести ПЭ ухудшаются показатели сократительной способности сердца со снижением фракции

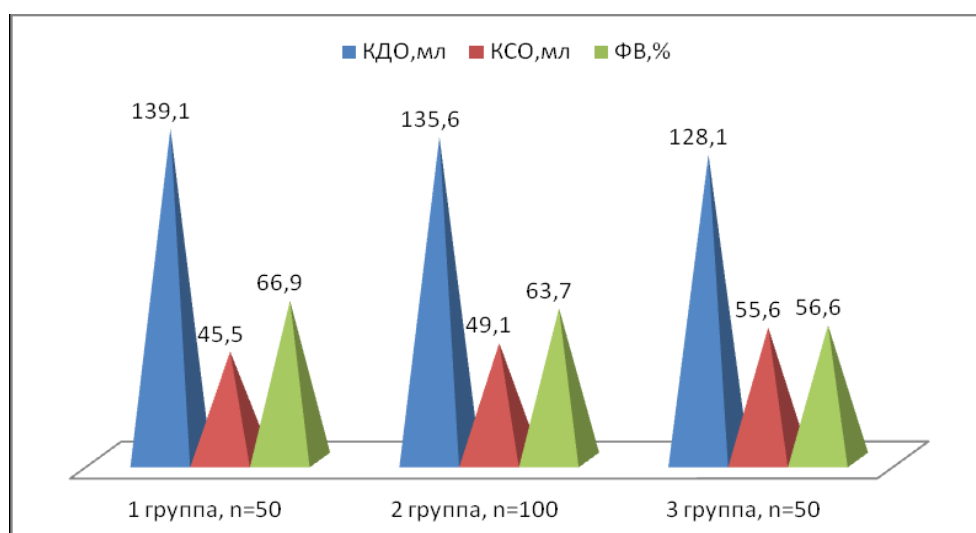


Рис. 1. Допплерэхокардиографические показатели сердечной функции у беременных исследуемых групп.

выброса. С повышением системного артериального давления у пациенток этой группы, отмечается дальнейшее снижение КДО на 5,5%, относительно группы беременных женщин с ПЭ легкой степени и на 7,9% ($P<0,001$) относительно контрольных значений.

В то же время увеличивается показатель КСО, свидетельствующий о количестве крови остающейся в ЛЖ сердца сразу после завершения систолы, к началу диастолы. КСО у обследуемой группы беременных женщин превышал таковой во 2 группе на 13,2% ($P<0,001$) и 22,2% ($P<0,001$) относительно контрольных значений. Это приводило к снижению показателей ФВ, который оказался на 11,1% ниже такового у беременных 2 группы и на 15,4% ($P<0,001$) данных контроля.

С целью более глубокого понимания происходящих изменений мы изучили показатели геометрии сердца исследуемых беременных женщин данной группы. Полученные данные отражены в нижеследующей таблице, где для сравнения приводим показатели этих же параметров двух предыдущих групп.

Представленные в таблице данные с очевидностью свидетельствуют о том, что с прогрессированием тяжести ПЭ происходят изменения морфометрических показателей сердца, хотя по всем изученным показателям данные между 3 и 2 группами статистически недостоверны. Но тенденция к ухудшению этих показателей у беременных женщин с ПЭ тяжелой степени весьма очевидна.

Что касается разности указанных показателей у беременных 3 группы и в контроле, то в большинстве своем она достоверна. С прогрессированием тяжести ПЭ отмечается явная тенденция к снижению КДР при относительно незначительных изменениях показателей КСР.

С усугублением тяжести ПЭ нарастает размер левого предсердия относительно 2 и 1 групп на 8,2% и 8,9% соответственно, что, по всей вероятности, связано с повышением КСО (таблица 3).

Таблица 3.

Данные доплероэхокардиографии (геометрии сердца) у беременных исследуемых групп в сроки гестации 30-34 недель, n=200

Показатели	1 группа, n=50	2 группа, n=100	3 группа, n=50
КДР, мм	48,2±0,42	45,2±1,6	44,2±0,51*** (39 - 48)
КСР, мм	33,4±0,35	33,0±1,9	33,9±0,38 (26 - 38)
ЛП, мм	31,5±0,36	31,7±1,6	34,3±0,37*** (27 - 38)
ПЖ, мм	24,7±0,26	25,9±2,0	24,0±0,54 (18 - 31)
ТЗСЛЖ, мм	8,0±0,17	11,0±0,9**	12,1±0,28*** (9 - 14)
ТМЖП, мм	8,4±0,16	10,4±0,7**	11,8±0,27*** (10 - 14)
ДА, мм	28,5±0,53	29,3±0,4	30,6±0,46***^ (27 - 34)
ММЛЖ, г	159,9±3,02	204,7±9,0***	210,8±5,10*** (189 - 264)
ИММЛЖ, г/м²	97,9±3,03	111,9±5,3*	119,0±1,21*** (90 - 138)
ОТС	0,38±0,01	0,49±0,04**	0,54±0,01*** (0,42 - 0,57)
КД, %	129,0±2,21	141,0±3,8**	142,1±1,51*** (120 - 163)

Примечание: * - различия относительно данных 1 группы значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$), ^ - различия относительно данных 2 группы значимы (^ - $P<0,001$).

Толщина стенки правого желудочка, по нашим данным, не претерпевала, каких - либо значимых изменений, что является косвенным показателем отсутствия легочной гипертензии у беременных с ПЭ тяжелой степени в указанные сроки гестации. С прогрессированием тяжести ПЭ отмечается тенденция к увеличению диаметра аорты, хотя разница этого показателя по группам была недостоверной.

Мы объясняли увеличение показателя ДА в связи с нарастанием ОПСС. Наиболее значимым изменением у беременных с ПЭ тяжелой степени были подвержены показатели ТЗСЛЖ и ТМЖП. Их разница между 3 и 2 группами, составившие в среднем 10,0% и 13,5%, была статистически недостоверной, тогда как увеличение этих показателей относительно контроля, составив 51,3% и 40,5%, была статистически достоверна. Что касается ММЛЖ и ее индекса, то с прогрессированием тяжести ПЭ происходят дальнейшие повышения этих показателей, которые в сравнении с данными контрольной группы были статистически достоверными. Так ММЛЖ и ИММЛЖ были повышены относительно этих же показателей во 2 группе беременных женщин на 3,0% ($P<0,05$) и 6,3% ($P>0,05$) соответственно, а их повышение относительно контрольной группы составило 31,8% ($P<0,001$) и 21,6 ($P<0,001$) соответственно.

В динамике возрастал и показатель ОТС левого желудочка, он был выше предыдущей группы на 10,2% ($P>0,05$), а в сравнении с контролем - на 42,1% ($P<0,001$).

Как было указано выше наиболее значимые изменения в показателях, характеризующих, морфофункциональные особенности миокарда, как нестранно, являются ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ, ИММЛЖ и ОТС. Интересным, на наш взгляд, является то обстоятельство, что все указанные выше показатели были подвергнуты изменению уже при наложении легкой преэклампсии и были статистически достоверны, тогда как, с повышением степени тяжести ПЭ они продолжали увеличиваться, но это увеличение не было достоверным.

Надо полагать, что с повышением системного артериального давления и ОПСС очень быстро развивается функциональная гипертрофия левого желудочка.

Таким образом, дальнейшее повышение массы миокарда левого желудочка, индекса её, ОТС, ТЗСЛЖ, ТМЖП, происходя с меньшей интенсивностью, несмотря на прогрессирование тяжести ПЭ, возможно, связано с нарастающим дефицитом ОЦК у беременных тяжелой ПЭ. Указанные показатели по нашим данным могут быть предиктором и индикатором наложения ПЭ и прогрессирования ее степени тяжести.

Использованная литература:

1. Ахмедов Ф. К., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Дустова Н.К.. Особенности внутри сердечной гемодинамика при нормальной и осложненной преэклампсией беременности // Журнал акушерства и женских болезней. - Санкт-Петербург, 2011. – Т.60. - №6. – С. 80-83.
2. Ахмедов Ф. К. Особенности функционального состояния почек и некоторые показатели гомеостаза у женщин с физиологическим течением беременности// Инфекция, иммунитет и фармакология – Ташкент, 2015. - №1. - С. 15-19.
3. Вереина Н. К., Сеницын С. П., Чулков В. С. Динамика показателей гемостаза при физиологически протекающей беременности // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. - №2. – С. 43-45.
4. Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия. Клинический протокол. - М.: ФГБУ «НЦ АГиП им. акад. Кулакова»; Минздравсоцразвития России; Институт Здоровья семьи; Проект «Мать и дитя». - 2012. - 44 с.
5. Гребенкин Б. Е. Новые способ диагностики полиорганной недостаточности при тяжелой преэклампсии / Б. Е. Гребенкин, М. Л. Мельникова, О. Р. Перевышена, Г. К. Садыкова, Л. П. Палакян // Медицинский альманах. 2010. - №4. - С.119-121.
6. Савельева Г.М. Эклампсия в современном акушерстве /Г.М. Савельева., Р.И. Шалина, М.А. Курцер, А.М. Штабницкий, Н.В. Куртенок, О.В.Коновалова// Акушерство и гинекология. Научно- практический журнал; 2010 №6 4-9.
7. Сидорова И.С. Маркеры дисфункции эндотелия при гестозе /И.С.Сидорова, Н.Б.Зарубенко, О.И.Гурина// Российский вестник акушера – гинеколога, 2010г, №5. - том 10. –С.24-26.
8. Barton J. R., Sibai B. M. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia // Obstetrics and Gynecology. – 2008. – Vol. 112, №2. – P. 359–372.
9. Thangaratinam S., Coomarasamy A., Sharp S. Tests for predicting complications of pre-eclampsia: a protocol for systematic reviews // B.M.C. Pregnancy Childbirth. – 2008. – Vol. 11, №8. – P. 38.

ОЦЕНКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СПОРТСМЕНОК

С. С. Баратова, О. А. Ким, З. Ф. Мавлянова

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: спортсменки, художественная гимнастика, таэквондо, антропометрические показатели, гармоничность физического развития

Таянч сўзлар: спортсмен кизлар, бадий гимнастика, таэквондо, антропометрик кўрсаткичлар, жисмоний ривожланишининг мувофиқлиги.

Key words: athletes, rhythmic gymnastics, taekwondo, anthropometric characteristics, harmony of physical development.

В данной статье рассмотрены основные антропометрические характеристики и оценка гармоничности физического развития спортсменок. Проведенное нами исследование антропометрических показателей и оценки гармоничности физического развития девушек выявили различия в зависимости от вида спортивной деятельности.

СПОРТСМЕН КИЗЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ МУВОФИҚЛИГИ ВА АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

С. С. Баратова, О. А. Ким, З. Ф. Мавлянова

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада спортсмен кизларнинг жисмоний ривожланиши мувофиқлиги ва асосий антропометрик хусусиятлари кўриб чиқилди. Кизларнинг антропометрик кўрсаткичлари ва жисмоний ривожланишининг мувофиқлиги текшируви ўтказилганда, спорт фаолиятининг турига боғлиқ бўлган ўзгаришлар аниқланди

STUDYING TYPOLOGICAL FEATURES OF SPORTSMEN OF DIFFERENT SPECIALIZATIONS

S. S. Baratova, O. A. Kim, Z. F. Mavlyanova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

This article discusses the main anthropometric characteristics of athletes involved in rhythmic gymnastics and taekwondo in Samarkand. The study involved 100 athletes in rhythmic gymnastics and taekwondo.

Современный уровень спортивных достижений, насущные задачи спорта (выбор специализации, повышение уровня спортивного мастерства, управление и контроль тренировочного процесса, отбор и прогноз результативности и т.д.) диктуют необходимость изучения и оценки потенциала всех систем организма спортсмена в их взаимосвязи, а также индивидуальных особенностей и их влияния на спортивные достижения. В связи с этим среди множества показателей индивидуальных особенностей большой интерес представляют антропометрические показатели. Как известно, они оказывают влияние на проявление основных двигательных качеств – силы, быстроты, выносливости, гибкости, обеспечивают адаптацию к различным условиям, особенности восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок. Данные предпосылки положены в основу спортивного раздела антропологии и являются основой для разработки подходов к оценке особенностей в различных видах спорта.

Цель работы: Сравнительная оценка антропометрических особенностей и гармоничности физического развития спортсменок в зависимости от вида спортивной деятельности.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования было обследовано 100 девушек в возрасте от 10 до 20 лет. Все девушки были разделены на 2 группы в зависимости от вида спортивной деятельности. В первую группу вошли 50 спортсменок, занимающихся художественной гимнастикой, во вторую группу – 50 спортсменок, занимающихся таэквондо.

Все участницы исследования имели разряды по данным видам спорта. В исследовании приняли участие также кандидаты в мастера спорта и мастера спорта. В антропометрическое исследование входили измерения массы тела спортсменок натошак, измерение роста

стоя и сидя, измерение окружности грудной клетки в фазе вдоха, выдоха, паузы, а также вычисление экскурсии грудной клетки. Для оценки гармоничности развития использовали индекс Кетле (весо- ростовой).

Результаты исследования позволяют говорить о некоторых отличиях в физическом развитии спортсменок в зависимости от вида спорта. Так, например, при оценке массы тела гимнасток и таэквондисток, обращает на себя тот факт, что спортсменки, занимающиеся таэквондо, имеют достоверно более высокие значения этого показателя ($50,3 \pm 0,5$) по сравнению со спортсменками, занимающимися художественной гимнастикой ($48,8 \pm 0,7$). На наш взгляд, это обусловлено тем, что спортсменки, занимающиеся таэквондо, имеют более развитую мышечную массу.

По результатам антропометрических показателей, таких как измерение роста стоя и сидя, можно сказать, что у спортсменок – гимнасток ($162,7 \pm 1,1$) эти данные превалируют над спортсменками-таэквондистками ($159,1 \pm 0,9$). По этим результатам, можно сделать вывод, что девушки, занимающиеся художественной гимнастикой, опережают в росте своих сверстниц, занимающихся таэквондо.

Окружность грудной клетки является основным антропометрическим показателем, иллюстрирующим развитие мышечной системы. Обнаруженная зависимость аналогична установленной зависимости от массы тела. Как видно из таб.1, спортсменки, занимающиеся таэквондо, имеют более высокие показатели окружности грудной клетки как на вдохе ($90,7 \pm 0,8$), так и на выдохе ($86,9 \pm 0,1$), в отличие от спортсменок, занимающихся художественной гимнастикой, у которых данные показатели составили $86,9 \pm 0,3$ на вдохе и $83,6 \pm 0,2$ на выдохе. Соответственно экскурсия грудной клетки у спортсменок – таэквондисток ($3,8 \pm 0,2$) также была больше, чем экскурсия грудной клетки у спортсменок – гимнасток ($3,3 \pm 0,5$).

Таблица 1.

Антропометрические признаки спортсменок, занимающихся различными видами спорта

Антропометрический признак	Гимнастки n=50	Тхэквондистки n=50
Длина тела стоя	$162,7 \pm 1,1^*$	$159,1 \pm 0,9^*$
Длина тела сидя	$56 \pm 0,2^*$	$57,1 \pm 0,4^*$
Масса тела	$48,8 \pm 0,7^*$	$50,3 \pm 0,5^*$
Окружность грудной клетки в паузе	$84,5 \pm 0,5^*$	$88,6 \pm 0,4^*$
Окружность грудной клетки (вдох)	$86,9 \pm 0,3^*$	$90,7 \pm 0,8^*$
Окружность грудной клетки (выдох)	$83,6 \pm 0,2^*$	$86,9 \pm 0,1^*$
Экскурсия грудной клетки	$3,3 \pm 0,5^*$	$3,8 \pm 0,2^*$

Примечание: $p < 0,05$

Для оценки гармоничности физического развития проведен сравнительный анализ индекса Кетле для спортсменок, занимающихся таэквондо и художественной гимнастикой.

Таблица 2.

Средние значения индекса Кетле у девушек, занимающихся различными видами спорта

Индекс	Художественная гимнастика	Таэквондо
Индекс Кетле	$29,9 \pm 1,1^*$	$31,6 \pm 0,6^*$

Примечание: $p < 0,05$

Как видно из таб.2, сравнительный анализ индекса Кетле показал, что спортсменки, занимающиеся таэквондо, имеют различия по индексу гармоничности физического развития по сравнению со спортсменками, занимающимися художественной гимнастикой. Эти различия указывают на то, что спортсменки-таэквондистки имеют более крепкое телосложение и более развитую мышечную массу по сравнению с гимнастками.

Антропометрические показатели спортсменов в целом отражают закономерности возрастного развития, однако имеются особенности, что требуют разработки специализированного модуля антропометрических показателей и совершенствования системы оценки физического развития спортсменов с целью решения задач отбора, определения квалификации спортсменов, а также коррекции в тренировочном процессе.

Следует отметить, что специфика вида спорта накладывает свой отпечаток на организм спортсмена, что выражается в своеобразии его телосложения и пропорций тела. В связи с длительными занятиями спортом происходит не только формирование отдельных морфологических признаков и телосложения в целом, но и отбор индивидуумов, обладающих наиболее благоприятными для данного вида спорта морфологическими признаками и физическими качествами.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить различия и в тоже время сходство по отдельным антропометрическим признакам и оценки гармоничности физического развития между спортсменками исследуемых групп, обусловленные особенностями двигательной активности в спортивных специализациях. Полученные результаты могут быть использованы в качестве морфологических критериев в спортивной ориентации, а также для проведения медико-биологического контроля учебного процесса у спортсменок данной возрастной категории.

Использованная литература:

1. Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А. Изучение темперамента спортсменов, занимающихся таэквондо // Вестник врача.—№3.—2019.—С.29-31.
2. Пономарева В.В. Физическая культура и здоровье: Учебник, ГОУ-ВУНМЦ, 2008-С. 320.
3. Маргазин В.А. Клинические аспекты спортивной медицины СПб.: СпецЛит, 2014.-462с.
4. Миронов С.П. Национальное руководство. Спортивная медицина. Изд. «ГЭОТАР-Медиа», 2013.-1184с.
5. Каршиева К.С., Суярова Д.У., Куйлиева Д.М. Художественная гимнастика и ее значение для развития и формирования здоровья девочек // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины» Самарканд.—2014, - № 4(80), - С.109-110.
6. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: учебник для мед. вузов : рек. УМО вузов РФ // В. А. Епифанов. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2011. – 304с.
7. Никитюк Д.Б., Ключкова С.В., Рожкова Е.А.. Антропометрическая характеристика физического статуса женщин зрелого возраста// Журнал анатомии и гистопатологии. - 2015.-Т.4, №1.-С.9-14.
8. Вязенина А.А. Оценка физического развития детей, посещающих частные дошкольные образовательные организации Владивостока/ А.А. Вязенина, В.А. Петров// Здоровье, медицинская экология, наука-2016, -№1(64).—С.37-40.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ТРЕНЕРОВ И СПОРТСМЕНОВ ПО АНТИДОПИНГОВОЙ ТЕМАТИКЕ

С. С. Баратова, И. А. Шарафова, Ш. Б. Сабирова

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: спортсмены, тренеры, анкета, допинг, контроль, спортивные врачи.

Таянч сўзлар: спортчилар, мураббийлар, сўровнома, допинг, назорат, спорт шифокорлари.

Key words: sportsmen, trainers, questionnaire, doping, control, sports doctors.

История развития спорта неразрывно связана с поиском методов повышения работоспособности, силы, выносливости, повышения спортивного результата. В данной статье рассмотрены результаты анкетирования спортсменов по антидопинговому контролю. В исследование приняли участие 11 тренеров и 35 спортсменов. Тестирование проводили по анкете для самоконтроля спортсмена по антидопинговой тематике.

АНТИДОПИНГ МАВЗУЛАРИ БЎЙИЧА СПОРТЧИЛАРДА ЎТКАЗИЛГАН СЎРОВНОМА НАТИЖАЛАРИ

С. С. Баратова, И. А. Шарафова, Ш. Б. Сабирова

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Спорт ривожланишининг тарихи унинг натижаларини, чидамлилиқ, куч, иш фаолиятини ошириш усулларини кидириш билан узвий боғлиқ. Ушбу мақолада спортсменларнинг антидопинг назорати бўйича натижалари кўриб чиқилган. Тадқиқотда 11 нафар мураббий ва 35 нафар спортчилар қатнашишди. Антидопинг мавзулари бўйича спортчини мустақил назорати учун сўровнома бўйича тест ўтказилди.

RESULTS OF THE QUESTIONNAIRE OF TRAINERS AND ATHLETES ON ANTI-DOPING TOPICS

S. S. Baratova, I. A. Sharafova, Sh. B. Sabirova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The history of the development of sports is inextricably linked with the search for methods to improve performance, strength, endurance, and increase sports results. This article discusses the results of a survey of athletes on anti-doping control. The study involved 11 trainers and 35 athletes. Conducted testing on the questionnaire for self-monitoring athlete on anti-doping topics.

Среди тренеров широко распространено мнение, что стимулировать спортсменов медико-биологическими средствами (витамины, массаж, углеводное питание и др.) проще, чем кропотливо работать над совершенствованием тренировочного процесса. Но это далеко не так. Медико-биологические средства дают настоящий эффект только в сочетании с методикой тренировки и постановкой экономичной техники. Иными словами, методика тренировки и постановка экономичной техники – основа подготовки спортсмена, и никакими медико-биологическими препаратами ее не заменить.

Цель исследования: Выявить реальный уровень осведомленности спортсменов и тренеров в вопросах антидопингового контроля (проведение анкетирования).

Материалы и методы исследования: Для исследования была сформирована группа, в которой приняли участие 11 тренеров и 35 спортсменов, занимающихся различными видами спорта (легкая атлетика, художественная гимнастика, спортивная гимнастика). Исследуемые имеют спортивный стаж более 3-х лет, находящиеся в возрастной категории от 16-20 лет. Участники исследования имеют спортивную квалификацию (разрядники, КМС, МС). Обследуемые являются спортсменами детско-юношеской школы олимпийского резерва № 3, высшей школы спортивного мастерства, подготовительной школы олимпийского резерва города Самарканд.

Для достижения поставленной цели была составлена анкета для самоконтроля спортсмена, которая состояла из 15 вопросов, освещающих антидопинговую тематику. Спортсмены, ответившие на 13 и более вопросов, отлично осведомлены по применению допинга в спорте. Те же, кто ответил на 9-12 вопросов – хорошо осведомлены; исследуемые, правильно ответившие менее чем 8 вопросов имеют низкий процент знаний по антидопинговому

контролю. После исследования были зачитаны лекции по антидопинговому контролю.

Результаты исследования показали, что $32,1 \pm 0,5$ % обследуемых занимаются спортом 3-4 часа в неделю, $16,9 \pm 0,2$ % - 6-7 часов и более, $14,2 \pm 0,4$ % - 9-10 часов. Уровень спортивного мастерства обследуемых юных спортсменов во многом определяет продолжительность занятий в неделю. Большая часть анкетированных (33,6%) занимается спортивной деятельностью от 5 до 10 лет, 25,5% - от 1 до 3 лет, 22,8% - от 2 до 5 лет, 18,1% - свыше 10 лет. Таким образом, отмечается большой разброс показателей стажа занятий спортом и в определенной мере прослеживается несоответствие с количеством часов в неделю. В основном спортсменки, занимающиеся художественной гимнастикой, имеют больший тренировочный стаж ($x=7,5$ года), спортивная гимнастика = 5,3 года, легкая атлетика = 4,8 лет. Спортивный стаж тесно коррелирует с уровнем спортивного мастерства. В этих группах обследуемых было проведено анкетирование, которое дало следующие результаты: из 34 спортсменов лишь 9 ответили на 15 вопросов правильно. 11 спортсменов ответили правильно на 10-13 вопросов. Оставшиеся спортсмены ответили правильно не более чем на 10 вопросов. Результаты анкетирования в процентном соотношении даны в рисунке 1.

При оценке результатов анкетирования стало известно, что не все спортсмены знают про антидопинговое обеспечение в спорте. Перспективным спортсмены признали и использование образовательных методик (в частности, отмечались специализированные антидопинговые семинары, выпуски печатных изданий с рекомендациями спортсменам по терапевтическому использованию особых субстанций, толкования антидопингового кодекса и запрещенного списка ВАДА) в подготовке спортсменов по различным видам спорта.

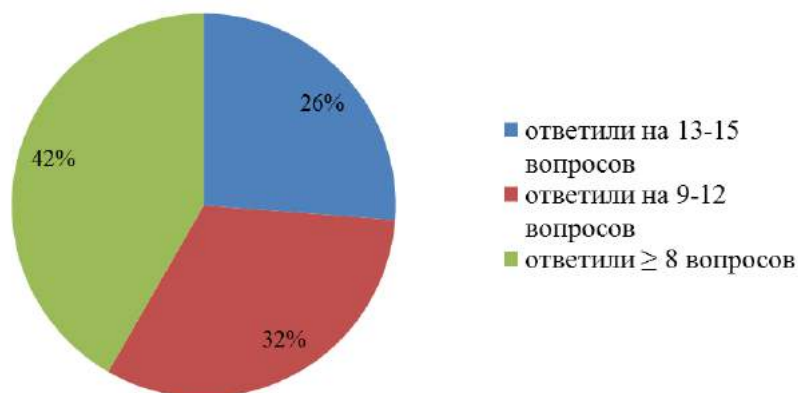


Рис. 1. Результаты анкетирования спортсменов.

Из числа тренеров 88% ответили правильно на все 15 вопросов, это говорит о хорошей осведомленности по антидопинговому обеспечению в спорте. 12% тренеров ответили неправильно на 2 вопроса. Анализируя результаты тестирования мы пришли к выводу, что спортсмены затруднялись ответить на те вопросы, которые имели по 2-3 правильных ответа. После проведения тестирования мы прочитали лекцию по антидопинговому контролю в спорте, историю возникновения и развития всемирного антидопингового агентства (WADA).

Выводы: Спортивные врачи совместно с тренерами должны предоставлять спортсменам информацию по предупреждению применения допинга, улучшать знания по антидопинговому обеспечению лиц, занимающихся различными видами спорта, провести обучение по основам фармакологического обеспечения в спорте, предоставление спортсменам адекватной информации о препаратах и средствах, применяемых в спорте с целью управления работоспособностью. А самой главной задачей является формирование практических навыков соблюдения антидопинговых правил и нравственных убеждений у спортсменов. Важно помнить, что за нарушение антидопинговых правил дисциплинарная ответственность предусмотрена не только для спортсменов, но и для персонала спортсмена, включая врача, вплоть до пожизненной дисквалификации, т.е. отстранения от работы со спортсмена-

ми. Подводя итог нашей работы можно сделать вывод: применение допинга наносит непоправимый ущерб здоровью спортсмена. Использование допинга в спорте убивает идею честных и «чистых» соревнований, являющейся основой спорта и олимпийского движения.

Использованная литература:

1. Ачкасов Е.Е., Врачебный контроль в спорте: учебное пособие/-М.: ГЭОТАР- Медиа, 2018.-128с.
2. Ачкасов Е.Е., Клинические аспекты спортивной медицины, - Спб.: Спец. Лит, 2013. - 459с.
3. Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А. Изучение темперамента спортсменов, занимающихся таэквондо // Вестник врача.—№3.—2019.—С.29-31.
4. Бадрак К. А. Первичная профилактика применения допинга в современном спорте / К. А. Бадрак. – СПб.:ФГУ СПбНИИФК, 2011. – 64с.
5. Безуглов Э.Н., Ачкасов Е.Е., Основы антидопингового обеспечения спорта/М.: Человек, 2019.-288с.
6. Светличная Н.К., Определение спортсменов группы риска в применении допинга, Материалы научно-практической конференции с международным участием, «Врачи и спортивные тренеры: вместе за здоровый образ жизни», Самарканд.—16 мая 2019 г. - 49 стр.
7. Сергеев В. Н. Оценка эффективности антидопинговой деятельности в юношеском спорте / В. Н. Сергеев, А. А. Кудинов, В. С. Бакулин // Теория и практика физической культуры. – 2016. – № 6. – С. 94-95.

ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАЗЕИНА С ЖИРАМИ И ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ НА ПРОТЕОЛИТИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОГО И ЖЕЛУДОЧНОГО СОКОВ

О. К. Джалалова, В. А. Алейник, С. М. Бабич, Г. М. Ходжиматов, Ш. Х. Хамракулов, А. Ю. Легкоев

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Ключевые слова: поджелудочный сок, желудочный сок, протеолитическая активность, казеиново-жировая эмульсия, продукты гидролиза жиров, казеин, трибутирин, подсолнечное масло.

Таянч сўзлар: ошқозон ости беши шираси, ошқозон шираси, протеолитик фаоллик, казеин– ёғли эмулсия, ёғ гидролизланиши маҳсулотлари, казеин, трибутирин, кунгабоқар ёғи.

Key words: pancreatic juice, gastric juice, proteolytic activity, casein-fat emulsion, products of fat hydrolysis, casein, tributyrin, sunflower oil.

Исследовалось влияние различной концентрации продуктов гидролиза жиров под влиянием поджелудочного и желудочного соков на ОПА с использованием казеиново-жировой эмульсии (казеин + трибутирин, казеин + подсолнечное масло). Сделаны выводы, что продукты гидролиза подсолнечного масла, способствуют достоверному снижению ОПА поджелудочного сока, что не отмечается под влиянием продуктов гидролиза трибутирина. Продукты гидролиза, как подсолнечного масла, так и трибутирина не влияют в кислой среде на ОПА желудочного сока. Повышение концентрации, как подсолнечного масла, а также трибутирина в составе эмульсии с казеином способствует достоверному снижению ОПА поджелудочного сока. В тоже время эффект трибутирина менее выражен, чем при использовании подсолнечного масла. При этом повышение концентрации как трибутирина, так и подсолнечного масла существенно не влияет на ОПА желудочного сока.

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕШИ ВА ОШҚОЗОН ШИРАСИНИ ПРОТЕОЛИТИК АКТИВЛИГИГА ЁҒ КИСЛОТАСИ ВА ЁҒНИНГ КАЗЕИН БИЛАН БИРГАЛИКДАГИ ТАЪСИРИ

О. К. Джалалова, В. А. Алейник, С. М. Бабич, Г. М. Ходжиматов, Ш. Х. Хамракулов, А. Ю. Легкоев

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Ошқозон ости беши ва ошқозон ширасининг умумий протеолитик активлигига турли концентрацияли ёғ гидролизланиши маҳсулотлари ва казеин ёғ эмульсиясининг (казеин + трибутирин, казеин+кунгабоқар ёғи) таъсири ўрганилди. Хулосалар куйдагича, кунгабоқар ёғи гидролизланиши маҳсулотлари ошқозон ости беши ширасининг умумий протеолитик активлиги пасайишини юзага чиқарган бўлса, трибутирин маҳсулотлари таъсирида бундай маҳсулот кузатилмайди. Кислотали мухитда ошқозон ширасининг умумий протеолитик активлигига эса кунгабоқар ёғи гидролизланиши маҳсулотлари ҳамда трибутирин таъсир этмайди. Кунгабоқар ёғи ва трибутирин казеин эмульсияси таркибида эса ошқозон ости беши ширасининг умумий протеолитик активлигини сезиларли пасайтиради. Ушбу вақтда, трибутирин таъсири кунгабоқар ёғи таъсирига нисбатан бирмунча пастроқ. Трибутирин ва кунгабоқар ёғи концентрациясини ортиши ошқозон ширасининг умумий протеолитик активлигига таъсир этмайди.

INFLUENCE OF INTERACTION OF CASEIN WITH FATS AND FATTY ACIDS ON THE PROTEOLYTIC ACTIVITY OF THE PANCREAS AND GASTRIC JUICE

O. K. Dzhahalova, V. A. Aleinik, S. M. Babich, G. M. Khodzhimatov, Sh. H. Khamrakulov, A. Yu. Legkoev

Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

We studied the effect of various concentrations of fat hydrolysis products under the influence of pancreas and gastric juices on OPA using casein-fat emulsion (casein + tributyrin, casein + sunflower oil). It is concluded that the hydrolysis products of sunflower oil, contributes to a significant decrease in pancreatic juice OPA, which is not observed under the influence of tributyrin hydrolysis products. The hydrolysis products of both sunflower oil and tributyrin do not affect the gastric acid opa in an acidic environment. An increase in the concentration of both sunflower oil and tributyrin in the emulsion with casein contributes to a significant decrease in pancreatic juice OPA. At the same time, the effect of tributyrin is less pronounced than when using sunflower oil. At the same time, an increase in the concentration of both tributyrin and sunflower oil does not significantly affect the gastric juice OPA.

Наблюдения показывают, что пищеварение является синергетическим процессом, когда различные пищеварительные ферменты работают совместно, чтобы разрушить сложный комплекс пищевых веществ. Хотя более точную информацию о механизмах пищеварения можно получить при изучении очищенных белков, такие данные не являются прогностиче-

скими для пищеварения в сложных пищевых комплексах и могут вводить в заблуждение. Поэтому исследования пищеварения с использованием только очищенных белковых фракций не желательно [6].

Влияние пищевых белков на гидролиз жира в просвете кишечника остается сложным для оценки. Предполагается, что в естественных условиях поверхностно-активные белки, взаимодействуя с липидами, могут повлиять на липолиз триглицеридов, в частности при низкой концентрации желчных солей [2, 7, 8].

Многие белки являются поверхностно активными соединениями на границе вода/жир, и ингибируют липазу поджелудочной железы. Это ингибирование может быть результатом конкурентной адсорбции белков и десорбции белками липазы с поверхности жировых капель. Ингибирование липазы связано со способностью белков взаимодействовать с липидами и изменять качество раздела вода/жир, оно не вызвано прямым взаимодействием белка с ферментом [3, 4, 9].

Несмотря на то, что на протяжении нескольких десятилетий изучались вопросы взаимодействия белков с жирными кислотами. Тем не менее, даже с учетом информации, полученной к настоящему времени, только некоторые аспекты взаимодействия между белками и жирными кислотами были выяснены [5].

Многие белки, адсорбируясь на поверхности жировых капель, могут препятствовать гидролизу жиров поджелудочной липазой за счет конкурентной адсорбции белков и десорбции белками липазы с поверхности жировых капель. В тоже время адсорбция белков на поверхности жировых капель может препятствовать их гидролизу протеазами. Кроме того взаимодействие с жирными кислотами также может препятствовать их гидролизу протеазами.

Цель исследования: изучить влияние взаимодействия казеина с жирами и жирными кислотами на протеолитическую активность поджелудочного и желудочного соков.

Материал и методы. В работе были использованы желудочный и поджелудочный соки, полученные в хронических экспериментах у собак при тощачковой секреции. В первой серии исследовалось влияние различной концентрации продуктов гидролиза жиров на ОПА [1] под влиянием поджелудочного сока с использованием казеиново-жировой эмульсии (казеин + трибутирин, казеин + подсолнечное масло) и желудочного сока (казеин + трибутирин, казеин + подсолнечное масло). В условиях использования в качестве субстрата с желудочным или поджелудочным соком: только казеина, масляной эмульсии без предварительной преинкубации её без казеина с поджелудочным соком, масляной эмульсии после предварительной 30 мин. преинкубации её без казеина с поджелудочным соком, масляной эмульсии после предварительной 60 мин. преинкубации её без казеина с поджелудочным соком.

Во второй серии исследовалось влияние различной концентрации жиров на ОПА [1] под влиянием поджелудочного сока с использованием казеиново-жировой эмульсии (казеин + трибутирин, казеин + подсолнечное масло) и желудочного сока (казеин + трибутирин, казеин + подсолнечное масло). В условиях использования в качестве субстрата с желудочным или поджелудочным соком: только казеина, 1,0% масляной эмульсии, 1,5% масляной эмульсии, 2,0% масляной эмульсии.

Статистическая обработка была проведена методом вариационной статистики с вычислением средних величин и их средних ошибок, определением коэффициента достоверности разности Стьюдента-Фишера (t). Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$ и менее.

Результаты. В результате проведенных исследований первой серии, где изучалось влияние различной концентрации продуктов гидролиза жиров на ОПА поджелудочного и желудочного сока. Было установлено, что показатели ОПА поджелудочного сока при использовании в качестве субстрата эмульсии из казеина и подсолнечного масла, без предварительной инкубации масла с поджелудочным соком, были не существенно меньше по сравнению с показателями ОПА поджелудочного сока с применением в качестве субстрата

только казеина. При этом показатели ОПА поджелудочного сока при использовании эмульсии из казеина и подсолнечного масла, после предварительной 30 мин. преинкубации подсолнечного масла без казеина с поджелудочным соком, еще больше достоверно снижались, по сравнению с ОПА без жировой эмульсии с использованием только казеина. Такая же тенденция изменения ОПА при применении эмульсии из казеина и подсолнечного масла после предварительной 60 мин. преинкубации подсолнечного масла без казеина с поджелудочным соком, где отмечалось еще более выраженное достоверное снижение показателей ОПА по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. В общем, при этом наблюдалось достоверно выраженное постепенное снижение показателей ОПА поджелудочного сока с нарастанием продуктов гидролиза подсолнечного масла (рис. 1).

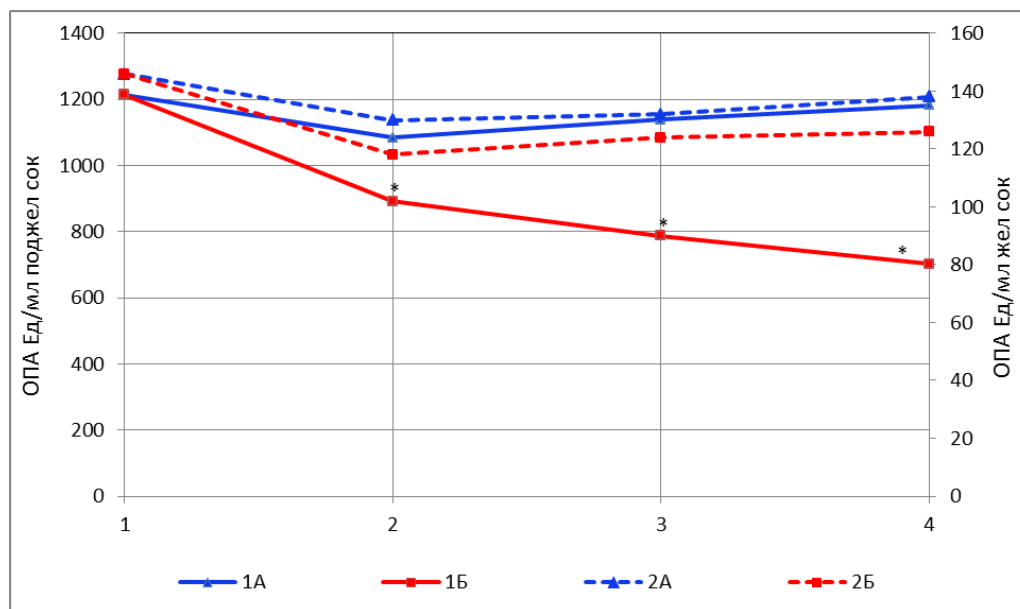


Рис.1. Изменение протеолитической активности под влиянием поджелудочного сока с использованием казеиново-жировой эмульсии (1А – казеин + трибутирин, 1Б – казеин + подсолнечное масло) и желудочного сока (2А – казеин + трибутирин, 2Б – казеин + подсолнечное масло). В условиях использования в качестве субстрата с желудочным или поджелудочным соком: 1- только казеина, 2- масляной эмульсии без предварительной преинкубации её без казеина с поджелудочным соком, 3- масляной эмульсии после предварительной 30 мин. преинкубации её без казеина с поджелудочным соком. 4 - масляной эмульсии после предварительной 60 мин. преинкубации её без казеина с поджелудочным соком.

Примечание: * - достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям использования в качестве субстрата с желудочным или поджелудочным соком только казеина.

При исследовании ОПА желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий, было установлено, что при использовании эмульсии из казеина и подсолнечного масла, показатели ОПА при применении подсолнечного масла без предварительной инкубации его, без казеина с поджелудочным соком были несущественно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. При этом показатели ОПА при использовании подсолнечного масла после предварительной 30 мин. инкубации его без казеина с поджелудочным соком, были также незначительно ниже по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. В полученных результатах исследований при применении подсолнечного масла после предварительной 60 мин. инкубации его без казеина с поджелудочным соком. Отмечались также незначительно меньшие показатели ОПА по сравнению с таковыми показателями без жировой эмульсии. В результате наблюдалось незначительное снижение ОПА под влиянием желудочного сока с нарастанием концентрации продуктов гидролиза подсолнечного масла (рис. 1).

В исследованиях, где изучалось влияние различной концентрации продуктов гидролиза жиров на ОПА под влиянием поджелудочного и желудочного соков, с использованием трибутирина в составе казеиново-жировой эмульсии было установлено, что при использовании эмульсии из казеина и трибутирина, ОПА, при применении трибутирина без преинкуба-

ции его без казеина с поджелудочным соком, незначительно снижалась по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. При этом показатели ОПА при использовании трибутирина после предварительной 30 мин. инкубации его без казеина с поджелудочным соком, был почти на уровне показателей ОПА без жировой эмульсии. Такая же тенденция изменения ОПА отмечалась при применении трибутирина после предварительной 60 мин. инкубации его без казеина с поджелудочным соком. В общем, при этом наблюдалось незначительное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием концентрации продуктов гидролиза трибутирина (рис. 1).

При исследовании ОПА желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий, из казеина и трибутирина, ОПА при применении трибутирина имела такую же динамику изменений, но на чуть меньшем уровне, как без преинкубации его без казеина с поджелудочным соком, так и после предварительной 30 мин. инкубации трибутирина без казеина с поджелудочным соком, а также при применении трибутирина после предварительной 60 мин. инкубации его без казеина с поджелудочным соком. При этом наблюдалось незначительно выраженное снижение ОПА под влиянием желудочного сока с нарастанием концентрации продуктов гидролиза трибутирина (рис. 1).

В проведенных исследованиях второй серии, где изучалось влияние различной концентрации подсолнечного масла в составе белково-жировой эмульсии на ОПА под влиянием поджелудочного сока, было установлено, что при использовании 1,0% эмульсии из казеина и подсолнечного масла, показатели ОПА были достоверно ниже по сравнению с ОПА, где был только казеин без жировой эмульсии. При этом показатели ОПА при использовании 1,5% подсолнечного масла были достоверно значительно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. Такая же направленность ОПА отмечалась при использовании 2,0% подсолнечного масла, которая проявлялась в достоверно более низких показателях по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. В общем, при этом наблюдалось достоверно выраженное постепенное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием концентрации подсолнечного масла (рис. 2).

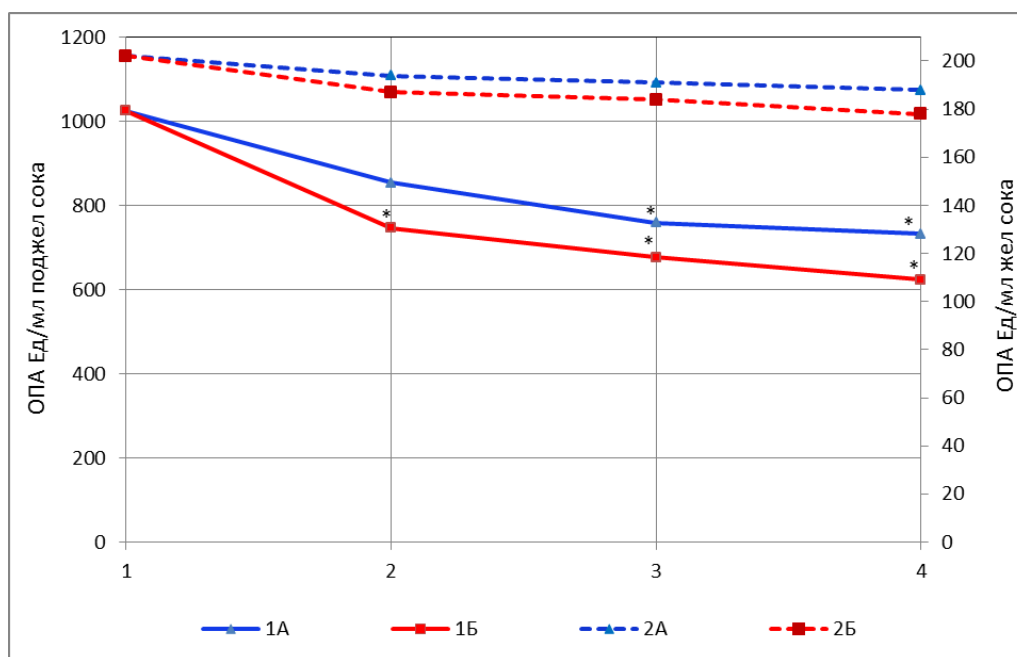


Рис. 2. Изменение протеолитической активности под влиянием поджелудочного сока с использованием казеиново-жировой эмульсии (1А – казеин + трибутирин, 1Б – казеин + подсолнечное масло) и желудочного сока (2А – казеин + трибутирин, 2Б – казеин + подсолнечное масло). В условиях использования в качестве субстрата с желудочным или поджелудочным соком: 1- только казеина, 2- 1,0% масляной эмульсии, 3- 1,5% масляной эмульсии. 4- 2,0% масляной эмульсии.

Примечание: * - достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям использования в качестве субстрата с желудочным или поджелудочным соком только казеина.

При исследовании ОПА желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий при использовании различной концентрации жиров, было установлено, что при использовании 1,0% эмульсии из казеина и подсолнечного масла, ОПА была несущественно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. При этом показатели ОПА при использовании 1,5% эмульсии подсолнечного масла и казеина были недостоверно ниже по сравнению с ОПА без жировой эмульсии и меньше, чем с применением 1,0% эмульсии из казеина и подсолнечного масла. В результатах исследований полученных при использовании 2,0% эмульсии подсолнечного масла и казеина, отмечались также недостоверно ниже показатели ОПА по сравнению с таковыми показателями без жировой эмульсии и меньше, чем с применением 1,0% и 1,5% эмульсии из казеина и подсолнечного масла. В общем, при этом наблюдалось менее выраженное снижение ОПА под влиянием желудочного сока с нарастанием концентрации подсолнечного масла (рис. 2).

При изучении ОПА поджелудочного сока, с применением различной концентрации трибутирина в составе белково-жировой эмульсии на ОПА под влиянием поджелудочного сока, было установлено, что при использовании 1,0% эмульсии из казеина и трибутирина, показатели ОПА были значительно ниже, но не достоверно выражены, по сравнению с ОПА, где использовался только казеин без жировой эмульсии. Также эти показатели ОПА были выше таковых показателей с использованием подсолнечного масла. В тоже время показатели ОПА при использовании 1,5% трибутирина были достоверно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии и меньше показателей с применением 1,0% трибутирина, а также эти показатели ОПА были выше таковых показателей с использованием подсолнечного масла. Такая же направленность ОПА отмечалась при использовании 2,0% трибутирина, которая проявлялась в достоверно более низких показателях по сравнению с ОПА без жировой эмульсии и меньше показателей с применением 1,0% и 1,5% трибутирина, а также эти показатели ОПА были выше таковых показателей с использованием подсолнечного масла. В общем, при этом наблюдалось достоверно выраженное постепенное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием концентрации трибутирина, но динамика изменения этих показателей была выше по сравнению с динамикой таковых показателей подсолнечного масла (рис. 2).

При изучении ОПА желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий с различной концентрацией жиров, было установлено, что при использовании эмульсии из казеина и трибутирина как 1,0%, так и 1,5%, а также 2,0%, ОПА была не существенно меньше по сравнению с ОПА без жировой эмульсии. При этом отмечалось незначительное снижение ОПА при увеличении концентрации трибутирина (рис. 2).

Обсуждение результатов. Полученные результаты исследований, где изучалось влияние различной концентрации продуктов гидролиза жиров на ОПА под влиянием поджелудочного сока, с использованием подсолнечного масла в составе казеиново-жировой эмульсии, показали достоверно выраженное постепенное снижение показателей ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием продуктов гидролиза подсолнечного масла. В тоже время полученные данные, где изучалось влияние различной концентрации продуктов гидролиза жиров на ОПА под влиянием желудочного сока, с использованием подсолнечного масла в составе казеиново-жировой эмульсии, выявили незначительно выраженное снижение ОПА под влиянием желудочного сока с нарастанием концентрации продуктов гидролиза подсолнечного масла. Эти результаты показали, что в условиях щелочной среды, с увеличением продуктов гидролиза подсолнечного масла, отмечающееся выраженное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока, может быть связано с возможностью образования жирных кислот, концентрация которых повышается с увеличением времени преинкубации подсолнечного масла. Образовавшиеся жирные кислоты при взаимодействии с молекулами казеина имеют способность создавать комплексы, которые могут препятствовать действию протеаз поджелудочного сока. В тоже время в условиях кислой среды, с увеличением продуктов гидролиза подсолнечного масла, отмечается менее выраженное снижение ОПА под

влиянием желудочного сока. Это может быть связано с тем, что образовавшиеся жирные кислоты, концентрация которых повышается с увеличением времени преинкубации подсолнечного масла, могут обладать незначительно выраженной способностью к образованию с молекулами казеина комплексов в кислой среде, которые могли бы препятствовать действию пепсина желудочного сока.

Также результаты проведенных исследований показали, что при использовании белково-жировых эмульсий с применением трибутирина и казеина, наблюдалось незначительно выраженное снижение ОПА под влиянием, как поджелудочного, так и желудочного сока с нарастанием концентрации продуктов гидролиза трибутирина. Это может быть связано с тем, что образовавшиеся жирные кислоты, концентрация которых повышается с увеличением времени преинкубации трибутирина, могут обладать менее выраженной способностью к образованию с молекулами казеина комплексов, которые могли бы препятствовать в щелочной среде действию протеаз поджелудочного сока, а также могли бы препятствовать в кислой среде действию пепсина желудочного сока.

Полученные результаты этих исследований являются дополнительным подтверждением того, что на различие эффектов при использовании продуктов гидролиза подсолнечного масла и трибутирина влияет различие физико-химического строения этих масел. Подсолнечное масло является триглицеридом в состав, которого входят в основном длинноцепочные жирные кислоты - олеиновая и линолевая, содержащие соответственно в цепи 17 и 18 атомов углерода. Тогда как в состав триглицерида трибутирина входит масляная жирная кислота, с 4 атомами углерода в цепи. Можно предположить, что сила взаимодействия казеина с жирными кислотами подсолнечного масла значительно выше, чем с жирными кислотами трибутирина за счет присутствия длинноцепочных жирных кислот и это может препятствовать влиянию протеаз поджелудочного сока, что может способствовать снижению ОПА поджелудочного сока при использовании продуктов гидролиза подсолнечного масла. В тоже время на различие эффектов при использовании продуктов гидролиза подсолнечного масла и трибутирина влияет рН среды. В кислой среде сила взаимодействия казеина с жирными кислотами, как подсолнечного масла, так и трибутирина существенно не отличается. Это может быть связано с тем, что в кислой среде жирные кислоты как подсолнечного масла, так и трибутирина могут обладать незначительно выраженной способностью к образованию с молекулами казеина комплексов, которые могли бы препятствовать в кислой среде действию пепсина желудочного сока.

В результате проведенных исследований при изучении влияния различной концентрации подсолнечного масла в составе белково-жировой эмульсии на ОПА под влиянием поджелудочного сока, было установлено, достоверно выраженное постепенное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием концентрации подсолнечного масла. Это связано с тем, что белки обладают адсорбцией на поверхности жировых капель, в белково-жировых эмульсиях. Полученные результаты также можно объяснить тем, что при повышении концентрации подсолнечного масла в составе белково-жировых эмульсий, увеличивается количество жировых капель и общая поверхность этих капель. За счет этого увеличивается количество адсорбированного на жировых каплях казеина, и это взаимодействие препятствует влиянию протеаз на молекулы казеина, в результате отмечается снижение ОПА поджелудочного сока при использовании белково-жировой эмульсии.

В тоже время в исследованиях с использованием белково-жировых эмульсий с применением подсолнечного масла в составе белково-жировой эмульсии на ОПА под влиянием желудочного сока, было установлено, незначительно выраженное снижение ОПА под влиянием желудочного сока с нарастанием концентрации подсолнечного масла. Полученные результаты можно объяснить тем что, не смотря на повышение концентрации подсолнечного масла в составе белково-жировых эмульсий, и увеличение количества жировых капель, а также общей поверхности этих капель, не увеличивается количество адсорбированного на жировых каплях казеина. То есть в кислой среде снижена адсорбция казеина на жировых

каплях трибутирина, и это взаимодействие не препятствует влиянию протеаз на молекулы казеина, в результате существенно не изменяется ОПА желудочного сока при использовании белково-жировой эмульсии.

При изучении влияния различной концентрации трибутирина в составе белково-жировой эмульсии наблюдалось достоверно выраженное постепенное снижение ОПА под влиянием поджелудочного сока с нарастанием концентрации трибутирина, но динамика изменения этих показателей была выше по сравнению с динамикой таковых показателей подсолнечного масла. На основании этих данных можно предположить, что на отличие эффектов подсолнечного масла и трибутирина может оказывать влияние различие физико-химического строения этих масел, что влияет на различие степени адсорбции казеина на подсолнечном масле и трибутирине. Как мы отмечали выше подсолнечное масло является триглицеридом в состав, которого входят в основном длинноцепочные жирные кислоты олеиновая и линолевая кислоты. Тогда как в состав триглицерида трибутирина входит короткоцепочная масляная кислота. Можно предположить, что за счет этого сила взаимодействия казеина с подсолнечным маслом, при адсорбции его на поверхности жировой капли, за счет присутствия длинноцепочных жирных кислот значительно выше, чем с трибутирином. Это препятствует влиянию протеаз поджелудочного сока на адсорбированный на поверхности жировой капли казеин, что приводит к более выраженному снижению ОПА при использовании подсолнечного масла, чем при применении трибутирина.

На основании полученных данных при изучении ОПА как желудочного сока с применением белково-жировых эмульсий с различной концентрацией жиров, было установлено, что при использовании эмульсии из казеина и трибутирина отмечалось незначительное снижение ОПА при увеличении концентрации трибутирина. Полученные результаты можно объяснить тем что, не смотря на повышение концентрации трибутирина в составе белково-жировых эмульсий, и увеличении количества жировых капель, а также общей поверхности этих капель. Не увеличивается количество адсорбированного на жировых каплях казеина. То есть в кислой среде снижена адсорбция казеина на жировых каплях трибутирина, и это взаимодействие не препятствует влиянию протеаз на молекулы казеина, в результате существенно не изменяется ОПА желудочного сока при использовании белково-жировой эмульсии с использованием трибутирина.

Выводы: Таким образом, можно заключить, что продукты гидролиза подсолнечного масла панкреатической липазой, способствуют снижению ОПА поджелудочного сока, что не отмечается под влиянием продуктов гидролиза трибутирина. Продукты гидролиза, как подсолнечного масла, так и трибутирина в составе жировых эмульсий с казеином не влияют в кислой среде на ОПА желудочного сока. Повышение концентрации подсолнечного масла в составе эмульсии с казеином способствует достоверному снижению ОПА поджелудочного сока. Повышение концентрации трибутирина в составе эмульсии с казеином также способствует достоверному снижению ОПА поджелудочного сока, но этот эффект менее выражен, чем при использовании подсолнечного масла. Повышение концентрации как трибутирина, так и подсолнечного масла в составе эмульсии с казеином существенно не влияют в кислой среде на ОПА желудочного сока.

Использованная литература:

1. Андреева Ю. В. Влияние голодания и возобновления кормления на секреторную функцию желудка/ Дисс.канд.биол.наук, Санкт-Петербург, - 2007, - 140 с.
2. Джалалова О.К., Алейник В.А., Бабич С.М., Ходжиматов Г.М., Хамракулов Ш.Х. Влияние казеина на липолитическую активность поджелудочного сока с участием и без желчных кислот // Вестник врача. - №2.—2019.—С.40-44.

3. Amir Malaki Nik, Amanda J. Wright, Milena Corredig Impact of interfacial composition on emulsion digestion and rate of lipid hydrolysis using different in vitro digestion models Colloids and Surfaces B: Biointerfaces, 2011, 83, 2: 321–330.
4. Gargouri Y, Julien R, Pieroni G, Verger R, Sarda L. Studies on the inhibition of pancreatic and microbial lipases by soybean proteins. J Lipid Res. 1984 Nov; 25 (11):1214-21.
5. Gargouri Y, Julien R, Sugihara A, Verger R, Sarda L Inhibition of pancreatic and microbial lipases by proteins// Biochim Biophys Acta. 1984, Sep 12; 795(2): 326-31.
6. Hamilton J. A. Fatty acid interactions with proteins: what X-ray crystal and NMR solution structures tell us // Progress in lipid research. – 2004. – T. 43. – №. 3. – C. 177-199.
7. Smith, F., Pan, X., Bellido, V., Toole, G. A., Gates, F. K., Wickham, M. S., Mills, E. C. (2015). Digestibility of gluten proteins is reduced by baking and enhanced by starch digestion. Molecular nutrition & food research, 59 (10), 2034-2043.
8. Speranza A., Corradini M.G., Hartman T. G., Ribnicky D., Oren A., Rogers M. A. Influence of emulsifier structure on lipid bioaccessibility in oil-water nanoemulsions// J. Agric. Food Chem., 2013, Vol. 61, No. 26, pp. 6505-6515.
9. Tim J. Wooster, Li Day, Mi Xu, Matt Golding, Sofia Oiseth, Jennifer Keogh, Peter Clifton Impact of different biopolymer networks on the digestion of gastric structure demulsions//FoodHydrocolloids, 2014, 36, Complete 102-114.
10. Vinarov Z., Petkova Ya., Tcholakova S., Denkov N., Stoyanov S., Pelan E., Lips A. Effects of emulsifier charge and concentration on pancreatic lipolysis. 1. In the absence of bile salts Langmuir 2012, 28 (21), 8127-8139.

ЭКОЛОГО - ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ

А. А. Жумаева, Х. О. Касимов

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: Селлер, пестицид, инсектицид, кумуляция, токсикологическая оценка, допустимая суточная доза, блефароспазм.

Таянч сўзлар: Селлер, пестицид, инсектицид, кумуляция, токсикологик баҳолаш, рухсат этилган К доза, блефароспазм.

Key words: Seller, pesticide, cumulation, insecticide, toxicological assessment, permissible daily dose, blepharospasm.

На основании проведенных исследований установлено, что инсектицид Селлер по параметрам острой токсичности относится к III классу опасности. Препарат обладает раздражающим действием на слизистые оболочки глаз и кожные покровы. Он обладает функциональной кумуляцией. Научно-обоснована допустимая суточная доза на уровне 0,72 мг/чел/сут. Препарат не обладает канцерогенным, мутагенным, эмбриотоксическим действиями. В результате научных изысканий разработаны предельно-допустимые концентрации инсектицида в атмосферном воздухе, воздухе рабочей зоны, максимально-допустимый уровень в пищевых продуктах, ориентировочно-допустимая концентрация в почве.

СЕЛЛЕР ИНСЕКТИЦИДИНИНГ ҚИШЛОҚ ХЎЖАЛИГИДА ИШЛАШЛАТИШНИНГ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИК АСПЕКТЛАРИ

А. А. Жумаева, Х. О. Касимов

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ўтказилган тажрибаларимиз асосида аниқландики, Селлер заҳарлилик хусусияти билан III-синф хавфсизлик препарати ҳисобланади. Препарат тери ва кўз шиллиқ қаватида кўзгатувчи таъсир этади. Препаратнинг суткалик дозаси 0,72 мг/кг/сут.лиги илмий асосланди. Концероген, мутаген ва эмбриотоксик таъсирга эга эмас. Илмий изланиш натижасида инсектициднинг атмосфера ҳавоси ва ишчи ўринларида рухсат этиладиган миқдори, озиқ-овқат маҳсулотларида максимал рухсат этиладиган даражаси, тупроқда эҳтимолли рухсат этиладиган даражаси белгиланди.

ENVIROMENTAL AND HUGIENIC ASPECTS OF THE INSECTICIDE SELLER USE IN AGRICULTURE

А. А. Zhumaeva, X. O. Kasimov

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Based on our experience, it was found that Seller is a class III drug with a 20% toxicity. The drug has an irritating effect on the skin and eye mucosa. The daily dose 0.72 mg/kg/day. Has no carcinogenic, mutagenic, embryotoxication. As a result of the research, the insecticide is determined by the amount of atmospheric air and jobs allowed, maximum permissible levels in food, and possible levels in food, and possible soil contamination.

В настоящее время пестициды являются основными средствами защиты растений, в различных отраслях народного хозяйства. Однако, при применении пестицидов могут проникать в объекты окружающей среды (атмосферный воздух, воздух рабочей зоны, воды водоемов, продукты питания) при непосредственной обработке растений и почвы [2, 3].

Проникая тем или иным путем в растения, химикаты транспортируются восходящими и нисходящими токами жидкости, циркулирующей по растению, при этом загрязняя продукты питания, получаемой от таких растений, конечном звеном которых является человеком.

Поэтому возникает настоятельная необходимость разработки гигиенически обоснованной нормы пестицидов в атмосферный воздух, воздух рабочей зоны, воды водоемов а также в продуктах растениеводства.

В связи с этим химических средств защиты растений привлекает всевозрастающее внимание не только работников сельскохозяйственных, химических и медицинских наук, но и широкой общественности. Прежде всего это - общегигиеническая, широкомасштабная проблема.

Многие вещества весьма стойкие, они длительное время сохраняют в естественных условиях свою токсичность. Отдельные из них обладают канцерогенными, мутагенными, гонадотропным и другими отрицательными для здоровья населения свойствами [2, 3, 6].

Исходя из этого в нашей Республике синтезируются малотоксичные и менее стойкие пестициды для борьбы с сорняками, болезнями и вредителями сельскохозяйственных культур. Одним из таких химических средств защиты растений является новый инсектицид Селлер 20%, который предназначен против многих вредителей пшеницы. Согласно санитарному законодательству ни одно химическое вещество не может быть допущено к использованию в народном хозяйстве без глубокой токсиколого-гигиенической оценки [7].

В связи с этим возникла необходимость в токсиколого-гигиенической оценке нового препарата Селлер 20%, возможного влияния его в экосистему и разработка норматива безопасности для окружающей среды, человека и теплокровных животных.

Цель исследования: оценить опасность инсектицида Селлер 20%, в окружающей среды, в организм человека и теплокровных животных при использовании его в сельском хозяйстве против многочисленных вредителей пшеницы.

Материал и методы исследования. Новый инсектицид Селлер 20%, производства ООО "Евро - Team", Узбекистан—Германия. Действующее вещество: альфа – циперметрин. Агрегатное состояние – концентрат суспензии, белого (светло кремового) цвета со слабым химическим запахом. Препарат не летуч, не взрывоопасен, не обладает коррозионными свойствами.

Сфера применения - на пшенице против вредной черепашки, пиявицы. Препарат воздействует на кишечный тракт и нервную систему насекомых. Действие проявляется сразу после обработки в течении первого часа. Период защитного действия – один полный сезон. 1-3 обработки (в зависимости от вида культуры). Срок последней обработки до сбора урожая 15 дней. Максимальная кратность обработки 3-х разовая.

Токсикологические свойства препарата изучались на крысах, мышах обоего пола в остром, подостром и хроническом экспериментах согласно методических указаний по токсикологической оценке новых пестицидов [5, 7].

Результаты и обсуждение: Изучение острой токсичности проводили на лабораторных животных - крысах. В опыт были взяты крысы, обоего пола, которым вводили препарат в дозах 50,0 – 500,0 мг/кг. В результате исследований установлена средняя – смертельная доза составляет на уровне 300,0 (204,0 ± 395,0) мг/кг массы тела, ЛД₁₆ - 120,0 мг/кг; ЛД₈₄ – 440,0 мг/кг [4]. Клиника отравления: животные становились вялыми, отмечались выделения из носа, повышенная саливация, затрудненное дыхание, животные принимали боковое положение, после чего отмечались клонические конвульсии.

Раздражающее действие препарата на глаза и кожные покровы также изучены на белых крысах. Препарат вносили, в нативном виде в конъюнктивальный мешок глаза животного в количестве 2-3 капли, второй глаз служил контролем. Через 4 часа после внесения отмечалось незначительное нагноение, блефароспазм. На 3 сутки, наблюдаемые признаки раздражения (конъюнктивит) имели тенденцию к уменьшению и исчезали на 4-5 сутки опыта. На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что препарат обладает слабо раздражающим действием на слизистые оболочки глаз.

На выстриженные участки кожи наносили препарат в нативном виде, после 4-х часовой экспозиции препарат смывали и проводили наблюдения за опытными участками кожи. Сразу после снятия аппликации и нанесения препарата на открытых участках кожи отмечалось покраснение, отек и единичные трещинки. Наблюдаемые признаки раздражения продолжались на протяжении 3-4 суток и к 5-ому дню опыта, признаки раздражения исчезали. Таким образом, препарат обладает слабо раздражающим действием на кожные покровы.

Кумулятивные свойства препарата изучались в условиях «субхронического» эксперимента на белых крысах, которые были разбиты на 2 группы. Первая группа получала препарат в дозе 1/10ЛД₅₀. Вторая группа служила контролем. Из-за отсутствия гибели животных

коэффициент кумуляции рассчитать не представилось возможным, однако, по проявлению некоторых признаков интоксикации (возбуждение после введения препарата), можно сделать вывод, что препарат обладает слабой функциональной кумуляцией.

Изучение хронической токсичности препарата с применением методов математического моделирования, позволило установить пороговую и недействующую дозы на уровне 3,0 и 0,6 мг/кг соответственно. Расчитана и научно – обоснована допустимая суточная доза (ДСД) препарата на человека на уровне 0,72мг/чел/сутки.

В 2-х летнем эксперименте на крысах при концентрациях 1;10;100 ЛД₅₀ канцерогенное действие не выявлено. Количество новообразований у животных опытных групп не превышало спонтанного уровня контроля.

При двухгодичном поступлении в желудочно-кишечный тракт, препарат не оказывал тератогенное, эмбриотоксичное и мутагенное действие.

Обоснование предельно допустимой концентрации Селлера в воде водоемов.

С целью установления предельно допустимой концентрации Селлера в воде водоемов проведены исследования по изучению влияния его на органолептические свойства воды и санитарный режим воды водоемов. По влиянию на органолептические свойства воды (запах) установлена пороговая концентрация на уровне 0,72 мг/л.

Препарат в данной концентрации не обладал пенообразованием, не изменял окраски воды. В результате проведенного комплекса исследований с учетом данных санитарно-токсикологического эксперимента, позволило рекомендовать предельно допустимую концентрацию Селлера в воде водоемов на уровне – 0,04 мг/л, лимитирующий признак вредности – органолептический.

Результаты обоснования максимально допустимого уровня (МДУ) препарата в пищевых продуктах.

Основываясь на данных о стабильности препарата, параметрах токсикометрии и существующих подходах к нормированию пестицидов в пищевых продуктах, нами рекомендовано МДУ препарата в пшенице на уровне 0,18 мг/кг. Однако с учетом минимальных норм расхода применения препарата против вредителей сельскохозяйственных культур остаточных количеств препарата в пшенице “не должно быть”.

Установление предельно – допустимой концентрации Селлера в атмосферном воздухе и воздухе рабочей зоны.

В результате комплекса гигиенических и токсикологических исследований, а также физико-химических свойств препарата, расчетным методом обоснованы и рекомендованы предельно – допустимые концентрации Селлера в атмосферном воздухе на уровне 0,002 мг/м³, в воздухе рабочей зоны – 0,24 мг/м³.

Результаты изучения и обоснования ориентировочно – допустимой концентрации (ОДК) препарата в почве.

При разработке ориентировочно – допустимой концентрации (ОДК) препарата в почве руководствовались методологическими подходами по комплексному и ускоренному нормированию пестицидов в объектах окружающей среда [5]. Расчет основывался на данных токсикологических исследований и максимально-допустимом уровне Селлера в пищевых продуктах растительного происхождения. На основании этих данных нами рекомендована ориентировочно – допустимая концентрация (ОДК) препарата в почве на уровне 0,2 мг/кг.

На основании проведенных комплексных, многоплановых гигиенических и токсикологических исследований, а также экспертизы предоставленной документации фирмой установлено: Селлер 20% – несистемный инсектицид контактного и брюшного действия с выраженным остаточным действием на обработанных растениях.

По параметрам острой токсичности препарат относится к III классу опасности (среднетоксичные химические вещества) согласно санитарным правилам и нормам респуб-

лики Узбекистан [4].

Препарат обладает слабым раздражающим действием на слизистые оболочки глаз и на кожные покровы.

Инсектицид обладает функциональной кумуляцией.

Инсектицид Селлер 20% не оказывает отдаленные последствия (терратогенность, мутагенность, эмбриотоксичность).

Допустимая суточная доза (ДСД) препарата для человека составляет на уровне 0,72 мг/чел/сутки.

Параметры безопасности препарата в некоторых объектах окружающей среды составляют: предельно-допустимая концентрация в воде водоемов на уровне 0,04 мг/л, в атмосферном воздухе – 0,002 мг/м³, в воздухе рабочей зоны – 0,24 мг/м³, максимально-допустимый уровень в пищевых продуктах (в пшенице остаточные количества препарата «не должно быть»), ориентировочно-допустимой концентрации препарата в почве-0,2 мг/кг.

Учитывая вышеизложенное, можно рекомендовать применение Селлер 20% в сельскохозяйственном хозяйстве при условии соблюдения разработанных нами гигиенических норм и регламентов, а также правила безопасности при использовании пестицидов.

Использованная литература:

1. Закон Республики Узбекистан “О защите сельскохозяйственных растений от вредителей, болезней и сорняков”. - Ташкент.—2000. 200 с.
2. Закон Республики Узбекистан “О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения”. - Ташкент, - 2015.—52 с.
3. Искандарова Г. Т., Баратова Р. Ш., Юсупова Д. Ю. Вопросы охраны окружающей среды и здоровья населения при применении нового отечественного фунгицидного препарата «Фосетал» // Молодой ученый. — 2017. — №15. — С. 152-155.
4. Искандаров Т.И., Искандарова Г.Т. Методические указания по комплексной гигиенической оценке новых пестицидов // Методические указания.-Ташкент, - 1997.—45 с.
5. Лабынцев А.В., Гринько А.В., Горячев В.П. Влияние применения гербицидов на засорённых посевах растений. // Известия Оренбургского государственного аграрного университета.—2013.—№5(43). С. 67-70.
6. Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды. Ташкент.—2014.—35 с.
7. Пестициды в экосистемах: Проблемы и перспективы: Аналитический обзор. Новосибирск: СО РАН, ГПНТБ, 1994. 142 с.
8. СанПин №032-15 «Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности», Ташкент, 2015.—25 с.

РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ХОЛЕЦИСТОКИНИНОВЫХ МЕХАНИЗМАХ РЕГУЛЯЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М. А. Жураева, В. А. Алейник, С. М. Бабич, Г. М. Ходжиматов, А. Ю. Легкоев
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Ключевые слова: печень, утилизация, ХЦК-8, ХЦК-33, трипсин, контрикал, крысы, поджелудочная секреция.
Таянч сўзлар: жигар, утилизация, ХЦК-8, ХЦК-33 трипсин, контрикал, каламушлар, ошқозон ости беги секрецияси.

Key words: liver, utilization, CCK-8, CCK-33, trypsin, contrical, rats, pancreas secretion.

Проведены исследования на 98 крысах в 14 сериях, по 7 острых экспериментов в каждой серии. Изучали изменение поджелудочной секреции при введении короткоцепочного пептида ХЦК-8 и длинноцепочного пептида ХЦК-33 в присутствии трипсина и контрикала. Сделаны выводы, что короткоцепочный пептид ХЦК-8 утилизируется печенью в значительной степени, в сравнении с длинноцепочным пептидом ХЦК-33. Трипсин при прохождении через печень снижает способность печени утилизировать ХЦК-8, за счет чего стимулирует секреторную функцию поджелудочной железы. Ингибитор протеаз контрикал при прохождении через печень повышает способность печени утилизировать ХЦК-8, за счет чего снижает секреторную функцию поджелудочной железы. Трипсин, инкретируемый поджелудочной железой, и его ингибиторы могут участвовать в модификации холецистокининовых механизмов регуляции функции поджелудочной железы.

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕГИ ФАОЛИЯТИНИ БОШҚАРИШДА ЖИГАР ХОЛЕЦИСТОКИНИН МЕХАНИЗМЛАРИНИНГ РОЛИ

М. А. Жураева, В. А. Алейник, С. М. Бабич, Г. М. Ходжиматов, А. Ю. Легкоев
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

14 серияда 7 тадан ўтқир тажрибалар ўтқазилди. Қисқа занжирли ХЦК-8 ва узун занжирли ХЦК-33 пептидни трепсин ва контрикал иштирокидаги таъсирини ошқозон ости беги секрециясига таъсири ўрганилди. Хулосалар қуйидагича, қисқа занжирли ХЦК-8 жигар томонидан, узун занжирли ХЦК-33 га утилизация қилинди. Трипсин жигар орқали ўтқанда ХЦК нинг утилизация хусусиятини пасайтирди, шу туфайли ошқозон ости беги секрецияси стимулланди. Контрикал жигар орқали ўтқанда эса аксинча эффект қузатилди. Ошқозон беги орқали инкрецияланувчи трипсин ва унинг ингибиторлари ошқозон ости беги секрециясидаги холецистокинин механизмларининг модификациясида иштирок этади.

ROLE OF THE LIVER IN CHOLECYSTOKININE MECHANISMS OF PANCREATIC REGULATION

М. А. Zhuraeva, V. A. Aleynik, S. M. Babich, G. M. Khodjimatov, A. Yu. Legkoev
Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Studies were performed on 98 rats in 14 series, 7 acute experiments in each series. We studied the change in pancreatic secretion with the introduction of CCK-8 short-chain peptide and CCC-33 long-chain peptide in the presence of trypsin and contrical. It was concluded that the short-chain peptide CCK-8 is utilized by the liver to a large extent, in comparison with the long-chain peptide CCK-33. Trypsin, when passing through the liver, reduces the ability of the liver to utilize CCK-8, thereby stimulating the secretory function of the pancreas. When passing through the liver, the protease inhibitor increases the ability of the liver to utilize CCK-8, thereby reducing the secretory function of the pancreas. Pancreatic hormone trypsin and its inhibitors may be involved in the modification of cholecystokinin mechanisms for regulating pancreatic function.

К настоящему времени установлено, что в организме животных и человека большинство пептидов присутствуют более чем в одной молекулярной форме. При этом выявлено не менее 5 молекулярных форм пептидов холецистокининовой (ХЦК) группы, содержащих в своей структуре от 4 до 56 аминокислот, физиологическая роль которых мало изучена [16].

Разделение пептидов на короткоцепочные и длинноцепочные, произведено условно по результатам исследований, где было показано физиологическое участие печени в повышенной утилизации короткоцепочных пептидов, содержащих до 10 аминокислот и низкой утилизации длинноцепочных пептидов, содержащих более 10 аминокислот. Тем самым, оказывая влияние на регуляцию секреторной, моторной и нейромодулирующей функции пищеварительных желез [2, 11, 12]. Эти данные согласуются с результатами клинических исследо-

ваний, где демонстрируется присутствие чрезмерного количества циркулирующих кишечных пептидов, которые больная печень не может утилизировать [9,14, 15].

Короткоцепочные пептиды, имеют рецепторы на афферентных нервных окончаниях периферических нейронов и на нейронах различных отделов ЦНС. В желудке и кишечнике паракринно они осуществляют взаимосвязь эндокринных клеток и нейронов подслизистого нервного сплетения, мезентериальных и афферентных нейронов. Тем самым короткоцепочные пептиды имеют большое значение в интеграции различных механизмов регуляции.

Увеличение выработки короткоцепочных пептидов отмечается после поступления пищи в желудочно-кишечный тракт. Кроме того короткоцепочные пептиды более эффективно стимулируют секрецию пищеварительных желез и проникают через гематоэнцефалический барьер. Например, за счет ХЦК-8, вызывается чувство насыщения, то есть обеспечивается дистантно взаимосвязь клеток пищеварительных желез с различными отделами ЦНС. Это является подтверждением участия короткоцепочных пептидов в интеграции периферических и центральных механизмов регуляции пищеварительных желез.

Утилизационная способность печени снижается при хронических заболеваниях печени, за счет чего ХЦК-8 увеличивается в периферической крови, в результате могут развиваться энцефалопатии [12], а также гиперсекреторный синдром поджелудочной железы [10,13] и гипосекреторный синдром желудка [14].

В поступлении короткоцепочных пептидов в периферическую кровь при отсутствии физиологической надобности существуют ограничивающие механизмы. Так часть короткоцепочных пептидов может утилизироваться в кишечнике внутриорганно тканевыми и мембранными протеазами, другая часть - в печени, после поступления через портальную систему [1, 10].

Описанные механизмы формируют дополнительные каналы пептидергической регуляции пищеварительных желез.

В последние годы в связи с открытием протеазо-активируемых рецепторов. Высказывается мнение, что панкреатические протеазы в настоящее время не следует рассматривать только с традиционной точки зрения как пищеварительные ферменты, но дополнительно в качестве сигнальных молекул, которые активно участвуют в спектре физиологических и патологических состояний как желудочно-кишечного тракта, так и других систем организма. Предлагается протеазы в целом теперь рассматривать как гормоны, а формирование в связи с этим новых сигнальных путей, как новых механизмов регуляции в физиологических условиях или новых патогенетических звеньев в условиях патологии [14].

Участие печени в утилизации короткоцепочных пептидов, в частности, ХЦК-8 [3], было показано ранее в работах нашей лаборатории, что также установлено рядом других исследователей [10]. Было обнаружено, что ХЦК-8 утилизируется в значительной степени у здоровых лиц и в меньшей степени у больных циррозом печени [12].

Цель исследования: Изучить влияние факторов, влияющих на утилизацию печенью холецистокининовых пептидов, как модифицирующих механизмов в регуляции поджелудочной железы.

Материал и методы. Исследования проведены на 98 крысах в 14 сериях, по 7 острых экспериментов в каждой серии. Изучали изменение поджелудочной секреции, в 1 серии (контрольная) при введении в портальную вену 0,3 мл физиологического раствора, во 2 серии (контрольная) при введении в периферическую вену 0,3 мл физиологического раствора. В 3 серии (опытная) вводили в портальную вену короткоцепочный пептид - ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора, в 4 серии (опытная) - в периферическую вену вводили ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 5 серии (опытная) вводили в портальную вену длинноцепочный пептид - ХЦК-33 в эквимоллярной дозе к ХЦК-8 (0,56 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 6 серии (опытная) вводили в периферическую вену длинноцепочный пептид - ХЦК-33 в эквимоллярной дозе к ХЦК-8 (0,56 мкг/кг) и секретина (0,15

мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 7 серии (опытная) вводили в портальную вену 0,3 мл физиологического раствора и дополнительно внутрибрюшинно вводили ингибитор протеаз контрикал (апротинин) 25 000 АТрЕ/кг. В 8 серии (опытная) вводили в периферическую 0,3 мл физиологического раствора и дополнительно внутрибрюшинно вводили ингибитор протеаз контрикал (апротинин) 25 000 АТрЕ/кг. В 9 серии (опытная) вводили в портальную вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора и дополнительно внутрибрюшинно вводили ингибитор протеаз контрикал (апротинин) 25 000 АТрЕ/кг. В 10 серии (опытная) вводили в периферическую вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора и дополнительно внутрибрюшинно вводили ингибитор протеаз контрикал (апротинин) 25 000 АТрЕ/кг. В 11 серии (опытная) вводили в портальную вену трипсин в дозе (300 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 12 серии (опытная) вводили в периферическую вену трипсин в дозе (300 мкг/кг) 0,3 мл физиологического раствора. В 13 серии (опытная) вводили в портальную вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) совместно с трипсином в дозе (300 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 14 серии (опытная) вводили в периферическую вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретина (0,15 мкг/кг) совместно с трипсином в дозе (300 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора.

Исследование проводили под уретановым наркозом: внутрибрюшинно в дозе 1,1 г/кг веса. Поджелудочный сок собирали 20 мин периодами в стандартный стеклянный капилляр для определения СОЭ, в течении 40 мин (два 20 мин периода) до и 40 мин (два 20 мин периода) после введения внутривенно или в/в исследуемых веществ.

В составе поджелудочного сока определяли: выделение протеаз по общей протеолитической активности (ОПА) спектрофотометрическим методом [5, 7], выделение амилазы фотометрическим методом [5, 7] по убыванию окраски крахмала.

Результаты обрабатывали методом вариационной статистики с вычислением средних величин (M), их ошибок (m) и достоверности разности сравниваемых величин Стьюдента-Фишера (t).

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием трипсина в периферическую вену (в/в), был незначительно выше, чем после введения физиологического раствора. Под влиянием трипсина, введенного в портальную вену (в/п), объем сока также был несущественно выше, чем после введения физиологического раствора (рис. 1). В тоже время объем выделяемого желудочного сока под влиянием контрикала в периферическую вену (в/в), был достоверно ниже, чем после введения физиологического раствора. При этом под влиянием контрикала, введенного в портальную вену (в/п), был также достоверно ниже, чем после введения физиологического раствора, но этот эффект был более выражен чем при введении в периферическую вену (рис. 1).

Объем выделяемого желудочного сока под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и портальную вену, был достоверно выше, таковых показателей после введения физиологического раствора. При этом показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену. В тоже время под влиянием ХЦК-33, введенного в периферическую вену (в/в), объем выделяемого поджелудочного сока был достоверно выше, чем после введения физиологического раствора и достоверно ниже, чем ХЦК-8 (рис. 1). Внутривенное же введение ХЦК-33 вызывало достоверное увеличение объема поджелудочного сока, по сравнению с внутривенным введением физиологического раствора и достоверное увеличение по сравнению с ХЦК-8. При этом показатели при внутривенном введении ХЦК-33 были несущественно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену (рис. 1).

При совместном введении трипсина и ХЦК-8, по отношению к результатам введения только ХЦК-8, отмечалось достоверное увеличение показателей при введении в перифе-

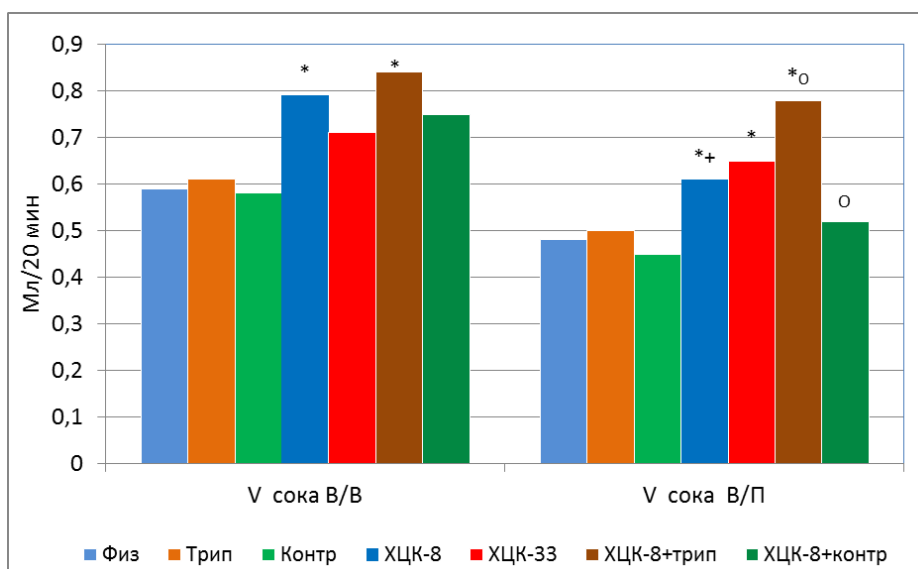


Рис. 1. Изменение показателей объема поджелудочной секреции у крыс, при введении в периферическую вену (В/В) и в портальную вену (В/П), физиологического раствора, трипсина, контрикала, ХЦК-8 и ХЦК-33, трипсина совместно с ХЦК-8, контрикала совместно с ХЦК-8.

* - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением физиологического раствора.

+ - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением пентагастрина в периферическую вену.

o - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением пентагастрина в портальную вену.

рическую вену и достоверное увеличение по отношению к введению физиологического раствора и незначительно выше, чем ХЦК-8 (рис. 1). Внутрипортальное же введение ХЦК-33 вызывало достоверное увеличение объема поджелудочного сока, по сравнению с внутрипортальным введением физиологического раствора и не достоверное увеличение по сравнению с ХЦК-8. При этом показатели при внутрипортальном введении ХЦК-33 были несущественно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену (рис. 1).

При совместном введении контрикала и ХЦК-8, по отношению к результатам введения только ХЦК-8, отмечалось недостоверное снижение показателей при введении в периферическую вену и достоверное увеличение при введении в портальную вену. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное уменьшение показателей при введении в периферическую вену и достоверное снижение при введении в портальную вену (рис. 1).

Показатели ОПА поджелудочного сока после введения трипсина в периферическую вену были незначительно ниже, а в портальную вену, были недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора в периферическую вену. Изменения показателей ОПА поджелудочного сока после введения контрикала, как в периферическую вену, так и в портальную вену, были недостоверно ниже, чем после введения физиологического раствора, но более выражены, чем при введении в периферическую вену (рис. 2).

Под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и в портальную вену, показатели ОПА были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора. В тоже время показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, эффекты были менее выраженные и достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену (рис. 2).

При введении пептида ХЦК-33 в периферическую вену показатели ОПА также были достоверно выше, в сравнении с данными после введения физиологического раствора и незначительно ниже, чем после введения ХЦК-8. Внутрипортальное же введение ХЦК-33 вызывало достоверное увеличение ОПА, по сравнению с внутрипортальным введением физио-

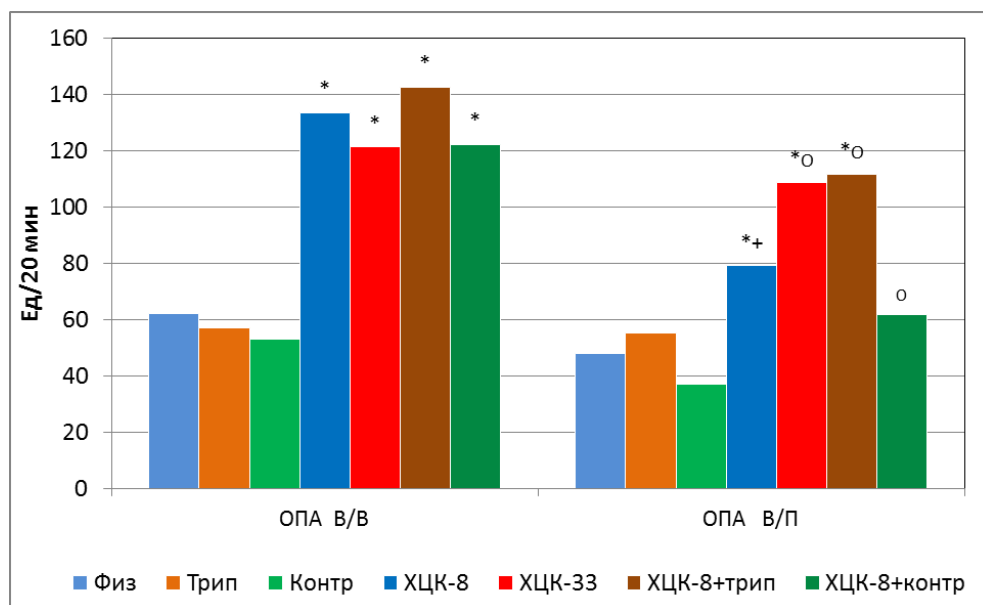


Рис. 2. Изменение показателей ОПА поджелудочного сока у крыс, при введении в периферическую вену (В/В) и в портальную вену (В/П), физиологического раствора, трипсина, контрикала, ХЦК-8 и ХЦК-33, трипсина совместно с ХЦК-8, контрикала совместно с ХЦК-8.

* - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением физиологического раствора.

+ - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением пентагастрина в периферическую вену.

О - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением пентагастрина в портальную вену.

логического раствора, и ХЦК-8. При этом показатели при внутривенном введении ХЦК-33 были незначительно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену (рис. 2).

Под влиянием совместного введения трипсина и ХЦК-8, по отношению к результатам введения только ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену и достоверное увеличение при введении в портальную вену. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное снижение показателей при введении в периферическую вену и достоверное уменьшение при введении в портальную вену (рис. 2).

Показатели амилазы поджелудочного сока имели закономерности, отмеченные по выделению ОПА. После введения трипсина в периферическую вену (в/в), эти показатели были незначительно выше, чем после введения физиологического раствора. А под влиянием трипсина в портальную вену (в/п), были недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора. При этом после введения контрикала в периферическую вену (в/в), эти показатели были незначительно ниже, чем после введения физиологического раствора. А под влиянием контрикала в портальную вену (в/п), были недостоверно ниже, чем после введения физиологического раствора (рис. 3).

Под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и портальную вену, показатели амилазы поджелудочного сока были достоверно выше, показателей после введения физиологического раствора. При этом показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену (рис. 3).

После введения в периферическую вену эффекты ХЦК-33 были достоверно выше эффектов физраствора, но незначительно ниже таковых после введения ХЦК-8. В тоже время внутривенное введение ХЦК-33 вызывало достоверное увеличение амилазы поджелудочного сока, по сравнению с внутривенным введением физиологического раствора, а

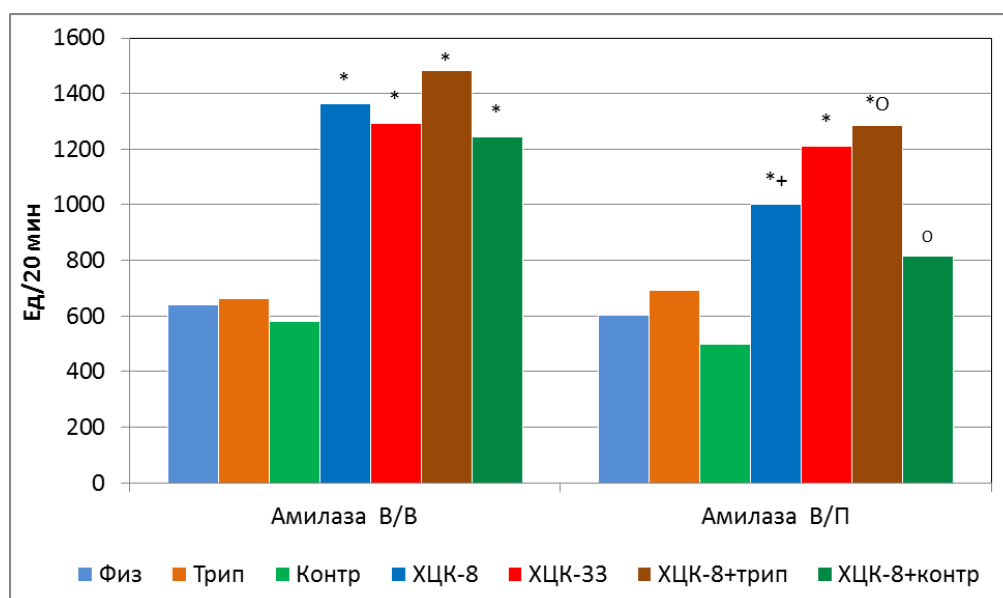


Рис. 3. Изменение показателей амилазы поджелудочного сока у крыс, при введении в периферическую вену (В/В) и в портальную вену (В/П), физиологического раствора, трипсина, контрикала, ХЦК-8, трипсина совместно с ХЦК-8, контрикала совместно с ХЦК-8.

* - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением физиологического раствора.

+ - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением пентагастрин в периферическую вену.

O - достоверно отличающиеся величины относительно показателей с введением пентагастрин в портальную вену.

также ХЦК-8. При этом показатели при внутривенном введении ХЦК-33 были незначительно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену (рис. 3).

Под влиянием совместно трипсина и ХЦК-8, в сравнении с введением только ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену и достоверное увеличение при введении в портальную вену, а также достоверное снижение по отношению к таковым показателям в периферическую вену (рис. 3).

В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8, в сопоставлении с введением только ХЦК-8, отмечалось недостоверное уменьшение показателей при введении в периферическую вену и достоверное снижение при введении в портальную вену, а также достоверное снижение по отношению к таковым показателям в периферическую вену (рис. 3).

Представленные данные показывают, что введение трипсина в портальную вену вызывало недостоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора. Тогда как введение трипсина в периферическую вену вызывало недостоверное увеличение показателей амилазы и объема поджелудочного сока по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора. При этом с введением контрикала в периферическую вену отмечалось недостоверное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора. Подобные недостоверные эффекты, но более выраженные, отмечались при введении контрикала в портальную вену. Эти результаты свидетельствуют о большей выраженности эффектов при введении трипсина и контрикала в портальную вену.

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного пентагастрин происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверно низких показателях объема поджелудочного сока, ОПА и амилазы. При этом введение трипсина в периферическую вену совместно с ХЦК-8 вызывало недостоверное увеличение

всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8. В тоже время введение трипсина в портальную вену совместно с ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 и вызывало менее выраженное, по сравнению с введением в периферическую вену, увеличение всех учитываемых показателей. Введение контрикала в периферическую вену совместно с ХЦК-8 вызывало недостоверное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым с введением только ХЦК-8. А введение контрикала в портальную вену совместно с ХЦК-8 вызывало более выраженное и достоверное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым с введением только ХЦК-8 и по сравнению с введением в периферическую вену снижение всех учитываемых показателей. Таким образом, трипсин, инкретируемый поджелудочной железой, и его ингибиторы являются факторами, влияющими на утилизацию печенью короткоцепочных пептидов, которые могут участвовать в модифицирующих холецистокининовых механизмах регуляции поджелудочной железы.

Выводы: короткоцепочный пептид ХЦК-8 в значительной степени утилизируется печенью, а длинноцепочный пептид ХЦК-33 в незначительной степени утилизируется печенью. Трипсин при прохождении через печень снижает способность печени утилизировать ХЦК-8, за счет чего стимулирует секреторную функцию поджелудочной железы. Ингибитор протеаз контрикал при прохождении через печень повышает способность печени утилизировать ХЦК-8, за счет чего снижает секреторную функцию поджелудочной железы. Трипсин, инкретируемый поджелудочной железой, и его ингибиторы могут участвовать в модификации холецистокининовых механизмов регуляции функции поджелудочной железы.

Использованная литература:

1. Алейник В.А., Бабич С.М. Влияние различных доз трипсина на изменение утилизации печенью пентагастрина// Вестник ТМА, 2013, №1, С.13-16.
2. Алейник В.А., Бабич С.М. Влияние панкреатических протеолитических и непротеолитических гидролаз на изменение утилизации печенью пентагастрина// Ж-л теор.и клин мед., 2013, №5, С.20-23.
3. Алейник В.А., Бабич С.М. Изменение панкреатической секреции при введении различных доз трипсина в периферическую и портальную вены// Ж-л теорет.и клин.мед., 2012, №4, С.9-12.
4. Алейник В.А., Бабич С.М., Ходжиматов Г.М., Жураева М.А. Влияние внутривенного введения трипсина на изменение утилизации печенью холецистокинина-8//Вестник врача, 2019, №2, С. 11-15.
5. Бабич С.М., Алейник В.А. Изменение желудочной секреции при введении в периферическую и портальную вены пентагастрина и лейзнкефалина// Врач-аспирант, Воронеж, 2010.- № 5,2 (42).- С.252-257.
6. Карамушкина, С. В. Секреторная функция поджелудочной железы собак в зависимости от схемы применения и пути введения раствора активного гипохлорита натрия/ Дисс....канд.мед.наук., Благовещенск, 2002, 133 с.
7. Смелышева, Л. Н. Секреторная функция желудка и поджелудочной железы при действии эмоционального стресса/Дисс....канд.мед.наук., Тюмень, 2007, 278 с.
8. Akere A. et al. Upper gastrointestinal endoscopy in patients with cirrhosis: spectrum and prevalence of lesions // Annals of tropical medicine and public health, 2016, T. 9, №2, P. 112.
9. Bhattacharyya R. et al. A prospective pilot study of the prevalence of pancreatic disease in patients with alcohol related liver disease using faecal elastase-1 //Gut, 2011,T.60, Suppl 1, C. A238-A238.
10. Hoffmaster KA, Zamek-Gliszczynski MJ, Pollack GM, Brouwer KL. Hepatobiliary disposition of the metabolically stable opioid peptide [D-Pen2, D-Pen5]-enkephalin (DPDPE): pharmacokinetic consequences of the interplay between multiple transport system// J. Pharmacol. Exp. Ther.,2004,vol.311(3), P.1203-10.
11. Kalaitzakis E, Bjornsson E. Hepatic encephalopathy in patients with liver cirrhosis: is there a role of malnutrition//World J Gastroenterol, 2008, 14: 3438-3439.
12. Katakura Y. et al. Pancreatic involvement in chronic viral hepatitis //World Journal of Gastroenterology: WJG, 2005,T.11, №23, C. 3508.
13. Mazaki-Tovi M. et al. Serum gastrin concentrations in dogs with liver disorders //The Veterinary record, 2012,T. 171, №1,P. 19-19.
14. Ramachandran R., Hollenberg M.D. Proteinases and signaling: pathophysiological and therapeutic implications via PARs and more // Br. J. Pharmacol. –2008.– Vol. 153. – P. 263–282.
15. Rehfeld JF., Bundgaard JR., Hannibal J. et al. The Cell-Specific Pattern of Cholecystokinin Peptides in Endocrine Cells Versus Neurons Is Governed by the Expression of Prohormone Convertases 1/3, 2, and 5/6// Endocrinology, 2007, Vol. 149, № 4, P.1600-1608.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА

Ш. А. Имамов

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: алкоголизм, клиника, иммунные сдвиги, психотропные препараты, влияние, лечение.

Таянч сўзлар: алкоголизм, клиника, гормонлар, иммунологик бузилиш, психотроп дорилар, даволаш.

Key words: alcoholism, clinic, immune developments, psychotropic medications, effect, treatment.

В статье изучается динамика иммунологических сдвигов и коррелирующая психофармакотерапия больных алкоголизмом. Клинико-иммунологическим методом обследовано 50 больных мужчин алкоголизмом в возрасте 40-60 лет, у которых определяли активность аутоантител к мозговым и печеночным клеткам.

В период острой интоксикации концентрация аутоантител в сыворотке крови была в пределах $6,5 \pm 1,6$ нг/мл, а после проведенного комплексного лечения аутоантитела снизились до $2,1 \pm 0,7$ нг/мл, т.е. в более 3 раза ниже. Изучено влияние психотропных препаратов на клинико-иммунологические процессы и выявлен иммуномодулирующий эффект транквилизаторов и атипичных нейролептиков.

АЛКОГОЛИЗМДА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ

Ш. А. Имамов

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Мақолада алкоголизм билан касалланган беморларда иммунологик бузилишлар кузатилишини ва бу ўзгаришларни даволаш учун психофармакотерапия усулларида фойдаланиш яхши натижа бериши ҳақида фикр юритилади. Муаллифнинг фикрича, беморларни даволаш жараёнига психотроп дори воситаларидан феварин ва карбамазепинни киритиш яхши самаря беради.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, психотроп дори воситалари иммуномодуллаш хусусиятига эга ва ушбу хусусияти даволашнинг самдорлиги ва касалликнинг кечиши ҳақида башорат қилиш имкониятини беради.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF ALCOHOLISM PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Sh. A. Imamov

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The Article studies the dynamics of immunological changes and correlated psychopharmacotherapy of patients with alcoholism. Clinical immunological method examined 50 male patients with alcoholism at the age of 40-60 years, which determined the activity of autoantibodies to brain and liver cells.

During the period of acute intoxication, serum autoantibody concentration was within of $6,5 \pm 1,6$ ng/ml. And after the combined treatment, autoantibodies fell to $2,1 \pm 0,7$ ng/ml, that is more than 3 times lower. The effect of psychotropic medications on clinical and immunological processes was studied and revealed immunomodulating effect of tranquilizers and atypical neuroleptics.

Актуальность. Хроническая интоксикация, развивающаяся в течении алкогольного заболевания играет важную роль в деструктивных процессах в центральной нервной системе. В связи с этим представляет интерес исследование клинико-иммунологических аспектов психофармакотерапии у больных алкоголизмом. До настоящего времени имелись отдельные исследования, касающиеся коррелирующей терапии для устранения дисбаланса иммунных реакций организма на интоксикацию алкоголем. Следует отметить, что актуальность изучения оптимизации тактики терапии, эффективно воздействующей на иммунологические нарушения при алкоголизме, сохраняется и на сегодняшний день.

Целью исследования явилось изучение динамики иммунологических сдвигов и коррелирующая психофармакотерапия у больных алкоголизмом.

Материал и методы исследования. Было обследовано 50 больных мужчин алкоголизмом в возрасте 40-60 лет. Больные разделены на группы в зависимости от клинической стадии заболевания. Были проведены динамические исследования концентрации антител (АТ) в сыворотке крови больных алкоголизмом. Активность антител (АТ) выявляли с помо-

щью иммуноферментного метода с использованием коммерческой тест-системы.

Результат и обсуждение. Выявленные нами изменения активности антител свидетельствуют о нарушении мембранных структур нейронов мозга и согласуются с данными о мембранотропном воздействии алкоголя. Анализ антител проводили в период хронической интоксикации и в период ремиссии. В период острой интоксикации концентрация антител в сыворотке крови была в пределах $6,5 \pm 1,6$ нг/мл. В то же время, после проведенного комплексного дезинтоксикационного лечения, в период стабилизации психосоматического состояния, содержание антител было в пределах $2,1 \pm 0,7$ нг/мл, т.е. в 3 раза ниже по сравнению с первоначальным периодом. Важно отметить, что колебание уровня антител в крови больных коррелировало с рецидивом алкоголизма. Из этого следует, что количественный анализ антител в сыворотке крови больных алкоголизмом является надежным методом выявления активности иммунного процесса и прогнозирования характера течения заболевания.

Клиническая иммунофармакотерапия, являясь составной частью иммунологии, исследует взаимоотношения хронического алкоголизма и коррелирующей психофармакотерапии в зависимости от клинико-динамических характеристик и определяет критерии эффективности лечения заболевания.

Изучена роль некоторых психотропных препаратов в механизмах психоиммунотропности и выявлен иммуномодулирующий эффект анксиолитиков бензодиазепинового ряда и атипичных нейролептиков. В связи с этим включение в комплекс лечения больных алкоголизмом из группы анксиолитиков сибазона и атипичного нейролептика рисперидона является патогенетически обоснованным. Сибазон является непрямым агонистом ГАМК и воздействуя на бензодиазепиновые рецепторы устраняет тревогу, уменьшает нервное напряжение. Сибазон оказывает умеренное влияние на катехоламиновые и серотониновые нейроэндокринные системы и облегчает тяжесть переживаний абстинентного состояния и снижает остроту патологического влечения у больных алкоголизмом.

Рisperидон является производным бензисоксазола и обладает селективной тропностью к серотониновым и дофаминовым рецепторам. Это позволяет использовать препарат для купирования эмоционального напряжения, тревожных состояний, а так же через серотониновые и дофаминовые рецепторные системы влияет на патогенетические механизмы формирования алкогольного заболевания. Поэтому рисперидон в умеренных дозах оказывает положительное влияние на клинико-патогенетические механизмы формирования патологического влечения у больных алкоголизмом. Вероятно, заметное влияние иммуноактивных психотропных препаратов на нейроиммунную систему реализуется воздействием на иммунологические механизмы, как в период острой интоксикации, так и в ремиссии у больных алкоголизмом. Эффективность применения психонейроиммунотропных препаратов указывает на наличие взаимосвязи между психическим и иммунным системами у больных алкоголизмом.

В целом, психофармакотерапию следует рассматривать одним из патогенетических факторов влияния на эффективность лечения больных алкоголизмом.

Полученные данные показали, что при острой интоксикации имеет место подъем содержания антител в сыворотке у всех больных алкоголизмом, однако после проведенного комплексного детоксикационного лечения отмечалась тенденция к снижению этого показателя. К примеру, у наших больных уровень антител к мозговым клеткам в 5 раз превышал нормальные показатели у 35% больных в острой стадии интоксикации, а у пациентов после проведенного лечения в 1,5 раза. В группе больных алкоголизмом с более 10-ти летним «стажем» алкоголизации, этот показатель увеличен практически в 6-10 раз.

Обнаруженные изменения содержания антител к мозговым и печеночным клеткам свидетельствуют о нарушении иммунной толерантности организма больных алкоголизмом. Дисбаланс антител в сыворотке крови указывает на недостаточность клеточного иммунного ответа и запуск аутоагрессивного процесса, что приводит к гибели печеночных и мозговых

клеток у больных алкоголизмом.

Следует отметить, что данные исследования подтверждают корреляционную связь между уровнем антител в крови больных алкоголизмом как до, так и после лечения. Выявлен иммуномодулирующий эффект анксиолитиков бензодиазепинового ряда, атипичных нейролептиков, который даёт возможность прогнозировать эффективность психофармакотерапии у больных алкоголизмом.

Таким образом, включение в комплекс лечения больных алкоголизмом анксиолитиков (сибазон 1-2 таблетки в день в течении месяца) и атипичных нейролептиков (рисперидон 1-2 мг. в день в течении месяца) является патогенетически обоснованной терапией.

Выводы. 1. Выявленные нами изменения активности антител свидетельствуют о нарушении мембранных структур нейронов мозга и согласуются с данными о мембранотропном воздействии алкоголя. 2. Следует рекомендовать бензодиазепиновые анксиолитики и атипичные нейролептики для снижения активности иммунного процесса у больных алкоголизмом.

Использованная литература:

1. Алимов У.Х., Абдулкасымов Ф.Б., Харабара Г.И. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических поведенческих расстройств. Ташкент. 2003. - С. 234-244.
2. Варфоломеева Ю.Е., Крылов Е.Н. и др. Сероквель в терапии больных алкогольной зависимостью. Сб. тезисов XIV съезда психиатров России. - Москва. - 2005. - С. 334.
3. Ветлугина Т.П., Семке В.Я., Бохан Н.А. и др. Клинико-динамические аспекты психонейроиммунологии // Мат. XIV съезда психиатров России. - 2005. - С. 473.
4. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Вопр. наркологии. - 2013. - № 1. - С. 108-117.
5. Кротенко Н.М., Короткова Е.И., Бойко А.С. и др. Метаболические нарушения при алкогольном абстинентном синдроме и возможности их коррекции // Фундам. исследования. - 2014. - Т.10, № 6. - С. 31-37.
6. Лобачев А.С. Применение блокаторов опиатных рецепторов в комплексной терапии больных алкогольной зависимостью. Сб. тезисов XIV съезда психиатров России. - Москва. - 2005. - С. 354.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**Г. А. Ихтиярова, Н. К. Дустова, З. Ш. Курбанова**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: варикозная болезнь, цитокины, сосудистый эндотелиальный фактор роста.**Таянч сўзлар:** варикоз касаллиги, цитокинлар, томир эндотелиал ўсиш омили.**Key words:** varicose veins, cytokines, vascular endothelial growth factor.

Хроническая венозная недостаточность и варикозная болезнь представляют собой наиболее часто встречающуюся группу экстрагенитальной патологии сердечно-сосудистой системы у беременных и родильниц, по данным различных авторов – у 30-50% женщин. По данным авторов, у беременных с варикозной болезнью достаточно высока частота раннего токсикоза и гестоза (10%), хронической гипоксии плода (10%), патологии пуповины (24-26%), несвоевременного излития околоплодных вод (22-24%), слабости родовой деятельности (15%), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (2%), кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах (18%), послеродового эндометрита (7%).

ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД ҲОМИЛАДОРЛАРДА ПЛАЦЕНТАР ЕТИШМОВЧИЛИКДА ЦИТОКИНЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ**Г. А. Ихтиярова, Н. К. Дустова, З. Ш. Курбанова**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Сурункали веноз етишмовчилиги ва варикоз томирлари ҳомиладорликда юрак-қон томир тизими экстрагенитал патологиясининг энг кенг тарқалган гуруҳи бўлиб, аёлларнинг 30-50% да учрайди. Муаллифнинг фикрига кўра, варикоз касаллиги бўлган ҳомиладор аёлларда эрта токсикоз ва гестоз (10%), сурункали ҳомила гипоксияси (10%), киндик патологияси (24-26%), қоғаноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши (22-24%) ва туғруқ даврларининг сустлиги (15%), нормал жойлашган йўлдошнинг муддатдан олдин ажралиши (2%), туғруқдан кейинги ва туғруқдан олдинги даврларда қон кетиш (18%), туғруқдан кейинги эндометрит (7%) каби асоратлар кўп учраб туради.

PROGNOSTIC VALUE OF CYTOKINES IN WOMEN WITH VARICOSE VEINS IN CASE OF PLACENTAL INSUFFICIENCY**G. A. Ikhtiyarova, N. K. Dustova, Z. Sh. Kurbanova**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Chronic venous insufficiency and varicose veins are the most common group of extragenital pathology of the cardiovascular system in pregnant women and puerperas, according to various authors - in 30-50% of women. According to the authors, pregnant women with varicose veins have a rather high frequency of early toxicosis and gestosis (10%), chronic fetal hypoxia (10%), umbilical cord pathology (24-26%), untimely discharge of amniotic fluid (22-24%), and weakness of birth activity (15%), premature detachment of a normally located placenta (2%), bleeding in the postpartum and early postpartum periods (18%), postpartum endometritis (7%).

Иммунный баланс в функциональной системе мать-плацента-плод формируется под влиянием факторов, среди которых значительную роль играет состояние здоровья женщины перед гестацией [3,5]. Поскольку нарушение плодово-материнских иммунных взаимоотношений при плацентарной недостаточности является важным звеном патогенеза, оценка цитокинового статуса должна быть неотъемлемой частью комплексного обследования беременных с осложненным течением беременности и родов [1,4,6].

Цель исследования: изучение роли провоспалительных цитокинов, для разработки оптимальной тактики ведения беременности и родов одновременным прогнозированием течения родов и послеродового периода у женщин с варикозной болезнью (ВБ).

Материалы и методы исследования: всего было обследовано в сыворотке крови содержание провоспалительных интерлейкинов у 65 беременных, из них 45 с ВБ до и после коррекции иммуномодулирующая терапия на фоне флеботоников и 20 с физиологическим течением беременности и родов.

Результаты исследования и их обсуждение: Общеизвестным фактом является, то

что при венозной болезни женщин особое место занимает фетоплацентарная недостаточность и основными причинами которой является выраженная воспалительная реакция всего организма, в том числе и матки и плаценты. В патогенезе развития ВБ и заболеваний сосудов особое место отводится медиаторам воспаления, особенно провоспалительных, таких как IL-1, IL-6, IL-8, IL-10 и VEGF. Большой интерес представляют результаты исследования провоспалительных цитокинов и возможности использования этих данных для прогнозирования родов с варикозной болезнью: о сроках, методах родоразрешения и исхода послеродового периода в акушерской практике, которые помогают последующей разработке тактики ведения.

Повышение уровней провоспалительных цитокинов во II и III триместрах беременности приводит к увеличению синтеза простагландина амниотическими оболочками, способствующего преждевременному развитию родовой деятельности, исходя из этого мы смогли прогнозировать по признакам фетоплацентарной недостаточности и ближайшие сроки родоразрешения. Из 45 женщин основной группы роды завершились через естественные родовые пути у – 79%, кесаревым сечением – 21%. Сыворотку для определения цитокинов собирали на первые же сутки после поступления в стационар. В контрольной группе также здоровым родильницам при поступлении, и на 3-4 –е сутки перед выпиской. Сроки гестации в двух сравниваемых группах были идентичны. IL-1, IL-6, IL-8 и IL-10 относятся к провоспалительным цитокинам, концентрации которых были повышены в нашей основной группе по сравнению с контрольной на 1,5-2 раза. Содержание концентрации IL-6 повысилось в 14,3 раза, что означало генерализацию воспалительного процесса. IL-6 в основном регулирует иммунный ответ, реакции острой фазы и воспаления, тормозит синтез VEGF, что наблюдалось и в наших исследованиях. У больных где были высокие значения IL-6, показатель VEGF в 1,4 раза повышен. Концентрация IL-8 также была высокая, где средняя концентрация составила $60,8 \pm 7,9$ пг/мл, превышая в 1,8 раз больше показателей контрольной группы, составив $35,6 \pm 10,2$ пг/мл. Местное действие IL-8 приводит к повышению проникновения активированных макрофагов, что может способствовать плацентарной дисфункции. В контрольной группе также здоровым родильницам, на 3-4 –е сутки перед выпиской. Сроки гестации в двух сравниваемых группах были идентичны. IL-6 и IL-8 относятся к провоспалительным цитокинам, концентрации которых были повышены. Содержание концентрации IL-6 повысилось в 14,3 раза, что означало генерализацию воспалительного процесса. В анализах взятых у 45 женщин с ВБ ни у одной не были результаты нормальными, напротив, в 8 пробах они были в 3,2 раза больше, составив 93 пг/мл.

Основными функциями IL-6 является регуляция процессов созревания антителообразующих клеток и продукция сывороточных иммуноглобулинов.

Концентрация IL-6 составила в среднем у пациенток с ВБ $73,7 \pm 17,4$ пг/мл**, почти в 9 раз превышая значения у здоровых беременных ($8,9 \pm 3,1$ пг/мл*).

В тех пробах, где показатели IL-6 были высокие, в сравнении с контрольной (таких было у 32 пациенток с ВБ), клинически совпадало с выраженными варикозами и характеризовалось глубокими изменениями в венах и фетоплацентарном комплексе, что подтвердили данные морфологических исследований плаценты и биоптатов после родов.

По данным литературы, IL-6 наряду с другими цитокинами способствует успешной имплантации, способен секретироваться трофобластом. Активируя супрессорное звено лимфоцитов, IL-6 может затруднять реализацию эффекторных реакций иммунной системы матери по отношению к плоду. С другой стороны, IL-6 активирует коагуляционные реакции, может привести к формированию плацентарной недостаточности. Это означает что не только хроническая ВУИ может способствовать развитию декомпенсированной формы ФПН, а высокие значения провоспалительных цитокинов осложняют коагуляционные показатели крови, в результате чего происходит осложнения в родах и послеродовом периоде.

Концентрация IL-8 также была высокая, где средняя концентрация составила $60,8 \pm 7,9$ пг/мл, превышая в 1,8 раз больше показателей контрольной группы, составив $35,6 \pm 10,2$ пг/мл.

Таблица 1.

Сравнительные данные сывороточного уровня цитокинов у женщин с варикозной болезнью

Изученные Цитокины	Концентрация цитокинов в сыворотке крови (пг/мл)		
	Контрольная группа, n=20	До лечения n=45	После лечения n=45
IL-1	9,33 ±1,04	14,2 ±0,72*	11,3 ±0,52
IL-6	8,9±3,1	73,7±17,4**	11,6±5,2
IL-8	35,6 ±10,2	60,8±7,9*	39,6±11,9
IL-10	3,99±0,58	11,83±0,58*	4,78 ±1,7
VEGF	91,84±4,58	144,09±15,7*	101,0±15,7

Примечание: * - достоверность различий ($P < 0,05$)

Интерлейкин 8 (IL-8) — один из основных провоспалительных цитокинов, образуемый макрофагами, эпителиальными и эндотелиальными клетками. Играет важную роль в системе врождённого иммунитета, выступая в качестве хемоаттрактанта для нейтрофилов, макрофагов, лимфоцитов, эозинофилов, является ключевым индуктором острой воспалительной реакции. Местное действие IL-8 приводит к повышению проникновения активированных макрофагов, что может способствовать плацентарной дисфункции [2, 5].

В целом для пациенток с декомпенсированной ХПН, которая осложнилась при ВБ, характерно наличие выраженных системных нарушений иммунного статуса в виде повышения в сыворотке крови уровней IL-1, IL-6, IL-8 IL-10. Концентрация IL-1, IL-10 было при поступлении также высока, и после коррекции иммуномодулирующей терапии показатели провоспалительных цитокинов снизились (Таблица 1).

Таким образом, при хронической венозной недостаточности, далее с переходом в стадию декомпенсации, выявлено нарушение цитокинового баланса с тенденцией направленности по Th1-типу, ускорением процессов межклеточного взаимодействия, нарушении эффекторной функции иммунокомпетентных клеток, что способствует формированию воспалительного режима иммунорегуляции. Изучение характера иммунного ответа у беременных с ХВН на системном уровне позволит разработать прогностические критерии способов родоразрешения, из которых самым эффективным и безопасным является самопроизвольное родоразрешение.

По показателям провоспалительных интерлейкинов появилась возможность своевременного вмешательства в процесс родов, несмотря на некоторые теории, с одновременным появлением перспективы снизить случаи кровотечения и септических осложнений в послеродовом периоде. А также надо отметить, что нами полученные результаты послужат прогностическим критерием исхода заболевания.

Прогностическая ценность IL-6 и IL-8 составила 86,6% в 39 случаях и совпадала с клиникой декомпенсированной ФПН на фоне ВУИ при ВБ.

После завершения родов при ВБ вновь исследовали концентрацию провоспалительных цитокинов на 3-и сутки, которые получали лечение, для прогнозирования течения послеродового периода.

Среднее содержание в сыворотке провоспалительных цитокинов в целом снижалось, составив 11,6±5,2 и 39,6±11,9 пг/мл.

Анализ полученных данных показал, что изначальное повышение уровня провоспалительных цитокинов у беременных с ВБ свидетельствует о наличии в организме выраженного иммунного ответа на развитие дегенеративно-воспалительных процессов, после завершения родов уже на 2-3-е сутки, при благоприятном течении патологического процесса начало достоверно снижаться.

Делая заключение по данному исследованию, хотелось бы отметить, что повышенный исходный уровень провоспалительных цитокинов и последующее выраженное их снижение после коррекции у женщин с ВБ, возможно, отражают изменение направленности иммунно-

го ответа в процессе лечения в результате переключения доминирующего изначально клеточного -Th-1-типа, на гуморальный, что следует расценивать как благоприятный прогностический показатель.

В целом для пациенток с декомпенсированной ХПН, которая осложнилась при ВБ, характерно наличие выраженных системных нарушений иммунного статуса в виде повышения в сыворотке крови уровней цитокинов. По показателям провоспалительных интерлейкинов появилась возможность своевременного вмешательства в процесс родов, несмотря на некоторые теории, с одновременным появлением перспективы снизить случаи кровотечений и септических осложнений в послеродовом периоде. А также надо отметить, что нами полученные результаты послужат прогностическим критерием исхода заболевания.

Вывод: повышенный исходный уровень провоспалительных цитокинов и последующее выраженное их снижение у больных с ВБ, отражают изменение направленности иммунного ответа в процессе лечения в результате переключения доминирующего изначально клеточного -Th-1-типа, на гуморальный, что следует расценивать как благоприятный прогностический показатель.

Достоверное повышение уровней IL-1 IL-6 IL-8 и IL-10 у женщин с ВБ позволяет использовать их в качестве дополнительных критериев иммунодиагностики и помогают благоприятному завершению беременности, родов и послеродового периода.

В целом прогностическая ценность провоспалительных цитокинов при ВБ высокая и варьирует в пределах от 82,2% до 91%, что можно рекомендовать как одним из достоверных маркеров диагностики ФПН. Кроме того как при мониторинге за течением воспалительного процесса, который возможно может развиваться в послеродовом периоде и для прогнозирования исхода патологического состояния в раннем послеродовом периоде акушерских кровотечений и септических осложнений в послеродовом периоде.

Использованная литература:

1. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза//Рос. вест. акуш.гинеколога. -2007. №6. - С. 74-77.
2. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. М.: Видар, 2000. 112 с.
3. Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К. Особенности беременности и родов у пациентов с варикозными расширенными венами таза /// Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии Сборник научных статей участников международной научно-практической конференции 2018. С. 74-76.
4. Ихтиярова Г.А., Курбанова З.Ш., Хафизова Д.Б. Воспалительные изменения в системе мать - плацента-плод при антенатальной гибели плода // Вестник врача.—№2, 2019. С.60-67.
5. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Прокубовский В.И. Варикозная болезнь вен малого таза. Флебология. Под ред. В.С. Савельева. М: Медицина 2008; 246.
6. Ubaydullaeva S. A Shamavsurova E A Comparative analysis of risk factors of Low and adolescent health status of children at the regional level //// Evropean Science ReviewAvstria 2016. № 7-8 –pp 81-85.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИН**Г. С. Каримова, Ф. И. Зокирова**

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: факторы риска, половые органы, родильницы, родовые травмы.**Таянч сўзлар:** хавф омиллари, жинсий аъзолар, туққан аёллар, туғруқ жароҳатлари.**Key words:** risk factors, genitals, childbirth women, birth injuries.

Пролапс внутренних половых органов у женщин наблюдается как после осложненных родов, так и при родах плода с большой массой, с повреждением родовых путей, а также после физиологических родов.

АЁЛЛАР ИЧКИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ПАСТГА СИЛЖИШИ ВА ТУШИШИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛАРИ**Г. С. Каримова, Ф. И. Зокирова**

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Аёллар ички жинсий аъзоларининг пастга силжиши ва тушиши таббий туғруқ йўллари орқали кўп марта, тез-тез туққан аёлларда, анатомик тор чаноғи бор, йирик ҳомила туққан, асоратланган, туғруқ йўлларида чуқур жароҳатларидан кейин кўпроқ учраши аниқланган.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PTOSIS AND PROLAPSE OF WOMEN INTERNAL GENITAL ORGANS**G. S. Karimova, F. I. Zokirova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Prolapse of the internal genital organs in women is observed both after a complicated birth and during childbirth with a large mass of the fetus, with damage to the birth canal, and also after physiological birth

Актуальность. Опушение и выпадение внутренних половых органов (пролапс тазовых органов) - одно из часто встречающихся в гинекологии хронических заболеваний, при котором возникает ослабление мышечно-связочного аппарата органов малого таза, приводящее к опущению стенок влагалища и выпадению матки. Смещение гениталий образует грыжевое выпячивание в просвет влагалища, который в дальнейшем выходит за пределы половой щели. Опушение и выпадение внутренних женских половых органов в настоящее время приобретает масштаб скрытой эпидемии, которая в последние годы не имеет тенденции к снижению. Частота выпадения матки и влагалища составляет 12-30% у повторнородящих и 2% у нерожавших женщин. В мировой статистике частота опущения и выпадения внутренних половых органов варьирует в широких пределах и носит многофакторный характер. Акушер-гинекологи развитых стран утверждают, что пролапс гениталий встречается лишь у 2-3% женского населения США, а по мнению некоторых авторов, заболевание встречается гораздо чаще [5]. Чем больше у женщины рождается детей, тем выше вероятность опущения или выпадения гениталий. В группе риска находятся пациентки, рожавшие 2-х и более детей. Частота разновидностей опущения органов малого таза у женщин в возрасте до пятидесяти лет в России варьирует и составляет от 15 до 30%, к 50 годам данный показатель увеличивается до 40%. Среди пожилых женщин опущение и выпадение органов малого таза встречается более часто. Их частота достигает 50—60%.

В нашей республике каждая пятая пациентка, на приеме у гинеколога, предъявляет жалобы, связанные с данной патологией. Главной причиной пролапса тазовых органов является несостоятельность мышц тазового дна и брюшной стенки, чаще возникающая после родов через естественные родовые пути. По мере развития патологии усугубляются функциональные нарушения со стороны влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки, приводя не только к физическим и моральным страданиям, но и частичной или полной потере трудоспособности, делая жизнь этих женщин социально неблагополучной. Несмотря на прово-

димую работу по профилактике опущения и выпадения внутренних половых органов женщины, эта проблема в настоящее время остается актуальной и занимает одно из ведущих мест в структуре женской заболеваемости, который непосредственно влияет на качество жизни женщины.

При профилактических осмотрах женщин с опущением стенок влагалища I-II степени в возрасте старше 45 лет достигает 26%. В структуре показаний к плановому хирургическому лечению опущение и выпадение внутренних половых органов занимает одно из ведущих мест [1,3].

Эпидемиологические исследования показывают, что 11,4% женщин в мире имеют риск хирургического лечения генитального пролапса, то есть одна из 11 женщин [4], за свою жизнь перенесет операцию в связи с опущением и выпадением внутренних половых органов. С увеличением продолжительности жизни частота опущения и выпадения половых органов возрастает. В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю опущения и выпадения внутренних половых органов приходится до 28%, а из гинекологических операций 15% проводят по поводу этой патологии. При развитии этой патологии всегда есть повышение внутрибрюшного давления экзо- и эндогенного характера и несостоятельность тазового дна. Повышенное внутрибрюшное давление начинает выдавливать органы малого таза за пределы тазового дна [2]. В начале заболевания женщину ничего не беспокоит. С течением времени у пациенток присоединяются жалобы на дискомфорт в области наружных половых органов, чувство тяжести внизу живота и пояснице, местные симптомы со стороны влагалища: ощущения давления, тяжести во влагалище, выпячивания, патологическое выделение из влагалища, подкапывание и недержание мочи, цистит, хроническое воспаление влагалища, недержание стула и газов, задержка кала и газов, диспареуния. Выраженность и преобладание тех или иных симптомов при данной патологии зависит от вида и стадии пролапса.

Целью настоящего исследования является изучение факторов риска развития опущения и выпадения внутренних половых органов женщины.

Материалы и методы. Ретроспективное изучение историй болезни 30 больных с опущением и выпадением внутренних половых органов в период 2016-2018 годы в гинекологическом отделении клиники СамМИ.

У всех пациенток при сборе анамнеза выяснялся возраст, количество родов, паритет между родами, особенности течения беременности и родов, операции примененные в родах, масса новорожденного, травмы мягких родовых путей и их заживление в послеродовом периоде, пороки развития матки, опухоли органов малого таза, травмы тазового дна, перенесенные гинекологические заболевания и операции на гениталиях, наличие экстрагенитальных заболеваний, которые могли сопровождаться повышением внутрибрюшного давления, хронические запоры, ожирение, астения, атрофия тканей, истощение, серьезные физические нагрузки и характер труда.

Основой диагностики опущения и выпадения внутренних половых органов явился осмотр в гинекологическом кресле наружных половых органов и осмотр в гинекологических зеркалах, при котором отмечалось зияние половой щели, диаметр входа во влагалище, степень опущения стенок влагалища и шейки матки, полип, эрозия, мацерация шейки матки, наличие рубцов и деформаций, характер выделений из влагалища, бимануальный осмотр, при котором определялась степень опущения стенок влагалища и матки, расположение, форма и подвижность матки, состояние мышц тазового дна, цистоцеле, цистоуретроцеле, проводился кашлевой тест, ректальное, ректовагинальное исследование для определения степени выраженности ректоцеле или энтероцеле. Из инструментальных методов обследования при различной степени пролапса всем проводилось трансвагинальное УЗИ, кольпоскопия, у женщин с нарушением функции прямой кишки—ректоскопия, у женщин с нарушением мочеиспускания—цистоскопия, а так же гистероскопию по показаниям. Критерием включения явились гнойные, слизисто-гнойные, кровяни-

стые выделения из половых путей, боли внизу живота и в области промежности, частое болезненное мочеиспускание, подтекание мочи, недержание мочи и кала при физической нагрузке, запоры, затрудненный выход газов и стула, недержание газов, дискомфорт при половом контакте, ходьбе, боли в пояснице и в области крестца.

Результаты и их обсуждение. Исследуемая ретроспективная группа пациенток ($n=30$) разделена на городских 11 (36,6%) и жительниц сельской местности 19 (63,4%), работниц различной профессиональной деятельности 12 (40%), домохозяек 18 (60%). Все ($n=30$) пациентки были родоразрешены через естественные родовые пути, возрастная характеристика женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов составила следующее: 20-30 лет 16,7%, 31-40 лет 26,6%, 41-50 лет 36,7%, 51-70 лет 20%. У исследуемых женщин в анамнезе было от 2 до 7 родов. У 7 (23,3%) женщин отмечались длительные роды (неудовлетворительный прогресс родов), у 8 (26,6%) женщин отмечалось уменьшение размеров таза, у 18 (60%) пациенток отмечались травматические повреждения родовых путей (разрыв шейки матки, стенок влагалища, промежности различной степени, перинео- и эпизиотомия) с последующим наложением швов. У 17 (56,7%) женщин родились дети с массой тела 4000 грамм и выше, у 2 (6,0%) отмечалась тазо-головная диспропорция легкой степени, многоплодная беременность у 1 (3,0%), многократные повторные роды у 6 (20%). У 2 (6,0%) пациенток в родах были применены акушерские щипцы, а у 1 (3%) плодоразрушающая операция, после которых отмечались глубокие разрывы шейки матки, влагалища и промежности различной степени. У 7 (23,3%) женщин отмечались послеродовые септические осложнения (пельвиоперитонит, параметрит, метроэндометрит). У 12 (40%) женщин отмечалось нагноение раны с последующим расхождением швов, у 1 (3%) женщины в послеродовом периоде наблюдался симфизит, 5 (16,6%) женщин родоразрешены с интервалом один год. Также одним из этиологических факторов развития явилась тяжелая физическая нагрузка (женщины сельской местности) в послеродовом периоде у 18 (60%), у 11 (36,6%) отмечалось ожирение различной степени. По сумме клинических данных и диагностических исследований у женщин опущение и выпадение I степени составило 16 (53,4%), II степени 9 (30%), III степени 3 (10%), IV степени 2 (6%).

Выводы. На основании приведенных выше данных можно сделать заключение, что опущение и выпадение внутренних половых органов чаще встречается у женщин сельской местности, после повторных, многократных, частых родов с малым интергравидарным интервалом, у женщин с уменьшением анатомических размеров таза, аномалиях родовой деятельности (в особенности II периода родов), после родов плода с крупной массой и после грубых травматических повреждений родовых путей различной степени с последующим нагноением и расхождением швов, тяжелый физический труд в послеродовом периоде, ожирение, что требует правильного подхода при ведении родов, правильной техники наложения швов и ухода за ними, назначение гимнастических упражнений на мышцы тазового дна в послеродовом периоде, а также проведение физиотерапевтических процедур на тазовое дно с целью улучшения качества жизни женщины.

Использованная литература:

1. Гинекология. Национальное руководство 2-е издание. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2018г. Издательство: Гэотар-Медиа.
2. Акушерство. Национальное руководство 2-е издание. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. 2018г. Издательство: Гэотар-Медиа.
3. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2009г. Издательство: МЕДпресс-информ.
4. Гинекологические заболевания. Серов В.Н., Бурлев В.А., Колода Ю.А., Коноводова Е.Н., Соколова Ю.Ю. 2015г. Издательство: Литтерра.
5. Susan L. Hendrix, Amanda Clark, Ingrid Nygaard, Aaron Aragaki, Vanessa Barnabei. Pelvic organ prolapse in the women's health initiative: Gravity and gravidity// American Journal of Obstetrics and Gynecology.
6. Бахаев, В.В. Рабочая классификация пролапса гениталий у женщин / В.В. Бахаев [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней.— 2009.— Т. LVIII, вып. 5.— С. 18–20.

РАСПРОСТРАННОСТЬ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

И. С. Манасова, З. Ж. Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: эндемический зоб, экология, урбанизация, анкета, регион.

Таянч сўзлар: эндемик буқоқ, экология, урбанизация, анкета, регион.

Key words: endemic goiter, ecology, urbanization, questionnaire, region.

Основной причиной эндемического зоба, или патологии щитовидной железы, является развитие дефицитных состояний, связанных с ограниченным поступлением йода с водой. Рост распространённости этих заболеваний привел к увеличению числа инвалидности населения. Поэтому важной задачей медицины является проведение профилактических мероприятий, организация проведения своевременного обследования с целью раннего выявления больных с эндемическим зобом и лечение до развития осложнений.

ЭНДЕМИК БУҚОҚ КАСАЛЛИГИНИНГ ИССИҚ ИҚЛИМ ШАРОИТИДА ТАРҚАЛИШИ

И. С. Манасова, З. Ж. Жумаева

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Инсон саломатлиги учун сув ва ҳаводек зарур микроэлементлардан бири бу – йод моддаси бўлиб, қалқонсимон без фаолиятида муҳим ўрин эгаллаб, организмда унинг етишмаслиги оқибатида аҳоли ўртасида буқоқ касалликлари кўпайишига олиб келади. Бу касаллик ва унинг асоратлари тиббиёт ходимларини ташвишга солаётган долзарб муаммолардан бири бўлиб, профилактик чора тадбирларни ўтказиш вазифасидир.

PREVALENCE OF ENDEMIC GOITER IN A HOT CLIMATE

I. S. Manasova, Z. Zh. Zhumaeva

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

One of the essential ingredients for human health and water is the essential ingredient of thyroid gland, which, due to its deficiency in the body, leads to increased liver disease. This disease and its complications are one of the most urgent problems facing healthcare workers - the task of preventive measures.

Актуальность. Эндемический зоб у взрослых и детей является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Практически во всех регионах мира число больных неуклонно растёт, удваиваясь каждые три десятилетия. В последние годы проблема эндемического зоба приняла угрожающий характер [2]. Урбанизация и изменение экологии и условия труда многократно увеличили заболеваемость. В последние десятилетия отмечается заметное оживление интереса врачей различных специальностей к проблеме эндемического зоба. Это связано, в первую очередь, с увеличением частоты эндемического зоба, как среди взрослого, так и среди детского контингента. Кроме того, его осложнения характеризуются изменениями практически всех органов и систем, что ухудшает качество жизни и уменьшает продолжительность жизни. Согласно современным представлениям, эндемический зоб - это хроническое, многофакторное заболевание, проявляющееся гормональными изменениями ткани, которое при прогрессирующем течении осложняется нарушением функции различных органов и систем.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение распространения и факторов риска эндемического зоба, разработка научно-обоснованных профилактических мер по снижению заболеваемости.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в поликлинике города. Объектом исследования были дети с 7 до 16 лет и взрослые в возрасте 18-40 лет, 40-60 лет и старше 60 лет, страдавшие эндемическим зобом. Основу клинического материала составили результаты, проходящего медицинский осмотр населения, проживающего на территории поликлиники, а также медицинские карты 200 пациентов с диагнозом эндемический зоб. Также нами были изучены анкеты - вопросник по оценке медико-социального состоя-

ния пациентов с диагнозом эндемический зоб, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках города.

Методами исследования служили:

1. Клинико-лабораторные и гормональные исследования.
2. Социологические методы исследования: на основании специально разработанной анкеты – вопросника по оценке медико-социального состояния пациентов с сахарным диабетом. Анкета состоит из 4 пунктов, где имеются общие сведения, оценка условий и образа жизни, оценка факторов риска, приводящие к развитию эндемического зоба, режим и характер питания.
3. Эпидемиологические: на основании корреляционного анализа показателей факторов риска, способствующих развитию сахарного диабета населения города Бухары.
4. Статистические: на основании статистической обработки полученных данных и корреляционного анализа.
5. Общеклиническая диагностика.

Результаты и обсуждения. Результаты медицинского осмотра и клинико-лабораторных данных [6] показали, в 2017 году выявлены 1670 (3,9) больных с диагнозом эндемический зоб, из них 8% детский контингент, взрослые 18-40 лет составляли 52%, 40-60 лет 20%, остальные более 60 лет. В 2018 году заболеваемость эндемическим зобом достигла до 2120 (5,0) больных. Анализ распределения обследованных по возрасту показал, что заболеваемость эндемическим зобом в возрасте от 7-16 лет 9,5%, 18-40 лет составляла 56%, 40-60 лет и старше 29-30% (рис.1 и 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

С целью выяснения причины роста больных с диагнозом эндемического зоба, проживающих на территории поликлиники нами было проведено анкетирование 100 взрослых больных, взятых на учет в поликлиниках города. Распределение материала по полу показало, что 25% больных были мужского пола, 75% женского пола.

Общее распределение больных по социальному происхождению показало, что малообеспеченных семей в неблагополучных условиях жизни – 16, средне обеспеченных семей в нормальных условиях – 31, обеспеченные семьи с благополучными условиями жизни составляли 53 больных.

Изучение состояния питания больных выявило что, 27 (27%) больных соблюдали режим питания, 32 (32%) соблюдали режим питания иногда, и 41 (41%) больных не соблюдали режим питания.

Изучение характера питания больных эндемическим зобом 28 (28%) в избыточном количестве употребляли мучные продукты, 32 (32%) - чрезмерно употребляли пряности и сладости, 16 (16%) – часто употребляли жареные блюда, 11 (11%) - недостаточно питались фруктами, 13 (13%) - в недостаточном количестве употребляли овощи. Согласно опросу 1

(1%) больной регулярно употреблял кофе и имел однообразный характер питания, 23 (23%) - разнообразное, 55 (55%) - диетическое, 16 (16%) - не имели возможность употреблять морские продукты, 5 (5%) больные с диагнозом эндемический зоб употребляли печеное и жирное питание.

Из всех обследованных только 10% больных не имели гигиенических знаний. Анкетирование больных с эндемическим зобом, у 60% больных родственники состояли на «Д» учете.

Вывод. Таким образом, распространенность и рост заболеваемости эндемическим зобом, из анализа вышеуказанных данных выяснилось, что основной причиной заболевания являются социально-бытовые факторы (малообеспеченность, низкие санитарно-бытовые условия) и нерациональное питание. Диабет, как самостоятельное заболевание, так и как фактор риска многих неинфекционных заболеваний, на протяжении последних десятилетий является важной социально-экономической проблемой для многих стран, в том числе и для Узбекистана. С целью улучшения условия жизни населения рекомендуем: научно-обоснованные профилактические меры по снижению заболеваемости:

-общее-оздоровительные мероприятия, улучшение условий проживания и труда населения. Немаловажное значение имеет качество питьевой воды, улучшение источников водоснабжения.

- употребление следующих продуктов:

- морской рыбы (сельдь, треска, камбала, палтус, тунец, морской окунь, лосось);
- животные жиры (молоко, яичные желтки, масло, говядина в отварном или рубленном виде);
- морская капуста;
- овощи (морковь, картофель, чеснок, свекла, редис, лук, помидоры);
- фрукты и ягоды (бананы, виноград, дыня, ананасы, клубника, хурма, яблоки, лесная земляника, цитрусовые);
- отварные каши и макаронные изделия;
- отвар шиповника, овощные и фруктовые соки, дрожжевой напиток, отвар пшеничных отрубей;
- варенье, мед;
- растительное масло.

Йодированная соль получается путем добавления в обычную йодистого калия, для хранения нужно использовать посуду, которая плотно закрывается (в противном случае йод может выветриться, а с ним и вся польза). Особенно важно проводить профилактику зоба в детском возрасте, так до 12 лет наблюдается физиологическая гиперплазия щитовидной железы, что может стать началом заболевания.

Использованная литература:

1. КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/pitanie-i-endemicheskiy-zob-itogi-sobstvennyh-issledovaniy>.
2. Онищенко Г.Г. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации: извлечение из государственных докладов за 2000-2007 гг. С 120-132.
3. Поликлинические отчетные данные.
4. Секреты эндокринологии - Майкл Т. МакДермотт - Учебное пособие, 2003
5. Чередниченко А.М., Савинова Т.Л., Малямова Роль семьи в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с хеликобактериозом. Общая врачебная практика. -2004. - №2.С.18-22.
6. Штенберг А.И., Огорокова Ю.И. Значение фактора питания в развитии эндемического зоба. М.: Медицина, 1998. С 65-68.
7. Штенберг А.И., Еремин Ю.Н. Роль питания в профилактике эндемического зоба. М.: Медицина, 2000. С 90-92.
8. Guthikonda S, Sinkey C, Barenz T, et al. Xanthine oxidase inhibition reverses endothelial dysfunction in heavy smokers. Cirkularion.2003; 107; 416-21.

СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ**Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, У. О. Наврузова,
Г. К. Каримова, И. Б. Шукуров, Х. И. Аманова**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара Узбекистан

Ключевые слова: кольпоскопия, фоновые и предраковые заболевания шейки матки, диагностика заболеваний шейки матки.**Таянч сўзлар:** кольпоскопия, бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари, бачадон бўйни касалликлари диагностикаси.**Key words:** colposcopy, base-line and pre-cancer diseases of cervix of the the uterus, diagnostics of diseases of cervix of the uterus.

В данной статье освещены результаты простой и расширенной кольпоскопии, проведённой у 242 женщин репродуктивного возраста, которые обращены с различными гинекологическими заболеваниями. Результат исследований показывает, что 67,8% женщин имели различные патологические изменения шейки матки. Из них 24,4% женщин не имели каких-либо жалоб и клинических признаков.

БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ**Н. О. Наврузова, Г. А. Ихтиярова, У. О. Наврузова, Г. К. Каримова, И. Б. Шукуров, Х. И. Аманова**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ушбу мақолада турли гинекологик касалликлар билан мурожаат қилиб келган 242 нафар репродуктив ёшдаги аёлда ўтказилган оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия текширув натижалари ёритилган. Натижада 67,8% фоиз аёлда бачадон бўйнининг турли патологик ўзгаришлари аниқланди. Шулардан 24,4% аёлда ҳеч қандай шикоят ва клиник белгилар бўлмаган.

MODERN DIAGNOSTIC METHODS FOR EARLY DETECTION OF CERVICAL DISEASES**N. O. Navruzova, G. A. Ikhtyarova, U. O. Navruzova, G. K. Karimova, I. B. Shukurov, X. I. Amanova**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

This article describes the results of simple and extended colposcopy, which was held among 242 women in reproductive age who consulted with different gynecological diseases. The result of the studies shows that 67,8% women had a different pathological change cervix of the uterus. Of them 24,4% women had not any complaints and clinical sign.

Актуальность проблемы фоновых заболеваний шейки матки обусловлена широкой распространенностью патологии шейки матки, которая встречается, по данным В.Н. Прилепской, у 10-15% женщин репродуктивного возраста. Кроме того, известно, что фоновые заболевания могут предшествовать злокачественным новообразованиям шейки матки, заболеваемость которыми в настоящее время, согласно исследованиям В.И. Краснопольского [13], В.Н. Прилепской не имеет тенденции к снижению.

В последние годы в Узбекистане наблюдается неуклонный рост инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки, из них 23,2% составляют эндоцервициты, в 30% случаев проявления цервицита наблюдаются на фоне эктопии [1,6]. При воспалительных заболеваниях нарушаются процессы созревания и десквамации эпителия, что создает условия, предрасполагающие к развитию дисплазии шейки матки [11].

Представленные данные еще раз подтверждают, что и цитологический метод исследования в настоящее время остается ведущим в диагностике заболеваний шейки матки. К сожалению, до сих пор среди гинекологов существует ошибочное мнение об опасности углубленного цитологического обследования шейки матки у беременных из-за возможных осложнений беременности [5].

Воспалительные заболевания шейки матки, сопутствующие большинству фоновых процессов, многими исследователями рассматривались как этиологические факторы возможной малигнизации [4]. В работах Е.Н. Кауховой, А.Ю. Лугуевой, и др. [14] обследованы

2119 пациенток с различными неопухолевыми заболеваниями шейки матки (эктопия, про-стая лейкоплакия, гипертрофия, деформация шейки матки, наботовы кисты, эндометриоз). Доказано значимость для диагностики и выбора способа лечения УЗИ органов малого таза, применения методов ПЦР, цитологического, бактериоскопического, бактериологического. В исследованиях И.С. Сидоровой, М.Н. Жолобовой и др. [30] установлено, что у женщин репродуктивного возраста с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 48% диагностируется патология шейки матки. Результаты исследований С.А. Левакова, А.Г. Кедровой и др. [8] позволили делать следующие выводы: современная кольпоскопическая диагностика на первичном гинекологическом приеме является высокоинформативным методом скрининга при умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки, сокращает время от постановки диагноза до лечения на 2-4 нед, а также уменьшает на 1-2 число визитов к врачу, при среднем увеличении времени на первичный осмотр до 7 мин. Чувствительность кольпоскопического метода составила 73.2%, специфичность – 64,1%, а ее точность – 69%. При наличии признаков инвазии, выделенных при кольпоскопии, диагноз совпадал с данными цитологического исследования в 80% наблюдений.

Автором Вагановой С.Е. [3] доказано преимущество использования спрея эпиген интим при криодеструкции остроконечных кондилом. Эффективность галенофиллипта при ожоговой эрозии шейки матки изучалась сотрудниками Института токсикологии под научным руководством доктора мед. наук В.К. Суханкина. На модели эрозии шейки матки проведена сравнительная оценка эффективности галенофиллипта и зарегистрированного препарата солковагин производство фирмы Solco Basel AG [2].

Основной целью цитологического исследования служит выявление морфологических особенностей клеток, характеризующих патологический процесс. Метод дает возможность оценить структуру и клеточный уровень повреждения тканей, попавших в мазок-отпечаток, и позволяет выявить предраковые изменения за 3-5 лет до развития рака шейки матки [12].

В исследованиях И.С. Сидоровой, М.Н. Жолобовой и др. [13] установлено, что у женщин репродуктивного возраста с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия) в 48% диагностируется патология шейки матки. По мнению авторов становится очевидной необходимость дальнейшего изучения причинных факторов, клинических проявлений, морфологических и иммуногистохимических особенностей патологии шейки матки в сочетании с заболеваниями матки с целью формирования унифицированного подхода к диагностике и лечению.

Проблема диагностики заболеваний шейки матки обусловлена их неуклонным ростом и значительным удельным весом в структуре гинекологической заболеваемости. По данным Т.А. Обоскалова, И.Н. Кононова и др. [10] заболевания шейки матки составляют 61,2% в структуре гинекологических заболеваний. В 83% случаев патология шейки матки сопровождается нарушением дисбиоза влагалища и иммунными дисфункциями, что согласуется с данными других исследователей.

Диагностика предраковых процессов в шейке матки осуществляется в несколько этапов. На первом этапе проводится первичное обследование женщин, которое включает в себя тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование, осмотр с помощью гинекологических зеркал, бимануальное гинекологическое исследование, кольпоскопию, цитологию мазков, анализ влагалищных мазков для определения флоры [9].

Кольпоскопия (КС) – высокоинформативный, широко доступный и недорогой метод диагностики заболеваний шейки матки (ШМ), влагалища, вульвы, который существенно повышает эффективность обследования женщин с гинекологической патологией. Наряду с другими современными методами обследования КС позволяет выбрать оптимальные способы ведения пациенток и контролировать состояние эпителия шейки матки, влагалища и вульвы в различные физиологические периоды жизни женщин, может использоваться неоднократно. Главная задача КС - выявить предраковые состояния эпителия ШМ, к которым

относят дисплазию многослойного плоского эпителия (МПЭ) и эндоцервикального железистого эпителия, которая инициируется вирусом папилломы человека (ВПЧ) [12].

Расширенная КС – наиболее эффективная и распространенная методика – осмотр эпителия с применением различных эпителиальных и сосудистых тестов, при которых оценивается реакция тканей в ответ на обработка медикаментозными составами. В технологическую цепь КС включены осмотр тканей под разным увеличением, с использованием фильтра, после обработка растворами уксусной кислоты и Люголя. Каждый этап позволяет уточнить кольпоскопические данные, так как метод является в известной мере субъективным и требует достаточной подготовки и квалификации.

Важным методом для выявления патологии шейки матки является кольпоскопия с установлением подозрительных участков для прицельной биопсии. Кольпоскопия высокоинформативный, доступный и недорогой метод диагностики заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы, который существенно повышает эффективность обследования женщин с гинекологической патологией.

Цель исследования. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста путём кольпоскопического исследования.

Материал и методы. За период от 2016 до 2018 года нами в Бухарском областном перинатальном центре обследовано 242 женщины, обратившихся на консультацию с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 18 до 46 лет. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с включением метода классической и расширенной кольпоскопии на портативном аппарате Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia). Проводился осмотр терапевтом. Тщательно собран анамнез.

При кольпоскопии определялись форма, величина шейки матки и наружного зева, цвет и рельеф слизистой оболочки, граница плоского и цилиндрического эпителия, особенности сосудистого рисунка. Фотографирование производилось самостоятельной оптической системой, синхронно связанной с монитором компьютера.

Проводилась также расширенная кольпоскопия, нанесением, на влагалищную часть шейки матки 3% раствора уксусной кислоты, благодаря чему более чётко выявлялись патологические изменения на её поверхности. Действие раствора проявлялся через 30-50 секунд и продолжался 3-4 мин. После изучения кольпоскопической картины шейку матки осушили ватным тампоном и смазывали 3% раствором Люголя (проба Шиллера). Этот метод основан на определении содержания гликогена в эпителиальных клетках. Под действием раствора Люголя зрелый плоский эпителий, богатый гликогеном, окрашивается в тёмно-коричневый цвет. При предраковых и раковых заболеваниях клетки бедны гликогеном и не окрашиваются раствором Люголя. Кроме того, не окрашиваются участки истончённого плоского эпителия вследствие резкого уменьшения толщины промежуточного слоя и воспаленная слизистая оболочка.

Для выполнения поставленных в работе задач при обследовании женщин были использованы следующие методы.

- Клинико-визуальный метод как один из наиболее распространенных методов диагностики ВПЧ-инфекции.

- Расширенная кольпоскопия, которая представляет собой высокоинформативный метод, включающей осмотр и ревизию состояния слизистой оболочки шейки матки, влагалища и вульвы при увеличении с помощью микроскопа в 7 – 8 раз и применение некоторых тестов, при которых оценивается реакция тканей в ответ на их обработку различными медикаментозными средствами.

- Гистологический метод диагностики самый точный из всех методов, но его применение ограничено у беременных.

- Бактериологические – качественный и количественный состав микрофлоры влагалища, цервикального канала, микробиологическое исследование; ПЦР-диагностика уrogenи-

тальной инфекции, включая хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), а также выявление общего типа ВПЧ и высокоонкогенных и низкоонкогенных штаммов ВПЧ.

- Цитологическая диагностика, использование которой у женщин в возрасте 18-46 года с интервалом 5 лет может привести к снижению смертности от рака шейки матки, проводилась по методу Папаниколау (Pap-тест). При оценке результатов цитологического исследования пользовались классификацией по Папаниколау, самой распространенной классификацией патологического исследования шейных мазков, которая насчитывает 5 типов:

I тип – атипические клетки отсутствуют, нормальная цитологическая картина;

II тип – незначительное изменение клеточных элементов обусловлено воспалительным процессом, проявляется небольшим увеличением ядра, появлении клеток метаплазированного эпителия;

III тип – имеются единичные клетки с изменениями соотношения ядра и цитоплазмы, дискариоз, диагноз недостаточно ясен, требуется повторение цитологического исследования или необходимо гистологическое исследование;

IV тип – обнаруживаются отдельные клетки с признаками злокачественности, а именно с увеличенными ядрами и базофильной цитоплазмой, неравномерным распределением хроматина;

V тип – в мазке имеются многочисленные атипические клетки.

Важным является обнаружение изменений клеток эпителия при инфицировании ПВИ, койлоцитов, диспаракератоза.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных комплексных клинко-эндоскопических исследований практически здоровыми оказались 78 (32,2%) женщин. При 1 и 2 методе у 164 (67,8%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: и экзоцервициты у 44 (27%), эндометриоз шейки матки у 9 (5,5%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 35 (21,3%), полип шейки матки у 6 (3,7%), простая и частично перекрытая эктопия у 20 (12,2%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 8 (4,9%), сужение и заращение шейки матки у 5 (3%), папиллома шейки матки у 4 (2,4%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 29 (17,7%) (4 метод), лейкоплакия у 4 (2,4%), у 15(9,1%) ВПЧ и 9 (5,5%) ВПЧ у беременных женщин. Учитывая клинко-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены в группе активного наблюдения у онкогинеколога.(таблица 1).

Гистологический метод проведено у всех женщин. Всех женщин проводилась по методу Папаниколау (Pap-тест), у 25 (15,2%) женщин был I-II тип и III-IV тип Pap-теста у 10 (6,1%) женщин.

Тёмно-коричневое, гомогенное окрашивание шейки матки и нормальная кольпоскопическая картина позволили отнести этих женщин к группе здоровых. Нередко патологиче-

Таблица 1.

Патология, выявленная при кольпоскопии

№	Выявленная патология	Абс	%
1	Экзоцервициты	44	27%
2	Эндометриоз	9	5,5%
3	Псевдоэрозии и эрозии шейки матки	35	21,4%
4	Полип шейки матки	6	3,7%
5	Эктопия	20	12,2%
6	Старые разрывы и рубцы шейки матки	8	4,9%
7	Сужение и заращение шейки матки	5	3%
8	Папиллома шейки матки	4	2,4%
9	Герпетическая и грибковая инфекция	29	17,7%
10	Лейкоплакия	4	2,4%

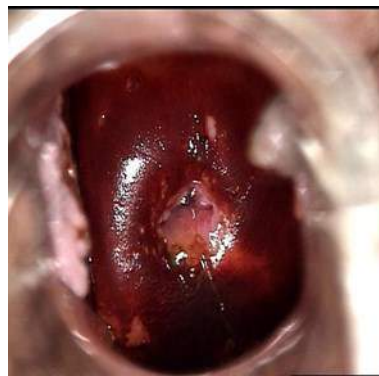


Рис. 1. Больная Ш. 1990 г. Простая и расширенная кольпоскопия. Проба Шиллера.

ские изменения слизистой оболочки канала шейки матки обнаруживались при наличии гипертрофии, рубцов, деформаций влагалищной части шейки матки. Важно отметить, что у 59 (24,4%) женщин патологические изменения шейки матки выявлены без каких-либо жалоб и клинических признаков доказывает несомненную роль кольпоскопии доклинической диагностики заболеваний шейки матки.

Результаты эхографического исследования обследованных женщин вносились в специальную электронную базу данных. При записи кольпоскопических данных учитывали место выявленных изменений. Разделив шейку матки на 4 квадранта, все обнаруженные изменения указывали по часам циферблата (например, на 6 часах).

Учитывая клинико-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены к группе активного наблюдения у онкогинеколога.

Выводы. Таким образом, кольпоскопия рекомендуется для широкого внедрения в практику акушеров-гинекологов с целью комплексного проведения диагностических мероприятий. Ввиду применения в современных кольпоскопах цифровых видеосистем с программным обеспечением эффективность данного метода диагностики существенно повышается, что позволяет провести адекватное своевременное лечение.

Комплексное проведение диагностических мероприятий с включением кольпоскопии в поликлиниках, гинекологических стационарах, более углублённые исследования, осуществляемые в специализированных онкологических учреждениях, является перспективным и целесообразным, так как позволяет повысить точность диагностики заболеваний шейки матки, провести адекватное своевременное лечение и обеспечить вторичную профилактику рака шейки матки.

Использованная литература:

1. Абдуллаходжаева М.С., Коначев Д.В., Хакбердиева Д.М. Диагностика предраковых процессов шейки матки экспресс-методом в регионах Узбекистана. // Медицинский журнал Узбекистана 2016. №6. С.2–5.
2. Балаев Т.А., Бадюгина И.Б., Молдавер Б.Л., Асланян Т.А., Беляева О.М.. применение антисептика растительного происхождения в лечении воспалительных заболеваний шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2011. №2. С. 102-105
3. Ваганова С.Е.. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2010. №5. С. 116-120
4. Гренкова Ю.М. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера-гинеколога 2012; 1: 12: 60 – 63.
5. Зароченцева Н.В., Серова О.Ф., Торшина З.В., Меньшикова Л.В., Кешьян Л.В., Малиновская В.В. Особенности местного иммунитета у беременных с папилломавирусной инфекцией. // Российский вестник

- акушера-гинеколога 2012; 4: 12: 8 – 12.
6. Ихтиярова Г.А., и соав. Акушерство и гинекология М.Медкнига 2019; 125.
 7. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю.. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2005. №3 Том 5. С. 66-71
 8. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н.. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
 9. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошила Е.С., Кузина Т.В. Эффективность реабилитационных мероприятий после деструктивных методов тарпии у пациенток с патологией шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией. // Акушерство и гинекология. 2012. №2. С. 86-89
 10. Овчинникова Н.В.. Хирургическое лечение больных с доброкачественными сочетанными заболеваниями шейки матки. // Акушерство и гинекология. 2011. №6. С. 41-46
 11. Патология шейки матки и тела матки: Руководство для врачей. Подред. Е.В. Коханевич. Нежин: Гидро-макс 2009; 352.
 12. Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Аكوпова Е.С. Новые международные стандарты и классификации в кольпоскопии. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
 13. Сидорова И.С., Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б.. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. №3 Том 12. С. 55-57

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТОАНТРИТОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: отоанtrit, ВИЧ-инфицированные дети.**Таянч сўзлар:** отоанtrit, ОИВ – инфекцияси билан касалланган болалар.**Key words:** otoantritis, HIV-infected children.

Целью нашего исследования является анализ и оценка отоантритов как осложнение инфекционных и соматических заболеваний у 30 ВИЧ – инфицированных больных детей. Обследованные больные до 14 лет жизни, из них мальчики 4 (33,3%) девочки 8 (66,7%). Самопроизвольные прободения барабанной перепонки наблюдались у 2 (16,7%) больных. У 5 (41,6%) больных детей произведена диагностическая тимпанопункция, а у 12 больных антротомия. У 12 больных детей наблюдался отогенный сепсис 2 (16,7%), 3 (24,1%) отогенный менингит, парез лицевого нерва у 3 (24,1%) больных и летальный исход у 1 (1,6%) больного. Таким образом, проведение с целью диагностики и лечения тимпанопункции, парацентеза, антротомии, а также антибактериальной терапии при лечении отоантритов является целесообразным.

**ОИВ – ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА
ОТОАНТРИТНИ МАЛАКАЛИ ДАВОЛАШ****Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ушбу изланиш мақсади ОИВ – инфекцияси билан касалланган болаларда 30 та юқумли ва соматик касалликларнинг асорати отоантритларни таҳлил қилиш ва баҳолашдан иборатдир. Қуришиб турибдики, болалар 14 ёшгача бўлиб, шулардан ўғил болалар 4 та (33,3 %), қиз болалар 8 та (66,7 %) ни ташкил этади. Ноғора параданнинг уз-уздан тешилиши 2 та (16,7 %) беморда кузатилди. 5 та (41,6 %) беморда диагностик тимпанопункция ва 12 та беморда антротомия қилинди. 12 та беморда отоантрит асорати сифатида отоген сепсис - 2 та (16,7 %), отоген менингит - 3 та (24,1 %), юз нервнинг фалажи 3 та (24,1%), ва летал ҳолат 1 та (1,6 %) беморда кузатилди. Шундай қилиб, ОИВ – инфекцияси натижасида ривожланган отоантритни диагностика ва даволаш учун тимпанопункция, парацентез, антротомия амалиётларини бажариш, ҳамда антибактериал даволаш утқизиш мақсадга мувофиқдир.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF OTOANTHRITIS IN HIV-INFECTED CHILDREN**N. U. Narzullaev, R. R. Radjabov, H. N. Nuriddinov**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Our investigations were performed with purpose to study 30 infectious and somatic diseases complicated by otoantritis. It was found that among young children at the age under 14 boys were 4 (33,3%), and girls were 8 (66,7%), in 24 (40%) there was spontaneous perforation of tympanum. In 5 (41.6%) patients the diagnostic tympanopuncture was performed and in 12 of patients antrotomy was made. Of 12 patients with otoantritis in 2 (16.7%) patients complications were developed, such as otogenic sepsis and in 3 (24.1%) patients otogenic meningitis; in 3 (24.1%) patients - paresis of facial nerve; and lethal outcome in one (1,6%) patient. Thus, it is necessary to perform tympanopuncture, paracentesis, antrotomy in combination with antibacterial, for diagnosis and treatment otoantritis in infants.

Отоантриты у ВИЧ-инфицированных детей являются одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний, не имеющих тенденции к снижению. Это обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями, изменениями иммунологической реактивности детского организма и на известных этапах роста недостаточностью регуляторных и компенсаторных механизмов (недоразвитие тепло-регулирующей способности центральной нервной системы, лабильность обмена веществ) в связи с ухудшением экологических условий неблагоприятным воздействием внешней среды, а также необоснованным чрезмерным и бесконтрольным применением антибиотиков [3,4]. Частота развития отоантритов у ВИЧ-инфицированных детей, по данным литературы, колеблется от 14 до 40% и возрастает при сопутствующих соматических заболеваниях [2,3,4].

Отоантрит - полиэтиологическое заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса на слизистую оболочку антрума, надкостницу и костную стенку,

протекающее по типу остеомиелита с поражением надкостницы заушной области. За последнее время клиническое течение острого воспаления среднего уха и антрита у ВИЧ-инфицированных детей раннего возраста значительно изменилось, изменился характер микрофлоры в среднем ухе, увеличилось число больных со стертым, латентным, атипичным течением заболевания вследствие активной необоснованной антибактериальной терапии [1,2,5,6].

У ВИЧ-инфицированных детей отоантрит обычно возникает на фоне острых респираторных вирусных и других инфекционных заболеваний, а также при назофарингитах [6,7,8]. Наиболее частый путь проникновения инфекции - тубарный. Короткая, широкая, низко расположенная и идущая почти горизонтально слуховая труба способствует распространению инфекции в барабанную полость, тем более, что грудные дети в основном лежат на спине, часто срыгивают, возможно также затекание носоглоточной слизи. Воспалительные изменения стенок слуховой трубы приводят в последующем к сужению или закрытию ее просвета и нарушению вентиляции системы среднего уха.

К отоантритах предрасполагают следующие факторы: несовершенство регуляторных и компенсаторных механизмов, недостаточный местный и общий иммунитет, особенности строения среднего уха, высокая заболеваемость детскими острыми инфекционными респираторными заболеваниями. В их развитии также играет роль ВИЧ-инфицирование, перинатальная патология, нарушенное питание (гипо- и паратрофия), гастроэнтерологические и эндокринные заболевания, гиповитаминоз, рахит, экссудативный диатез.

К другим факторам относятся травма, дефицит иммуноглобулинов (в частности, IgA Ig G2), ВИЧ инфекция, а также наличие возможности генетической предрасположенности.

Целью исследования явилось лечение отоантритов у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 ВИЧ-инфицированных детей, получающих стационарное лечение в условиях областной детской больницы и областной инфекционной больницы города Бухары. Из них у 12 больных выявлена отоантрит. При этом в зависимости от течения отоантрита наблюдались катаральные и гнойные формы среднего отита. В возрастном аспекте дети были распределены следующим образом: в возрасте от 0 до 1 года - 2 детей (17%), от 1 года до 3-х лет 4 детей (34%), от 3-х до 14-х лет - 6 детей (49%).

Мальчиков было 4 (33,3%), девочек 8 (66,7%) Всем детям проведено тщательное отоларингологическое исследование, а у 10% больных рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. При типичной отоскопической картине диагноз отоантрита ставился по совокупности всех местных и общих признаков на основании данных анамнеза, рентгенографии в проекции Гинзбурга, отоскопической картины, результатов тимпанопункции и парацентеза.

Однако картина барабанной перепонки не всегда полностью отражает состояние среднего уха. Нужно иметь в виду, что барабанная перепонка нередко гиперемизируется от крика ребенка во время осмотра и туалета наружного слухового прохода, которая захватывает только ее верхнюю часть. Иногда даже при тяжелых отоантритах краснота барабанной перепонки отсутствует; перепонка мутная, утолщена, выбухает, контуры сглажены. В этих случаях диагноз может быть поставлен на основании всей симптоматики течения болезни: общего состояния ребенка, беспокойного поведения (вздрагивание), болезненной гримасы, отказа от груди, хватательных движений руками за ухо, вялости, судорожной готовности, судорог, запрокидывания головы, боли при надавливании на козелок.

У 5 (41,6%) ВИЧ-инфицированных больных детей была произведена диагностическая тимпанопункция. Наличие в пунктате гноя или серозного экссудата являлось показанием к выполнению парацентеза. Существенным признаком гнойного отоантрита является обильное, длительное и даже усиливающееся со временем слизисто - гнойное отделяемое. После кратковременного улучшения в связи с опорожнением полости от гноя состояние ребенка у

4- 33,3% больных вновь резко ухудшалось, нарастали явления токсикоза, парентеральной диспепсии, эксикоза.

Значительное затруднение диагностики возникало тогда, когда ребенок одновременно болел соматическими и неврологическими заболеваниями, в частности, пневмонией, дизентерией и другими желудочно-кишечными расстройствами. Парентеральная диспепсия, кишечная интоксикация, рвота, жидкий стул, эксикоз, падение веса - эти осложнения нередко отвлекали внимание врачей от причинного момента отоантрита. Лишь прободение барабанной перепонки, гноетечение и наступающее непосредственно после этого улучшение состояния помогали врачам других специальностей заподозрить отоантит. Необходимо иметь в виду, что у новорожденных и у детей первого года жизни часто встречаются вторичные формы поражения среднего уха, возникающие на фоне ВИЧ –инфицирование

Самопроизвольная перфорация барабанной перепонки произошла лишь у 2 (16,7%) больных, так как в этом возрасте барабанная перепонка за счет утолщения и уплотнения более способна к сопротивлению давления экссудата. В 4 (33,3%) случаях имело место латентное течение отоантрита на фоне массивной антибактериальной терапии на догоспитальном этапе и в стационаре по поводу других сопутствующих заболеваний. У 70% больных выявлялись вяло протекающий токсикоз и отсутствие температурной реакции, либо затяжной субфебрилитет, т.е. не было ярко выраженных клинических симптомов. Обычно отмечались желудочно-кишечные расстройства, потеря аппетита, упорная рвота, в некоторых случаях выявились неврологические симптомы. Отоскопические данные, как правило, были слабо выражены: у 32% больных барабанные перепонки были тусклые, иногда розоватые, опознавательные пункты нечеткие, выявлялось легкое выпячивание в задне - верхнем квадранте, контуры перепонки и наружного слухового прохода сливались. При отсутствии адекватного лечения уже на 7-9 день развивались тяжелые осложнения, которые в наших наблюдениях имели место у 8-ти детей: отогенный сепсис у 2-х (16,7%), отогенный менингит у 3-х (24,1%) (у одного ребенка с летальным исходом), и отогенный парез лицевого нерва - у 3-х 24,1%) детей.

У 8 больных (66,5%) произведена антротомия. В антруме обнаружен густой гной, и при бактериологическом посеве обнаружены стрептококки, пневмококки, стафилакокки, кишечная палочка и клебсиеллы, которые чувствительны к антибиотикам: амоксиклаву квиктабу у 1 больного (15%), сифлоксу - у 3 (35,5%), абакталу - у 3 (35,5%), таревиду - у 1 больного (15%).

подавляющее большинство наблюдаемых нами детей вначале поступали в соматические, инфекционные и неврологические отделения областной детской больницы и областной детской инфекционной больницы с диагнозами сепсис, кишечный синдром, гипотрофия, гипертензивный синдром, последствия черепно- мозговой травмы и другими.

Несмотря на общее признание бактериальной этиологии большинства случаев острого среднего отита и отоантрита, в настоящее время существуют разногласия по вопросу о целесообразности назначения антибиотиков, продолжительности антибиотикотерапии и критериях ее эффективности [7,8,9]. Поэтому при ОСО у ВИЧ-инфицированных детей, в основном, рекомендуется назначение антибиотиков с целью уменьшения риска развития гнойных осложнений. В большинстве случаев ОСО и отоантрита возбудитель не определяется, и препаратами выбора являются антибиотики, действующие на микроорганизмы, наиболее часто вызывающие заболевания. Для большинства больных препаратом выбора является амоксилав квиктаб для перорального применения, который эффективен в отношении основных возбудителей, сравнительно редко вызывает побочные реакции (сыпь и диарея).

При неэффективности амоксиклава квиктаба целесообразно использовать амоксицилин в комбинации с клавуланатом калия, цефалоспорины второго и третьего поколения (цефаклор, сифлокс, цефпрозил, цефуросим), абактал, таревит, триметоприм-сульфаметоксазол, эритромицин или мидекамицин.

Продолжительность антибактериальной терапии составляет 10 дней.

В дополнител к антибиотикам назначают деконгестанты, антигистаминные препараты, муколитики, сурфактанты, иммуноглобулины и бактериальные вакцины.

Таким образом, всех больных детей с высокой температуры, рвотой, симптомами интоксикации, потерей сознания, наличием неврологической симптоматики, подозрением на менингит прежде всего с целью исключения отоантрита необходимо проконсультировать у оториноларинголога. Для диагностики и лечения отоантрита произвести рентгенографию уха, диагностическую тимпанопункцию, а в дальнейшем по показаниям - парацентез, антромию. При установке диагноза проводить адекватное комплексное лечение с учетом характера микрофлоры из уха.

Выводы:

У ВИЧ-инфицированных детей вторичные отоанtritы развиваются на фоне инфекционных соматических и острых респираторных вирусных заболеваний.

Для диагностики различных форм отоантрита у ВИЧ-инфицированных детей вместе с клиническими проявлениями заболевания особое место имеет проведение отоскопии, тимпанопункции и парацентеза барабанной перепонки.

Целесообразное изменение антибактериальных препаратов способствует предотвращению развития тяжелых осложнений и уменьшению частоты летального исхода.

Использованная литература:

1. Арифов С.С. Сравнительное изучение степени интоксикации у больных ОГСО // Вестник отоларингологии. - 2017.-Т.3-С.23.
2. Бариляк Р.А., Дячук В.В., Цириковский Г.Г. Значение определения локальной температуры при отоантритах у детей грудного возраста II Журнал ушн.нос.горл.бол.-2015.-№2.-С.16-17.
3. Бессараб Т.П., ЮЩУК Н.Д. «ВИЧ_инфекция в оториноларингологической практике» Лечащий врач. 2013 №1 с.26-28.
4. Камилов А.И., Субханова Н.Р., «Факторы риска и особенности течения ВИЧ-инфекции у детей» Педиатрия 2016. №1 с.64-67
5. Козлов М.Я. Острые отиты у детей и их осложнения // Ленинград.-2016.-С.123.
6. Пальчун В.П., Крюков А.И. Руководство для врачей // Оториноларингология.-Москва,2015.
7. Тарасова Г.Д., Строганов В.П., Омеьяновский В.В. Антибактериальная терапия воспаления среднего уха в детском возрасте //Вестн. оториноларингологии.- 2017.—№ 6.-С.12-13.
8. Тарасова Г.Д. Факторы риска развития экссудативного среднего отита у детей Вестн. оториноларингологии.-2018.-№ 1.-С. 15-17.

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ — ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: отоантрит, ВИЧ-инфицированные дети.

Таянч сўзлар: отоантрит, ОИВ – инфекцияси билан касалланган болалар.

Key words: otoantritis, HIV-infected children.

Острый средний отит (ОСО) у ВИЧ-инфицированных детей относится к неотложной ЛОР-патологии и является проблемой не только для оториноларингологов, но и педиатров, детских инфекционистов. На основании ретроспективного анализа автором отмечается рост заболеваемости ОСО, учащение негнойных форм отита. Клинико-лабораторные данные обследования 35 ВИЧ-инфицированных больных детей с использованием ПЦР-тестирования и бактериологического исследования позволили автору судить об активности стрептококков, микоплазм, вирусов, хламидий и др. возбудителей в этиологии ОСО. Предложено комплексное лечение больных ОСО в оториноларингологическом, инфекционном отделении под наблюдением оториноларинголога с учетом этиопатогенеза заболевания.

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЎРТА ОТИТНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Н. У. Нарзуллаев, Р. Р. Раджабов, Х. Н. Нуриддинов

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

ОИВ—инфекцияси билан зарарланган болаларда ўткир ўрта отит (ЎЎО) фақатгина шошилишч ЛОР-патологиянинг балки, педиатрлар ва болалар инфекционистларининг муаммосидир. Ретроспектив анализлар шуни кўрсатдики, ўткир ўрта отитнинг йирингсиз формаси кўп фоизларда учраб экан. 35 нафар ОИВ инфекцияси билан зарарланган болаларда ЎЎО этиологиясида клинко-лаборатор, ПЦР натижаларига кўра стрептококк, микоплазм, вируслар ва хламидийлар учраб экан. Шунинг учун бу беморлар оториноларингология ва юкумли касалликлар шифохонасида оториноларинголог назорати остида даволанишлари зарур.

ACUTE OTITIS MEDIA IN HIV-INFECTED CHILDREN: THE STRATEGY OF PATIENT CARE

N. U. Narzullaev, R. R. Radjabov, H. N. Nuriddinov

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Acute otitis media in HIV-infected children is an emergency ENT pathology encountered not only by otorhinolaryngologists but also in the practical work of general pediatricists, infectionists, and representatives of other medical disciplines. Retrospective analysis demonstrates a progressively increasing ENT morbidity rate, especially that of non-purulent forms. Clinical and laboratory characteristics of 35 HIV-infected children patients examined in the present study using PCR – testing and bacteriological methods provided data on the activity of Streptococci, Mycoplasmas, Chlamidiae, viruses, and other causative agents of ENT diseases. A strategy for the combined treatment of patients with ENT pathology in infectious and otolaryngological departments under control of an otorhinolaryngologist is proposed taking into consideration etiology and pathogenesis of the disease.

Острое воспаление слизистой оболочки среднего уха — слуховой трубы, барабанной полости и клеток сосцевидного отростка — заболевание, наиболее распространенное в детском возрасте, является многоплановой проблемой. Острый средний отит (ОСО) у ВИЧ-инфицированных детей относится к неотложной патологии и требует внимания не только оториноларингологов, но и педиатров, детских инфекционистов, аллергологов. Так, в классификации, предложенной М.Я. Козловым [1;3;4;10], выделен «явный острый средний отит», «острый средний отит при инфекционных заболеваниях», «экссудативно-аллергический рецидивирующий средний отит».

Современные стандарты обследования к лечению больных ОСО рекомендуют выполнение предлагаемого «лечебно-диагностического алгоритма при патологии ЛОР-органов» [2,4,5,7]. Однако в зависимости от этиопатогенеза заболевания, клинических проявлений и стадии процесса различен и подход к решению вопроса об организации лечения [6,8,9,10]. Наш опыт наблюдения детей в многопрофильной областной детской больнице

позволил выработать, определенную тактику ведения этих больных детей.

Целью исследования являлось изучение течения и лечения острого среднего отита у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Анализируя архивный материал, мы отметили неуклонный рост числа больных с ОСО: процент больных ОСО по отношению к общему числу обратившихся в ЛОР-отделение больных увеличился с 23,7% в 2016 г. до 35,1% в 2017 г. По сравнению с 2016 г. в 2017 г. число госпитализированных детей с ОСО за год уменьшилось с 45 до 35, а число парацетезов неравномерно увеличилось с 19 до 23 (6;7;9). Следует отметить наряду с ростом абсолютного числа парацетезов, что процент больных с ОСО, которым был произведен парацетез, уменьшился. Пик заболеваемости ОСО в последние годы приходился на февраль, октябрь—ноябрь, совпадая с подъемом заболеваемости ОРВИ. Клинико-лабораторные исследования 2017 г. на базе Бухарского многопрофильного детского центра генной диагностики и лаборатории биологической безопасности и лечения особо опасных инфекций (ООН) позволили нам в этиологии ОСО выявить участие следующих возбудителей: *Streptococcus* spp. (46,5%), *Adenovirus* (25,6%) и *Mycoplasma* (23,2%), причем *Adenovirus* определяли в единственном числе. *Herpes simplex type* (18,6%), *Haemophilus* spp. (11,6%), *Epstein-Barr virus* (9,3%) и *Neisseria* spp. (4,6%) определялись только в ассоциациях, а *Chlamidia pneumonia* (9,3%) и *Cytomegalovirus* (6,9%) — как отдельно, так и в многокомпонентных сочетаниях.

Что касается патогенеза, то при обследовании 35 детей с 2 до 14 лету 21 (75,48%) был поставлен диагноз ОРВИ или ОРБВИ с проявлением в форме отита на фоне остро-го аденоидита (93,88%), острого назофарингита (86,73%), острого риносинусита (11,22%) в сочетании с острым конъюнктивитом (33,67%), острым ларинготрахеитом (18,37%) и острым бронхитом (4,08%). Только у 14 (24,52%) из 35 ВИЧ-инфицированных больных детей можно было поставить основной диагноз — острый средний отит, в том числе у 2 (6,25%) — гнойный.

Результаты исследования: Лечение и обследование больных проводилось в соответствии с «Лечебно-диагностическими стандартами по инфекционным болезням у детей», раздел ОРВИ, острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной этиологии.

В зависимости от тяжести состояния и возраста все ВИЧ-инфицированные дети находились под наблюдением педиатра, инфекциониста (СПИД центр), или оториноларинголога (в отделении оториноларингологии). Лечение включало комплекс АРВ-терапии, дезинтоксикационной терапии, препараты с вирацидной активностью (изопринозин, альгирем, арбидол, амиксин, ремантадин, осельтамивир), индукторы интерферона (анаферон, циклоферон, неовир, гепон, кагоцел), препараты рекомбинантного интерферона (гриппферон, виферон, капферон), гомеопатические средства (оциллококцидум, коризалия, афлубин. агри), антибиотки (ко-амоксиклав, цефотаксим, цефтриаксон, цефутоксим, цефтибутен, кларитромицин, джозамицин), жаропонижающие (парацетамол, нурофен, цефекон Д) и противовоспалительные средства (фенспирид), муколитики и мукомодуляторы (бромгексин. амброксал, флюдитск, флуимуцил). Местно использовались изотонические и гипертонические растворы для орошения и промывания полости носа, деконгестанты, антисептики.

Оториноларингологом дополнительно были назначены только ушные капли в зависимости от стадии заболевания и чувствительности (отипакс, отофа, нормакс) и топические мукоактивные препараты в случае гнойного аденоидита (ринофлуимуцил). Как правило, по окончании лечения купировались и явления ОСО. Соответственно характеру возбудителя (микоплазменная, хламидийная, персистирующая вирусная инфекция) терапия продолжалась в амбулаторных условиях.

Больным с фебрильной температурой в доперфоративной стадии ОСО в ЛОР-отделении производился парацетез с дальнейшей госпитализацией в инфекционное отделение. Для диагностики проводилось исследование мазков из носоглотки и уха при помощи

ПЦР и бактериологическое обследование. Если у ВИЧ-инфицированных детей при нормальной температуре тела после проведенного лечения сохранялись признаки ОСО, риносинусита или аденоидита, их переводили в оториноларингологическое отделение для интенсивной местной терапии (метод «перемещения» по Протцу, ЯМИК-терапия, катетеризация и продувание слуховых труб), ФТЛ или хирургические вмешательства.

Детям старше 2 лет с неблагоприятным аллергологическим анамнезом назначали антигистаминные препараты и/или топические кортикостероиды по инструкции.

Больным в перфоративной стадии (6,25%) при первично-гнойном процессе с момента обращения рекомендовали госпитализацию в детское ЛОР-отделение.

Таким образом, на наш взгляд, предложенная тактика в отношении ВИЧ-инфицированных больных респираторными инфекциями и ОСО наиболее соответствует эпидемиологическим требованиям пребывания больных в инфекционных, детских оториноларингологических отделениях и целесообразна для повышения эффективности терапии и профилактики рецидивов.

Использованная литература:

1. Афонькин В.Ю. «Реабилитация слуха у больных острым средним отитом на фоне применения фенспирида». Вестник оториноларингологии.-2017.-№1-С .59-60.
2. Богомилский. М.Р., Чисякова В.Р. «Детская оториноларингология». Руководство для врачей. М.2015;1:660.
3. Бессараб Т.П., Ющук Н.Д. Лечащий врач.2012;№1. С.26-30.
4. Бессараб Т.П., Козлов А.Б. «Новости оториноларингологии». 2014;1;21-23.
5. Бессараб Т.П. «Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии». Вестник оториноларингологии.2014.с.15-23.
6. Богомилский М.Р., Румянцев А.Г. и др. «Поражения ЛОР-органов при СПИДе у детей». Вестник оториноларингологии. 2012;1:4-6.
7. Богомилский М.Р., Палуни М.М., Поляков Д.П. и др. «Состояние слуха у детей, перенесших острый средний отит, с применением парацетеза» . Вестник оториноларингологии.2018.-№1-с .17-20.
8. Рязанцев С.В. «Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов». Методические рекомендации. С -Петербург: АНО 2017:с.32.
9. Симованян Э.Н. «Лечебно-диагностические стандарты по инфекционным болезням у детей». Учебное пособие. Ростов- на Дону. 2015. с.157.
10. Козлов М.Я. «Острые отиты у детей и их осложнения». Л:Медицина 2018.с.232-236.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**М. Н. Негматуллаева, Н. Г. Ашурова, М. М. Жумаева**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: апоплексия яичника, олигоменорея, гиперполименорея, лейкоцитарная инфильтрация.**Таянч сўзлар:** тухумдон апоплексияси, олигоменорея, гиперполименорея, лейкоцитар инфильтрация.**Key words:** ovarian apoplexy, oligomenorrhea, hyperpolymenorrhea, leukocyte infiltration.

Целью нашего исследования явилось - изучение состояния репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника. Нами проведен анализ 200 историй болезни с установленным клиническим диагнозом «апоплексия яичника», получавших лечение в Областном перинатальном центре и в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2017-2019 гг. Выявление истинных причин апоплексии яичника и этиотропная терапия позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины. Эндоскопическое вмешательство является методом выбора в лечении этой патологии, так как устраняет образование спаек, уменьшает число рецидивов, способствует восстановлению репродуктивной функции и должно применяться даже при небольших кровопотерях из разрыва фолликула.

ТУХУМДОН АПОПЛЕКСИЯСИДАН КЕЙИН РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМИНИНГ ҲОЛАТИ**М. Н. Негматуллаева, Н. Г. Ашурова, М. М. Жумаева**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Тадқиқотимизнинг мақсади тухумдонлар апоплексиясини ўтказган аёлларда репродуктив функциянинг ҳолатини ўрганиш бўлиб. Вилоят перинатал марказида ва Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиалида 2017-2019 йилларда "Тухумдонлар апоплексияси" клиник диагностикаси билан даволанган 200 та касаллик тарихини таҳлил қилдик. Тухумдонларнинг апоплексияси ва этиотропик терапиянинг ҳақиқий сабабларини аниқлаш аёлнинг репродуктив саломатлигини сақлашга имкон беради. Эндоскопик аралашув бу патологияни даволашда танлов усули ҳисобланади, чунки у битишмаларнинг шаклланишини йўқ қилади, релапслар сонини камайтиради, репродуктив функцияни тиклашга ёрдам беради ва фолликул ёрилишида кичик қон йўқотиш билан ҳам қўлланилиши керак.

STATE OF REPRODUCTIVE FUNCTION AFTER APOPLEXY OF THE OVARIAN**M. N. Negmatullaeva, N. G. Ashurova, M. M. Zhumaeva**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

The aim of our study was to study the state of reproductive function in women who underwent ovarian apoplexy. We analyzed 200 case histories with a clinical diagnosis of "ovarian apoplexy", who received treatment in the Regional Prenatal Center and in the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine in 2017-2019. Identification of the true causes of ovarian apoplexy and etiotropic therapy allows you to maintain a woman's reproductive health. Endoscopic intervention is the method of choice in the treatment of this pathology, since it eliminates the formation of adhesions, reduces the number of relapses, helps to restore reproductive function and should be used even with small blood loss from rupture of the follicle.

Апоплексия яичника - это непредвиденный разрыв ткани яичника, который провоцирует кровотечение в брюшную полость. Нарушение целостности яичника сопровождается мощным болевой синдром. Обычно это возникает из-за патологических изменений сосудов на фоне активного воспалительного процесса и наступает во время овуляции или же в стадии васкуляризации желтого тела [2,4]. Чаше встречается в молодом репродуктивном возрасте. Только своевременно установленный диагноз с оценкой ее степени тяжести, немедленная госпитализация и проведение всех необходимых мер помогут избежать серьезных осложнений и сохранить репродуктивную функцию женщины [1,4]. Апоплексия яичника (АЯ) – диагноз не редкий и занимает 3 место в структуре острых гинекологических заболеваний, составляя 16%. Частота рецидивов заболевания, по данным некоторых авторов, достигает 65-70% [3,5]. Результаты исследований показывают, что консервативное лечение апоплексии яичника не всегда имеет благоприятные последствия. Кровь, которая попала в живот, формирует активную среду, где происходит асептическое воспаление, как следствие, образуются спайки, они нарушают строение яичника и окружающих тканей. При таких ситуациях частым осложнением является прекращение репродуктивной функции пациенток.

[1,6,7].

В настоящее время апоплексия яичника - объект всестороннего изучения, но остаются до конца неясными - патогенез овариальных кровотечений, выбор методов лечения и объем оперативного вмешательства, а главное остается открытым вопрос о состоянии репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника.

Целью нашего исследования явилось - изучение состояния репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 200 историй болезни с установленным клиническим диагнозом «апоплексия яичника», получавших лечение в Областном перинатальном центре и в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2017-2019 гг. Из них 90 пациенток были прооперированы, 110 пролечены консервативно. Средний возраст пациенток составил $22,3 \pm 2,8$ года. Из оперированных у 60 хирургическое лечение проводилось лапароскопическим доступом, объем операции заключался в коагуляции кровоточащих сосудов фолликула и санации брюшной полости. У 30 больных произведено лапаротомия и частичная резекция яичника с санацией брюшной полости. Произведено гистологическое исследование материала. Консервативное лечение включало гемостатическую и антибактериальную терапию.

Всем пациенткам после выписки из стационара, независимо от форм апоплексии (болевой или с разрывом фолликула), был выполнен комплекс реабилитационных мероприятий, включающий: физиотерапевтические процедуры, прием КОК не менее 3 месяцев, исследование мочеполового тракта на ИППП, с последующим этиотропным лечением двумя курсами во время менструации. Также проведена необходимая коррекция гормонального статуса и менструального цикла перед планируемой беременностью. Восстановление репродуктивного здоровья оценивалось не менее чем через 1 год после окончания реабилитационного лечения. Для этого мы использовали тесты функциональной диагностики, УЗИ, ГСГ, определяли уровни гонадотропных и тиреотропных гормонов. Неудачным результатом реабилитации мы считали случаи рецидива заболевания.

Для изучения отдаленных результатов сформированы 4 группы больных:

- I группа (n=53) - прооперированные больные, отказавшиеся от реабилитационных мероприятий.

- II группа (n=37) – прооперированные пациентки, прошедшие реабилитацию в полном объеме.

- III группа (n=63) - пациентки с АЯ после консервативного лечения, не получавшие реабилитационных процедур.

- IV группа (n=47) - консервативное лечение с последующей реабилитацией.

Результаты исследования и их обсуждение. Во время операции у 34 (37,7%) пациенток выявлен сопутствующий спаечный процесс в малом тазу. Гистологическое исследование материала (биоптат яичников) у больных I и II групп (80 женщин), прооперированных впервые или повторно с рецидивом разрыва яичника во время овуляции, показало нарушение целостности структур желтое тело, на фоне изменений в окружающих тканях, характерных для хронического воспаления: резкого полнокровия сосудов, лейкоцитарной инфильтрации и мелкозернистого перерождения. В динамике наблюдения через 6-9 месяцев после лечения, у женщин с консервативным ведением выявлены различные нарушения менструального цикла по типу дисменореи, гиперполименореи или олигоменореи. Среди женщин, отказавшихся от реабилитации, достоверно возросла частота дисменореи в среднем на 9%. Значительно лучшие результаты оказались в группах, после реабилитационных мероприятий. Так, дисменорея среди прооперированных больных была ниже в 2,5 раза, в группах пролеченных консервативно в 1,5 раза. Олигоменорея и гиперполименорея имели тенденцию к снижению в группах после реабилитации, однако статистически значимых отличий не выявлено ($p=0,05$).

Невынашивание беременности на ранних сроках, после апоплексии яичников, во всех

изучаемых группах было достаточно высоким: 8,6%, 10%, 11,1%, 13,3% соответственно, т. е. апоплексия яичника явилась фактором риска по невынашиванию беременности. Это доказывает необходимость проведения реабилитационной терапии для полноценного восстановления репродуктивной функции. Контроль за восстановлением репродуктивной функции вели в группу женщин планирующих беременность, так как 40% - не планировали беременность по причинам молодого возраста и отсутствия семьи. В I группе беременность закончилась родами у 3 пациенток, что составило 16,6%. Во II группе, после оперативного лечения с полным комплексом реабилитационных мероприятий, родили 10 (43,4%) женщин. В группах, с проведенным консервативным лечением, результаты оказались несколько хуже. Так, в III группе роды были у 2 (13,3), в IV группе у 6 (30%). Внематочная беременность наступила у 3 пациенток в I группе и у 2 во II группе (16,6% и 8,6%) соответственно. В III и IV группах внематочная беременность имела место у 4 (26,6%) и 3 (15%) больных соответственно.

Таким образом, беременность, роды благополучно наступили в тех группах, где был проведен весь комплекс реабилитационных мероприятий. При сравнении отдаленных результатов между группами с консервативным и оперативным лечением, то восстановление репродуктивной функции оказалось лучше у прооперированных женщин. По – видимому, это связано с тем, что во время операций, были устранены имеющиеся к тому моменту спаечные процессы в области придатков матки и была проведена санация брюшной полости от крови.

При оперативном лечении внематочной беременности, апоплексии яичника, параовариальных кист у больных, ранее перенесших апоплексию яичника, спаечный процесс был менее выражен, чем у тех, кому была проведена консервативная терапия. При хирургических вмешательствах, связанных с рецидивом заболевания, либо с другими причинами было обнаружено, что в тех группах, где ранее проводилось лечение лапароскопическим доступом, частота спаечного процесса ниже, чем в группах с консервативным лечением.

Изучая случаи повторной апоплексии яичника, мы получили еще более убедительные данные о необходимости профилактических мероприятий после апоплексии яичника. Это позволило снизить количество рецидивов заболевания после хирургического лечения в 3,5 раза, а консервативного в 4,5 раза. Так, в I группе повторная апоплексия произошла у 6 (13,9%), во II у 1 (2,7%) пациентки, в III группе у 14 (22%), в IV группе у 4 (8,1%).

Выводы: Вопросы репродуктивного здоровья после апоплексии яичника актуальны из-за частоты встречаемости данной патологии у женщин молодого возраста. Выявление истинных причин апоплексии яичника и этиотропная терапия позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины. Эндоскопическое вмешательство является методом выбора в лечении этой патологии, так как устраняет образование спаек, уменьшает число рецидивов, способствует восстановлению репродуктивной функции и должно применяться даже при небольших кровопотерях из разрыва фолликула.

Использованная литература:

1. Ашурова Н.Г., Амонов И.И. Ретроспективный анализ частоты, эффективности методов коррекции бесплодия в зависимости от уровня лечебных учреждений //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2007, №3, г. С. 25-27.
2. Гриценко И.А. Восстановление репродуктивной системы женщин после операций на яичниках// Автореферат диссертации. Волгоград. 2013г.
3. Ешимбетова Г.З., Нуриддинова Д.М. и др. «Овариальный резерв» как маркер репродуктивной функции женщин// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2010, №4, г. С. 47-49.
4. Жаркин Н.А. Апоплексия яичника как фактор риска развития осложнённого течения беременности и родов//Медицинский альманах-2011.-№6 (19). С. 70-72.
5. Кох Л.И. Реабилитация больных после апоплексии яичников// Мать и дитя в Кузбассе 2015 №2 (61). С.54-57.
6. Кулаков В.И. Гинекология: национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1088 с.
7. Рахматуллаева М.М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы //Фарматека.-2019.- Т.26, № 6.-С.79-83.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ**М. Н. Негматуллаева, Н. С. Нарзуллоева**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: миома матки, ЭМА, эмболизация.**Таянч сўзлар:** бачадон миомаси, ЭМА, эмболизация.**Key words:** uterine myoma, EMA, embolization.

В этой статье мы изучили 25 женщин, которые прошли с ЭМА. Исследования показывают, что ЭМА является наиболее оптимальным методом лечения миомы у пациентов репродуктивного возраста, что позволяет поддерживать репродуктивные и менструальные функции.

БАЧАДОН МИОМАСИНИ ДАВОЛАШДА ОРГАНЛАРНИ САҚЛАШ ТЕХНАЛОГИЯЛАРИ**М. Н. Негматуллаева, Н. С. Нарзуллоева**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ушбу мақолада биз ЭМА билан кечган 25 та аёлни ўрганиб чиқдик. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ЭМА репродуктив ёшдаги беморларда миоманинг даволашнинг энг мақбул усули бўлиб, бу репродуктив ва ҳайз кўриш функцияларини сақлаб туришга имкон беради.

ORGAN-SAVING TECHNOLOGIES IN THE UTERINE FIBROIDS TREATMENT**M. N. Negmatullaeva, N. S. Narzulloeva**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

In this article, we studied 25 women who have passed with EMA. Studies show that EMA is the most optimal treatment for fibroids in patients of reproductive age, which allows to maintain reproductive and menstrual functions.

Актуальность. В современном акушерстве актуальной проблемой остается сохранение репродуктивной функции у женщин детородного возраста. Случаи развития миомы матки в активном репродуктивном возрасте участились, миома диагностируется у каждой третьей женщины старше 35 лет, что создает реальные проблемы лечения миомы матки в этом возрасте [1,3]. В последние годы отмечается рост частоты обнаружения ММ у женщин молодого возраста (20–25 лет), что во многом связано с внедрением новых, более совершенных методов диагностики и большей их доступностью [2,4].

Развиваясь у женщин репродуктивного возраста, ММ приводит к формированию бесплодия, невынашиванию беременности, перинатальным потерям, что отрицательно влияет на демографическую ситуацию в стране [5,7].

До настоящего времени около 70% больных в гинекологических стационарах подвергаются радикальному оперативному лечению [6,8]. Это приводит к необратимому бесплодию, утрате менструальной функции, выраженным гормональным нарушениям, вегетососудистым и психоэмоциональным расстройствам [9,11].

ММ – заболевание полиэтиологическое. В литературе описано множество гипотез возникновения опухоли, а также многочисленные факторы риска развития и прогрессирования заболевания, обусловленные как эндогенными, так и внешнесредовыми причинами. При этом до настоящего времени нет единого представления о механизмах возникновения доброкачественного опухолевого процесса в миометрии [10,12]. Проблемы поиска патофизиологических механизмов развития миомы матки и разработки эффективных методов консервативного лечения опухолевого процесса в миометрии обусловлена двумя обстоятельствами: во-первых, широкой распространенностью заболевания и, во-вторых, высокой частотой оперативного лечения этой доброкачественной опухоли матки. Причины возникновения миомы матки окончательно не установлены.

Миома матки является наиболее частой причиной аномальных маточных кровотечений, бесплодия, привычной потери беременности, нарушения функции тазовых органов. Данные симптомы значительно ухудшают качество жизни женщины [13,15].

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является одним из альтернативных способов лечения при миоме матки. Данный метод позволяет бороться с доброкачественной опухолью без активного хирургического вмешательства, сохраняющий пациентке полностью функционирующую матку. Суть ЭМА заключается во введении окклюзирующего материала в маточные артерии и прекращении кровотока по сосудам, кровоснабжающим миому [14]. При этом сосуды, снабжающие здоровую часть миометрия, не страдают. Это возможно благодаря особенностям кровотока в миоме. Многочисленные исследования, в том числе наши, показали, что ЭМА обладает высокой эффективностью в устранении патологического процесса в матке. ЭМА проводит эндоваскулярный хирург. Операция эмболизации не требует общего наркоза, поскольку сосуды не имеют нервных окончаний [16,17].

Целью данного исследования было изучение органосберегающих технологий в лечении миомы матки.

Материалы и методы обследования: Нами было исследовано 25 женщин, которым была проведена ЭМА. По возрасту, все пациентки были идентичными, средний возраст составлял $29,6 \pm 1,2$ года. Как основной метод исследования было использовано цветное доплеровское картирование, которое было применено до и после операции ЭМА и позволило выявить определенную зависимость изменения кровотока по маточным артериям и ветвям. Всем пациенткам исследования проводились перед операцией ЭМА. В первые сутки после операции, и далее в интервале через 7, 14, 30, 60 и 90 дней после операции. Анализ этих изменений в динамике позволил выявить некоторые критерии оценки эффективности ЭМА в зависимости от кровообращения в узлах. Перед операцией проводилось цветное доплеровское картирование основных стволов маточных артерий с обеих сторон с измерением их диаметра. Изучался характер хода артерий, и исследовались основные скоростные характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления.

Результаты исследования: В ходе исследования было выявлено, что диаметр маточных вен увеличивался пропорционально размерам и количеству миоматозных узлов. Сосудистая сеть миоматозных узлов была развита умеренно и неравномерно, и чаще всего была представлена периферической гиперваскуляризацией. Визуализация этих сосудов облегчала выявление миоматозных узлов, определения их объема и расположения относительно слоев миометрия матки. Субмукозные было выявлено—у 6, интерстициальные—у 8, субсерозные—у 11 пациенток. В зависимости от количества представленных сосудов, все миоматозные узлы, независимо от локализации, по характеру кровотока были разделены на гипер- и гиповаскуляризованные. Разветвлённая сосудистая сеть была, как правило, представлена в узлах с выраженной пролиферативной активностью и не зависела от их локализации относительно слоев миометрия матки. в узлах с преобладанием фиброзного компонента, сосудистая сеть была представлена отдельными, центрально расположенными сосудами.

Непосредственно после вмешательства проводится визуализация маточных артерий и узлов сосудов методом цветной доплерографии. При адекватно проведенной эмболизации – кровотока по маточным артериям не лоцировался. Размеры миоматозного узла в первые сутки после вмешательства могут не меняться или даже незначительно увеличиться за счет постишемического отека. Положительным результатом ЭМА явился полное прекращение кровотока в узле, что сопровождается быстрым обратным развитием миомы и фиброзного узла, особенно ее субсерозных форм. Небольшие миоматозные узлы полностью исчезали к 6-12 месяцам после ЭМА у 23-х больных, что составило 82% от общего числа больных.

Наличие кровотока по маточным артериям и в узлах зарегистрированное при ультразвуковом исследовании у двоих пациенток (8%) из общего числа больных расценено нами как неудовлетворительный результат эмболизации, которым была рекомендована хирургическая коррекция.

Выводы: полученные данные позволили сделать вывод, что ЭМА является оптимальным методом лечения миомы у пациенток репродуктивного возраста, который дает возможность сохранять детородную и менструальную функцию.

ЭМА является альтернативой хирургическому лечению больных миомой матки. ЭМА оказывает положительное влияние на качество жизни пациенток.

Ультразвуковое исследование с ангио сканированием является достаточно информативным методом для оценки эффективности ЭМА, раннего выявления рецидива миомы матки после вмешательства и выбора своевременной хирургической тактики.

Использованная литература:

1. Абрамова С.В., Миронова И.Н., Курганова О.Ю. и др. Клинико-эпидемиологические аспекты миомы матки (обзор литературы) // Бюллетень науки и практики. –2018. –Т. 4, № 4. –С. 69-74.
2. Агафонова Д.Д. Эффективность эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки // В сборнике: Материалы 69-й межвузовской (IV Всероссийской) итоговой научной студенческой конференции с международным участием, посвященной 70-летию Победы в Великой Отечественной войне. –М., 2015. –С. 3-4
3. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация (клинические рекомендации), 2015г.
4. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. - Клинические рекомендации по ведению больных. –М., 2015. –66 с.
5. Аджимуллаева А.З., Рысмухамбетова К.А. Характерные особенности миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. –2017. –Т. 7, № 6. –С. 795.
6. Акберов Р.Ф., Шарафутдинов Б.М., Шарафеев А.З., Зогот С.Р. Неотложная помощь женщинам с миомами матки, осложненными маточными кровотечениями // Вестник современной клинической медицины. –2015. –Т. 8, № 1. –С. 18-23.
7. Алдангарова Г.А., Бейсенова Ж.М., Аумолдаева З.М. Опыт проведения ЭМА при субмукозной миоме матки // Вестник хирургии Казахстана. – 2017. – № 3 (52). – С. 13-18.
8. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А. Современные аспекты роста миомы матки. Российский вестник акушера гинеколога. 2012, 12(4): 42-48.
9. Дикун Т.В., Брагинцев А.С., Терпелова А.С. и др. Эмболизация маточных артерий как метод лечения миомы матки // Молодой ученый. –2018. –№ 16 (202). –С. 24-25.
10. Нарзуллаева Н.С. Динамика цитокинов в результате воздействия фитофлаваноидов у женщин с миомой матки / Н.С. Нарзуллаева, Д.А. Мусаходжаева, М.М. Абдурахманов, Г.А. Ихтиярова// Российский иммунологический журнал. Том 13(22). №2, 2019.
11. Нарзуллаева Н.С., Мусаходжаева Д.А., Ихтиярова Г.А. Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis //european journal of pharmaceutical and medical research// SJIF Impact Factor 4.897.C.153-157.
12. Нарзуллоева Н.С. Проплиферация и апоптозмиофибробластов в патогенезе лейомиомы/ Сотникова Н.Ю.,ВоронинД.Н.,АнцифероваЮ.С.,МалышкинаА.И.,Нагорный С.Н.,Нарзуллоева1 Н.С//Назарийва клиник тиббиёт № 1 -2019 Тошкент ,
13. Сидорова И.С. Роль процессов апоптоза и пролиферации в патогенезе простой и пролиферирующей миомы матки в сочетании с аденомиозом // Врач. – 2006. - № 14. – С. 8-12.
14. Согоян Н.С., Адамян Л.В. Генетические механизмы развития миомы матки // Проблемы репродукции. – 2016. –Т. 22, № 1. –С. 28-34.
15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. и др. Доброкачественные заболевания матки. М.: Гэотар-Медиа, 2014.
16. Wright J.D., Tergas A.I., Burke W.M. et al. Uterine pathology in women undergoing minimally invasive hysterectomy using morcellation // JAMA. - 2014. - Vol.312(12). - P.1253-1255.
17. Zimmermann A., Bernuit D., Gerlinger C. et al. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women // BMC Womens Health. - 2012. - Vol.12(1):6.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

М. М. Рахматуллаева, Н. Г. Ашурова, М. М. Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: кольпоскопия, фоновые и предраковые заболевания шейки матки, нарушение микробиотоза влагалища.

Таянч сўзлар: кольпоскопия, бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари, кин микробиотозининг бузилиши.

Key words: colposcopy, background and precancerous diseases of the cervix, violation of the vaginal microbiocenosis.

В данной статье освещены результаты простой и расширенной кольпоскопии, проведенной у 178 женщин репродуктивного возраста, обратившихся за консультативной помощью. Результат исследований показывает, что 70,8% женщин имели различные патологические изменения шейки матки. Выявлена связь неудовлетворительных кольпоскопических картин при доброкачественных заболеваниях шейки матки с нарушением микробиотоза влагалища, стимулирующим процессы клеточного атипизма, что диктует необходимость более детального обследования женщин для совершенствования лечения и улучшения исходов заболевания.

БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИДА КОЛЬПОСКОПИК МАЪЛУМОТЛАР ҲАМДА ҚИН ВА ЦЕРВИКАЛ КАНАЛ БИОЦЕНОЗИ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

М. М. Рахматуллаева, Н. Г. Ашурова, М. М. Жумаева

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ушбу мақолада репродуктив ёшдаги 178 та аёлда ўтказилган оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия натижалари келтирилган. Тадқиқот натижаларига кўра, 70,8% аёлларда турли бачадон бўйни касалликлари аниқланди. Бачадон бўйни яхши сифатли касалликларидаги қоникарсиз кольпоскопик манзараларнинг ҳужайралар атипизмга туртки омил ҳисобланувчи кин микробиотозининг бузилиши билан боғлиқлиги қайд этилди. Бу эса даволашни мукаммаллаштириш ва касаллик оқибатларини яхшилаш учун ушбу беморларни тўлароқ текширишни талаб этади.

COLPOSCOPIC DATA AND CHARACTERISTICS OF THE VAGINAL AND CERVICAL CHANNEL BIO- CENOSIS FOR DISEASES OF THE CERVIX

M. M. Rakhmatullaev, N. G. Ashurova, M. M. Zhumaev

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

This article describes the results of simple and advanced colposcopy performed in 178 women of reproductive age who sought counseling. The research result shows that 70.8% of women had various pathological changes in the cervix of the uterus. The association of unsatisfactory colposcopic patterns in benign diseases of the cervix with a violation of the vaginal microbiocenosis, stimulating the processes of cellular atypism, which necessitates a more detailed examination of women to improve treatment and improve the outcome of the disease, is revealed.

В последние годы несмотря на совершенствование методов диагностики и терапии фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, они продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости [2]. Как известно, своевременная диагностика фоновой и предраковой патологии шейки матки является эффективной мерой профилактики цервикального рака. Исследованиями последних лет доказано этиологическая роль вируса папилломы человека в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии [4], также не менее важным ко-фактором канцерогенеза считают влагалищный дисбиоз. Несомненно значительное влияние на развитие фоновой и предраковой патологии шейки матки имеет сочетание вирусных и бактериальных урогенитальных инфекций, особенно рецидивирующих, которые существенно нарушают состояние микробиотоза влагалища, вызывают обильный рост условно-патогенной флоры, приводя к формированию бактериального вагиноза [1, 5].

В мировой практике применяют различные методы ранней диагностики фоновой и

предраковой патологии шейки матки. Своевременная диагностика и лечение этих заболеваний улучшает прогноз для женщин данного контингента [3]. Наибольшую ценность для диагностики фоновых и предраковых заболеваний имеет кольпоскопия, в основе которого лежит изучение эпителиального покрова и сосудистого рисунка при увеличении в несколько раз.

Цель исследования: изучить кольпоскопическую картину и особенности микрофлоры влагалища и цервикального канала при заболеваниях шейки матки.

Материал и методы исследования: нами обследовано 178 женщин в возрасте от 20 до 46 лет, обратившихся в поликлинику Бухарского областного перинатального центра с целью профилактического осмотра. Всем женщинам проведено комплексное диагностическое обследование, включавшее оценку жалоб и соматического статуса, углубленный сбор анамнеза (в т.ч. выявление факторов, способствующих развитию фоновых и предраковых заболеваний шейки матки), физикальное обследование, антропометрию, выявление сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний. Проведены осмотр шейки матки в зеркалах, выявление критериев Амсея, бимануальное обследование, расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое и цитологическое исследования мазков из влагалища и шейки матки. Кольпоскопическое исследование проводили с помощью портативного аппарата Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia).

Методика выполнения простой кольпоскопии состоит из обнажения шейки матки зеркалами, удаления слизи с ее поверхности, фокусированного осмотра при освещении и увеличении (в 7, 10, 15 и более раз). Простая кольпоскопия осуществляется в начале исследования и является ориентировочной. Затем проводится расширенная кольпоскопия, при которой эпителий шейки матки обрабатывается 5% раствором уксусной кислоты в течение 30 сек для четкого отграничения многослойного плоского эпителия от цилиндрического, последний белеет от уксуса (положительная реакция на уксус). После оценки уксусной пробы выполняется Шиллер-тест: многослойный плоский эпителий окрашивается тотально в коричневый цвет за счет поглощения йода гликогеном, а цилиндрический эпителий йод не поглощает, т.е. выглядит как белое пятно.

Результаты исследования и их обсуждение: В результате проведенных комплексных клинико-диагностических исследований у 126 (70,8%) женщин выявлены те или иные заболевания,



в том числе: экзоцервициты у 34 (27%), эндометриоз шейки матки у 7 (5,5%), полип шейки матки у 4 (3,2%), эктопия у 42 (33,4%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 6 (4,8%), сужение и заращение шейки матки у 4 (3,2%), папиллома шейки матки у 3 (2,4%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 23 (18,3%), лейкоплакия у 3 (2,4%) женщин (рис. 1).

Темно-коричневое, гомогенное окрашивание шейки матки при пробе Шиллера и нормальная

Рис. 1. Структура заболеваний шейки матки у обследованных женщин

кольпоскопическая картина позволили отнести 52 (29,2%) женщин к группе практически здоровых. Нередко патологические изменения слизистой оболочки цервикального канала сочетались с наличием гипертрофии, рубцов, деформаций влагалищной части шейки матки. Важно отметить, что у 43 (24,2%) женщин изменения патологического характера на шейке матки выявлены без каких-либо жалоб и клинических признаков, что указывает на необходимость регулярного профилактического осмотра женщин фертильного возраста и роль кольпоскопии в доклинической диагностике цервикальной патологии.

Цитологическое изучение мазков с шейки матки показало II тип мазка по классификационной системе Папаниколау (воспалительный тип мазка) у 70,8% женщин. У остальных женщин, которые составили группу практически здоровых выявлен I тип мазка.

Значение pH в диапазоне 4,5–6 выявлено у 72,2%, pH>6 – у 27,8% женщин с цервикальной патологией, что указывает на чрезмерную активацию условно-патогенной флоры на фоне угасания защитной функции и снижение числа лактобактерий.

Микроскопическое исследование влагалищных мазков, окрашенных по Граму дало следующие результаты: лейкоциты были единичными в препарате (3,4%), менее 10 в поле зрения (50,5%) и 10-20 (20,2%), эпителиальные клетки в умеренном (11,2%) и большом (48,3%) количествах.

Характерные для бактериального вагиноза «ключевые» клетки обнаружены в 55,5% мазках. При подсчете количества микроорганизмов было выявлено, что их умеренное число наблюдалось в 3,9%, большое число – в 14,0% и массивное – в 52,8% мазках. Возбудители специфических инфекций при бактериоскопическом исследовании не были выявлены ни в одном случае.

При качественной оценке микрофлоры выявлено отсутствие или незначительные количества лактобактерий, тогда как грамотрицательные палочки доминировали в мазках 52,8% женщин. Как доминирующий морфотип микроорганизмов, представители кокковой микрофлоры были выявлены в мазках 32,6% женщин. Грибы рода *Candida* в виде почкующихся форм – промежуточной фазе вегетации, обнаружены в мазках 20,2% женщин.

Бактериологическое исследование материалов из заднего свода влагалища и цервикального канала у женщин с цервикальной патологией показал рост в посевах условно-патогенной флоры выше допустимых (выше 103 КОЕ/мл) значений: стафилококки (13,3%), энтеробактерии (12,1%), дрожжеподобные грибы рода *Candida* (17,8%), пептококки (15,6%), стрептококки (27,8%). Лактобактерии высевались в пограничной концентрации (106-105 КОЕ/мл) в 53,3% посевах.

У женщин из группы практически здоровых микрофлора цервикального канала и влагалища была представлена в основном лактобактериями. Значительно реже в этих группах высевались условно-патогенные микроорганизмы в предельно допустимой концентрации (102-103 КОЕ/мл).

Как видно, снижение числа лактобактерий при бактериальном вагинозе ослабляет естественный защитный барьер, приводит к повышению pH, что, в свою очередь, стимулирует рост анаэробной условно-патогенной флоры. Нарушение физиологического микробного равновесия во влагалище, в свою очередь, способствует активации вирусных и других урогенитальных инфекций [5, 7], которые могут находиться в латентном состоянии в эпителиальном покрове половых путей и создает условия для развития и прогрессирования цервикальной патологии.

Таким образом, заболевания шейки матки в большом числе случаев сопровождаются с нарушением микробиоценоза влагалища, что диктует необходимость всестороннего обследования женщин с данной патологией для оптимизации методов лечения и улучшения исходов заболевания.

Использованная литература:

1. Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Шахова К.А. и др. Состав микробиоценоза урогенитального тракта и количественные особенности папилломавирусной инфекции в зависимости от тяжести ВПЧ-ассоциированного цервикального поражения // Медицинский альманах. – 2018. – № 2 (53). – С. 23–26.
2. Буртушкина Н.К., Куперт А.Ф., Кокунова Е.Г. Структура неопухолевых заболеваний шейки матки // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 121–123.
3. Коннон С.Р.Д., Союнов М.А. Рак шейки матки: профилактика и скрининг (новые данные) // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2018. – Т. 6. – № 3. – С. 72–82.
4. Прилепская В.Н., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Возможности терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий у женщин // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 123–128.
5. Рахматуллаева М.М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы // Фарматека. – 2019. – Т.26, №6. – С.79-83.
6. Gillet E., Meys J.F., Verstraelen H., Bosire C., De Sutter P., Temmerman M. et al. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis. BMC Infect. Dis. 2011; 11 (10): 1287-1295.
7. Mhatre M., McAndrew N., Carpenter C., et al. Cervical intraepithelial neoplasia is associated with genital tract mucosal inflammation. Sex Transm Dis. 2012; 39(8): 591-597.

РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА**КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФНИ ОЛДИНИ ОЛИШ****М. М. Саидова, Ю. С. Ҳамроева, Ш. А. Мустафаева**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: ревматоид артрит, гиперхолестеринемия, ревматоид фактор, С-реактив оксил, артериал гипертензия, кардиоваскуляр хавф.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, гиперхолестеринемия, ревматоидный фактор, С-реактивный белок, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистый риск.

Key words: rheumatoid arthritis, hypercholesterolemia, rheumatoid factor, C-reactive protein, hypertension, cardiovascular risk.

Ревматоид артрит билан касалланган беморларда кардиоваскуляр хавф замонавий тиббиётнинг асосий муаммоси ҳисобланади. Бундай беморларда юрак-қон томир касалликларини олдини олиш, хавф омилларини эрта аниқлаш ва юрак-қон томир хавфини прогноزلаш, бунинг натижасида касалланиш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш, бемор ҳаёт сифати ва прогнозини яхшилаш илмий ва амалий аҳамият касб этади. Ревматоид артрит билан касалланган беморларда кардиоваскуляр хавф омиллари учраши частотасини аниқлашда ирсийлик, чекиш, ревматоид фактор, гиперхолестеринемия, абдоминал семизлик, С-реактив оксил каби кўрсаткичларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

**ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ
С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ****М. М. Саидова, Ю. С. Ҳамроева, Ш. А. Мустафаева**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Сердечно-сосудистый риск является основной проблемой в современной медицине у пациентов с ревматоидным артритом. У этих пациентов имеет научное и практическое значение профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, выявление факторов риска и прогнозирование сердечно-сосудистого риска, тем самым снижая заболеваемость, инвалидность и смертность, а также улучшая качество и прогноз пациентов. При определении частоты сердечно-сосудистых факторов риска у пациентов с ревматоидным артритом важно выявить такие показатели, как наследственность, курение, ревматоидный фактор, гиперхолестеринемия, абдоминальное ожирение и С-реактивный белок.

PREVENTION OF CARDIOVASCULAR RISK PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**M. M. Saidova, Yu. S. Hamroyeva, Sh. A. Mustafayeva**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Cardiovascular risk is a major problem in modern medicine in patients with rheumatoid arthritis. In these patients, prevention of cardiovascular diseases, identification of risk factors and prediction of cardiovascular risk are of scientific and practical importance, thereby reducing morbidity, disability and mortality, as well as improving the quality and prognosis of patients. When determining the frequency of cardiovascular risk factors in patients with rheumatoid arthritis, it is important to identify indicators such as heredity, Smoking, rheumatoid factor, hypercholesterolemia, abdominal obesity and C-reactive protein.

Ҳозирги кунда юрак-қон томир (ЮҚТ) тизими касалликлари дунё миқёсида энг кўп тарқалган бўлиб, ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабабилигича қолмоқда. Кўпчилик мутахассисларнинг фикрига кўра, бу муаммо яна бир неча ўн йиллар давомида шу тенденцияда давом этиши кутилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг маълумотларига кўра, барча ўлим ҳолатларининг 31% ни ЮҚТ тизими (ЮҚТТ) касалликлари оқибатида келиб чиқади [Geneva: World Health Organization; 2017].

Ревматоид артрит (РА) билан касалланган беморларда кардиоваскуляр хавф (KBX) замонавий тиббиётнинг асосий муаммоси ҳисобланади. Йирик илмий тадқиқот марказларининг маълумотларига кўра, РА билан касалланган беморларда кардиоваскуляр патология сабабли ўлим ҳолатлари, умумий популяцияга нисбатан кўпроқ кузатилади [5, 7].

РА билан касалланган беморларда қон-томир атеросклерози, юрак ишемик касалликлар, инсульт ўлимга сабаб бўлиб келмоқда [2, 10].

Артериал гипертензия (АГ) KBX нинг асосий омили бўлиб, РА билан хасталанган бе

морларнинг кўпчилигида (16% дан 76%) учрайди [9].

РА билан касалланган беморларда ЮҚТТ хавфини шакллантиришга таъсир қилувчи омилларни ўрганиш, ЮҚТ хавфи юқори бўлган беморларни аниқлаш, профилактик чораларни оптималлаштириш ва самарадорлигини ошириш бўйича тадқиқотлар амалга оширилмоқда [11].

Бу борада миокард инфаркти, бош миёда қон айланишини бузилиши, юрак етишмовчилиги каби асоратларни ривожланишининг хавф омилларини таҳлил қилиш ва индивидуаллаштирилган ЮҚТ хавфи йиғиндисини баҳолаш муҳим аҳамиятга эга [1, 8].

РА ли беморларда ЮҚТ касалликларини олдини олиш, хавф омилларини эрта аниқлаш ва ЮҚТ хавфини прогнозлаш, бунинг натижасида касалланиш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш, бемор ҳаёт сифати ва прогнозини яхшилаш илмий ва амалий аҳамият касб этади. Кардиоваскуляр профилактиканинг замонавий тамойиллари, юрак-қон томир хавфини шакллантиришга таъсир қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда, хавф омилларига қарши индивидуал профилактика ва кураш тамойилларига асосланган [3, 4, 6].

Тадқиқот мақсади: РА бор беморларда кардиоваскуляр коморбид касалликлар таркиби частотасини ўрганиш ҳамда KBX ни модификациялашган SCORE (mSCORE) бўйича аниқлаш.

Материал ва услублар: Илмий тадқиқот ишлари Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ревматология бўлимида 2018 йилда ревматоидли артрит касаллиги билан стационар даволанган 35 ёшдан 60 ёшгача бўлган 157 нафар беморда олиб борилди. Ревматоид артрит ташҳиси ACR (1987) ва ACR/EULAR (2010) критерийларига асосланган ҳолда қўйилди. Ревматоид артрит билан касалланган беморларда кардиоваскуляр хавф омиллари учраши частотасини аниқлашда ирсийлик, чекиш, ревматоид фактор, гиперхолестеринемия, абдоминал семизлик, С-реактив оксил, шу билан бирга артериал гипертензия, юрак ишемик касалликлари, қандли диабетнинг учраши частотаси ҳам баҳоланди. Кардиоваскуляр хавфни эрта аниқлашда mSCORE (SCORE/EULAR) шкаласидан фойдаланилди. EULAR қўмитасининг тавсиясига кўра, РА давомийлиги 10 йилдан ортиқ, серопозитив РА мавжудлиги ёки РАнинг бўғимдан ташқари (висцерал) ҳолатлари кузатилганда mSCORE шкаласи қўлланилади[8].

Натижалар ва муҳокама. Тадқиқот таҳлилларига кўра, аёллар 129 (82%) ни ташкил этади ва уларнинг ўртача ёши $50,75 \pm 6,83$ га, эркаклар 28 (18 %) ни ташкил этиб, уларнинг ўртача ёши $52,89 \pm 5,56$ ёшни ташкил этди. 51 нафар бемор 35-49 ёшда, 106 нафар бемор эса 50-60 ёшда эканлиги аниқланди.

Натижаларга кўра, 72% беморда серопозитив ва 28% серонегативный РА, ирсийлик 30,6%, абдоминал семизлик 34,4%, АГ 62,4%, ГХС 22,3%, беморларда аниқланди. Тадқиқотдаги беморларнинг асосий фоизини (82%) аёллар ташкил этганлиги сабабли чекиш 10,8% ни ташкил этди. Тадқиқот давомида хавф омилларидан АГ тарқалиши ҳам беморлар орасида юқори даражада (62,4%) эканлиги аниқланди. Хавф омилларидан АГ тарқалиши ҳам беморлар орасида юқори даражада эканлиги текширишларимизда аниқланди. АГ нинг аёллар орасида тарқалиши 58,9 % ни, эркаклар орасида тарқалиши 78,5 % ни ташкил этиб, 50-60 ёшли беморларда 35-49 ёшлиларга нисбатан 4,4 марта кўпроқ учради. Юрак ишемия касаллиги (3,2%) беморда, қандли диабет 9 (5,7%) беморда кузатилди.

Хавф омиллари учрашига кўра, 1 та хавф омили 31,2%, 2 та хавф омили 20,4%, 3 та ва ундан ортиқ хавф омиллари 26,8% учраб, 21,6% беморларда хавф омиллари умуман кузатилмади (1 жадвал).

Йирик илмий тадқиқотларнинг (SCORE, INTERHEART, Фременгейм) хулосасига кўра, ЮҚТ касалликларидан юзага келадиган ўлим ҳолатларини камайтиришда энг аввало хавф омилларини коррекциялаш муҳим аҳамият касб этади. РА бор беморларда кардиоваскуляр коморбид касалликлар таркиби частотаси ўрганилиб, SCORE ва модификациялашган SCORE (mSCORE) шкалалари бўйича ЮҚТ хавфи кўрсаткичларининг кардиоваскуляр

1 жадвал.

РА билан беморларда хавф омилларининг учраши.

1 беморда хавф омиллари сони	157 n (%)
1 та хавф омили	49 (31,2%)
2 та хавф омили	32 (20,4%)
≥3 та хавф омили	42 (26,8%)
Хавф омили учрамаган беморлар	34 (21,6%)
Хавф омиллари структураси	157 n (%)
Ирсийлик	48 (30,6%)
Чекиш	17 (10,8%)
Семизлик	54 (34,4%)
Гиперхолестеринемия	35 (22,3%)
Артериал гипертензия	98 (62,4%)

ходисаларнинг келиб чиқиш ва ривожланиш хавфи даражаларини прогноз қилишда фойдаланилди [5, 11]. Бунда бемор ёши, жинси, зарарли одатлари (чекиш) ва систолик артериал босими инобатга олинди. РА билан беморларда ЮҚТ хавфи кўрсаткичларининг аниқлаганда (mSCORE), SCORE шкаласи билан ҳисобланган кўрсаткич ҳар бир беморда 1,5 коэффициентига кўпайтирилади. Бунда 1% дан паст «паст даражадаги хавф», 1 дан 5% гача ($1\% \leq 5\%$) «ўртача хавф», 5 дан 10% гача ($5\% \leq 10\%$) «юқори хавф», $\geq 10\%$ - «ўта юқори хавф» ҳисобланади.

Тадқиқот олиб борилган 157 та РА билан касалланган беморларнинг 6(3,2%) тасида ЮИК, 9(5,7%) тасида қандли диабет (ҚД) аниқланди ва 146 та бемор mSCORE шкаласи бўйича баҳоланди.

Натижаларга кўра, паст даражадаги хавф 45 (30,8%), ўртача хавф 81 (55,5%), юқори даражадаги хавф 8 (5,5%), ўта юқори хавф 12 (8,2%)ни ташкил этди (2 жадвал).

2 жадвал.

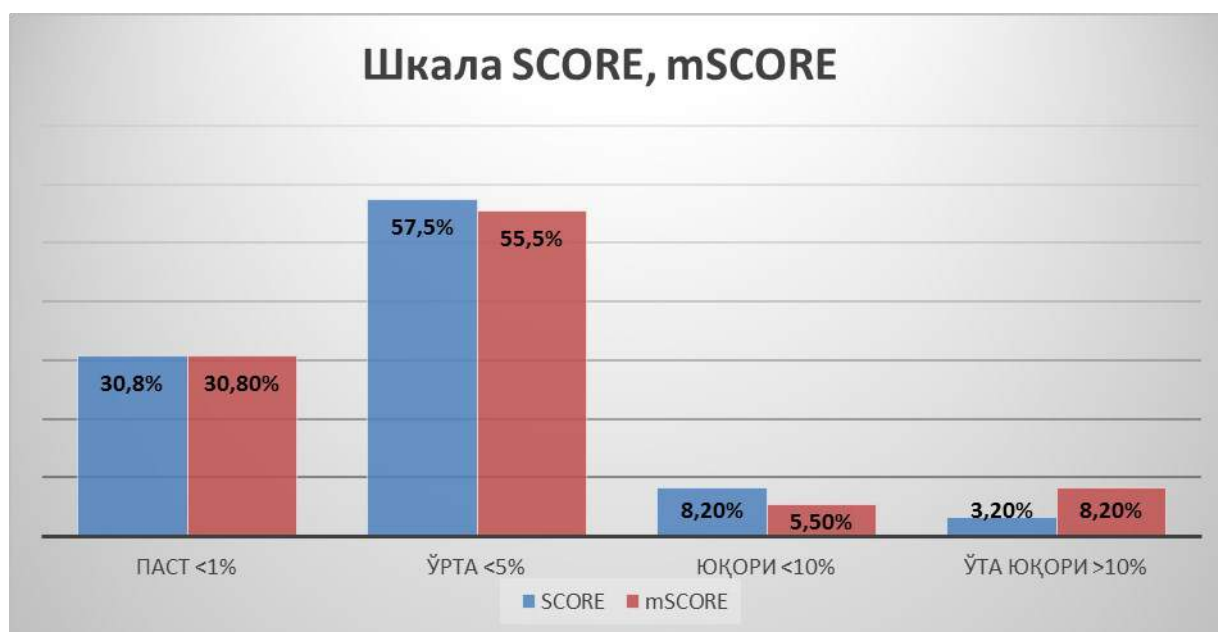
Юрак қон-томир асоратларини прогнозлаш.

Жами беморлар 146	SCORE	mSCORE
Паст хавф <1%	45(30,8 %)	45(30,8 %)
Ўртача хавф <5%	84 (57,5%)	81 (55,5%)
Юқори хавф <10%	12 (8,2 %)	8 (5,5%)
Ўта юқори хавф >10%	5 (3,2%)	12 (8,2 %)

Тадқиқот натижаларига кўра, SCORE ва mSCORE шкалалари билан баҳоланганда ўта юқори хавф 8,2% ни ташкил этиб, бу SCORE шкаласи билан баҳолангандан 2,56 марта хавф кўплигидан далолат беради (расм 1).

51 та бемор 35-49 ёшни, 106 та бемор 50-60 ёшни ташкил этиб, mSCORE бўйича ЮҚТ хавфи аниқланганда 50-60 ёшли беморларда 35-49 ёшли беморларга нисбатан кўпроқ учради (3 жадвал).

Шундай қилиб, хавф омилларини коррекциялаш орқали касалликларни эрта профилактика қилиш, ногиронлик ва ўлимни камайтиришга эришиш мумкин. Коррекция қилиш эрта бошланганда юрак хуружларини олдини олиш мумкин. Шунингдек, хавф омилларини адекват коррекциялаш касалликнинг барча босқичларида, ҳатто асоратлар юзага келгандан кейин ҳам бир ҳилда самарали ҳисобланади. Хавф омилларини аниқлаш орқали юрак қон-томир хавфи даражасини аниқлайдиган халқаро SCORE ва mSCORE шкаласини тиббиётнинг бирламчи бўғинида қўллаш бу борадаги ишларнинг самарасини оширади.



Расм 1. SCORE ва mSCORE бўйича тадқиқот натижалари.

3 жадвал.

Кардиоваскуляр хавф кўрсаткичлари (ёшга нисбатан).

Жами беморлар 146	SCORE		mSCORE	
	35-49 (50)	50-60 (96)	35-49 (50)	50-60 (96)
Паст хавф <1%	41 (82%)	4 (4,2%)	41 (82%)	4 (4,2%)
Ўртача хавф <5%	7 (14 %)	77 (80,2%)	5 (10%)	76 (79,1%)
Юқори хавф <10%	2 (4%)	10 (10,4%)	4 (8%)	4 (4,2%)
Ўта юқори хавф >10%	0	5 (5,2%)	0	12 (12,5%)

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Бойцов С.А., Оганов Р.Г. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4. – С.6-13.
2. Гаспарян А.А., Меньшикова И.В., Каневская М.З. Коморбидность при ревматоидном артрите: особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний // Клиническая медицина. – 2016. – № 10. – С.745-753.
3. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 6. – С.34-35.
4. Насонов Е.Л., Попкова Т.В. Атеросклероз: перспективы противовоспалительной терапии // Терапевтический архив. – 2018. – № 5. – С. 4–12. <https://doi.org/10.26442/terarkh20189054-12>
5. Попкова Т.В., Новикова Д.С., Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистые заболевания при ревматоидном артрите: новые данные // Научно-практическая ревматология. 2016. – Т. 54. – № 2. – С. 122-128. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2016-122-128>
6. Стародубцева И.А., Васильева Л.В. Оценка факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии у больных ревматоидным артритом // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 2. – С. 71-74.
7. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update // Ann Rheum Dis. – 2017. – Vol. 76. – № 1. – P. 17-28.
8. Arida A, Protogerou AD, Kitis GD et al. Inflammatory Response and Atherosclerosis: The Paradigm of Chronic Inflammatory Rheumatic Diseases // Int J Mol Sci. – 2018. – Vol. 19. – № 7. – P. 1890. <https://doi.org/10.3390/ijms19071890>
9. Bartoloni E, Alunno A, Gerli R. Hypertension as a cardiovascular risk factor in autoimmune rheumatic diseases // Nat Rev Cardiol. – 2018. – Vol. 15. – № 1. – P. 33-44. <http://dx.doi.org/10.1038/nrcardio.2017.118>
10. Crowson C.S., Gabriel Sh.E., Semb A.G. et al. Rheumatoid arthritis-specific cardiovascular risk scores are not superior to general risk scores: a validation analysis of patients from seven countries // Rheumatology (Oxford). – 2017 Jul 1. – Vol. 57. – № 7. – P. 1102-1110. doi: 10.1093/rheumatology/kex038.
11. England BR, Thiele GM, Anderson DR, Mikuls TR. Increased cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: mechanisms and implications // BMJ. – 2018. – Vol. 23. – P. 361:k1036. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1036>

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ДОПУСТИМОЙ НОРМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ИНСЕКТИЦИДА ЗАРАГЕН» В НЕКОТОРЫХ ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Х. Ж. Саломова, Х. О. Косимов, З. Ж. Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: Зараген к.с., токсичность, предельно допустимая концентрация, максимально допустимый уровень, ориентировочно-допустимая концентрация.

Таянч сўзлар: Зараген к.с., захарлилик, рухсат этилган даража, мўлжалланган рухсат этилган даража.

Key words: Zaragen c.s., toxicity, maximum permissible concentration, maximum permissible level, approximate permissible concentration

Научно обосновано предельно допустимая концентрация (ПДК) препарата Зарагена к.с. в воде водоёмов (с учётом органолептических свойств воды и санитарный режим воды водоёмов), в атмосферном воздухе и воздухе рабочей зоны. С учётом общепринятых в гигиенической практике подходов, к нормированию пестицидных препаратов установлен максимально допустимый уровень (МДУ) препарата в пищевых продуктах.

На основании данных о токсичности препарата, расчётным путём разработана предельно допустимая концентрация (ПДК) препарата в атмосферном воздухе и в воздухе рабочей зоны, а также ориентировочная допустимая концентрация (ОДК) в почве, максимально допустимый уровень в пищевых продуктах.

“ЗАРАГЕН” ИНСЕКТИЦИДНИНГ АЙРИМ АТРОФ МУҲИТ ОБЪЕКТЛАРИДА ХАВФСИЗЛИК ДАРАЖАСИНИ ГИГИЕНИК АСОСЛАШ

Х. Ж. Саломова, Х. О. Косимов, З. Ж. Жумаева

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Зараген к.с. препаратининг сув хавзаларида рухсат этилган концентрацияси (хавзаларида сувнинг органолептик хусусияти ва умумсанитар тартибига таъсири асосида) илмий асосланди. Пестицид препаратларини мейёрлашда гигиеник амалиётида тадбиқ этилган ёндашувлар асосида инсектициднинг озик-овқат маҳсулотларида максимал рухсат этилган даражаси (МРЭД) аниқланди.

Препаратнинг захарлилик хусусияти асосида унинг атмосфера хавосида ва ишчи ўринлари хавосида ҳисоблаш усули билан рухсат этиладиган концентрацияси (РЭК) ва тупроқда мўлжалланган рухсат этилган концентрацияси аниқланди.

HYGIENIC JUSTIFICATION OF THE PERMISSIBLE SAFETY STANDARDS FOR THE INSECTICIDE “ZARAGEN” IN SOME ENVIRONMENTAL OBJECTS

H. J. Salomova, H. O. Kosimov, Z. Zh. Zhumaeva

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Scientifically substantiated the maximum permissible concentration (MAC) of the drug Zeragen k.s. in the water of reservoirs (taking into account the organoleptic properties of water and the sanitary regime of the water of reservoirs), in atmospheric air and air of the working area. Taking into account the generally accepted approaches in hygienic practice, the maximum allowable level (MRL) of a drug in food products has been established for rationing pesticidal preparations. Based on the data on the toxicity of the drug, the maximum permissible concentration (MPC) in the atmospheric air of the working area, as well as the estimated permissible concentration (MPC) in the soil, the maximum permissible levels in food products, were developed by calculation.

Пестициды всё больше вовлекаются в круговорот веществ в природе и следовательно, становятся закономерным, а не случайным фактором загрязнения внешней среды. Они могут оказывать неблагоприятное воздействие на организм человека посредством воды, воздуха, продуктов питания [2,3,4,14].

Постоянное увеличение ассортимента и количества применяемых пестицидов, расширение сферы их использования в различных областях народного хозяйства обуславливает увеличение возможных путей попадания их в продукты питания. Большую опасность, с точки зрения возможного загрязнения пищевых продуктов, воды водоёмов пестицидами представляет почва [5,6,7,10].

Некоторые пестициды длительное время (от нескольких месяцев до 2 лет) сохраняются в воде и почве. Пестициды могут попадать на растения с потоками атмосферного возду-

ха, с осадками [1,7,8,9,14].

Главным вопросом предупреждения загрязнения объектов окружающей среды является поиск новых малотоксичных и малостойких пестицидных препаратов.

В результате таких поисков создан новый, перспективный препарат Зараген к.с.

Для широкого применения этого препарата в сельском хозяйстве возникает необходимость разработки гигиенических норм и регламентов по безопасному применению в сельском хозяйстве.

Цель исследования: перед нами была поставлена цель оценить опасность Зарагена к.с. в окружающую среду и разработать гигиенические нормы и регламенты, гарантирующие безопасность для потребителей пищевых продуктов, предупреждать загрязнения этим препаратом атмосферный воздух, воздух рабочей зоны, воды водоёмов и почвы.

Материал и методы: объектом исследования явился новый инсектицид Зараген к.с., производство ООО «ZARA TRUST» Узбекистан. Зараген к.с. – инсектицид системного действия с уникальным механизмом даже к нечувствительным к ним вредителям. Отличается высокой эффективностью против широкого спектра вредителей хлопчатника, томатов и картофеля.

Действующее вещество: хлорантранипрол; препаративная форма – концентрат суспензии (к.с.).

Предельно допустимая концентрация Зарагена к.с. в атмосферном воздухе, воздуха рабочей зоны, максимально допустимый уровень в пищевых продуктах питания и ориентировочно допустимая концентрация инсектицида в почве установили с помощью расчётного метода. Определение остаточных количеств Зарагена к.с. в окружающей среде проводились согласно методическим указаниям 4.1.3005-12 «Определение остаточных количеств хлорантранипрола в капусте, салате, изюме в высокоактивной жидкостной хроматографии». [12,13].

Определение Зарагена к.с. в воздухе рабочей зоны и смывах с кожных покровов осуществлялись согласно методическим указаниям 4.1.2460-09. [13].

Результатов и обсуждения:

Результаты изучения острой токсичности.

Определение параметров острой токсичности препарата при внутрижелудочном воздействии проводили на белых крысах. В опыт были взяты животные, которым вводили внутрижелудочно Зараген, в дозах от 1000мг/кг до 6000мг/кг. После статистической обработки установлена средне-смертельная доза препарата для белых крыс - 4750мг/кг (таблица 1).

Клиническая картина отравления: животные становились возбужденными, с последующей депрессией, дыхание становилось затруднительным, наблюдалась обильная саливация, непроизвольное мочеиспускание, отсутствовал аппетит, опытные животные были взъерошенными, неопрятными.

Таблица 1.

Установление LD50 (средне-смертельной дозы).

Доза мг/кг ХЭ	Летальность о/о УЭ	Х	У	В	ХВ	ХВ ²	УВ	ХУВ
1000	0	1	3,04	1,0	1,0	1,0	3,04	3,04
2000	10	2	3,72	5,2	5,2	10,4	9,67	19,34
3000	30	3	4,48	4,5	13,5	40,5	20,6	60,48
4000	50	4	5,0	5,0	20,0	50,0	25,0	200,0
5000	80	5 (8)	5,84	3,9	31,2	249,6	22,3	18,14
6000	100	6 (11)	6,96	1,2	13,2	145,2	8,35	91,85
				18,2	84,1	526,7	89,2	557

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что препарат по параметрам острой токсичности относится к IV классу опасности (малотоксичное химическое соединение) [15].

Изучение действия препарата на кожу и слизистые оболочки глаз.

Действие на кожу. Влияние препарата на кожу изучали на белых крысах. На выбритые участки кожи в области брюшка (2х2) наносили препарат в нативном виде. После 4-х часовой экспозиции препарат смывали и проводили наблюдение за опытными участками. В результате исследований установлено, что препарат вызывал слабое раздражение кожных покровов, выражающиеся в незначительном покраснении в опытных участках кожи, наблюдался незначительный отек. К концу рабочего дня признаки раздражения уменьшались и полностью исчезали через 24 часа с начала опыта. Таким образом, можно сделать вывод, что препарат обладает слабым раздражающим действием на кожу.

Действие на глаза. При исследовании раздражающего действия на слизистые оболочки глаз препарат вносили однократно в конъюнктивальный мешок глаза крыс в количестве 1-2 капли. Второй глаз служил контролем. Через 10 минут после внесения в глаз подопытных животных отмечались явления раздражения слизистой оболочки глаза, которые проявлялись частым морганием, беспокойством, слезотечением, покраснением конъюнктивы. Через 4 часа после внесения препарата отмечалось воспаление роговицы и отек. На 2-е сутки опыта отмечалось резкое снижение признаков раздражения, которые полностью исчезали на 3-и сутки опыта. Таким образом, препарат «Зараген» обладает слабо раздражающим действием на слизистые оболочки глаз.

Изучение кумулятивных свойств препарата.

Кумулирующая способность препарата изучена методом «субхронической» токсичности по Лиму в условиях многократного введения его белым крысам. О кумулятивных свойствах судили по критерию гибели и поведению животных. Установлено, что препарат не обладает материальной кумуляцией, т.к. не наблюдалась гибель животных на протяжении всего эксперимента. Однако, по проявлению некоторых признаков интоксикации можно сделать вывод, что препарат обладает кумулятивными свойствами функционального характера.

В результате изучения хронической токсичности препарата с использованием математического моделирования установлены пороговая и максимально действующая дозы Зарагена на уровне 5,0 и 0,5 мг/кг веса тела, соответственно. На основании полученных данных рассчитана и научно обоснована допустимая суточная доза препарата для человека на уровне 0,6 мг/кг чел/сутки.

Отдаленные эффекты действия препарата.

Онкогенность: в 18 месячном опыте на мышах установлено, что препарат не был онкогенным для самцов и самок мышей, NOAEL был 7000 ppm (эквивалент 935 мг/кг/день) для самцов и 1155мг/кг/день для самок.

Тератогенность и эмбриотоксичность: в опыте на крысах не было обнаружено действие вещества, на вес тела, прибавку веса тела, потребление пищи в любой дозе. Не было воздействия на экстернальные, висцеральные и скелетные мальформации при любой дозе. NOAEL для матери и плода установлена на уровне 1000мг/кг вт/день.

Репродуктивная токсичность и гонодотоксичность в опытах на 2-х поколениях крыс установлена NOAEL для системной токсичности для родителей на уровне 20000 ppm.

Мутагенность: препарат был оценен в бактериальных *in vitro* и *in vivo* опытах по изучению генетической токсичности. Негативный результат был отмечен во всех опытах, что указывает на отсутствие мутагенного воздействия препарата Зараген.

Установление предельно-допустимой концентрации (ПДК) Зарагена в воде водоемов.

В результате применения пестицидных препаратов в сельском хозяйстве существует возможность загрязнения близлежащих водоемов и оказания неблагоприятного влияния на органолептические свойства воды и санитарный режим воды водоемов. Изучение препарата

на органолептические свойства воды позволило установить, что препарат обладает способностью придавать воде слабый специфический запах и незначительный привкус. Пороговая концентрация по запаху установлены на уровне 0,33 мг/л. Сопоставление пороговых и максимально недействующих концентраций по всем критериям вредности (органолептический, санитарно-токсикологический) позволило рекомендовать ПДК (предельно допустимая концентрация) в воде водоемов на уровне 0,2 мг/л, лимитирующий признак вредности-органолептический.

Установление предельно-допустимой концентрации (ПДК) Зарагена в воздухе рабочей зоны и атмосферном воздухе.

С учетом результатов санитарно-гигиенического исследования и данных о токсичности препарата расчетным путем рекомендованы и научно обоснованы: ПДК препарата в воздухе рабочей зоны на уровне 3,0 мг/м³ в атмосферном воздухе 0,2 мг/м³.

Обоснование максимально допустимого уровня препарата (МДУ) в пищевых продуктах.

На основании результатов, проведенных санитарно-гигиенических исследований и методического подхода о нормировании пестицидных препаратов в пищевых продуктах рекомендованы и научно обоснованы максимально-допустимые уровни (МДУ): в хлопковом масле – «не допускается», в томатах - 0,05 мг/кг, в картофеле – 0,1 мг/кг.

Обоснование ориентировочно - допустимой концентрации (ОДК) Зарагена в почве.

Ориентировочно - допустимая концентрации препарата в почве рассчитывались согласно «методологии комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды» [11]. С учетом токсикологических параметров препарата, рассчитана и научно обоснована ориентировочная концентрации Зарагена в почве на уровне 0,1 мг/кг.

На основании проведенных комплекса санитарно- гигиенических и токсикологических исследований и экспертизы представленной фирмой документации установлено:

-Зараген инсектицид системного действия с уникальным механизмом действия даже нечувствительных к ним вредителям пшеницы;

-препарат по острой токсичности относится к IV группе опасности (малотоксичных химических средств защиты растений) пестицидных соединений [13];

-инсектицид Зараген обладает слабым раздражающим действием на кожу и слизистые оболочки глаз;

-препарат обладает кумулятивными свойствами функционального характера;

-Зараген не обладает онкогенными, эмбриотоксичными, мутагенными действиями;

-Допустимая безвредная суточная доза человека (ДСД) препарата составляет 0,6 мг/чел/сутки, предельно допустимая концентрация (ПДК) в воздухе рабочей зоны-3,0 мг/м³, в атмосферном воздухе-0,2 мг/м³, максимально допустимый уровень (МДУ) в картофеле -0,1 мг/кг, в томатах - 0,05 мг/кг, в хлопковом масле «не допускается», ориентировочно допустимая концентрация (ОДК) в почве установлено на уровне 0,1 мг/кг.

-По результатам многопланового, комплексного гигиенического и токсикологического исследований можно рекомендовать к применению в сельском хозяйстве на посевах хлопчатника, томата и картофеля в качестве инсектицида с обязательным соблюдением рекомендуемых норм расхода, гигиенических нормативов и регламентов, правил безопасности применения пестицидов.

Использованная литература:

1. Белан С.Р. Основные пестициды. М., 2001, 250 с.
2. Врачинский К.К. Некоторые вопросы гигиенического нормирования пестицидов в водоёмах в связи с их миграцией. К. 1998, с 185-192.
3. Гальцин А.Н. «Основы промышленной экологии». Сб. Академии наук Российской Федерации- 2004, с 225.
4. Искандарова Г.Т. Гигиенические аспекты применения новых стицидов, внедряемых в сельское хозяйство республики Узбекистан Современные проблемы экологии, гигиены и здоровья населения Узбекистана: Сб.науч.тр. ТашМИ.-Ташкент, 1994.-С. 193-194.
5. Искандарова Г.Т. Гигиена и токсикология пестицидов, внедряемых-, в сельском хозяйстве Республики Узбекистан.-Ташкент: Фан, 1995.-264 с.
6. Искандарова Г.Т. Материалы по первично-токсикологической оценки нового дефолианта хлопчатника нажот // Проблемы гигиены в Узбекистане: Сб.науч.тр. ТашМИ.-Ташкент, 1993.-С.42-44.
7. Лунев М.И. Вестник РУДН. Сер. «Экология и безопасность жизнедеятельности», 2002, № 6, с. 13 - 19.
8. Мельников Н.Н. Современная ситуация с применением пестицидов // Хим. пром-сть. 1994. 2. С. 14-18.
9. Мельников Н.Н. Сб. Пестициды и регуляторы роста. М. 1995, 350 с.
10. «Методология комплексного ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды». Ташкент. 1995, 24 с.
11. Методические указания по определению остаточных количеств хлорантранилипрола в капусте, салате, изюме методом жидкостной хроматографии , утв. 2012 г за №4 1.3..5, 18 с.
12. Методические указание по измерению хлорантранилипрола в воздухе рабочей зоны и смывах с кожных покровов с кожных покровов операторов методом жидкостной хроматографии, утв. 2009г., за №4. 1.2460, 12 с.
13. Мониторинг пестицидов в объектах природной среды Российской Федерации. Ежегодник. 2003. СПб.: Гидрометеоиздат, 2004, с. 44.
14. Проблемы гигиены в Узбекистане: Сб.науч.тр. ТашМИ. - Ташкент, 1993.155-157
15. СанПиН № 032-15 «Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности», 17 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ТRENДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**Л. В. Саркисова, Г. М. Каюмова, Д. У. Рузиева**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: преждевременные роды, прогестерон, Actim Partus, фетальный фибронектин.**Таянч сўзлар:** эрта туғилиш, прогестерон, Actim Partus, фетал фибронектин.**Key words:** preterm labor, progesteron, Actim Partus, fetal fibronectin.

Перинатальная смертность – один из актуальных демографических показателей, характеризующих уровень развития системы здравоохранения и государства в целом. Преждевременные роды (ПР) – социально-экономическая проблема, при которой учитывается высокая стоимость выхаживания недоношенных детей, высокая частота детской инвалидности, возможность развития отдаленных последствий недоношенности. Снижение заболеваемости и смертности новорожденных может быть достигнуто за счет выявления беременных группы повышенного риска по ПР и разработки эффективных профилактических методов. Частота ПР в развитых странах колеблется от 10 до 20 % и за последние 10 лет имеется тенденция к повышению.

МУДДАТДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТИ**Л. В. Саркисова, Г. М. Каюмова, Д. У. Рузиева**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Перинатал ўлим – бу соғлиқни сақлаш тизими ва умуман давлатнинг ривожланиш даражасини тавсифловчи тегишли демографик кўрсаткичлардан бири. Муддатдан олдинги туғруқ (МОТ) – бу эрта туғилган чақалоқларни парвариш қилишнинг моддий жиҳатдан узоқ муддатли оқибатларини ривожланиш эҳтимолини ҳисобга оладиган ижтимоий – иқтисодий муаммодир. Янги туғилган чақалоқлар касалланиши ва ўлимни пасайишига МОТ хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлларни аниқлаш ва самарали мамлакатларда МОТ частотаси 6% дан 12% гача ўзгариб туради ва сўнгги 10 йил ичида ўсиш тенденцияси кузатилмоқда.

MODERN TRENDS OF PREMATURE BIRTH**L. V. Sarkisova, G. M. Kayumova, D. U. Ruzieva**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Perinatal mortality is one of the relevant demographic indicators characterizing the level of development of the healthcare system and the state as a whole. Premature birth (PR) is a socio-economic problem that takes into account the high cost of nursing premature babies, the high incidence of childhood disabilities, the possibility of developing long-term consequences of prematurity. A reduction in the morbidity and mortality of newborns can be achieved by identifying pregnant women with an increased risk of PR and developing effective preventive methods.

Актуальной проблемой современного акушерства являются преждевременные роды (ПР). Частота преждевременных родов остаётся значительной, достигая 7-15%. В связи с незрелостью органов и систем жизнеобеспечения, смертность и заболеваемость у детей, рождённых при преждевременных родах, а также риск повторных госпитализаций, выше, чем у доношенных. Преждевременные роды продолжают оставаться важной медико-социальной и демографической проблемой и являются основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1,2]. Несмотря на развитие современных перинатальных технологий, частота преждевременных родов не снижается, а в ряде стран имеет тенденцию к росту, что в первую очередь обусловлено увеличением elective прерываний беременности и спонтанных преждевременных родов при многоплодии, вследствие распространения вспомогательных репродуктивных технологий. Перинатальная смертность недоношенных новорождённых более, чем в 30 раз выше, чем доношенных, а мертворождаемость при преждевременных родах в 10-15 раз выше, чем при своевременных [3,4]. Ежегодно в мире рождается 15 млн. недоношенных детей (каждый 9 ребенок), более 1 млн. детей погибает в 1 неделю жизни, 50% становятся глубокими инвалидами. Каждый день отсрочки между 22-28 неделями гестации увеличивает выживаемость новорожденных. Таким образом, до настоящего времени, акушерская тактика ведения преждевременных родов неоднозначна, что диктует необходимость проведения комплексного сравнительного анали-

за перинатального исхода при различных подходах к ведению недоношенной беременности в 30-36 недель, определения прогностических критериев зрелости плода с применением современных технологий, а также разработки оптимального протокола ведения, с целью снижения перинатальной смертности, заболеваемости и материальных затрат на проведение терапии и реабилитации новорожденных [5,6]. Своевременно решить вопрос о необходимости проведения профилактических и лечебных мероприятий (проведение курса глюкокортикоидов и токолитиков) позволяет адекватная дифференциальная диагностика истинных преждевременных родов с ложными схватками. В настоящее время многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов посвящены описанию эффективности таких предикторов ПР как укорочение шейки матки, измеренное при помощи ультразвукового исследования и тест на фетальный фибронектин. Однако эти тесты не совсем удобны в применении. Исследование шейки матки среди симптомных женщин должно проводиться не однократно, в динамике, а для проведения исследования на фетальный фибронектин цервикальной слизи необходим иммуноферментный анализ, что требует материально-технического обеспечения и времени для выполнения. С этой точки зрения интерес представляет определить эффективность прикроватного теста Actim-Partus, позволяющего провести исследование в течение нескольких минут [7,8].

Цель исследования. Ранняя диагностика преждевременных родов с целью своевременного назначения сохраняющей терапии и пролонгации периода беременности для рождения здорового доношенного ребенка.

Материалы и методы. В наше исследование были включены 125 беременных с симптомами угрожающих преждевременных родов со сроками беременности 22-34 недели за период 2017 - 2019 года. Всем им проведено сравнительное исследование тест Актим Партус и теста на фетальный фибронектин (таблица 1).

Таблица 1.

Характер выявленных патологий при виртуальной колоноскопии

Результат теста	Гестационный срок на момент родов		Период времени от проведения теста до родов	
	Актим Партус	Фетальный фибронектин	Актим Партус	Фетальный фибронектин
Положительный (n=28)	32,9 (±3.9)	35.1 (±3.3)	3.4 (±2.5)	3.6(±2.9)
Отрицательный (n=66)	35.4(±2.7)	34.4 (±1.1)	4.5(±2.8)	7.1(±3.5)

Для обоих тестов положительный результат теста коррелирует с меньшим гестационным сроком на момент родов. У пациенток с положительным результатом теста период времени до родов был меньше, чем при отрицательном результате теста. Преждевременные роды у женщин с положительным результатом в тесте Актим Партус произошли несколько раньше, чем у женщин с положительным результатом в тесте на фетальный фибронектин (таблица 2).

Таблица 2.

Чувствительность, специфичность, прогностическая ценность отрицательного и положительного результатов тестов.

Срок наступления родов	Чувствительность		Специфичность		Прогностическое значение			
					Положительного результата		Отрицательного результата	
	Актим Партус	Фетальный фибронектин	Актим Партус	Фетальный фибронектин	Актим Партус	Фетальный фибронектин	Актим Партус	Фетальный фибронектин
< 48 час	98%	50 %	68 %	68%	19%	13%	98%	95%
<7 суток	70%	55%	77%	66%	45%	42%	90%	87%
<14 суток	73%	62%	78%	78%	45%	42%	93%	88%

Таблица 3.

Диагностическая ценность теста на фетальный фибронектин (fFN) и теста Актим Партус в сочетании с измерением длины шейки матки для определения риска родов в ближайшие 7 дней

Риск наступления родов < 7 дней	Fen	Актим Партус	Длина шейки матки <20мм	Длина шейки матки <25мм	Длина шейки матки < 20 мм		Длина шейки матки < 25 мм	
					Fen	Актим Партус	Fen	Актим Партус
Чувствительность%	82.4	82.4	65.7	65.7	78	78	78	78
Специфичность%	78.0	82.4	93.6	87.9	95.2	95.2	95.0	95.0
Прогностическая ценность положительного результата, %	33.7	42.7	68.7	42.4	78	78	78	78
Прогностическая ценность отрицательного результата, %	95	95	93.6	93.6	95.2	95.2	95.0	95.0

Все три метода имели хорошую прогностическую ценность отрицательного результата. Было показано, что измерение длины шейки матки представляет собой не очень чувствительный метод для выявления риска преждевременных родов (таблица 3). Экспресс диагностика тестом Actim-Partus это высокочувствительный тест на полосках для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете. Каждый индивидуальный тест состоит из следующих компонентов: стерильного дакронового тампона для забора пробы, пробирка с буферным раствором (0,5 мл) для экстракции: фосфатный буфер с бычьим альбумином, поверхностно-активное вещество, ингибиторы протеаз и консервант, тестовой полоски и осушителя, упакованного в пакет из пленки. Фосфорилированный ПСИФР-1 (ф ПСИФР-1) производится децидуальными клетками. Околоплодные воды, сыворотка плода и беременной женщины, напротив, содержат большие количества нефосфорилированного ПСИФР-1. При приближении срока родов плодная оболочка начинает отделяться от децидуальной оболочки. В результате высвобождается небольшое количество фосфорилированного ПСИФР-1. Тест основан на иммунохроматографии. При этом используют два различных типа моноклональных антител против фПСИФР-1 человека. Первый тип антител связан с голубыми латексными частицами, второй тип закреплен непосредственно на несущей мембране, где при положительном результате теста появляется видимая полоса. При погружении тестовой полоски в экстракт пробы она забирает часть жидкости, которая начинает подниматься по ней вверх. Если проба содержит фосфорилированный ПСИФР-1, то он связывается антителами, фиксированными на латексе, которые в свою очередь фиксируются в зоне нанесения антител второго типа на несущей мембране.

Забор пробы осуществляется следующим образом: цервикальный секрет забирают при помощи стерильного влагалищного зеркала из шейки матки с применением стерильного дакронового тампона из набора. Затем помещают извлеченный тампон в раствор для экстракции из набора и делают смыв, энергично вращая его в течение примерно 10 секунд в жидкости для экстрагирования.

С целью профилактики и лечения угрожающих ПР, был назначен препарат утрожестан.

Утрожестан – это лекарственное средство, представляющее собой прогестерон. Прогестерон является гормоном, достаточный уровень которого так необходим для нормального течения беременности. Именно поэтому утрожестан при беременности находит такое широкое применение. Для понимания его действия не лишним будет подробнее остановиться на эффектах естественного прогестерона в организме женщины. Прогестерон в теле женщины вырабатывается тремя органами: надпочечниками, желтым телом и плацентой.

Прогестерон – это стероидное соединение нередко называют гормоном беременности. И действительно, его достаточный уровень является показателем эффективной овуляции,

необходимой для оплодотворения, а во время беременности его концентрация в крови постоянно нарастает, что связано с функционированием плаценты и является фактором, поддерживающим беременность.

Таким образом, гормон сопровождает всю беременность, при этом свое выраженное действие он начинает в процессе подготовки эндометрия (внутренней оболочки матки) к закреплению оплодотворенной яйцеклетки, а заканчивает только в самом конце периода вынашивания, когда подходит срок родоразрешения.

Группа женщин, которым с целью профилактики и лечения угрожающих ПР, был назначен препарат утрожестан, были родоразрешены в сроке беременности 38-39 недель. Из них 95 женщин родоразрешены через естественные родовые пути. Родилось 80 новорожденных по шкале Апгар 8-9 баллов, 15 новорожденных по шкале Апгар 7-8 баллов. 10 женщинам произведена операция кесарева сечения по поводу несостоятельности рубца на матке, 5 по поводу ПОНРП. У 15 женщин произошли ПР в сроке беременности 34-36 недель. Перинатальной патологии не отмечалось. У женщин с преждевременными родами в анамнезе ежедневное интравагинальное применение прогестерона (Утрожестана) в дозе 100 мг с 22 по 32 неделю беременности достоверно снижает частоту встречаемости спонтанных преждевременных родов. Введение прогестерона позволяет значительно снизить риск преждевременных родов в группе высокого риска. На сегодня консенсусным решением является стратификация риска ПР, выделение групп высокого риска и индивидуальная тактика.

Результаты исследования и их обсуждение. Актим Партус и тест на фетальный фибронектин представляют собой эффективные и простые тесты для прогнозирования преждевременных родов.

Чувствительность и другие параметры прогнозирования преждевременных родов можно существенно улучшить путем комбинации измерения длины шейки матки и проведения теста Актим Партус (таблица 3).

Тест Актим Партус имеет более высокую прогностическую ценность отрицательного результата, чем тест на фетальный фибронектин. При отрицательном результате биохимического теста пациентки рожали позже, чем пациентки, у которых результат теста был положительным. Использование теста Актим Партус предоставляет достоверный метод оценки риска преждевременных родов у пациенток с симптомами (пациентки с преждевременными сокращениями). Преимущество теста Актим Партус по сравнению с тестом фетальный фибронектин заключается в том, что сперма и моча не влияют на получение правильного результата. Большинство женщин с преждевременными родами в анамнезе при следующей беременности родили в срок. Наилучший гестационный срок для проведения теста Актим Партус у асимптоматичных пациенток с высоким риском развития преждевременных родов-30недель. Сочетанная оценка длины шейки матки на 22-24 неделе и результатов теста Актим Партус на 30 неделе представляет собой наиболее эффективный метод прогнозирования преждевременных родов. Тест Actim-partus может применяться в клинической практике для дифференциальной диагностики истинных и ложных преждевременных родов. У женщин преждевременными родами в анамнезе ежедневное интравагинальное применение прогестерона (Утрожестана) в дозе 100 мг с 22 по 32 неделю беременности достоверно снижает частоту встречаемости спонтанных преждевременных родов. Введение прогестерона позволяет значительно снизить риск преждевременных родов в группе высокого риска. На сегодня консенсусным решением является стратификация риска ПР, выделение групп высокого риска и индивидуальная тактика.

Использованная литература:

1. Гусейнова А.Т. и др. Анализ перинатальных исходов при очень ранних преждевременных родах. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №6. С. 1177-1177.
2. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Степанян А.В., Судакова Г.Ю. Микронизированный прогестерон в терапии угрозы преждевременных родов: систематический обзор и мета-анализ рандомизированных и контролируемых исследований. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2019. - Т. 9, №4. - С. 63-70.
3. Козлов П.В. Этиология и патогенез преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – Том 6, № 2. – С. 64-72.
4. Макаров И.О., Боровкова Е.И. Возможности применения сульфата магния в качестве нейропротектора при развитии преждевременных родов. // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2018. – Т.7, №1. – С. 41-44.
5. Новикова В.А. и др. Современные представления об особенностях преждевременных родов. // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. С. 70-70.
6. Факторы риска преждевременных родов. //Врач. 2017. №8. С. 28-29.
7. Черепяхин Е.П. и др. Оценка прогресса преждевременных родов. /Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. С. 72-72.
8. Aly H, Hoffman H., El-Dib M., Said L., Mohamed M. Factor affecting length of stay in late preterm infants: an US national database study // J Matern Fetal Neonatal Med. – 2017. – Vol.20. – P.1-7.

**TREATMENT EFFICIENCY ANALYSIS PREGNANT,
WITH ANEMIA OF VARYING SEVERITY****L. V. Sarkisova, N. N. Umidova**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Key words: iron deficiency anemia, ferrokinetics, erythropoietin.**Таянч сўзлар:** темир танқислиги камқонлиги, феррокинетикалар, эритропоэтин.**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, феррокинетики, эритропоэтин.

Iron deficiency anemia (IDA) is the condition that most often complicates the course of pregnancy and arises as a result of insufficient satisfaction of the increased need of the mother and fetus for iron necessary for hematopoiesis. Iron deficiency anemia (IDA) is an urgent problem in modern society, since it affects a significant private population of the world.

**ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДАГИ АНЕМИЯНИНГ ТУРЛИ ДАРАЖАЛАРИНИ ДАВОЛАШ
САМАРАДОРЛИГИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ****Л. В. Саркисова, Н. Н. Умидова**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Темир танқислиги камқонлиги (ТТК) ҳомиладорликнинг ривожланишини мураккаблаштирадиган ҳолат бўлиб, она ва ҳомила гематопоез учун зарур бўлган темирга бўлган эҳтиёжининг етарли даражада қондирилмаслиги натижасида юзага келади. Темир танқислиги камқонлиги (ТТК) ҳозирги кунда долзарб муаммо ҳисобланади.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ,
С АНЕМИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ****Л. В. Саркисова, Н. Н. Умидова**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Железодефицитная анемия (ЖДА) – это состояние, наиболее часто осложняющее течение беременности и возникающее в результате недостаточного удовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в железе, необходимом для кроветворения. Железодефицитная анемия (ЖДА) является актуальной проблемой современного общества, поскольку затрагивает значительную часть населения мира.

Relevance. The main criteria for IDA are a decrease in the level of hemoglobin and a color index reflecting the hemoglobin content in the erythrocyte. Morphologically determined hypochromia, erythrocytes, microcytosis, anisocytosis and poikilocytosis. The content of reticulocytes in the blood, as a rule, remains within the normal range. An important diagnostic value is a decrease in the level of serum gland and ferritin and an increase above the standard values of transferrin and the total iron binding capacity of the serum. Recently, the importance of determining the level of transferrin receptors in blood plasma, which is a sensitive indicator of the degree of tissue iron deficiency. According to the WHO recommendation, the lower limit of normal hemoglobin concentration for a pregnant woman is reduced to 110 g/l (outside pregnancy - 120 g/l), hematocrit - to 33% (non-pregnant - 36%). Laboratory criteria: In addition to hemoglobin (Hb), as a parameter of the functional fund, other hematological parameters are determined: red blood cell count (RBC) and hematocrit (Ht). The reserve fund is estimated by the level of serum ferritin (SF), and iron – regulatory - by erythrokinetic indicators: erythropoietin (EPO) and the coefficient of adequacy of EPO products.

Research objectives: To study the parameters of ferrokinetics in the dynamics of pregnancy, taking into account the severity of anemia.

Material and research methods. For the period from 2017-2019. We examined 90 pregnant women with anemia, 50 of them were untreated, received in the maternity ward with a kind of activity, and 40 were treated in the department of pathology of pregnant women. The control group consisted of 40 conditionally healthy pregnant women. Under our supervision and examination, there were 40 pregnant women with anemia, aged 17–35 (28 ± 0.1) years, who were regis-

tered in female consultations and were treated in the department of pathology of pregnant urban maternity complex No.1. Bukhara. Hemoglobin content 95 g/l and below, serum iron 15 $\mu\text{mol/l}$ and below, gestational age of 20 weeks or more, and absence of other blood diseases were the criteria for selection of pregnant women into groups. The main complaints of pregnant women with anemia were general weakness, fatigue, shortness of breath with mild physical exertion, flickering of "flies" before the eyes, dizziness, nasal hemorrhages, sleep disorders and mood for no apparent reason, decreased appetite, memory loss. Depending on the type of antianemic therapy, the patients were divided into 2 groups: the comparison group — 18 pregnant women — received ferron 100 mg, 1-2 capsules daily for 2-3 months, until normal hemoglobin level in the blood was reached; the main group - 22 pregnant women, received ferron 100 mg 1-2 capsules daily for 2-3 months, until normal hemoglobin level in blood and REPO 2000 MED are achieved subcutaneously after 3 days 2-3 injections depending on the severity anemia. The distribution of pregnant women, depending on the severity of anemia, is presented in table 1.

Table 1.

Distribution of pregnant women depending on the severity of anemia ($M \pm m$).

The degree of anemia (Hb g/l)	The main group (n = 22)		Comparison Group (n = 18)	
	A6c	%	A6c	%
Mild (110—91)	7	32	6	33,3
Moderate (90—71)	10	45	9	50
Serious/severe (<70)	5	23	3	16.7

Among the examined in the groups, recurrent and multiparous women with a second or third pregnancy, which did not differ in significantly significant limits, prevailed. In the obstetric and gynecological history, women had: honey. abortion - 13 women (15.6%), spontaneous miscarriages - 8 women (9.6%), non-developing pregnancy - 4 women (4.8), antenatal fetal death – 2 (3.6) (Table 2).

Table 2.

Outcomes of previous pregnancies in surveyed women.

Outcomes of Past Pregnancies	Pregnant groups			
	I comparison group (n = 18)		II group main (n = 22)	
	A6c	%	A6c	%
Medical abortion	2	11.1	4	18
Spontaneous miscarriages	1	5.6	2	9
Non-developing pregnancy	2	11.1	2	9
Antenatal fetal death	7	38.9	1	4.5

The health index of the examined women, taking into account the presence of extra-traumatic diseases, was relatively satisfactory. As can be seen from table 4, ARVI and anemia occupied the leading place in all groups, the remaining extragenital diseases were found in a small number of patients (Table 3).

The contingent of pregnant women was subjected to a thorough clinical and laboratory research. The clinical examination included a study of complaints, life, obstetric and gynecological anamnesis, taking into account the diseases suffered before and during this pregnancy. A general and special obstetric study was conducted: external palpation, auscultation of the fetus, examination in the mirrors with a prenatal rupture of the membranes and discharge of water, vaginal examination, determination of the degree of cervical dilatation. The mothers underwent a general analysis of blood, urine, discharge from the cervical canal, vagina, urethra. The group and Rh affiliation of the blood, the blood test for HBsAg, RW, by agreement of the woman to HIV/AIDS were determined. Some biochemical parameters of peripheral blood were also determined: total protein, ALT, AST, coagulogram. According to the testimony conducted tests on Zimnitsky, Nechiporen-

Table 3.

Extragenital diseases in the history of the examined women.

Pregnancy	Comparison group (n=18)		Basic group (n=22)	
	Aбс	%	абс	%
Respiratory diseases:				
Chronic. Tonsillitis	1	5.6	1	4.5
Chronic. Sinusitis			1	4.5
Chronic. Bronchitis				
ARVI	8	44.4	10	45.4
CCC diseases:				
Hypertonic disease	1	5.6	1	4.5
Vegetative-vascular dystonia				
Varicose veins	1	5.6	1	4.5
Kidney disease				
Chronic pyelonephritis				
Blood diseases:				
Anemia	18	100	22	100
Gastrointestinal Disorders:				
Gastritis, colitis			1	4.5
Chronic. Hepatitis				
Metabolic pathology:				
Thyroid disease	3	16.7	9	41
Obesity	1	5.6	1	4.5
Diabetes				

ko, ECG was taken. The localization of the placenta and the size of the fetus were determined by ultrasound. All pregnant women are consulted by the therapist. The diagnosis of IDA was set on the basis of complaints, anamnestic data and clinical data, as well as the content of HB, erythrocytes, color index and indicators of iron metabolism (serum iron, OZHSS and ferritin). The severity of anemia was assessed by the WHO classification (1999) (Table 4).

Table 4.

Classification of anemia by severity.

Severity	Hemoglobin (g/l)	Red blood cells ($\times 10^{12}/l$)
I – Mild	110 – 91	3,6 – 3,2
II – Moderate	90 – 71	3,2 – 3,0
III – Serious/severe	70 and below	3,0 – 1,5

Quantitative determination of hemoglobin in the blood was carried out with such hemoglobin cyanide method, and a method was used to determine the concentration of iron in the blood serum, and the determination of ferritin in the blood serum. The results obtained for the iron metabolism indicators of the examined pregnant women indicated that anemia in the examined pregnant women was jellied. Deficiency of iron in the depot and serum progressed as the severity of anemia and gestational period increased, which indicates an increased need for the maternal organism.

It was established that the progression of mild anemia in every second, the development of PE and prenatal discharge of water in every third was a distinctive feature of the course of pregnancy. Births were often complicated by bleeding during pregnancy (PONRP - 6.3%) and after delivery (13.5%) and injuries of the soft birth canal (70%). Syndrome of delayed fetal development and the birth of low-weight babies was observed in 30% of patients.

The findings showed that anemia is a high risk factor for the development of pregnancy

complications and rhodes, which dictated the need to optimize complex therapies for pathology throughout the entire gestation period, which will prevent complicated pregnancy and childbirth and will be one of the antenatal measures fetal protection.

Findings: a study of ferrokinetics in the dynamics of pregnancy has shown that anemia is iron deficient, with the degree of reduction of iron content, KNTZh and ferritin and increase of transferrin level depends on the severity of the disease. Treatment of IDA with iron-containing drugs only is not effective enough. Hb level <90g/l and resistance of anemia to treatment with Fe preparations is an indication for REPO therapy, especially when preparing for delivery. Combined ferrotherapy with REPO is an effective and relatively fast method for stopping the IDA of pregnant women that allows to replace blood transfusion.

References:

1. Aylamazyan, E.K., Samarin, A.V., Tarasov. A. The use of recombinant erythropoietin for the treatment of anemia in obstetric practice, // Gynecology 2010.
2. Artikhodzhaeva G.Sh. Modern approaches to the treatment of iron deficiency anemia in pregnant women // Medicaexpress. - Tashkent, 2010. - №1. - C. 28-29.
3. Asadov D.A., .Nazhmitdinov AM, Sabirov D.M. Screening, prevention and treatment of iron deficiency anemia. Clinical management.-Tashkent-2010.-C.7-22
4. Asadov D.A. Clinical guidelines for screening, prevention and treatment of IDA. // News of dermatovenerology and reproductive health. - Tashkent, 2004, - №3. -C.2-8.
5. Ahmedova D.R. Features of microelement status in pregnant women with iron-deficiency anemia - residents of the Karaulbazar district of the Bukhara region // News of dermatovenereology and reproductive health- Tashkent, 2004.- №4.C.1113.
6. Akhmedova D.R., Kurbanov D.D. Treatment of iron deficiency anemia in pregnant women from the standpoint of microelementosis of the body // News of dermatovenerology and reproductive health. - Tashkent, 2010. - N3. - C. 85-88 (Code H9/2010/3).
7. Ayupova F.M., Inoyatova F.Kh., Saidzhalilova D.D., Shukurov F.I. Dynamics of hemoglobin content and iron parameters in experimental anemia in pregnant women and their correction // Uzb. biol. journals - Tashkent, 2002. - №4. - C. 8-12.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С. Ф. Сулейманов, Ш. Н. Нуриллоева, Г. А. Сафарова

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, иммунная система, тимоптин, *Helicobacter pylori*, иммунодефицит, эрадикация, иммунокоррекция.

Таянч сўзлар: яра касаллиги, ўн икки бармоқли ичак, иммун тизими, тимоптин, *Helicobacter pylori*, иммуно-танкислик, эрадикация, иммунокоррекция.

Key words: peptic ulcer, duodenum, immune system, Thymoptinum, *Helicobacter pylori*, immune deficiency, eradication, immunocorrective.

Значения системы иммунитета (СИ) были определены у 52 больных с хронической язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ХЯБДК) и у 27 здоровых лиц. У больных 2-х групп отметили глубокую супрессию общего пула Т(СD3)-лимфоцитов, его субпопуляций, инверсию индекса иммунорегуляции, а также напряжение гуморального компонента СИ. Общепринятые методы лечения не приводили к устранению иммунных расстройств у больных 1-й группы с ХЯБДК.

Включенный в схему лечения 2-ой группы ХЯБДК отечественный иммунопрепарат тимоптин оказал благоприятное действие на иммунные показатели и состояние больных. Он эффективно устранял иммунные нарушения, повышал все звенья Т- и В-клеточного иммунитета, обладал иммунокорригирующим и эрадикационным действием.

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИММУНОКОРРЕКЦИЯЛОВЧИ ТЕРАПИЯСИ

С. Ф. Сулейманов, Ш. Н. Нуриллоева, Г. А. Сафарова

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Иммун тизими (ИТ) кўрсаткичлари сурункали ўн икки бармоқ ичак яра (СЎБИЯ) касали билан касалланган 52 беморда ва 27 соғлом шахсларда аниқланди. Иккита гуруҳ беморларда Т(СD3)-лимфоцитлар, унинг субпопуляцияси, иммунорегуляция индексининг инверсияси, шунингдек, ИТ нинг гуморал компонентининг зўриқиши қайд этилди. Даволашнинг анъанавий усуллари СЎБИЯ билан касалланган 1-чи гуруҳ беморларида уларнинг иммунитет бузилишлари бартараф этишга олиб келмади.

СЎБИЯ 2-чи гуруҳининг даволаш схемасига киритилган тимоптин дори-воситаси беморларнинг иммунитет кўрсаткичлари ва ҳолатига ижобий таъсир кўрсатди. У иммунитет бузилишларини самарали бартараф этди, Т- ва В-хужайрали иммунитетнинг барча бўғинларини оширди, иммунокоррекцияловчи ва эрадикацияловчи таъсир кўрсатди.

IMMUNOCORRECTIVE THERAPY OF PATIENTS WITH THE DUODENUM PEPTIC ULCER

S. F. Suleymanov, Sh. N. Nurilloeva, G. A. Safarova

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

The values of the immune system (SI) were determined in 52 patients with chronic duodenal ulcer (CDU) and in 27 healthy individuals. In patients of 2 groups noted deep suppression of the total pool of T(CD3)-lymphocytes, its subpopulations, inversion of the immunoregulation index, as well as the stress of the humoral component of SI. Conventional methods of treatment did not lead to the elimination of immune disorders in patients of the 1st group with CDU.

Included in the treatment regimen of the 2nd group CDU domestic immunopreparat Thymoptinum had a beneficial effect on immune parameters and condition of patients. It effectively eliminated immune disorders, increased all links of T - and B-cell immunity, had immunocorrecting and eradication effect.

Известно, что этиология и патогенез язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) тесным образом связана с инфекцией *Helicobacter pylori* (НР). При этом исследователи выявили поражение слизистой оболочки дуоденума и колонизацией её цитотоксическими штаммами НР. При резком снижении иммунореактивности пациентов ЯБДК происходит проявление цитотоксических свойств НР, т.е. НР-инфекция участвует в иммунных процессах у больных с вышеприведенной патологией [1-4].

Цель исследования: изучить систему иммунитета (СИ) у больных с хронической ЯБДК (ХЯБДК) и изучить эффекты иммуностимулирующей терапии (ИСТ) и противохели-

кобактерной терапии (ПХБТ).

Материалы и методы. Параметры СИ изучили у 52 пациента с диагнозом ХЯБДК в возрасте от 33 до 54 лет. 34 пациента были мужского (65,4%), 18 (34,6%) – женского пола. Длительность язвенной болезни составила $5,6 \pm 2,7$ лет. Средний размер был $1,4 \pm 0,5$ см.

Пациенты в зависимости от проведенного лечения рандомизированы на 2 репрезентативные группы. В 1-ой группе было 28 больных и они получали ПХБТ из омепразола (40 мг/сут), де-нола (480 мг/сут), тинидазола (1500 мг/сут) в теч. 12–14 дней; 2-ая группа (24 пациента) получали схожую с 1-ой группой схему терапии, но она включала ещё иммунопрепарат тимоптин (Узбекистан) (по 1 мл 0,01% р-ра подкожным способом через день; на курс 10-12 вливаний) в качестве дополнительного средства лечения и иммунокоррекции.

При определении основных параметров клеточного звена СИ использовали моноклональные антитела к поверхностному кластеру CD-рецепторов (ООО «Sorbent-Servis», Россия): Т-лимфоциты с фенотипом CD3; Т-хелперы с фенотипом CD4; Т-супрессоры с маркером CD8; В-лимфоциты с маркером CD19, также индекс иммунорегуляции (ИИР) – это соотношение CD4/CD8. Уровни сывороточных иммуноглобулинов (СВИ) – Ig – классов А, М и G оценивали по методу двойной радиальной иммунодиффузии по Mancini (1968). Иммунные параметры определяли до и спустя 1 месяц лечения. Контрольная группа для сравнения иммунологических параметров состояла из 27 здоровых лиц (21-52 года).

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования указывали на то, что обострение ХЯБДК приводила к иммуносупрессии общего пула CD3-лимфоцитов до $38,6 \pm 1,8\%$ при норме $52,4 \pm 1,9\%$. Мы продемонстрировали более низкие значения Т-клеток с фенотипом CD3 в 1-ой группе, в отличие от 2-ой группы больных.

В двух репрезентативных группах наблюдали расстройства в функционировании субпопуляций Т-лимфоцитов в виде дисбаланса и инверсии ИРИ. При этом отметили снижение уровня Т-хелперов с фенотипом CD4 и увеличением числа Тс(CD8); также верифицировали статистически достоверное уменьшение ИИР до 1,3 ($p < 0,01$) вследствие снижения относительной доли Тх(CD4).

В отношении продукции В(CD19)-лимфоцитов можно также констатировать их заметное снижение до $12,3 \pm 1,5\%$ (норма – $14,8 \pm 1,1\%$), что, конечно же, указывает на заметное снижение большинства клеточных параметров иммунореактивности у больных с ХЯБДК.

При острой фазе ХЯБДК у пациентов двух групп отмечали снижение двух параметров гуморального иммунитета, а именно IgA и IgM. В то же время имелась тенденция в увеличении продукции антител класса G - IgG – $15,27 \pm 1,6$ г/л при разном уровне достоверности – $p < 0,01$ в 1-ой; $p < 0,001$ во 2-ой группе, – что напрямую говорит о расстройстве иммунной системе в гуморальном звене иммунитета.

Нами было установлено, заживление и/или рубцевание язвы в короткие сроки при успешной ПХБТ и эффективной эрадикации НР было достигнуто во 2-ой группе, где эффективность эрадикации (ЭЭ) составила 76% за $16,7 \pm 0,9$ дней, а в 1ой группе ЭЭ была низкой – 58% и достигалась она за $27,3 \pm 1,8$ дней.

Одновременно с этим, мы отметили снижение числа лимфоцитов в той же 1-ой группе, где уровень Т-лимфоцитов с маркером CD3 был снижен до $41,5 \pm 1,6\%$, хелперная фракция Т(CD4) ($p < 0,01$) также была снижена на фоне высоких значений супрессорных клеток – Тс (CD8). Снижение ИИР до 1,5 при норме 2,1 свидетельствует о разбалансировке в соотношении CD4/CD8 у пациентов с неэффективной эрадикацией.

У больных 2-й группы, принявших ИСТ, наблюдали значительное повышение общего пула лимфоцитов Т(CD3): до $64,3 \pm 2,4\%$, В(CD19) до $18,5 \pm 1,7\%$ с параллельным увеличением Тх (CD4) и ИИР до 2,4 (норма 2,1), что было, конечно, выше аналогичных значений в 1-ой группе с высоким уровнем достоверности ($p < 0,001$).

Вероятно, отмеченный положительный сдвиг в функционировании Т-клеточного компонента иммунитета (увеличение уровней CD3, CD4 и уменьшение доли CD8) ИСТ вносит свои коррективы в процессы эрадикации НР во 2-ой группе..

Более того, в этой группе происходило повышение В-лимфоцитов (CD19) и уровня IgA до $2,8 \pm 0,64$ г/л по сравнению с данными до лечения $2,2 \pm 0,29$ г/л ($p < 0,001$).

Суммируя вышеприведенные данные, можно заключить, ХЯБДК в стадии рецидива характеризуется существенной депрессией большинства СИ с высокой НР-инфекцией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Критериями малоэффективной либо неэффективной эрадикации являются депрессивные процессы в иммунной системе больных ХЯБДК. И наоборот, ремиссия больных ХЯБДК 2-й группы сопровождалась существенным усилением клеточно-гуморального иммунитета, что, по-видимому, способствовало улучшению результатов лечения у них.

Использованная литература:

1. Василевский И.В. Новые подходы к эрадикации *Helicobacter pylori* с использованием нифуроксазида // Международные обзоры: Клиническая практика и здоровье. – 2013. – № 1. – С. 8-14.
2. Дудникова Э.В., Шестопалова М.А. Роль *Helicobacter pylori* в этиологии и патогенезе хронической гастродуоденальной патологии // Мед. вестн. Юга России. – 2011. – № 3. – С. 4-7.
3. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. М.: Триадa-X, 1999. – 255 с.
4. Suleymanov S.F., Khomidova S.H., Mansurova M.Kh., Sagdullayeva G.U. Immune Status in Patients with Duodenal Ulcer and Influence on her Immunomodulatory Therapy // European Science Review. – 2018. - Vol. 2. – № 9–10. September-October. – P. 161–163.

НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**С. Ф. Сулейманов, М. Х. Мансурова, Н. И. Олимова**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Ключевые слова: тимоптин, язвенная болезнь желудка, иммунная система, традиционное лечение, иммунокоррекция, эффективность.

Таянч сўзлар: тимоптин, ошқозон яра касаллиги, иммун тизими, анъанавий даволаш, иммунокоррекция, самарадорлик.

Key words: thymoptinum, ulcerative stomach diseases, immune system, traditional treatment, immunocorrection, effectiveness.

Иммунный статус был изучен у 34 больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и у 36 здоровых лиц. У больных ЯБЖ отмечалось нарушение иммунного статуса, что проявлялось в дефиците Т- и В-звеньев иммунитета, дефиците параметров гуморального иммунитета. Использование тимоптина на фоне базисного лечения приводило к коррекции основных параметров клеточного иммунитета, увеличению продукции IgG. Тимоптин устранял иммунологическую недостаточность у больных ЯБЖ.

ОШҚОЗОН ЯРАСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИММУН ТИЗИМИНИНГ БУЗИЛИШИ ВА УНИ ДАВОЛАШ ЖАРАЁНИДА ТИКЛАШ**С. Ф. Сулейманов, М. Х. Мансурова, Н. И. Олимова**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Ишда 34 нафар ошқозон яра касаллиги (ОЯК) билан касалланган беморларнинг ва таққослаш учун 36 соғлом шахсларнинг иммун статуси ўрганилди. ОЯК беморларларнинг иммун статусида ўзгаришлар, Т- ва В-иммун тизимининг танқислиги ва гуморал иммунитетининг етишмовчиликлари билан ифодаланди. Тимоптин ёрдамида ОЯК беморларнинг иммунологик етишмовчилиги бартараф этилди.

VIOLATION OF THE IMMUNE SYSTEM IN PATIENTS WITH ULCERATIVE STOMACH DISEASE AND ITS CORRECTION IN THE PROCESS OF TREATMENT**S. F. Suleymanov, M. Kh. Mansurova, N. I. Olimova**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

The immune status was studied in 34 patients with ulcerative stomach diseases (USD) and in 36 healthy individuals. Impaired immune status was noted in patients with USD, which was manifested in a deficiency of T- and B-links of the immune system, and a deficiency in the parameters of humoral immunity. The use of thymoptinum against the background of basic treatment led to the correction of the basic parameters of cellular immunity, an increase in IgG production. Thymoptinum eliminated immunological deficiency in patients with USD.

Эпидемиологическая частота встречаемости язвенной болезни (ЯБ) среди населения при обращаемости составляет 3%, при профилактических эндоскопических осмотров - до 7%, а данным аутопсий - 10-20% от общей заболеваемости органов пищеварения. Установлено, что 10% взрослого населения страдает либо имеет предрасположенность к ЯБ желудка (ЯБЖ) [1, 2].

ЯБЖ – это патология мультифакторного генеза. В настоящее время в этиопатогенезе данной болезни большое значение отводится инфекционным агентам – *H. pylori* и *C. pyloridis*. Иммунологические процессы в организме играют существенную роль в развитии ЯБЖ. Длительное антигенное воздействие *H. pylori* и *C. pyloridis* приводят к формированию вторичного иммунодефицитного состояния у больных с гастродуоденальной патологией [1, 4-6].

Целью исследования – изучение иммунного статуса и проведение иммунотерапии у больных с ЯБЖ.

Материал и методы. Иммунный статус был изучен у 34 больных ЯБЖ в возрасте от 27 до 56 лет. Лиц мужского пола было 23 (67,6%), женского – 11 (32,4%). Продолжительность заболевания составляла 2-8 лет. Диагноз ЯБЖ основывался на данных клинической картины заболевания, рентгеноскопии, ФГС и лабораторных методов исследования. 7 боль-

ных с ЯБЖ были прооперированы, остальные лечились консервативно. Препарат тимоптин получили 14 больных. Уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М и G определяли по G. Mancini et al. (1965). Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) выявляли по Haskova. Значения показателей Т- и В-клеток, а также субпопуляций Т-лимфоцитов в крови изучали с использованием кластера моноклональных антител (ООО "Sor bent–Servis, Moscow, Russia Federation). В контрольную группу включили 36 здоровых лиц (доноры). Эффективность иммунокоррекции определяли согласно [3].

Эффективность иммунокорригирующей терапии оценивали по динамике иммунологических показателей в сравнении с теми же данными до лечения по формуле:

$$Ki = (B-A)/A \cdot 100\%,$$

где Ki – индекс иммунокоррекции; А – иммунологический параметр до лечения; В – иммунологический параметр после лечения. Иммунокоррекцию считали эффективной при $Ki > 10\%$.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета компьютерных программ Exel Statistica (версия 6,0) для Windows. Достоверность различий при сравнении средних значений определяли по критерию t Стьюдента. Данные представлены в виде $M \pm m$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Изучение системы иммунитета у больных ЯБЖ показало изменение ряда параметров по сравнению с донорами. Было отмечено увеличение относительной величины общего пула Т-лимфоцитов с фенотипом CD3 до $46 \pm 1\%$ ($p < 0,05$), снижение Тс(CD8) ($p < 0,01$) (рис.1, 2). Если в контрольной группе иммунорегуляторный индекс (ИИ) составлял 2,1, то у больных ЯБЖ ИИ = 2,9 ($p < 0,001$) вследствие заметно понижения субпопуляции Т-супрессоров – Тс(CD8) (рис. 2).

Относительное содержание В-лимфоцитов с маркером CD19 было также низким – $10,0 \pm 2\%$ ($p < 0,05$) (рис.1).

У больных ЯБЖ выявлен дефицит всего спектра гуморального иммунитета за исключением уровня ЦИК (табл.1).

Для устранения иммунных нарушений был использован тимоптин (Узбекистан) в дозе 1 мл (0,01% раствор) в/м в течение 10 дней, который назначали на фоне общепринятого лечения.

Под влиянием тимоптина через 1 месяц происходило статистически достоверное увеличение общего пула Т-лимфоцитов (фенотип CD3) – $55 \pm 1\%$ ($p < 0,001$; рис. 1), В-лимфоцитов (CD) – $14 \pm 1\%$, а также умеренное изменение ИИ (2,6) с увеличением доли

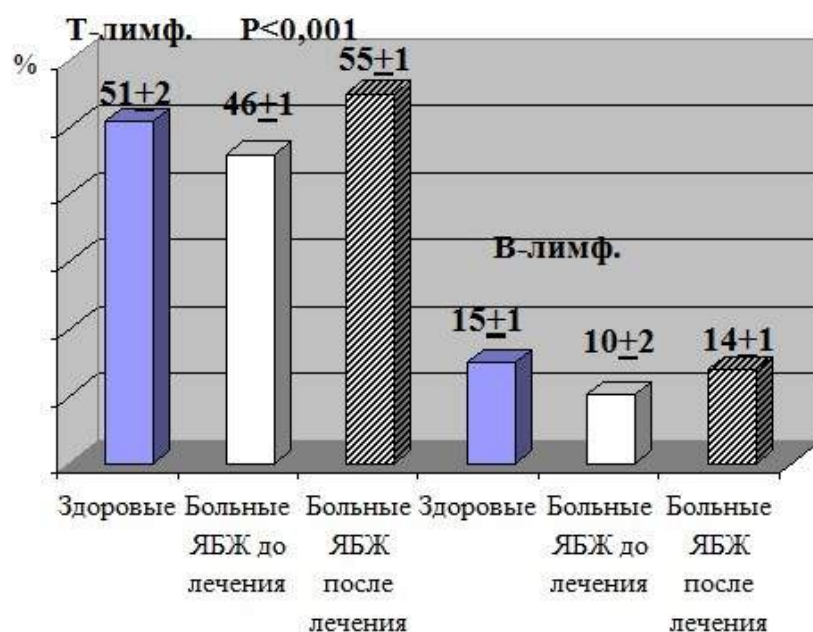


Рис.2. Показатели ИРИ (Тх/Тс) у больных ЯБЖ в динамике иммунокорригирующего лечения.

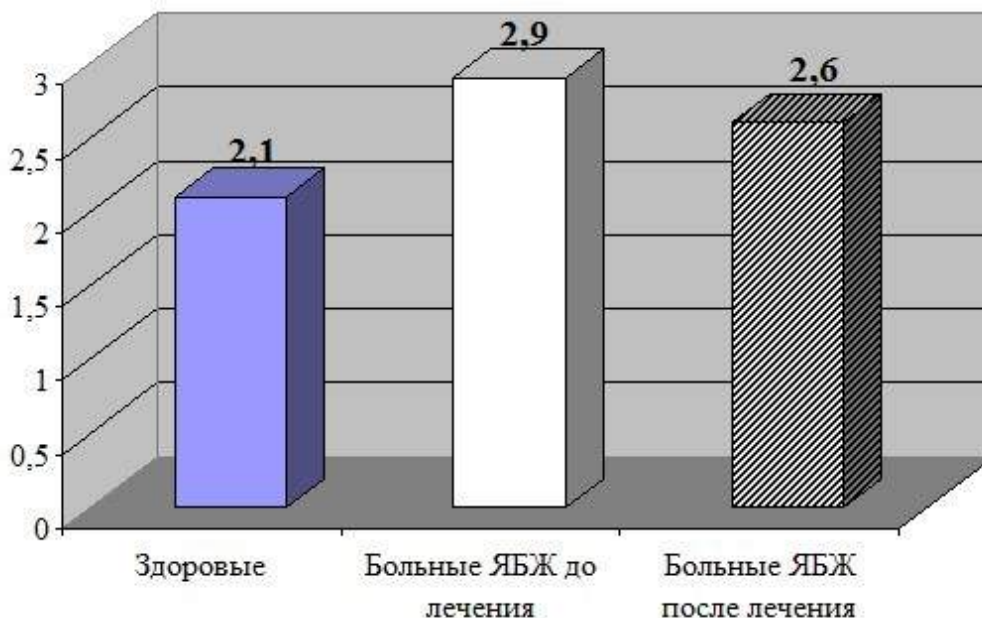


Таблица 1.

Динамика показателей гуморального иммунитета у больных ЯБЖ в процессе иммунокорригирующего лечения ($M \pm m$).

Показатели		Больные ЯБЖ	Здоровые лица
IgA, г/л	A	$2,56 \pm 0,21$	$2,82 \pm 0,31$
	B	$2,49 \pm 0,24$	
IgM, г/л	A	$1,11 \pm 0,19^{**}$	$1,64 \pm 0,11$
	B	$1,07 \pm 0,16^{**}$	
IgG, г/л	A	$11,20 \pm 1,23^{**}$	$15,9 \pm 0,94$
	B	$12,53 \pm 0,86^{**}$	
ЦИК (ед. опт. пл.)	A	$0,108 \pm 0,013^{***}$	$0,046 \pm 0,006$
	B	$0,091 \pm 0,016^{***}$	

Примечание: A – показатели до лечения, B – показатели после лечения;
 $^{*}p<0,05$; $^{**}p<0,01$; $^{***}p<0,001$ по сравнению с контролем.

Т-супрессоров, что, конечно, является отражением положительной динамики изменений от проведенной иммунокоррекции.

При этом К_i для Т(СD)-клеток на 30 сутки составил 19,6%, а для В(СD19-лимфоцитов на 40%, что, очевидно, указывает на эффективность от проведенной иммунокорригирующей терапии.

Кроме того, имелась тенденция в возрастании IgG ($p<0,001$) и понижении ЦИК ($p<0,001$) в процессе иммунотерапии, однако IgM сохранялись на низком уровне (табл.), что свидетельствует о разной направленности и интенсивности иммунных процессов в гуморальной системе иммунитета.

Таким образом, у больных с хронической ЯБЖ выявили снижение параметров системы иммунитета, что обуславливает трудности в достижении эффекта при использовании традиционных методов лечения. Применение иммунопрепарата тимоптина в качестве корректора нарушений иммунного статуса приводит к эффективному восстановлению нарушенных звеньев иммунитета (Т- и В-лимфоцитов, IgG), улучшению клинического течения и снижению числа осложнений.

Использованная литература:

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство /под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.
2. Идрисова Г.Н., Саулеева Ж.К., Абдыкасымова М.Р. Оценка эффективности комплексной терапии при язвенных поражениях желудка и ДПК // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 3–1. – С. 16-171.
3. Сулейманов С.Ф. Нарушение иммунного статуса и его коррекция у больных хроническим панкреатитом // Вопросы питания. Москва. – 2008. – Том 77. – № 5. – С. 45-48.
4. Султаналиев Т.А., Андреев Т.Н., Жанталипова Н.А. и др. Особенности иммунного статуса больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Acta Biomedica Scientifica. – 2005. – №7. – С. 124–129.
5. Graham D.Y. Helicobacter pylori update: gastric cancer, reliable therapy, and possible benefits // Gastroenterology. – 2015. – Vol. 148. P. 719–731.
6. Nayar D.S. Current eradication rate of Helicobacter pylori with clarithromycin-based triple therapy in a gastroenterology practice in the New York metropolitan area // Infection and Drug Resistance. – 2018. – Vol. 11. – P. 205-211.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М. Н. Тилляшайхов¹, С. К. Алиджанов²

¹Республиканский специализированный научно-практический центр онкологии и радиологии, ²Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: малоинвазивные технологии, стентирование, перкутанная нефростомия, туберкулёз почек.
Таянч сўзлар: минимал инвазив технология, стентлаш, аралашган нефростомия, буйраклар сил касаллиги.
Key words. minimally invasive technologies, stenting, percutaneous nephrostomy, renal tuberculosis.

Перкутанная нефростомия и стентирование при туберкулёзе почек с суправезикальной обструкцией создаёт условия для нормализации пассажа мочи. Накопленный опыт позволяет положительно оценить роль ПКНС, как метода выбора для деблокирования и оценки резервов функции почек на фоне туберкулёзных изменений верхних мочевых путей. и стентирование при туберкулёзе почек с суправезикальной обструкцией создаёт условия для нормализации пассажа мочи.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ОБСТРУКТИВ СИЛ ШАКЛЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛЛИШДА МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛЛАШ

М. Н. Тилляшайхов¹, С. К. Алиджанов²

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тери орқали нефростомия ва буйракнинг туберкулёз обструкцияси учун стентлаш сийдик ўтишини нормаллаштириш учун шароит яратади. Тўпланган тажриба бизга юқори сийдик йўлидаги сил касаллиги фонида буйрак функцияси захираларини бушатиш ва баҳолашни танлаш усули сифатида ПКНС ролини ижобий баҳолашга имкон беради. Буйрак усти безининг обструкцияси билан сил касаллиги учун стент қўйиш сийдик чиқишини нормаллаштириш учун шароит яратади.

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS OBSTRUCTIVE FORMS OF THE URINARY WAYS

М. N. Tillyashayxov¹, S. K. Alidjanov²

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, ²Republican Specialized Scientific and Practical Center of Phthisiology and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan

Percutaneous nephrostomy and stenting for tuberculosis of the kidneys with supravescical obstruction creates the conditions for normalizing the passage of urine. The accumulated experience allows us to positively assess the role of PKNS as a method of choice for the release and assessment of the reserves of renal function against the background of tuberculous changes in the upper urinary tract. and stenting for tuberculosis of the kidneys with supravescical obstruction creates the conditions for normalizing the passage of urine.

Лечение туберкулёза мочевыводящих путей зависит от распространённости воспалительного процесса и развившихся осложнений. Так, если при начальных ограниченных формах заболевания преобладают консервативные методы терапии, то при деструктивных и осложнённых формах туберкулёза мочевыводящих путей применяются различные оперативные методы лечения [2, 4, 6].

В настоящее время, в комплексном лечении фтизиоурологических больных различные хирургические методы занимают основное место. Наиболее часто выполняется нефрэктомия, удельный вес которой по данным разных авторов колеблется от 50 до 80% среди всех видов оперативной лечения [1].

У ряда больных с деструктивными формами туберкулёза почек, низкая эффективность этиопатогенетической терапии связана, в частности, с распространением специфического воспаления на мочевые пути с последующим развитием стриктур и нарушений уродинамики [3, 6]. Возникающий при этом уретерогидронефроз (гидронефроз) замедляет излечение

специфического процесса в почке, а в ряде случаев ведёт к утрате функции органа [4, 6, 7]. При обструкции верхних мочевых путей своевременное и раннее отведение мочи является одной из важнейших лечебных мероприятий в урологии. Ранняя диагностика стриктуры мочеточника и адекватное его лечение позволят максимально сохранить почечную функцию у больных туберкулёзом мочевыводящих путей. В настоящее время широкое распространение получили эндовидеоурологические и пункционные технологии отведения мочи. Имеются публикации о значении чрескожных (перкутанных) методов дренирования в комплексном лечении туберкулёза почки и мочеточника [2, 5]. Вопросы эффективности стентирования верхних мочевых путей при стриктурах мочеточника связанные с туберкулёзом мочевыводящих путей в литературе освещены недостаточно.

Цель исследования: Определить эффективность малоинвазивных технологий при туберкулезе мочевыводящих путей с суправезикальной обструкцией.

Материалы и методы исследования: Нами изучены 70 больных нефротуберкулёзом, осложнённым туберкулёзным уретеритом, которым выполнено комплексное обследование и лечение в урогенитальном отделении РСНПМЦФиП МЗ РУз. Больные были в возрасте от 20 до 67 лет, 22 мужчин и 48 женщин.

Для анализа частоты и характера клинико-рентгенологических форм нефротуберкулёза, патоморфологических характеристик и результатов лечения были использованы почечно-мочеточниковые единицы (ПМЕ). Почечно-мочеточниковая единица соответствует одной почке и одному мочеточнику. 40 больным с различными формами нефротуберкулёза было проведено 53 перкутанной нефростомии (ПКНС), при этом 11 пациентам - с 2-х сторон и 2 пациентам повторные вмешательства. 30 больным нефротуберкулёзом с ретенционными изменениями верхних мочевых путей произведена ретроградная установка стента. Всего 83 ПМЕ.

В качестве базовой противотуберкулёзной химиотерапии больные получали 4 препарата в условиях стационара в течение 2-3 месяцев.

Бактериологическое исследование мочи позволило выявить МБТ у 30 (42,8%) из 70 больных.

Показаниями для проведения малоинвазивных вмешательств в диагностике и лечении туберкулёза мочевых путей явились наличие обструкции верхних мочевых путей, обострение хронической почечной недостаточности (ХПН) на фоне обструкции, почки с эхографическими признаками полостных образований и угнетением функции.

ПКНС проводили по методу Сельдингера - через нижнюю или среднюю группу чашечек (в 1 наблюдении из-за наличия камня в ней), с дальнейшим бужированием пункционного канала, установкой и фиксацией нефростомического дренажа по типу «pig tail».

Внутреннее стентирование мочеточника проводилось мочеточниковыми стентами типа «JJ» размерами 6-8 по Шарьеру, с помощью цистоскопа с последующим рентгенологическим контролем.

Результаты и обсуждение: В ходе обследования (антеградная пиелография, бактериологическое исследование мочи и гноя) больных было установлено, что в 10 почках имел место поликавернозный туберкулёз, в 5 – туберкулёзный пионефроз, в 3 – сочетание кавернозного туберкулёза с гидронефрозом, в 65 – посттуберкулёзный гидронефроз (уретерогидронефроз).

Среди обследованных нами больных, чаще всего поражалась нижняя треть мочеточника (83,7%).

У 25 (83,3%) из 30 больных стентирование мочеточника оказалось успешным. У 5 (16,7%) потребовалась конверсия в виде ПКНС. Следует отметить, что конверсия в виде ПКНС потребовалась больным с множественными стриктурами мочеточника. Чаще всего стенты были установлены больным при локализации процесса в нижней трети (88%). Стенты были установлены на период 1-2 месяца. Симптомы нижних мочевых путей на фоне стента имели место у всех пациентов. Для уменьшения дизурических явлений и улучшения

качества их жизни больные принимали тамсулозин в дозе 0,4 г в сутки на весь период установленного стента. Патогенетическое лечение включало также применение антиоксидантов и электро- и фонофорез энзимов на область поражения мочеточника.

Адекватное дренирование после ПКНС достигнуто в 56 (96,5%) случаях вмешательств, в 2-х случаях результаты (3,5%) ПКНС были оценены как неэффективные. Обострений туберкулёзного процесса после проведённых вмешательств не наблюдали.

При анализе частоты и характера осложнений при малоинвазивных вмешательствах, имевших место у 9 больных, осложнения были разделены на 4 группы: травматические повреждения (макрогематурия, гематома); воспалительного характера (обострение пиелонефрита, паранефрит); выпадение нефростомического дренажа; обострение ХПН.

Частота осложнений составила 11 (18,9%) на 58 ПКНС. Из осложнений наиболее часто встречалось обострение неспецифического воспалительного процесса – у 3 больных. Развитие воспалительных осложнений после ПКНС было связано с наличием инфекции мочевых путей, на фоне которого выполнялось пункционное дренирование. Выпадение нефростомического дренажа наблюдалось у 3 больных. Макрогематурия имела место у 5 больных после ПКНС, причём у одного больного она сопровождалась тампонадой ЧЛС и атакой пиелонефрита. Все осложнения были устранены путём проведения консервативных мероприятий.

Различные открытые оперативные вмешательства в последующем были произведены 37 больным: 19 – реконструктивно-восстановительные операции на мочевых путях, 18 – нефрэктомия в связи с далеко зашедшими изменениями почек и мочеточников необратимого характера.

У 18 (72%) больных, которым было проведено стентирование мочеточника, на фоне специфической антибактериальной и патогенетической терапии, после удаления стента картины суправезикальной обструкции не наблюдалось.

15 больным с ПК нефростомами радикальное хирургическое лечение (пластические операции на мочевых путях) не проводились из-за ряда противопоказаний или отказа больных от них.

Полученные результаты показали высокую эффективность малоинвазивных вмешательств в лечении суправезикальной обструкции у больных туберкулёзом мочевых путей. Так, использование внутреннего стентирования мочеточников на фоне патогенетической и антибактериальной терапии позволило получить хорошие результаты в 72% наблюдений. Вместе с тем, в 5 (16,7%) наблюдениях потребовалась конверсия в виде ПКНС. Осложнений у наших пациентов не наблюдалось.

Адекватное дренирование после ПКНС составил 96,5%, что свидетельствует о высокой эффективности этого метода в восстановлении пассажа мочи при суправезикальной обструкции у больных туберкулёзом мочевых путей.

В наших наблюдениях, частота осложнений после малоинвазивных вмешательств, при различных формах нефротуберкулёза составила 18,9%, что совпадает с литературными данными. Так, по данным Ингашина Н.С.(2007), различные виды осложнений после ПКНС имели место в 17,2% наблюдений.

Выводы: Таким образом, ПКНС и стентирование при туберкулёзе почек с суправезикальной обструкцией создаёт условия для нормализации пассажа мочи. Накопленный опыт позволяет положительно оценить роль ПКНС, как метода выбора для деблокирования и оценки резервов функции почек на фоне туберкулёзных изменений верхних мочевых путей.

На фоне патогенетической терапии стентирование мочеточников показало свою высокую эффективность: позволило добиться ликвидации обструкции и нормализации пассажа мочи по верхним мочевым путям.

Использованная литература:

1. Зубань О.Н., Муравьев А.Н. Чрескожная пункционная нефростомия у больных туберкулезом почки и мочеточника // Материалы VI рег. науч.-практ. конф. урологов Западной Сибири «Акт. вопр. диагн. и леч. урологических заболеваний». - Барнаул, 2007. - С. 75-77.
2. Рашидов З.Р., Рахматов М.М. Пункционные методы дренирования в лечении туберкулеза мочевой системы // Мед. Журнал Узбекистана. Т. – 2005. - № 5. - С. 27-30
3. Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н. М., Хасанов Ш.Т. Особенности клинического течения мочевого пузыря у лиц молодого возраста // Вестник врача. - №2, 2019. - С. 108-113.
4. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы. – СПб.: СпецЛит, 2004. - 320 с.
5. Ягафарова Р. К., Вахмистрова Т. И. Туберкулез почек, мочеточников и мочевого пузыря // Внепочечный туберкулез / под ред. проф. Васильева А.В. – СПб, 2000. – С. 276-289.
6. Allen F.J., de Kock M.L. Genito-urinary tuberculosis—experience with 52 urology inpatients // S Afr Med J. – 1993. – Vol.83(12). – P. 903-7.
7. Gong Y., Lu G.S., Song B., Xiong E.Q., Jin X.Y. Characteristics on diagnosis and treatment of renal tuberculosis // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2003. - Vol.41(1). – P. 55-7
8. Mnif A., Loussaief H., Ben Hassine L., Chebil M., Ayed M. Aspects of evolving urogenital tuberculosis. Service d'Urologie, Hopital Charles Nicolle, Tunis // Ann Urol (Paris). – 1998. - Vol.32(5). – P. 283-9.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Д. Р. Тоиров, Э. С. Тоиров, Х. Х. Хамраев

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: подагра, поражение почек, метаболический синдром, липидный спектр, скорость клубочковой фильтрации.

Таянч сўзлар: подагра, буйраклар зарарланиши, метаболик синдром, липид спектри, буйраклар фильтрация тезлиги.

Key words: gout, kidney damage, metabolic syndrome, lipid spectrum, rate of glomerular filtration.

При обследовании 49 больных (средний возраст - $50,6 \pm 1,6$ лет, продолжительность заболевания - $9,4 \pm 1,7$ лет) подагрой мужского пола клинические и лабораторные признаки поражения почек выявлены у 65,3%, хронической почечной недостаточности – у 49,0% пациентов. Поражение почек и признаки ХПН чаще выявлялись у больных более старшего возраста, при большом количестве пораженных суставов, тофусов, частых обострениях суставного синдрома и повышении тяжести подагры. Клинические формы метаболического синдрома (МС): I и II степень ожирения диагностированы у 30,6%, артериальная гипертензия - у 26,5% и СД 2 тип - у 12,2% больных. Наличие МС способствует ухудшению состояния почек. Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови сопровождается снижением СКФ ($r = -0,50$; $r = -0,40$).

ПОДАГРА КАСАЛЛИГИДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШЛАРИ ВА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ЎЗARO БОГЛИҚЛИГИ

Д. Р. Тоиров, Э. С. Тоиров, Х. Х. Хамраев

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Подагра касаллиги билан касалланган 49 нафар эркак бемор (ўртача ёши - $50,6 \pm 1,6$ йил, касаллик давомийлиги - $9,4 \pm 1,7$ йил) текширилганда 65,3% беморда буйрак зарарланишлари клиник ва лаборатор белгилари, 49% беморда сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) аниқланди. Буйрак зарарланишлари ва СБЕ катта ёшдаги беморларда, кўплаб бўғимларнинг зарарланишларида, тофусли подаграда, оғир бўғим синдромида ва подагра оғирлик даражасини ошувида кўп учради. Метаболик синдром (МС) клиник белгилари: I ва II даражали семизлик 30,6%, артериал гипертензия – 26,5% ва қандли диабет 12,2% беморда аниқланди. МС кузатилган беморларда буйрак зарарланишлари кучлироқ ифодаланди. Умумий липидлар ва холестерини ошуви буйраклар фильтрация тезлиги пасайишига олиб келди ($r = -0,50$; $r = -0,40$).

THE RELATIONSHIP OF KIDNEY DISORDERS AND METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH GOUT

D. R. Toirov, E. S. Toirov, H. H. Hamraev

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The 49 patients was examinationed (mean age - 50.6 ± 1.6 years, duration of the disease - 9.4 ± 1.7 years), male and gout showed clinical and laboratory signs of kidney damage in 65.3%, chronic renal failure - in 49.0% of patients. Kidney damage and signs of CKD were more commonly detected in patients with older age, with a large number of affected joints, tophi, frequent exacerbations of the articular syndrome and increased severity of gout. Clinical forms of metabolic syndrome (MS): I and II degrees of obesity were diagnosed in 30.6%, arterial hypertension in 26.5%, and type 2 diabetes in 12.2% of patients. The presence of MS contributes to the deterioration of the kidneys. The degree of increase in total lipids and cholesterol in serum is accompanied by a decrease in GFR ($r = -0.50$; $r = -0.40$).

Актуальность подагры в настоящее время обусловлена неуклонным ростом распространенности заболевания среди лиц работоспособного возраста и случаев инвалидности среди них [Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П., 2012; Елисеев М.С., 2014; Якунина И.А., 2014]. Одной из тяжелых осложнений подагры является подагрическая нефропатия, которая обнаруживается у 1/3- 2/3 пациентов [Барскова В.Г., Мукагова М.В., 2011; Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнаренко Н.Н., Витковский Ю.А., 2011]. Нарушение функциональной способности почек, в свою очередь способствует развитию метаболического синдрома [Польская И.И., Марусенко И.М., 2011; Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А., 2014; Маркова Т.Н., Кичигин В.А., Мадянов И.В., 2014]. Однако, до сих пор, в современной лите-

ратуре, мало сведений о взаимосвязи нарушений функционального состояния почек, метаболического синдрома с другими клинико-лабораторными признаками тяжести подагры.

Цель работы. Выявить степень взаимосвязи функциональных нарушений почек у больных подагрой с тяжестью болезни и клинико-лабораторными признаками метаболического синдрома.

Материал и методы. Было обследовано 49 больных (все мужчины) в возрасте 28-65 лет (в среднем $50,6 \pm 1,6$ лет) с продолжительностью заболевания от 6 месяцев до 18 лет (в среднем $9,4 \pm 1,7$ лет). Все пациенты были с признаками воспаления суставов: 42,9% - острым, 22,4% - затяжным, 37,4% - хроническим вариантом подагрического артрита. У каждого четвертого больного были обнаружены подкожные тофусы (26,5%). Наиболее часто был обнаружен артрит плюснефалангового сустава большого пальца стопы (51,0%), суставы стопы, голеностопные и коленные имели меньшую степень поражения 28,6%, 24,5% соответственно. Поражение одного сустава было диагностировано у 30,6%, до трех суставов - у 37,4%, более трех суставов - у 32,0% пациентов. Все пациенты были с первой (63,2%) и второй (36,7%) степенью недостаточности функции суставов.

Обследование включало определение показателей суставного синдрома, массы тела, индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии. Из лабораторных показателей проведено определение в липидного спектра крови, мочевой кислоты (МК). Вычислялась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью формулы Cockcroft- Gou. Расчет индекса тяжести подагры проводился по методу И.А. Якунина (2014). Полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. По нашим данным частота поражения почек у пациентов с подагрой составила 65,3%, уролитиаза - 10,2%. Возраст больных с признаками поражения почек ($55,0 \pm 3,2$ лет) были достоверно выше чем пациентов без почечного поражения ($47,0 \pm 3,0$ лет, $P < 0,05$). У пациентов с поражением почек было характерно полиартикулярное поражение ($5,0 \pm 0,2$ против $3,0 \pm 0,7$ штук, $P < 0,05$). У пациентов с поражением и без поражения почек частота тофусов была соответственно 38,0 и 16,0%, число артрита за год - $4,0 \pm 0,3$ и $2,0 \pm 0,1$ раз ($P < 0,05$), продолжительность последнего обострения - $4,0 \pm 0,2$ и $1,0 \pm 0,1$ недель ($P < 0,02$). У больных с поражением почек индекс тяжести подагры составил $4,0 \pm 0,2$ б, что было достоверно выше, чем у пациентов без почечного поражения ($2,3 \pm 0,2$ б, $P < 0,05$).

Тяжелое осложнение поражение почек - хроническая почечная недостаточность (ХПН) была обнаружена у каждого второго больного с подагрой (49,0%), для которой были характерны старший возраст, большое количество пораженных суставов и высокий показатель индекса тяжести подагры.

СКФ в среднем составила $91,0 \pm 9,0$ мл/мин и снижалась по мере увеличения продолжительности подагры. У пациентов с продолжительностью подагры до 5 лет, 5-10 лет и более 10 лет составила соответственно - $99,0 \pm 3,0$, $91,0 \pm 2,0$ и $86,3 \pm 5,8$ мл/мин ($P_{1,2} < 0,05$; $P_{1,3} < 0,02$). Анализ корреляций СКФ с лабораторными показателями выявил статистически значимую прямую корреляцию между СКФ и уровнем гемоглобина ($r = 0,5$) крови и не прямую корреляцию СОЭ ($r = -0,4$).

ИМТ больных ПА варьировал от 19 до 38. Согласно рекомендациям ВОЗ у 14 (28,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (18,5-24,9), у 20 (40,8%) - избыточной массе тела (25-29,9, предожирение), у 9 (18,4%) - ожирению первой степени (30-34,9) и у 6 (12,2%) - ожирению второй степени (35-40).

Среди больных ПА основные 3 клинические факторы МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% больных: у 30,6% - ожирение I и II степени, у 26,5% - артериальная гипертензия и у 12,2% - СД 2 типа. У 32,6% больных выявлена одна клиническая форма МС, у 12,2% - сочетание двух форм (АГ и ожирение II степени - у 8,2%, АГ и СД 2 типа - у 4,1%), у 4,1% - сочетание трех форм (АГ, ожирение II степени и СД 2 типа). У 25 пациентов (51,0%) не были выявлены клинические формы МС.

При подагре наблюдалось повышение показателей липидного профиля - лаборатор-

ных критериев МС. Содержание общих липидов варьировалось от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание составило - $8,55 \pm 0,03$ г/л. У 32,7% больных уровень общих липидов был в пределах 4,8-8,4 г/л (нормальный уровень), у 67,3% - выше 8,4 ммоль/л (повышенный уровень). У больных с клиническими признаками МС уровень общих липидов ($9,60 \pm 0,04$ г/л) была в 1,28 раза выше чем у больных без клинических признаков МС ($7,50 \pm 0,05$ г/л, $P < 0,02$).

Содержание холестерина при подагре составило 5,2-10,2 ммоль/л (в среднем - $7,2 \pm 0,05$ ммоль/л): у 34,7% больных - 5,2-6,5 ммоль/л (пограничный уровень), у 38,8% - 6,6-8,0 ммоль/л (повышенный уровень), у 26,5% - выше 8,0 ммоль/л (высокий риск развития МС). У больных с основными клиническими факторами МС (ожирения, АГ и СД 2 типа) среднее содержание холестерина составила - $8,6 \pm 0,7$ ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без клинических проявлений МС ($6,2 \pm 0,4$ ммоль/л, $P < 0,05$).

Увеличение содержания общих липидов, холестерина была связана со степенью увеличения уровня мочевой кислоты ($r=0,70$; $r=0,50$), продолжительностью подагры ($r=0,70$; $r=0,60$). Снижение скорости клубочковой фильтрации сопровождалось повышением содержания общих липидов и холестерина ($r=-0,50$; $r=-0,40$).

Таким образом, при подагре поражение почек и метаболический синдром являются взаимосвязанными звеньями общего патогенеза заболевания. Взаимосвязь этих поражений особенно выражены у больных более старшего возраста, при олиго- и полиартритах, подкожных тофусах, частых обострениях суставного синдрома и увеличении индекса тяжести подагры. Степень повышения общих липидов и холестерина сопровождается со степенью снижения СКФ. Вышеуказанные изменения почечных функций и наличие МС у больных подагрой обуславливает проведения комплексного обследования азотовыделительной, урикозурической функции почек, клинических и лабораторных признаков МС в ранних этапах подагры.

Использованная литература:

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Чикаленкова Н.А. Основные факторы полового диформизма подагры (эстрогены и диуретики по сравнению с алкоголем и генетикой). // Терапевтический архив. 2011. №5. С.57-61.
2. Барскова В.Г., Мукагова М.В. Современные представления о патогенезе и методах коррекции уратного нефролитиаза у больных подагрой. // Современная ревматология 2011. №4. С.39-44.
3. Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца. // Тер. архив. 2014. №3. С.106-109.
4. Елисеев М.С. Новые международные рекомендации по диагностике и лечению подагры: простые ответы на простые вопросы. // Научно-практическая ревматология. 2014. №52(2). С.141-146.
5. Маркова Т.Н., Кичигин В.А., Мадянов И.В. и др. Гормональные аспекты формирования ожирения и метаболического синдрома в этнических группах (на примере популяции Чувашской Республики). // Тер. архив. 2014. №5. С.73-77.
6. Польская И.И., Марусенко И.М. Изучение взаимосвязи подагры и метаболического синдрома. // Современная ревматология. 2011. №2. С.20-25.
7. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с.
8. Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Потехин Н.П. и др. Эволюция метаболического синдрома: от полиметаболических нарушений к формированию нозологических форм заболеваний. // Клиническая медицина. 2012. №2. С.70-73.
9. Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнарченко Н.Н., Витковский Ю.А. Показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у пациентов с первичной подагрой // Сибирский медицинский журнал г. Иркутск. 2011. №2. С. 54-56.
10. Якунина И.А. Индекс тяжести подагры. Автореферат дисс., к.м.н. Москва. 2014. 18 с.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Д. Д. Усманова, О. Б. Наджмитдинов

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан,
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Ключевые слова: диабетическая полинейропатия, сахарный диабет, транскраниальная доплерография, церебральная гемодинамика.

Таянч сўзлар: диабетик полинейропатия, қандли диабет, транскраниал доплерография, церебрал гемодинамика.

Key words: diabetic polyneuropathy, diabetes mellitus, transcranial dopplerography, cerebral hemodynamics.

60 больным с диабетической полинейропатией была проведена транскраниальная доплерография. При этом учитывались длительность течения сахарного диабета, а также стадии компенсации. В результате исследования выяснилось, что при диабетической полинейропатии выявляются преждевременные и быстро прогрессирующие атеросклеротические изменения церебральных сосудов, с развитием стенозирующего процесса в них.

ДИАБЕТИК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОДИНАМИК ЎЗГАРИШЛАР

Д. Д. Усманова, О. Б. Наджмитдинов

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

60 та диабетик полинейропатияли беморларга транскраниал доплерография текшируви ўтказилди. Бунда қандли диабетнинг кечиши, ҳамда компенсация босқичлари инобатга олинди. Текширув натижаси шуни кўрсатди, диабетик полинейропатияда церебрал қон томирларда олдиндан атеросклеротик ҳамда прогрессив ўзгаришлар содир бўлади.

HEMODYNAMIC CHANGES IN PATIENTS WITH DIABETIC POLYNEUROPATHY

D. D. Usmanova, O. B. Nadzhmitdinov

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan
Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Transcranial dopplerography was performed in 60 patients with diabetic polyneuropathy. At the same time, the duration of diabetes mellitus, as well as the stage of compensation, were taken into account. As a result of the study, it turned out that with diabetic polyneuropathy, premature and rapidly progressing atherosclerotic changes in cerebral vessels are detected, with the development of a stenosing process in them.

Диабетическая полинейропатия (ДП), является одним из хронических осложнений сахарного диабета (СД) и представляет собой комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением периферических и/или автономных нервных волокон. Наиболее часто при СД встречается дистальная (периферическая) полинейропатия, распространённость которой у больных СД типа 1 составляет 60-80% в зависимости от используемого диагностического метода [1, 2]. Данное осложнение значительно снижает качество жизни больных вследствие развития выраженного болевого синдрома, трофических язв и диабетической гангрены нижних конечностей.

Несмотря на значительную распространённость ДП, жалобы, свидетельствующие о поражении периферических нервов, отмечаются только у 10-15% больных, что определяет необходимость своевременной диагностики ДП, лечения и профилактики.

Целью исследования явилось изучить и проанализировать особенности нарушений церебральной гемодинамики у больных с диабетической полинейропатией в зависимости от длительности течения СД 2 типа и стадии компенсации.

Материалы и методы: проводилось наблюдение 60 больных, чей возраст варьировал от 40 до 70 лет, также проведено изучение выраженности атеросклеротических изменений

сосудов у этих больных и анализ возможных причин нарушений церебрального кровообращения при наличии у пациентов характерных жалоб и неврологической симптоматики.

В арсенал всех проводимых обследований больным с СД входило обязательное проведение транскраниальной доплерографии церебральных сосудов. Анализировались основные показатели доплерографии: линейная скорость кровотока (ЛСК), индекс пульсации (PI) и индекс сопротивления (RI). А также шумовые характеристики и разночастотный спектр доплерограммы.

ЛСК или скорость кровотока в центральных слоях потока в текущий момент времени складывается из V_s – систолической скорости кровотока, V_d – конечной диастолической скорости кровотока и $V_m = (V_s + 2V_d)/3$ – средней скорости кровотока. PI – индекс пульсации, является отношением разности максимальных систолической и диастолической скоростей к средней скорости $PI = (V_s - V_d)/V_m$, отражает упругоэластические свойства артерий. RI – индекс сопротивления, представляющий собой отношение разности максимальной систолической и диастолической скоростей к максимальной систолической скорости $RI = (V_s - V_d)/V_s$, отражающий состояние сопротивления кровотоку дистальнее места измерения.

При анализе учитывались результаты с учётом длительности заболевания, при этом больные разделены на 2 группы: 1 группа – больные с длительностью СД до 5 лет; 2 группа – больные с длительностью СД более 5 лет. Также при анализе учитывался фактор компенсации и декомпенсации СД. С этой целью больные разделены на подгруппы: а) больные в стадии компенсации и б) больные в стадии субкомпенсации и декомпенсации.

Результаты и обсуждение: Анализ результатов проведенной транскраниальной доплерографии у больных I и II групп показал значительную вариабельность значений гемодинамических показателей в зависимости от длительности СД, её клинических типов и стадии компенсации (табл.1).

В случае длительности СД до 5 лет у пациентов II группы полученные результаты отражают изменения показателей кровотока, характеризующие атеросклеротические пораже-

Таблица 1.

Основные доплерографические показатели кровотока.

Основные доплерографические показатели кровотока			ЛСК см/с		PI см/с		RI см/с	
Интракраниальные артерии			BCA	CMA	BCA	CMA	BCA	CMA
Нормальные величины показателей*			70-80±15	85-95±15	1,05±0,15	0,85±0,15	0,65±0,15	0,55±0,15
I группа	<5 лет	компенсир. форма	65-70±15	75-80±15	1,10±0,15	0,85±0,15	0,65±0,15	0,60±0,15
		декомпенсир. форма	55-60±15	65-70±15	1,20±0,15	1,15±0,15	0,75±0,15	0,65±0,15
	>5 лет	компенсир. форма	60-70±15	70-80±15	1,10±0,25	1,00±0,25	0,65±0,25	0,60±0,25
		декомпенсир. форма	50-55±15	60-70±15	1,25±0,25	1,20±0,25	0,70±0,25	0,65±0,25
II группа	<5 лет	компенсир. форма	55-65±15	75-80±15	1,15±0,15	0,90±0,15	0,75±0,15	0,55±0,15
		декомпенсир. форма	45-55±15	85-90±15	1,35±0,15	1,25±0,15	0,75±0,05	0,65±0,05
	>5 лет	компенсир. форма	40-50±15	50-60±15	1,65±0,25	1,20±0,25	0,70±0,25	0,65±0,25
		декомпенсир. форма	25-30±15	35-40±15	1,85±0,25	1,55±0,25	0,80±0,25	0,75±0,25

Примечания: * Нормальные величины показателей в старшей возрастной группе от 40 до 75 лет.

ния в брахицефальных артериях, преимущественно в экстракраниальных сосудах, начальный стенозирующий процесс в них, и высокий тонус интракраниальных магистральных артерий с различной степени выраженности вазоспазмом артерий малого калибра. Причём в стадии декомпенсации СД, значения гемодинамических показателей характеризуют вазоспазм не только артерий малого калибра, но и спастическое состояние магистральных артерий, что отражало проявления динамических нарушений мозгового кровообращения у этих больных.

При длительности СД более 5 лет гемодинамические нарушения коррелируют с нарастанием атеросклеротического стенозирующего процесса как в экстракраниальных, так и в интракраниальных сосудах, изменением эластичности сосудистой стенки, повышением вязкости крови и пр.

Полученные результаты транскраниальной доплерографии у пациентов в стадии компенсации с длительностью СД более 5 лет свидетельствуют о снижении мозговой перфузии, с элементами обкрадывания в интракраниальных артериях, затруднённой перфузии по внутренним сонным артериям с развитием хронической мозговой недостаточности кровотока.

У пациентов с длительностью СД более 5 лет в стадии декомпенсации преобладают гемодинамические нарушения в виде выраженной церебральной гипоперфузии на фоне выраженного гипертензуса интракраниальных артерий и недостаточной перфузии по внутренним сонным артериям, характеризующейся снижением скорости кровотока и повышением циркуляторного сопротивления.

Выводы:

1. Транскраниальная доплерография позволяет судить о состоянии сосудов головного мозга, проводить количественную оценку церебральной гемодинамики в основных магистральных артериях головного мозга.

2. Основными проявлениями диабетической полинейропатии при СД являются динамические нарушения мозгового кровообращения или хроническая мозговая недостаточность кровотока.

3. Диабетическая полинейропатия у больных с СД, обусловлена преждевременными и быстро прогрессирующими атеросклеротическими изменениями церебральных сосудов, с развитием стенозирующего процесса в них.

4. Интерпретация изменений гемодинамических показателей, доплерографических спектров позволяет экстраполировать полученные результаты на конкретные варианты морфологического поражения сосудов, характеризовать выраженность и продолжительность нарушений церебрального кровообращения, что тесно коррелирует с характером и степенью поражения мозга и имеет важное прогностическое значение в дополнительной коррекции медикаментозной терапии и особенностях дальнейшей диспансеризации больных с СД.

Использованная литература:

1. Гайдар Б.В., Парфёнов В.Е., Свистов Д.В. Практическое руководство по транскраниальной доплерографии. СПб.: ВМА, 1995.
2. Котов С.В., Рудакова И.Г., Исакова Е.В. Диабетическая энцефалопатия. Клиника и лечение. — М., 2003.
3. Курбанов Э.Ю., Абдуллаев С.А., Гаппаров А.Т., Ахмедов А.И., Асламов Ж.К. Недостатки и пути усовершенствования в диагностике и хирургическом лечении синдрома диабетической стопы // Вестник врача.—№3, 2018.—С.15-23.
4. Мамедова И.Н., Аметов А.С. Международный мед. журн., 2002, №5.
5. Прихожан В.М. Поражения нервной системы при сахарном диабете. — М., 1981.
6. Скоромец А.А., Бранцевич Е.Р., Петрова Н.Н., Мельникова Е.В. Журн. Неврол., психиатр. им. С.С. Корсакова, 2002, №3, с. 30-32.
7. Титов В.Н. Патогенез атеросклероза для XXI века. Клиническая лабораторная диагностика 2000; 1: 9-3.
8. Шахнович А.Р., Шахнович В.А. Диагностика нарушений мозгового кровообращения. Транскраниальная доплерография. М., 1996.
9. Яхно Н.Н., Дамулин И.В. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия. РМЖ 1999; 5: 3-43.
10. Epstein M. Diabetes and hypertension: the bad companions. J. Hypertension 1997; 15(Suppl.2): 277-265.
11. Semenkovich C.F., Heinecke J.W. The mystery of diabetes and atherosclerosis. Diabetes 1997; 46: 327-334.

**LOCAL IMMUNITY FACTORS IN PATIENTS
WITH CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS****N. N. Khabibova, S. F. Suleymanov**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Key words: chronic, aphthous stomatitis, oral liquid, local immunity, lysozyme, immunoglobulins.**Таянч сўзлар:** сурункали, афтоз стоматит, оғиз суюқлиги, маҳаллий иммунитет, лизоцим, иммуноглобулинлар.**Ключевые слова:** хронический, афтозный стоматит, ротовая жидкость, местный иммунитет, лизоцим, иммуноглобулины.

The article investigated the condition of local immunity in the oral cavity in 48 patients with chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS). Patients with CRAS showed a decrease in the level of lysozyme and sIgA in the oral liquid (OL), which is an unfavorable prognostic criterion in patients with CRAS. This undoubtedly affects the course of the pathology in patients with CRAS. Low values of lysozyme and sIgA can lead to impaired microbiocenotic status and reduced functioning of the oral mucosa (OM) in patients with CRAS.

**СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛУВЧИ АФТОЗ СТОМАТИТ БИЛАН
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНИТЕТ ОМИЛЛАРИ****Н. Н. Хабибова, С. Ф. Сулейманов**

Мақола сурункали қайталувчи афтоз стоматит (СҚАС) билан касалланган 48 беморда оғиз бўшлиғида маҳаллий иммунитет ҳолати ўрганилди. СҚАС билан касалланган беморлада лизоцим ва sIgA нинг оғиз суюқлиғида (ОС) пасайиши аниқланди, бу СҚАС билан касалланган беморлада салбий прогностик мезонидир. Бу шубҳасиз, СҚАС билан касалланган беморларда патология кечишида таъсир қилади. Лизоцим ва sIgA нинг паст кўрсаткичлари СҚАС да биоценотик ҳолатнинг бузилишига ва оғиз бўшлиғидаги шиллик қаватининг ишлашини пасайишига олиб келиши мумкин.

**МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ****Н. Н. Хабибова, С. Ф. Сулейманов**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

В статье исследовали состояние местного иммунитета в ротовой полости у 48 больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС). У больных с ХРАС выявили снижение уровня лизоцима и sIgA в ротовой жидкости (РЖ), что является неблагоприятным прогностическим критерием у больных с ХРАС. Это, несомненно, влияет на течение патологии у больных с ХРАС. Низкие значения лизоцима и sIgA могут привести к нарушениям микробиocenотического статуса и снижению функционирования слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных с ХРАС.

Considerable attention is paid to the problem of prevention and treatment of chronic diseases (CD) of the oral mucosa (OM) due to an increase in the negative impact on the human body of environmental factors, a wide and not always justified use of medicines with antibacterial properties. CRAS is considered to be one of the most frequent diseases of the oral mucosa. A significant role in the pathogenesis of chronic inflammatory processes is assigned to the microbiocenotic status of OM [1–3].

Purpose of the study: to study the local immunity factors in the oral cavity (OC) in patients with CRAS.

Material and methods. During the period from 2016 to 2018, 48 patients with CRAS aged from 21 to 46 years old were examined at the Department of Therapeutic Dentistry of the Bukhara State Medical Institute. At the same time, clinical symptoms of CRAS, allergological and laboratory examinations were taken into account.

The control group consisted of 14 somatically healthy individuals with intact periodontal age from 20 to 39 years.

The concentration of lysozyme in the oral liquid (OL) of the OC was investigated by diffusion in an agar gel. The concentration of immunoglobulin classes sIgA, IgA and IgM was studied

on a Cobas-411 Immunoassay Analyzer (Roche, Switzerland), using the sets from the same company. The research results are processed using Student criterion.

Results and discussion. In patients with CRAS on the surface of aphthae, ulcers an extremely diverse micro flora is defined, including representatives of almost all types of microorganisms. Basically microorganisms were represented by 2 groups: microaerophilic Streptococcus and obligate anaerobes, facultative anaerobes.

On the surface, aphthae in the majority (56%) were coccal flora, much of which (44%) was accounted for by strict anaerobes (Peptostreptococcus, Peptococcus). At the same time, Bacteroids accounted for 15%, Actinomycetes - 13%, Leptotrichia and Clostridia 4% each.

Patients with CRAS showed a significant decrease in lysozyme level in the OL (Table 1).

Table 1.

The content of lysozyme in patients with OL of patients with CRAS.

Groups	Quantity of patients	Lysozyme (mkg/ml)
Healthy individuals	14	198,76 ± 9,58
Patients with CRAS	48	113,24 ± 8,67*

Note: * - significance of differences at $p < 0.05$ and above.

The parameters of humoral immunity in the OL in patients with CRAS are presented in table. 2. It is known that sIgA, which is part of the OL and saliva, plays an important role in local immunity. In addition, the composition of saliva in small quantities contains Ig classes A and G [5].

Patients with CRAS have a lower sIgA content in the OL, in contrast to the control. Significant deficiency in the content of sIgA in patients with CRAS in OL reflected on the production spectrum of two other Ig: IgA and IgG (Table 2). Their levels were higher than similar values of the control group.

Apparently, a low level of sIgA, which is more responsible for local immunity, can lead to impaired microbiocenosis and impaired functioning of the OM, which may well be one of the unfavorable factors leading to the development of CRAS in patients [4, 5].

Table 2.

The content of immunoglobulins in the OL in patients with CRAS.

Groups	The amount of sIgA mg/ml	The amount of sIgA mg/ml	The amount of sIgA mg/ml
Healthy individuals, n = 14	43,78 ± 3,07	103,70 ± 2,55*	48,24 ± 4,61
Patients with chronic recurrent aphthous stomatitis	24,54 ± 1,98*	148,12 ± 9,43*	72,31 ± 5,03*

Note: * - significance of differences at $p < 0.05$ and above.

The obtained results indicate that the prescription of CRAS can affect the secretory level and serum Ig entering the OL and thereby aggravate the degree of the disease, as indicated by the periodic exacerbations of the inflammatory process in the OM [4, 5].

Thus, in patients with CRAS, a decrease in the parameters of local immunity was revealed, exactly, the amount of lysozyme and sIgA in OL. This undoubtedly affects the course of the pathology in patients with CRAS. In the future, we plan to conduct immune corrective therapy in order to eliminate the identified violations of the parameters of local immune reactivity and improve the condition of patients with CRAS.

References:

1. Abashidze N.O. Immunomorphological aspects of the differential diagnosis of recurrent aphthous stomatitis and Setton's stomatitis // Periodontics. – 2006.. – №.3. – P. 77–86.
2. Borovskiy F.V., Mashkillaison A.L. Chronic recurrent aphthous stomatitis. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips / M.: Medpress. – 2011. – P. 112–114.
3. Shevchenko E.A., Reshetina M.V. Development of a new pathogenetic therapy scheme for chronic recurrent aphthous stomatitis. – 2016. – № 4.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=24804> (appeal date: 17.07.2019).
4. Uspenskaya O.A. Dynamics of indices of local immunity of the oral cavity in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis and urogenital infection // Medical Almanac. – 2015. – № 3 (38). – P. 196–198.
5. Vakhrushina E.V., Guseva A.V. Features of the microbiological status in patients with recurrent aphthous stomatitis // Materials of the First scientific-practical conference of young scientists “Innovative science-effective practice”. M., 2010. – 30 p.

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СПЕКТРА ЭХИНОКОККОВОЙ ЖИДКОСТИ

Г. Н. Худаярова, А. М. Вахидова

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: бактерии, эхинококковый пузырь, легкие, печень, микробы.

Таянч сўзлар: бактерия, эхинококк пуфаги, ўпка, жигар, микроблар.

Key words: bacteria, echinococcal bladder, lungs, liver, microbes.

Цель работы. В жидкости эхинококков, паразитирующих у людей, обнаружены следующие виды микроорганизмов: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Escherichia freundii*, *Aerobacter aerogenes*, *Paracolonobacterium coliiforme*, *Enterococcus faecium*, *Ent. liguefacies* var. *Zymogen*, *Corynebacterium pyogenes*, *Streptococcus uberis*, *Brucei amelitensis*, *Mycobacterium tuberculosis*. Материалы и методы исследования. Из 187-ми исследованных проб из них 112 проб были исследованы у больных, и отнесены в 1-ую возрастную группу, 15- во 2-ую и 32- в 3-ю возрастную группу, содержащих различную микрофлору. А остальные 25 эхинококковых пузырей в бактериологическом отношении были стерильными. Результаты исследования. Из 187-ми исследованных проб в 112-ти случаях содержимое эхинококковых кист было инфицировано. Из них в легких локализовались 52 пузыря; 22 пузыря, локализованных в легких, имели бактерии аэробов, так как бактерии проникали воздушно-капельным путем, при слабом иммунитете. При одиночном поражении только печени нами выявлено 44 случая инфицированного эхинококкового пузыря. От модификации эхинококковых пузырей зависит бактериальное инфицирование. Выводы. В эхинококковых кистах также выявляются патогенные простейшие, опасные для здоровья больных. Любой эхинококк в организме больного – потенциальный очаг гнойной инфекции.

ЭХИНОКОКК ПУФАГИ СУЮҚЛИГИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК СПЕКТРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г. Н. Худаярова, А. М. Вахидова

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ишнинг мақсади. Одам организмида эхинококк пуфагида топилган микроорганизмлар: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Escherichia freundii*, *Aerobacter aerogenes*, *Paracolonobacterium coliiforme*, *Enterococcus faecium*, *Ent. liguefacies* var. *Zymogen*, *Corynebacterium pyogenes*, *Streptococcus uberis*, *Brucei amelitensis*, *Mycobacterium tuberculosis* ўрганилиши.

Материал ва текшириш усуллари. Беморлардан олинган 187 та эхинококк пуфаглари текширилди, шулардан таркибида микроорганизмлар бори: 112 таси 1-чи гуруҳга, 15 таси иккинчи гуруҳга, 32 таси 3-чи гуруҳга киритилган. Қолган 25 та эхинококк пуфагида микроорганизмлар топилмаган.

Тадиқот натижалари: Текширилган 187 та синамадан 112 таси зарарланган, шулардан 52 таси ўпкада жойлашган; 22 таси эса имунитети сустлиги сабабли ҳаво-томчи йўли билан кирган аэроб бактериялардир. 44 та ҳолатда эса жигар эхинококк пуфагида микроблар топилган. Бактерия билан зарарланиши эхинококк пуфагининг турига боғлиқ.

Хулоса. Бемор соғлиғига эхинококк кисталарга топилган патоген бактериялар хавфли. Ҳар қандай эхинококк бемор организмида йирингли инфекция ўчоғи ҳисобланади.

FEATURES OF THE BACTERIOLOGICAL SPECTRUM OF ECHINOCOCCAL FLUID

G. N. Khudayarova, A. M. Vakhidova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Purpose of work. In the fluid of echinococci parasitizing in humans, the following species of microorganisms were found: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Escherichia freundii*, *Aerobacter aerogenes*, *Paracolonobacterium coliiforme*, *Enterococcus faecium*, *Ent. liguefacies* var. *Zymogen*, *Corynebacterium pyogenes*, *Streptococcus uberis*, *Brucei amelitensis*, *Mycobacterium tuberculosis*. Materials and methods of research. Of the 187 samples studied, 112 of them were examined in patients and assigned to the 1st age group, 15-to the 2nd and 32-to the 3rd age group, containing different microflora. The remaining 25 echinococcal bladders were bacteriologically sterile. Research result. Of the 187 samples examined, the contents of echinococcal cysts were infected in 112 cases. Of these, 52 bubbles were localized in the lungs; 22 bubbles localized in the lungs had aerobic bacteria, since the bacteria penetrated by airborne droplets, with weak immunity. With a single lesion of the liver alone, we identified 44 cases of infected echinococcal bladder. Bacterial infection depends on the modification of echinococcal bladders. Summary. In echinococcal cysts are also detected pathogenic protozoa, dangerous to the health of patients. Any Echinococcus in the patient's body is a potential focus of purulent infection.

Актуальность. Раскрытие биологии и экологии возбудителей эхинококкозов позволило решать эффективно вопросы химиотерапии и экспериментального обоснования хирургического лечения эхинококкоза. Необходима была клиническая апробация этих открытий, связанных с эхинококкозом и его возбудителем с участием паразитологов, микробиологов, биохимиков, иммунологов, морфологов и самих хирургов.

Цель работы. Установление факта, что бактерии, играют главную роль при вторичном заражении и рецидиве эхинококкоза у людей. Также являются наиболее устойчивыми к воздействию внешних факторов и действию антибиотиков. В жидкости эхинококков, паразитирующих у людей, обнаружены следующие виды микроорганизмов: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Escherichia freundii*, *Aerobacter aerogenes*, *Paracolonobacterium coliforme*, *Enterococcus faecium*, *Enterobacter liquefacies* var. *Zymogen*, *Corynebacterium pyogenes*, *Streptococcus uberis*, *Bruceella melitensis*, *Mycobacterium tuberculosis*.

Материалы и методы исследования. Из 187-ми исследованных проб в 75-ти случаях содержимое эхинококковых пузырей в бактериологическом отношении оказались стерильным, из них 28 проб были исследованы у больных, отнесённых в 1-ую возрастную группу, 15- во 2-ю и 32- в 3-ю возрастную группу. Если все бактериологически стерильные пробы относительно локализации в различных органах и морфологической модификации, то можно убедиться, что наибольшее количество стерильных в бактериологическом отношении проб приходится при локализации эхинококковых кист в печени-38, на втором месте, расположенные в лёгких-23, и в остальных органах на третьем месте-14.

Результаты исследования. Рассматривая зависимость морфологической модификации эхинококков, при отсутствии микробной флоры, можно отметить, что при морфологической модификации *E. acrophalocysticus* в 5-ти случаях эта микробная флора отсутствовала, т.е. пузыри были стерильны. При *E. hominis* стерильны были только 8 пузырей. Это свидетельствует о том, что в большинстве случаев при этой модификации пузыри стерильны. При этом стерильные пузыри были взяты у больных 1-й группы из печени-1, у больных из 2-й группы - из печени и у больных из 3-й группы в 1-м случае из печени и 2 раза у больных из почки; один раз – у больного из печени при множественном эхинококкозе. При поражении почек в двух пробах пузыри были стерильны.

При паразитировании *E. veterinorum* отмечается наибольшее число стерильных проб, это, наверное, связано с наиболее часто встречающейся у больных рассматриваемой модификации эхинококкоза. Из 75-ти стерильных проб 64 приходилась на морфологическую модификацию *E. veterinorum*. При этом в 1-й группе было 25 стерильных проб, 18 из них локализовались в лёгких, 6 – в печени, 1- селезёнке.

Во 2-й группе было 11 проб стерильных с этой морфологической модификации, 5 из них располагались в лёгких, 3- в печени, 1- в селезёнке, 2- в лёгких при множественном поражении. 28 стерильных эхинококковых пузырей с морфологической модификацией *E. veterinorum* мы обнаружили у лиц, входящих в 3-ю возрастную группу. При этом в 10-ти случаях пузыри располагались в лёгких, в 13- печени, в 4- в лёгких, в 1- в печени при множественном поражении. Рассмотрим все инфицированные пробы относительно возраста больных, локализации паразита в органах и его морфологической модификации. Кроме того, в содержимом эхинококков от больных с сочетано-множественным эхинококкозом с преимущественным поражением легких обнаруживались ларвоцисты.

Из 187-ми исследованных проб в 112-ти случаях содержимое эхинококковых кист было инфицировано, при этом у людей, входящих в 1-ю группу – 40, во 2-ю – 38 и в 3-ю – 34 случаев.

Из них в легких локализовались 52 пузыря; 22 пузыря, локализованных в легких, приходились на больных, входящих в 2-ю группу, 16- во 2-ю и 17 – в 3-ю группу. Эхинококковые пузыри при множественном поражении легких исследовали от 2-х больных второй группы и 1 проба взята от больного 3-й возрастной группы.

При одиночном поражении только печени нами выявлено 44 случая инфицированного эхинококкового пузыря, причем 18 из них относились к больным 1-й группы, 14 – ко 2-й, 12 – к 3-й возрастной группе.

Рассмотрим распределение инфицированных проб в зависимости от морфологической модификации. Инфицированных проб *E.acerfaloecysticus* нами выявлено не было.

При *E.hominis* инфицированных проб было 5, из них 1 пузырь обнаружен в легком больного 1-й группы, 3 инфицированных проб было у лиц 2-й группы, 2- в легких больных, при множественном поражении двух органов – в легком и печени в 1 случае. В 3-й группе больных обнаружен всего один случай инфицирования пузыря с морфологической модификацией *E.hominis*.

Большинство случаев инфицированных проб обнаружено с морфологической модификацией *E.veterinorum*, всего их было 96. из них у больных 1-й группы – 36 случаев.

Причем, 11 локализовались в легких больных и 25 – в печени при одиночном поражении.

34 случая инфицированных проб с морфологической модификацией *E.veterinorum* приходится на больных, входящих во 2-ю группу, при этом в легких были 14 пузырей при одиночном поражении, в печени при одиночном поражении инфицированных проб обнаружено 14 и в 6 случаях было поражение одновременно легких и печени.

При исследовании инфицированных проб *E.veterinorum* людей 3-й группы нами обнаружено 26 пузырей. Из них в легких локализовано 12 и такое же количество – в печени. Поражение печени инфицированными *E.veterinorum* выявлено 12 случаев.

Поражение *E.veterinorum* двух органов – легких и печени – у лиц, входящих в 3-ю группу, обнаружено в 2-х случаях.

В некоторых пробах, содержащих микробную флору, была обнаружена чистая микробная культура, а в части – смешанная инфекция.

Выводы. Из этого исследования мы приходим к таким результатам: 112-ти инфицированных проб монокультура была обнаружена в 76-ти случаях, а смешанная микрофлора – в 36-ти. Монокультуры бактерий были выделены в 76-ти пробах эхинококковой жидкости у 32-х больных 1-й и 2-й групп, 22 – 3-й группы. По локализации: в легких – у 49-ти, в печени – у 35-ти, одновременно в легком и печени – у 2-х. По морфологической модификации *E.hominis* - 4, *E.veterinorum*-70, нагноившиеся – 1, петрифицированные – 1. Все 76 проб эхинококковой жидкости, содержащие монокультуру бактерий, распределялись по видам микробов следующим образом: содержащие стафилококки – 38, бактерии группы кишечной палочки – 25, стрептококки – 4, диплококки – 2, микробы группы протей – 2, возбудитель бруцеллеза – 3, микобактерии туберкулеза – 2.

Использованная литература:

1. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы)// - Анналы хирургии, 2015 - hepato.elpub.ru
2. Дьяченко Ю.В., Масленникова А.С., Михайленко В.В., Луцук С.Н., Толоконников В.П. Инвазированность *Echinococcus granulosus* убойных жвачных в республике Северная Осетия-Алания и некоторые санитарно-микробиологические и патоморфологические характеристики их внутренних органов // Журнал: «Современные проблемы науки и образования», 2014. №6, стр. 18-26
3. Стреляева А.В., Абдиев Ф.Т., Мамышева Н.О., Сагиева А.Т. и др. К эпизоотологии и эпидемиологии эхинококкоза и пециломикоза// Медицинская паразитология и паразитарные болезни, № 3, 21-25 стр.
4. Стреляева А.В., Свистунов А.А., Джомая Р.А. и др. Диагностика и лечение пециломикоза легких// Терапевтический архив, 2015 - mediasphera.ru
5. Шевченко Ю.Л., Назиров Ф.Г., Аблицов Ю.А. Хирургическое лечение эхинококкоза легких// - Центра им. Н.И. Пирогова, 2016 - cyberleninka.ru. 2016. ВАН. Область наук. Медицина и здравоохранение.
6. Palmer 3.Ж., Biffen A.H. et al. Control of hydatid di-sease in Wales // British Medical Journal. - 1996. - N 312. -P. 7032.
7. Sasaki E., Ohkawa Y., Sato I. et al. Imaging diagnosis of alveolar echinococcosis in young patients // Jpn-Pediatr.Ra-diol. - 1997. - III 27/1. - P. 63-66.
8. Tigano-Milani M.S., Samson R.A., Martins I., Sorbal B.W. DNA markers for differentiating isolated of *Paecilomyces lilacinus*//Microbiology.-1995.- Vol.141/-Pt.1.-p.239-245.

МАКТАБ ЁШИДАГИ ЎСМИР БОЛАЛАРДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК НАМОЁН БЎЛИШИНИ ЎРГАНИШ**Э. А. Шамансурова, М. И. Шайхова, Д. И. Каримова**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: мактаб ёшидаги болалар, гельминтозларнинг клиник намоён бўлиши, аллергия касалликларнинг учраши.

Ключевые слова: дети школьного возраста; клинические проявления гельминтозной инфекции; частота встречаемости аллергических заболеваний.

Key words: school-age children, clinical manifestations of helminth infection, frequency of occurrence of allergic diseases.

Ушбу тадқиқот ишида мактаб ёшидаги ўсмир болаларда гельминтозларнинг ўзига хос клиник намоён бўлишини ўрганишда олинган натижалар келтирилди. Олинган маълумотлар гельминтозлар, хусусан атопик дерматит, экзема, аллергия конъюнктивит ва ринит, нейродермит ва бронхиал астма кўринишидаги аллергия касалликларнинг кўп учраши фонида диспептик, астеновегетатив бузилишлар билан кечиши ҳақида далолат беради.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Э. А. Шамансурова, М. И. Шайхова, Д. И. Каримова**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Представлены результаты изучения особенностей клинических проявлений гельминтозов у детей школьного возраста. Полученные данные свидетельствуют о том, что гельминтозы у школьников-подростков характеризуется диспепсическими, астено-вегетативными нарушениями на фоне высокой встречаемости аллергических заболеваний, в частности в виде атопического дерматита, экземы, аллергического конъюнктивита и ринита, нейродермитов и бронхиальной астмы.

STUDYING THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF HELMINTHIASIS IN SCHOOL-AGE CHILDREN**E. A. Shamansurova, M. I. Shayxova, D. I. Karimova**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

The results of the study of the features of the clinical manifestations of helminthiasis in children of school age are presented. The data obtained indicate that helminthiasis in adolescent schoolchildren is characterized by dyspeptic, astheno-vegetative disorders on the high incidence of allergic diseases, in particular in the form of atopic dermatitis, eczema, allergic conjunctivitis and rhinitis, neurodermatitis and bronchial asthma.

Долзарблиги. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра 1,4 млрд инсон ичак паразитлари билан зарарланган. Гельминтозлар соматик касалликларнинг юзага келиши ва мавжуд сурункали касалликларнинг зўрайишига олиб келади, бунда улар инсон организми, хусусан иммун тизимига, патологик таъсир кўрсатиб, аллергия касалликларнинг ривожланиши ёки кучайишига имкон яратади.

Мақсади. Мактаб ёшидаги ўсмир болаларда гельминтознинг ўзига хос клиник намоён бўлишини ўрганиш.

Материаллар ва текширув усуллари. Текширув Тошкент шаҳри Юнус обод туманидаги 55-Оилавий поликлиникада олиб борилди. Клиник-лаборатор ташҳисланган гижжа касаллиги билан оғриган 10 ёшдан 14 ёшгача бўлган 112 нафар ўсмир-болалар текширувдан ўтказилди. Беморлар умумий клиник текширувдан ўтказилди, антропометрик текширув (тана вазни, бўйи, тана вазни индекси) олиб борилди, лаборатор текширувлардан – умумий қон таҳлили, гижжа тухумларини аниқлаш билан нажаснинг копрологик текшируви ўтказилди. Ўсмирларнинг умумий текшируви болалар невропатологи, аллергиялог-иммунолог билан биргаликда олиб борилди. Бир вақтнинг ўзида барча пациентлар, перианал соҳадан ёпишқоқ тасмага тушириш усули билан, энтеробиозга текширилди.

Барча текширувдан ўтказилган пациентлар ёшга кўра 3 гуруҳга ажратилди:

- I гуруҳ, эрта ўсмирлик даври (10-12 ёш) - 47 (50,8 %) нафар ўсмир;
II гуруҳ, ўрта ўсмирлик даври (12-14 ёш) - 36 (32,1 %) нафар ўсмир;
III гуруҳ, катта ўсмирлик даври (14 ёшдан катта) - 29 (25,8 %) нафар ўсмир.

Текширув натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Дастлаб гельминтоз кўзгатувчилари аниқланди. Бу мақсадда перианал соҳадан ёпишқоқ тасмага тушириш билан бирга копроовоскопик диагностика олиб борилди. Нажасни текшириш ичак паразитларининг баъзи турларини аниқлашга имкон берди. Текширувлар юмалоқ чувалчанглар, ёки нематодалар, *Ascaris lumbricoides* — 79,4% (n = 89) ва *Necator americanus* — 20,5% (n = 23) энг кўп учрашини кўрсатди. Шунингдек, тасмасимон чувалчанглар *Diphyllobothrium latum* — 7,8 % (n = 13), *Taenia saginata* — 3,6 % (n = 6) ва *Taenia solium* — 1,8 % (n = 3), амёба *Entamoeba histolytica* — 1,2 % (n = 2) *Giardia lamblia* — 13,2 % (n = 22) аниқланган. Нажасда шунингдек циклоспоридиялар ва уларнинг ооцисталари аниқланган.

Гижжа касаллиги билан оғриган ўсмирлар вақт-вақти билан қоринда оғриқ бўлиши - 33,9% (n=38), қорин дамлиги - 51,7% (n=58), кўнгил айнаши - 24,1% (n=27), иштаҳанинг пасайиши - 43,7% (n=49), асабийлашиш - 67,8% (n=76), уйқунинг бузилиши - 57,1% (n=64) га шикоят қилганлар. Барча пациентларда темир танқислиги камқонлигининг турли даражалари учраган, умумий қон таҳлилида эозинофилия аниқланган. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, гельминтоз фонида ўсмирларда қатор аллергия касалликларнинг ривожланиши кузатилган. Текширувдан ўтказилган ўсмирларда атопик дерматит — 24,1% (n = 27), экзема — 9,8% (n = 11), аллергия конъюнктивит - 8 % (n = 9), нейродермит - 7,1% (n = 8) аниқланган. Шунингдек, 14,2% (n = 16) ўсмирларда аллергия ринит ва 2,6 % (n = 3) ўсмирларда бронхиал астма кузатилган. Жами 112 нафар ўсмирлардан 74 нафарида аллергия касалликлар аниқланган.

Агар олинган маълумотларни ёшга кўра тақсимлаб чиқадиган бўлсак, болаларнинг ёши катталашган сари гельминтозлар фонида аллергия касалликларнинг камайиб боришини аниқлашимиз мумкин. Хусусан, I гуруҳдаги ўсмирлар орасида аллергия касалликлар 61,1% (n = 73), II-гуруҳда 51,7% (n = 58), III гуруҳда 41% (n = 46) ҳолатларда кузатилган. Ушбу ҳолатларни ёшга кўра организмнинг гормонал ва адаптацион қайта қурилиши билан асослаш мумкин.

Гельминтозларнинг клиник кечиши таҳлил қилинганда унинг клиник белгилари касаллик кўзгатувчисининг тури ва беморнинг ёшига бевосита боғлиқ эканлигини кўрсатди.

Текширувлар шуни кўрсатдики, айниқса *Ascaris lumbricoides* ва *Necator americanus* билан зарарланганда овқат ҳазм қилиш трактининг дисфункцияси энг кўп учраган. Шунингдек энтеробиоз нематодозлар гуруҳидаги энг кўп учрайдиган гельминтоз бўлиб ҳисобланади. Кўзгатувчиси острица бўлиб, ингичка ичакнинг пастки қисмида, кўр ичакда ва чамбар ичакнинг бошланғич қисмида зарарқунандалик қилади. Ушбу гельминтозларнинг клиник белгилари таҳлил қилинганда нажаснинг нотурғун бўлиши - 67,8% (n=76), вақт-вақти билан қоринда оғриқ безовта қилиши - 50,8% (n = 57), қорин дам бўлиши - 37,5% (n = 42), кўнгил айнаши - 18,7 % (n = 21), иштаҳанинг пасайиши - 38,3% (n = 43) кузатилган.

Барча пациентларда бир вақтнинг ўзида ўсмирлар организмнинг сурункали интоксикацияси белгилари бўлиб ҳисобланган - уйқунинг бузилиши - 52,6 % (n = 59), бруксизм (тишини ғичирлатиши) - 75 % (n = 84), асабийлашиш - 51,7 % (n = 58), инжиклик - 46,4 % (n = 52) каби неврологик бузилишлар кузатилган. Шунингдек, энтеробиоз ва аскаридозда анус соҳаси, оралик соҳаси ва ташқи жинсий аъзоларининг қичишиши хос бўлган (n = 81).

Агар олинган маълумотларни аллергия ҳолатларнинг клиник шаклига боғлиқ ҳолда кўриб чиқадиган бўлсак, эрта ўсмирлик гуруҳидаги пациентларда атопик дерматит - 12,5% (n=14), экзема - 8,9% (n=10) ва нейродермитларнинг 5,3 % (n=6) юқори даражада учрашини кузатишимиз мумкин. III гуруҳдаги ўсмирларда бронхиал астма 1,8% (n = 2), ва аллергия конъюнктивит - 4,5% (n = 5) ва аллергия ринит — 11,6% (n = 13) устунлик қилган.

Текширув натижалари ушбу пациентларнинг тана вазни индекси соғлом

тенгдошларига нисбатан 9% дан 14% гача орқада қолаётганлигини кўрсатди. Такқослаш учун биз ЖССТ бўйича тана вазни индекси (ТВИ) жадвалидан (2003) фойдаландик. Бунда III гугурхдаги ўсмирларда ТВИ нинг орқада қолиши энг юқори бўлиб, бу гельминтоз билан оғриган пациентларда ёши катталашган сари жисмоний ривожланишдан орқада қолишининг зўрайиб боришини кўрсатади.

Шуни таъкидлаш лозимки, барча гельминтларнинг умумий патологик таъсири бу – аллергиязация ва иммун жавобнинг бостирилишидир. Гельминтлар, уларнинг структуралари, ҳаёт фаолиятининг маҳсулотлари – аллергенлар бўлиб, иммунсупрессив таъсир кўрсатади, ва яллиғланишли ўзгаришларни келтириб чиқаради, биз буни ўз текширувларимизда кузатдик.

Хулоса. Мактаб ёшидаги ўсмир болаларда гижжа касаллигининг клиник белгилари, атопик дерматит, экзема, аллергик конъюнктивит ва ринит каби аллергик касалликларнинг кўп учраши фонида, диспептик, астеновегетатив бузилишлар билан характерланади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ершова, И. Б. Аллергические реакции при паразитозах у детей / И. Б. Ершова, А. А. Мочалова, И. А. Лохматова // АИ. — 2014. — № 4 (5). — С. 72-75.
2. Жарнова, В. В. Результаты анкетирования пациентов городской поликлиники № 3 г. Гродно на предмет осведомленности о глистных заболеваниях / В. В. Жарнова, В. С. Ненартович // Теория и практика паразитарных болезней животных. — 2016. — № 17. — С. 182-184.
3. Иванюк, В. П. Эпизоотология кишечных нематодозов свиней в хозяйствах Центрального федерального округа РФ / В. П. Иванюк, Г. Н. Бобкова // Вестник ФГОУ ВПО Брянская ГСХА. — 2016. — № 6 (58). — С. 33-37.
4. Файзуллина, Р. М. Влияние паразитозов на формирование сенсibilизации и клиническое течение аллергических заболеваний в детском возрасте / Р. М. Файзуллина, А. В. Санникова // Медицинский вестник Башкортостана. — 2015. — № 5 (59). — С. 41-44.
5. Практические вопросы диагностики и лечения гельминтозов у детей / О. Г. Шадрин [и др.] // ЗР. — 2015. — № 4(64). — С. 7-10.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

УДК: 618.333-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН**М. М. Нормухаммедова, С. Т. Джурабекова**

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, прегравидарная подготовка, врожденный иммунитет.**Таянч сўзлар:** ривожланмаган ҳомиладорлик, прегравидар тайёрлаш, тўғма иммунитет.**Key words:** missed abortion, preconception preparation, congenital immunity.

В настоящее время не существует чётких критериев поэтапной диагностики с последующей реализацией программы восстановления репродуктивной функции после НБ. Отсутствует обоснованный алгоритм реабилитации таких пациенток. Необходимы более глубокое изучение ситуации в области репродуктивного здоровья женщин, перенесших НБ, разработка эффективного комплекса мероприятий по прегравидарной подготовки, что определяет актуальность настоящего исследования.

РИВОЖЛАНМАГАН ҲОМИЛАДОРЛИК ВА УНИ АЁЛЛАРДА ҚАЙТА ТИКЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВЛАРИ**М. М. Нормухаммедова, С. Т. Джурабекова**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Ҳозирги вақтда ривожланмаган ҳомиладорликдан кейин репродуктив функцияни қайта тиклаш дастури ва босқичма-босқич ташхис қўйишнинг аниқ мезонлари мавжуд эмас. Бундай беморларни реабилитация қилиш учун аниқ алгоритм йўқ. Ушбу тадқиқотимизни актуаллиги ривожланмаган ҳомиладорлик даврда аёлларнинг репродуктив саломатлигига бўлган эҳтиёжини чуқур ўрганиш ва самарали чора тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

MODERN APPROACHES TO NON DEVELOPING PREGNANCY AND ITS REHABILITATION IN WOMEN**M. M. Normammedova, S. T. Djurabekova**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Currently there are no clear criteria for a phased diagnosis with the subsequent implementation of the restoration of reproductive function after an undeveloped pregnancy. There is no reasonable algorithm for the rehabilitation of such patients. More in depth study of women's reproductive health needs, undergoing an undeveloped pregnancy, development of an effective set of measures for pregravid training, what determines the relevance of this study.

Неразвивающаяся беременность является одним из патогенетических вариантов репродуктивных потерь, при которой плодное яйцо погибает, но его спонтанного изгнания из полости матки не происходит [3].

Длительная задержка погибшего эмбриона (плода) в матке на фоне угнетения её сократительной деятельности сопровождается высоким риском развития инфекционных и гемостазиологических осложнений и может явиться причиной материнской смертности [3,4]. В структуре невынашивания на долю ранней неразвивающейся беременности (НБ) приходится 45-80% всех случаев репродуктивных потерь беременности I триместра [5]. Более точная гистологическая диагностика свидетельствует о том, что частота НБ отмечается в пределах от 78,9% [9] до 91,3% [10] случаев спонтанных аборт в I триместре беременности.

В настоящее время считается, что проблема невынашивания беременности полиэтиологична и многофакторна; эти факторы можно подразделить на социально-гигиенические и медико-биологические [5,9,2].

К социально-гигиеническим факторам относят: раннее начало половой жизни, первые беременности, заканчивающиеся абортами, частая смена половых партнеров.

Среди медико-биологических факторов невынашивания выделяют: 1) генетические; 2) эндокринные; 3) иммунологические (аутоиммунные и аллоиммунные); 4) инфекционные; 5)

тромбофилические; 6) анатомические изменения матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, ИЦН).

Генетические факторы. Причиной большинства спорадических выкидышей I триместра являются аномалии развития самого эмбриона, чаще всего аномальный кариотип. Для привычного невынашивания I триместра эта проблема менее характерна, поскольку только 7% составляют генетические нарушения, чаще всего наследуемые от родителей. Чем больше у супружеской пары выкидышей, тем меньше вероятность хромосомных аномалий [10]. По данным других авторов, до 50% спорадических выкидышей обусловлено хромосомными аномалиями, генетические аномалии обнаруживаются у 82% абортусов, если прерывание беременности состоялось до 6-7 недель. Именно на этом факте основан отказ от сохраняющей терапии до 11-12 недель в ряде стран Евросоюза [Акуленко Л.В., 2011]. Из 103 наблюдений повторяющихся выкидышей в 80% диагностированы цитогенетические аномалии, из них: 61% – трисомия, 12% – полиплоидия, 10% – моносомия, в остальных – транслокация хромосом [4,5].

Вероятно, столь значительный разброс статистических данных объясняет тот факт, что при впервые случившемся выкидыше хромосомные аномалии регистрируются в 5-10%, после первого выкидыша – 20-25%, после второго – 25%, после третьего – 30%, а при последующих – 40-45% [1]. Нарушение структуры хромосом происходит в результате спонтанных или спровоцированных изменений.

Эндокринные нарушения. Среди причин репродуктивных потерь большое место занимают эндокринные нарушения, такие как недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперпролактинемия, гиперандрогения, нарушение функции щитовидной железы, некомпенсированный сахарный диабет, метаболические нарушения. В литературе обсуждается вопрос о влиянии отдельных гормональных нарушений на формирование симптомокомплекса привычного выкидыша [6,8]. Среди эндокринных причин НБ заметное место занимает гиперандрогения (ГА). В структуре гормональных нарушений она составляет 21-48% [4]. Избыток андрогенов ведет к гипозестрогении, результатом чего является формирование неполноценного фолликула и неполноценной яйцеклетки, поражается рецепторный аппарат, прогестерон не воспринимается эндометрием [5].

Инфекционные аспекты невынашивания. Среди причин преждевременного прерывания беременности одно из лидирующих мест занимают инфекционные заболевания [3,7,9]. Невынашивание может быть следствием воспалительных заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной системы, а также непосредственно инфекции генитального тракта (дисбиоза влагалища, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)) [9,10]. В последние годы частота воспалительных заболеваний женских половых органов составляет 60-65% при амбулаторном приеме и 30% – в гинекологическом стационаре.

В последние годы широкое распространение получили ИППП: хламидийная, гонококковая, микоплазменная, уреаплазменная инфекции), также герпеса, цитомегаловируса (ЦМВ), вируса папилломы человека (ВПЧ) [7,8]. Воспаление эндометрия сопровождается изменением интенсивности пролиферации и апоптоза клеток, увеличением в очаге воспаления уровня различных цитокинов, факторов роста, что приводит к нарушению проницаемости базальных мембран. Нарушение микроциркуляции и склеротические процессы в зоне повреждения приводят к развитию ишемии и гипоксии ткани. Все выше указанные изменения приводят к нарушению процессов имплантации, инвазии и развития хориона, и в конечном итоге – к бесплодию или невынашиванию [4,5].

Иммунные аспекты невынашивания ранних сроков. Нарушения в иммунной системе являются одним из наиболее важных звеньев нарушенного течения беременности и привлекают внимание многих исследователей [1,3]. Для нормального течения процессов имплантации, роста и развития эмбриона, необходимо создание в эндометрии матери состояние локальной иммуносупрессии, которое ведет к формированию защитного барьера, и предотвращает отторжение наполовину чужеродного зародыша. Прогестерон выступает в роли

«натурального иммуносупрессора» и является одним из основных половых гормонов, который опосредованно через Т-лимфоциты ингибирует реакцию отторжения плода [8,1].

Прегравидарная подготовка (лат. *gravida* –беременная, *pre* – предшествие), отечественный аналог преконцепционной подготовки (англ. *conception* – зачатие), включает комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка.

Прегравидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу. Врачи любых специальностей должны также учитывать возможность наступления беременности у таких женщин и информировать о предполагаемых рисках для их здоровья, плода и новорожденного как самого заболевания, так и проводимого лечения.

Единственный путь гарантированного обеспечения оптимального периода между беременностями – рациональная контрацепция. Наилучший период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта до 12 нед. – 3–6 мес. Акушерский и перинатальный риски минимальны у пациенток в возрастной группе 19–35 лет; беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода [6].

Непосредственно в ходе проведения аборта или сразу после его завершения необходимо проведение ультразвукового сканирования, чтобы убедиться в полном удалении частей плода и плаценты. После удаления плодного яйца при неразвивающейся беременности независимо от выбранного метода прерывания целесообразно комплексное противовоспалительное лечение, включая специфическую антибактериальную, иммунокорректирующую и общеукрепляющую терапию [10].

Повторная беременность рекомендуется при устранении известных причин гибели эмбриона (плода) и после проведения противовоспалительной, общеукрепляющей и, по показаниям, гормональной терапии. Необходимо помнить, что особенно опасны повторные неразвивающиеся беременности, приводящие к расстройствам менструальной функции, нарушениям гормональной регуляции, воспалительным заболеваниям половых органов, нарушениям структуры эндометрия, к дисбалансу иммунной системы, прогрессирующему снижению репродуктивной функции, снижению демографических ресурсов. Несомненно, что даже после одной неразвившейся беременности наиважнейшими задачами акушеров-гинекологов являются: проведение тщательного клинικο-лабораторного обследования пациенток с использованием современных методов диагностики, включая исследование иммунного статуса (общего и локального) для выяснения этиологии и патогенеза неразвивающейся беременности, разработка и проведение эффективной комплексной терапии в прегравидарный период, наблюдение и профилактическое лечение в процессе наступившей беременности [1].

Таким образом, после выполнения такой разносторонней прегравидарной подготовки эндометрия в естественных циклах и в программах вспомогательных репродуктивных технологий, включающей в себя многоуровневое обследование и лечение, значительно снижается риск неразвивающейся беременности.

Использованная литература:

1. Акуленко Л.В. //Генетические причины ранних эмбриональных потерь // Материалы международного конгресса: тезисы докладов. – М., 2014. – С. 25
2. Боровкова Л.В., Колобова С.О. //Невынашивание беременности// учебное пособие. – Н.Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2016. – 105 с.

3. Владимирова Н.Ю., Чижова Г.В. //Дифференцированный подход к реабилитационной терапии синдрома потери плода вирусной этиологии // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя», Москва, 12-15 октября 2014 г. М., - С. 45-46.
4. Гурбангельдиева Дж.Ч. Реабилитация женщин на этапе прегравидарной подготовки после неразвивающейся беременности: диссертация ... кандидата медицинских наук. Российский университет дружбы народов. Москва, 2015. 144 с.
5. Манухин И.Б., Колесов А.А., Семенцова Н.А., Чабоян А.Г. //Профилактика привычного невынашивания у пациенток с неразвивающейся беременностью на фоне хронического эндометрита // Акуш. и гин. – 2013. – №5. – С. 76-78.
6. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. //Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. – 3-е изд., перераб//. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 272 с.: ил. – (Серия “Библиотека врача-специалиста”) проблемы современной цитогенетики. Сб. науч. трудов. – М. – 2011. – №9. – С.71-77.
7. Никитина Т.В., Суханова Н.Н., Кашеварова А.А.// Создание банка тканей и характеристика хромосомных нарушений при ранней эмбриональной гибели у человека // Генетика человека и патология.М. - 2015. –С.56-57.
8. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. // Неразвивающаяся беременность// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 200.
9. Радзинский В.Е. //Парадоксы привычного невынашивания беременности// – Москва: Status praesens, 2012 – 24 с.
10. Салов И.А., Маринушкин Д.И.// Гемостазиологические нарушения при неразвивающейся беременности// Пробл. беременности. 2010. № 1. С. 21-26.
11. Сидельникова В.М. //Привычная потеря беременности//. – М: Триада-Х, 2012. – 304 с.

ОПЕРАЦИЯ ПОРРО: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ**Б. Б. Негмаджанов, Н. А. Рустамова, Г. Б. Арзиева**

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевое слово: кесарево сечение, операция Порро.**Таянч сўзлар:** кесар кесиш операцияси, Порро операцияси.**Key word:** caesarean section, Porro operation.

Выполнение операции Порро являлось знаковым этапом в оперативном акушерстве 19 века, но не была достаточно безопасной как для матери, так и для ребенка. Хотя данная операция значительно снизила летальность, но этот факт нельзя считать преимуществом. Операция Порро оставалась популярна лишь какое-то время, пока не была разработана более совершенная методика операции кесарева сечения. На сегодняшний день в акушерстве удаление детородного органа является огромной потерей для женщины и общества.

ПОРРО ОПЕРАЦИЯСИ: АНЪАНАВИЙЛИК ВА ЗАМОНАВИЙЛИК**Б. Б. Негмаджанов, Н. А. Рустамова, Г. Б. Арзиева**

Порро операцияси 19 аср акушерликини ривожланишида муҳим босқичдир, аммо она ва бола учун етарлича хавфсиз эмас. Операция ўлимни сезиларли даражада пасайишига олиб келди, лекин ушбу ҳолатни устунлик деб ҳисоблаш мумкин эмас ва операцияни янада мукамал усулини ихтиро қилгунга қадар Порро операцияси маълум вақтгача актуал бўлади. Бугунги кунда акушерликда репродуктив тизимни олиб ташлаш аёллар ва жамият учун катта йўқотишдир.

OPERATION BY PORRO: PAST AND PRESENT**B. B. Negmadjanov, N. A. Rustamova, G. B. Arzieva**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Operation Porro is an important step in the operational obstetrics of the 19th century, but is not safe enough for mother and child. The operation has led to a significant reduction in mortality in no case can not be considered an advantage and that the operation Porro will be popular only for some time, before the invention of a more advanced method of surgery. Today in obstetrics, removal of the reproductive system is a huge loss for women and the community.

До сих пор точно неизвестна история рождения ребенка оперативном путем. Согласно греческой мифологии Аполлон извлек Асклепия из живота его мертвой матери. С историей Древнего Рима и связывают происхождение термина «кесарево сечение». Бытует легенда, что мать Цезаря, Аврелия, при родах умерла, но ребенок был извлечен из нее живым посредством оперативного вмешательства – кесарева сечения. При Цезаре был принят закон, о том, что если беременная женщина умирает, то необходимо разрезать ей живот и достать живого ребенка.

В Швейцарии в 1500 г. кастратор свиней Якоб Нуфер выполнял операцию у своей жены. Его жена в течение нескольких дней не могла самостоятельно родить ребенка и отчаявшийся муж получил разрешение от старейшин на попытку кесарева сечения. Мать выжила и в последующем нормально родила еще 5 детей, включая двойню. В XVI- XVII веках с развитием анатомии усовершенствовалась хирургия, в том числе и операция кесарева сечения. Но, во многих странах, которые были далеки от цивилизации и не знали анатомии, извлечение плода проводилось успешно, например, в Африке. Самое интересное описание операции кесарева сечения принадлежит Фелькину, который наблюдал его в 1879 году в Кагхуре (Уганда): «...На банановых листьях лежала женщина 20 лет, полуоглушенная банановым вином. Этим же вином местный лекарь омыл руки, место будущего разреза и нож. Молниеносный разрез от пупка до лонного сращения вызвал пронзительный крик женщины. После выделения вод и дополнительного надреза матки приступили к удалению младенца, перевязке пуповины, а затем – к удалению места. Каленым железом края раны были соединены семью полированными железными стержнями при участии нитей с наложением повязки. На одиннадцатый день – выздоровление». Медицинское образование до конца XIX в. было доступно только мужчинам. Однако, согласно одному из первых вполне достоверных свиде-

тельств, успешное проведение кесарева сечения принадлежит женщине. Переодевшись мужчиной, англичанка Джеймс Миранда Стюарт Бэрри завербовалась в Южную Африку в качестве военного врача. Именно там она и провела операцию кесарева сечения — где-то между 1815 и 1821 гг. Новая эра в хирургической практике началась в 1846 г., когда дантист Т. Мортон применил эфир при удалении опухоли на лице. Этот способ анестезии быстро распространился по Европе. В акушерстве метод также приобрел распространение, особенно после того, как хлороформ применили при родах у королевы Виктории при рождении двух ее детей (1853 г.).

Во второй половине 18-го века материнская смертность после так называемого классического кесарева сечения составляла почти 100%. Основные причины смерти были сепсис, кровотечение. Введение оперативной техники Порро снизило материнскую смертность до 58%. Этот метод вызвал интерес к совершенствованию техники кесарева сечения. В 1876 году Гейн и Порро предложили удалять матку после извлечения плода. В середине XX века операция проводилась при сочетании мертвого плода и воспаления матки.

Эдуардо Порро родился в 1842 году в Падве. В 1876 году он стал заведующим отделением акушерства в Падве, а с 1882 года руководителем школы акушерства в Милане. Он умер 25 мая 1901 года. Оригинальный метод кесарева сечения был введен им в 1876 году. Модификация кесарева сечения, предложенная Порро — разрез и опорожнение матки с одновременной ее надвлагалищной ампутацией и вшиванием культи в рану передней брюшной стенки. Летальность при этой технике снизилась до 25%. Его основной идеей было удаление матки, зараженной во время родов. Показанием к операции являлись широкие разрывы матки, тяжелая генерализованная остеомалация, рак шейки матки, деформации таза или мягких тканей родового канала, делающие невозможными роды через естественные родовые пути, расположение плода в одном из рогов двурогой матки; инфицированные случаи; послеродового кровотечения, связанные с атонией матки не поддающиеся консервативному лечению [4,9,12].

По данным Харриса (1891), после операций Порро, летальность составляла 29%. На основании анализа данных Харрис предложил несколько пунктов, позволяющих снизить летальность от операции: к операции должны были быть четкие показания, операция должна проводиться как можно раньше от начала родовой деятельности, во время операции должны использоваться антисептики, надежный гемостаз, выполнение разреза на матке после ее выведения из раны при наличии мертвого плода или в случае сепсиса, хороший туалет брюшной полости, перитонизация культи — сшивание висцерального и париетального листков брюшины между собой, обработка культи антисептиком, использование абдоминального дренажа вместо вагинального [4,9,12].

В 1890 г. английский хирург Тайт предложил модификацию операции Порро, суть операции заключалась в следующем. На передней брюшной стенке делался небольшой разрез длиной в 10 см. Через этот разрез на матку надевалась специальная петля, которая затягивалась в области шейки матки для прекращения кровоснабжения матки. Затем на матке делался небольшой разрез, достаточный для введения одного пальца, который тупым путем увеличивался до размеров, необходимых для извлечения ребенка. После извлечения ребенка и удаления последа матку выводили в рану. Лигатуру затягивали до остановки кровотечения. С обеих сторон шейки матки накладывали швы, соединяющие будущую культю с передней брюшной стенкой. Затем производился туалет брюшной полости. Рану передней брюшной стенки вокруг шейки ушивали обычным способом. После этого матка отсекалась от шейки по борозде, образованной лигатурой. Культя обрабатывалась перхлоридом железа.

Следующая модификация операции Порро была предложена американским акушером Вагнером в 1904 г. Он предложил после вхождения в брюшную полость поднимать матку высоко вверх. Шейка матки крепко обхватывалась левой рукой. На шейку матки накладывались четыре зажима, которые служили отметками уровня ампутации матки. Затем бере-

менная матка отсекалась от шейки выше уровня зажимов при помощи ножниц. Несмотря на то, что имелось несколько случаев успешного выполнения подобной операции, она не получила широкого распространения.

Даже в те годы врачи понимали, что операция Порро будет популярна лишь какое-то время, до изобретения более совершенной методики операции. На сегодняшний день в акушерстве удаление детородного органа является огромной потерей для женщины и общества. Для женщины это физический, психологический и физиологический стресс. Она больше не сможет стать матерью, а для женщины это самое ценное чувство. Операция Порро являлась важным этапом в оперативном акушерстве 19 века, но не является достаточно безопасной для матери и ребенка. На сегодняшний день применяются более усовершенствованные методики операции кесарева сечения, более эффективные методы асептики и антисептики предупреждают инфекционные осложнения, сохранив детородную функцию. При строгом соблюдении асептики и антисептики во время операции, а также при рациональном использовании антибиотиков снижается риск развития инфекционных заболеваний.

Надежной профилактикой отсроченных осложнений после кесарева сечения являются адекватная оценка степени инфекционного риска, соблюдение современных технологий операции, ультразвуковой контроль за течением послеоперационного периода, при наличии признаков эндометрита - ранняя активная тактика (аспирация содержимого полости матки). Использование указанной системы диагностики и активной лечебной тактики позволяет сохранить матку у 48,1% больных с отсроченными осложнениями после кесарева сечения. Основной причиной развития перитонита после операции являются прогрессирующий метроэндометрит, метрофлебит с формированием у больных явной и скрытой несостоятельности швов. Основными факторами определяющими развитие заболевания являются вирулентные возбудители (чаще анаэробы) массивная кровопотеря погрешности оперативной техники, плохая санация матки во время операции с неполным удалением плацентарной ткани и плодных оболочек.

В середине XX века удаление матки вместе с плодом имело одно показание - инфицированность матки в связи с криминальным абортom.

Операция при инфицированных половых органах грозит оперированной женщине послеоперационным перитонитом.

Несмотря на абсолютно точно сформированные показания к удалению матки после кесарева сечения, за последние 3 года в родовспомогательных учреждениях г. Самарканда проведено 2 операции Порро в модификации Вагнера - удаление матки вместе с плодом. Один случай - когда операция проводилась на сроке 20 нед., на мертвом плоде, у пациентки с тяжелой формой болезни Верльгофа, закончился гибелью женщины. В другом случае, жизнь женщины удалось спасти ценой переливания 10 литров теплой донорской крови(!). Операция Вагнера-Порро была произведена при доношенном сроке беременности по поводу ПОНРП и матки Кювелера. Разрез передней брюшной стенки был сделан от лона до мечевидного отростка. Хотим напомнить акушер-гинекологам, что указанные в этих двух случаях показания никогда, ни в одном источнике не указываются как показания для операции Порро-Вагнера. Сам Порро предлагал проводить ампутацию матки после извлечения плода.

Подводя итог обсуждению проблемы, следует заключить, что операция Порро – это история акушерства. Учитывая высокий риск осложнений для пациента, операция Порро в современном акушерстве не производится. Усилия акушеров должны быть направлены на антенатальную охрану плода, рациональное и грамотное ведение родов путем постепенного снижения числа кесаревых сечений, не увеличивая при этом материнскую и детскую заболеваемость.

Использованная литература:

1. К вопросу о методике операции кесарева сечения при преждевременных родах. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
2. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комисарова Л. М. Кесарево сечение. М.: Триада-Х, 2004.
3. Кулаков В. И., Чернуха Е. А. Современный взгляд на проблему кесарева сечения. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
4. Макацария Н.А. Эдуардо Порро // Акушерство, гинекология и репродукция. 2014. №3. С.76-78.
5. Негмаджанов Б.Б., Сафаров А.Т., Раббимова Г.Т. Кровотечение в акушерской практике//Самарканд - 2009.
6. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М.: Междунар. шк. традиц. Акушерства, 2006.
7. Flamm B. L., Goings J. R., Liu Y. Elective repeat caesarean section versus trial of labour: a prospective multi-center study. Obstet. and Gynec., 2014.
8. Franchi M., Ghezzi F., Balestreri D. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section. American Journal of Perinatology, – 2006.
9. Godson C. Porros Operation. Brit med J. 1884; 1; 142.
10. Harris R.P. Results of the first fifty cases of «caesarean ovarohysterectomy», 1869-1880. Am J Med Sci. 1880; 80; 129.
11. Porro E. Dell amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesereo. Ann univ med e chir (Milan). 1876; 237289-351.
12. Sanger M. Der Kaiserschnitt. Arch Gynakol. 1882.
13. Todman D. Eduardo Porro (1842-1902) and the Development of Caesarean Section: A Reappraisal. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2006.

ЛЕКЦИИ

LECTURES

УДК: 616.155.1 - 007.1

ЭРИТРОПОЭТИНЛАР

У. Д. Дадажанов, А. Г. Мадашева

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: эритропоэтин – гормон таъсир механизми, фармакологик эффекти.

Keywords: mechanism of action and pharmacological effects of the hormone erythropoietin.

Ключевые слова: механизм действия и фармакологические эффекты гормона - эритропоэтина.

Тақдим қилинган мақола эритропоэтин гормонига эритропоэзни асосий регуляторига бағишланган, эритропоэтинни таъсир механизми, фармакологик эффекти, қўллашга кўрсатмалар, юбориш усуллари, қарши кўрсатмалар давлат тилида муҳокама қилинади.

ЭРИТРОПОЭТИНЫ

У. Д. Дадажанов, А. Г. Мадашева

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Представленная статья посвящена эритропоэтину - гормону, основному регулятору эритропоэза. Обсуждается механизм действия и фармакологические эффекты, показания, методы введения, противопоказания, рекомбинантных человеческих эритропоэтинов (риЭПО) на государственном узбекском языке.

ERITROPOIETINS

U. D. Dadajonov, A. G. Madasheva

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The article is devoted to erythropoietin hormone, the main regulator of erythropoiesis. The mechanism of action and pharmacological effects, indications, methods of administration, contraindications, recombinant human erythropoietins (riEPO) in the state Uzbek language.

Эритропоэтин – эритропоэзни асосий регулятор, организмда эритроцитларни кечки ўтмишдош хужайралардан ҳосил бўлишини регуляция қилади ва ретикулоцитларни қизил кўмикдан чиқишини кучайтиради. Сийдикдан ажратилиб олиниши мумкин. Ҳозирги вақтда уни генли инженерли усуллар билан олишади. Бундай рекомбинантли одам эритропоэтинлари (РоЭПО), юқори тозалиги билан ажралиб турадиган (ДВ) яратилган. 1989 йилдан бошлаб РоЭПОни ўринбосар сифатида эндоген гормонлар камайган беморларда клиник қўллаш бошланди. Энг кўп маълум рекомбинантли препаратлари эпоэтин α ва эпоэтин β . Препаратлар юқори клиник эффектга эга, аммо улар организмда тезин активация қилинади. Шу сабабли узок таъсир этадиган препарат яратишга катта аҳамият ажратилган. Шундай восита бўлиб, дарб-эпоэтин α -Novel Erithopojesis Protein (аббревиатура NESP Аронеси -Aronesi препарати номи кирди).

Таъсир механизми ва фармакологик эффектлари.

Эритропоэтин таъсирини давом этиши уни молекуласини стабиллигига боғлиқ. Одам эритропоэтинлари ҳаммаси бўлиб уч- N углеводлар занжиридан иборат, шундай дарб-эпоэтин α эса беш занжирдан иборат, бу унга анча узок $T_{1/2}$ ва демак катта фаолликни таъминлайди.

Фармакокинетика.

Эритропоэтинларни тери остига ёки вена ичига юборишади, α , β воситаларни фармакокинетикаси кўпинча унинг инъекцияси характерига боғлиқ: 1.1- жадвалда эпоэтинларни баъзи фармакокинетик параметрлари юбориш йўлига боғлиқ ҳолда тақдим қилинган. Углеводлар миқдори юқорилиги дарбэпоэтин ярим яшаш даврини эпоэтин α га кўра деярли 3 марта кўпроқ таъминлайди (1.1- жадвал). Демак, бу эритропоэтинни таъминлаб, анча узок вақт бу эритропоэтинни концентрациясини сақлаб, эквиваленти РоЭПО га нисбатан. Шундай қилиб, эпоэтин α ни ҳафтасига 1-3 инъекция қилиш ўрнига дарбэпоэтин α ни 1 ёки 3 ҳафта интервалда ўтказиш мумкин. Эритропоэтин препаратларини чиқариш кинетикаси дозага

боғлиқ эмас, уларни аниқ чиқариш йўллари текширилмаган. Сийдик билан экспрецияси суткалик юборилган гармонидан суткалик йиғиндисидан 10% дан камроқни ташкил этади. Препаратларни буйрак клиренсига организмни фақат 3% клиренси тўғри келади.

Терапияда ўрни.

Эпоэтин α ва эпоэтин β ни сурункали буйрак етишмовчилиги анемияси билан оғриган, дастурли гемодиализда турган, миелома касаллиги билан оғриган беморларга буюришади. Дарбэпоэтин α (Аранеси, 2001) сурункали буйрак етишмовчилиги билан боғлиқ бўлмаган камконликларни даволашда буюрилади. Ундан ташқари дарбэпоэтин α онкологик касалларда (вояга етган касалларда) кимёвий терапия олаётган касалларда қўлланилади.

Чидамлилик ва қўшимча эффектлар:

Рекомбинант эритропоэтин препаратларини беморлар яхши қабул қиладилар. Қўшимча ножўя реакциялар ривожланиши хавфи эритропоэтин дозасига боғлиқ ва даволаш муддатини чўзилиши билан одатда камаяди.

Қуйида эпоэтин α ва эпоэтин β қўлланилганда юз берадиган баъзи ножўя эффектлар таърифланади.

Организмни умумий реакцияси: гриппга ўхшаш симптомлар (даволаш бошида); бош айланиши, уйқучанлик, иситма ҳолати, бош оғриши, миалгия, артралгия.

Юрак – томир тизими тамонидан: дозага боғлиқ АҚБ ни кўтарилиши, артериал гипертензия кечишини ёмонлашуви (энг кўп сурункали буйрак етишмовчилигида), алоҳида ҳолларда гипертоник криз, АҚБ ни кескин ошиши, энцефалопатия симптомлари билан (бош оғриши, эс-хушни чалкашиши) ва генеризациялашган тонико-клоник тиришишлар. Организмни умумий реакцияси.

Қон яратиш тизими томонидан: дозага боғлиқ тромбоцитоз алоҳида ҳолларда шунт тромбозлари (гемодиализда ётган беморларда), эритроцитлар куртак аплазияси, камдан-кам, эпоэтин α ёки эпоэтин β га қарши нейтрализация этувчи антитаналар ишлаб чиқарилиши мувофиқ равишда парциал қизил хужайрали аплазия, ривожланиши ёки усиз).

Аллергик реакциялар: тери тошмаси (енгил ёки сал намоён бўлган), темиртки, эшак еми, қичиш, ангионевротик шиш.

Маҳаллий реакциялар: гиперемия, ачишиш, енгил ёки сал инъекция қилинган жойда оғрик (кўпинча тери остига юборилганда).

Лаборатор кўрсаткичлар тамонидан: Зардобда ферритин концентрациясини камайтиши, уремияда-гиперкальциемия, гиперфосфатемия.

1 жадвал.

Рекомбинант эритропоэтинларни баъзи фармакокинетик параметрлари.

Дори воситаси	Биоравон-лик, %	Tс max, соат	T п, соат	Бошқалар
Дарбэпоэтин α , СБЕ беморларда (вена ичига)			21	Клиренс-1,9 соат\кг кумуляция минимал
Дарбэпоэтин α , СБЕ беморларда (тери остига)	37		73	кумуляция минимал
Дарбэпоэтин α , онкологик беморларда		91	74	Смах-10,6мг\мл юборилгандан кейин 2,25 мкг/кг бир марта кумуляция аниқланмаган
Эпоэтин α , (тери остига)	25	12-18	16-24	кумуляция минимал
Эпоэтин α , (вена ичига)			5-6	-
Эпоэтин β , (тери остига)	23-42	12-18	12-28	Вена ичига юборилганда биоравонлик -46%
Эпоэтин β , (вена ичига)		0,25	4-12	-

Бошқалар: нафас олишини бузилиши ёки АҚБ пасайиши билан боғлиқ асоратлар, порфирияни кўзиши. Дарбэпоэтин α буюрилганда 1-10% ҳолларда аллергик реакциялар (диспноэ, эшак еми) кузатилади. СБЕ билан оғриган беморларда кўпинча бош оғриши, АҚБ ошиши, кириш томирларда тромбоз, инъекция қилинган жойда оғриқ. Алоҳида ҳолларда, тиришишлар, парциал қизил хужайрали аплазия. Номиелоид хавфли ўсмалар билан оғриган беморларда тромбоэмболик асоратлар, шу жумладан чуқур веналар тромбози, ўпка артериялари эмболияси, арталгия, инъекция қилинган жойларида оғриқ ва геморрагиялар, периферик шишлар.

Қариши кўрсатмалар.

Эритропоэтинларни қўллашга асосий қарши кўрсатмалар қуйидагилардан иборат: одам рекомбинант эритропоэтинга ўта сезгирлик, артериал гипертензия (рефрактер артериал гипертензия, назорат қилиб бўлмайдиган гипертензия) тромбозлар хавфи ва адекват антикоагулянт терапия билан таъминлай олмаслик. Ҳамма эритропоэтинларга ҳомиладорлик ва сут билан эмизиш вақтида қарши кўрсатма бор. Даволаш вақтида кўкрак билан эмиздиришни тўхтатиш лозим.

Даволаш жараёнида диққат концентрацияси ва психомотор реакциялар тезлигини талаб қиладиган хавфли фаолиятлар билан шуғулланиш вақтида (автомобил ҳайдаш ва ҳоказо) эҳтиёткорликка риоя қилиш лозим.

Препаратни, масалан, допинг сифатида соғлом одамлар қўллаши, юрак қон-томир тизими тамонидан ҳаётга хавф солувчи, энг аввало гемокритни кескин ошиши билан боғлиқ бўлган, асоратларга олиб келиши мумкин.

Модомики баъзи дори шакллари таркибида фенилаланин бор, буни фенилкетонурияни оғир шакллари билан оғриган беморларни даволаганда эътиборга олиш лозим.

Эритропоэтинларни эффективлигини қуйидагилар пасайтириши мумкин:

- * Томир сўрилишига таъсир этувчи фосфор боғловчи препаратлар H2- рецепторлари антагонистларини қабул қилиш.
- * Яллиғланишга қарши цитокинлар (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α ва бошқалар) ва ўткир фазали оксиллар (масалан, С- реактив оксилни) маҳсулотини ошиши.
- * Плазмада алюминий даражасини юқорилиги (100 мкг\мл дан кўпроқ)
- * Гиперпаратиреоз;
- * Овқатланишни оксил- энергетик танқислиги;
- * Витамин В 12 ва фоли кислотасини танқислиги.

Эритропоэтинлар бир шприцда бошқа ДВ эритмалари билан сиғишмайди. Қонда эритроцитлар билан боғланмаган (масалан, циклоспорин) препаратларни дозасини белгилаш режимини коррективка қилишни талаб қилиши мумкин.

Эритропоэтинларни глюкокортикостероидлар ва цитостатиклар билан биргаликда қўллаш ўринсиз.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г., Клиническая фармакокинетика, практика дозирования лекарств: Спец. Выпуск серии «Рациональная фармакотерапия: М: Литтера, 2005, 288 с.
2. Белоусов Ю.Б., Омеляновский В.В., Белоусов Д.Ю. Четыре стратегии лечения анемии у онкологических больных в России// Качественная клиническая практика №22. 2008 с. 71-78.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства Т2, Харьков, 1997; 28-48
4. Регистр лекарственных средств России -2006.
5. Godmone Gilmans The pharmacological basis of therapevtics, ed. Laurence L. Brunton 11-st edition, 2005

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE REPORT

УДК: 618.1-007

ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ МАТКИ
И ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Н. А. Рустамова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: двурогая матка, пневматоз кишечника, беременность, кесарево сечение.**Таянч сўзлар:** икки шохли бачадон, ичак пневматози, хомиладорлик, кесар кесиш.**Key words:** bicornuate uterus, intestinal pneumatosis, pregnancy, cesarean section.БАЧАДОННИНГ ТУГМА МАЛФОРМАЦИЯСИ ВА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ
ПАТОЛОГИЯСИ

Н. А. Рустамова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

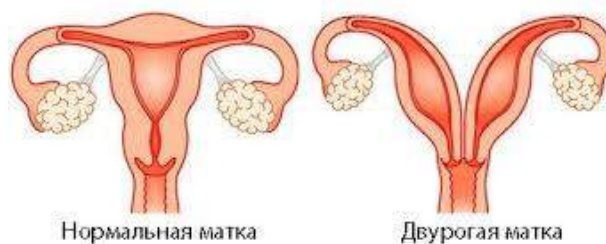
CONGENITAL MALFORMATION OF THE UTERUS AND PATHOLOGY
OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

N. A. Rustamova, B. B. Negmadjanov, V. O. Kim

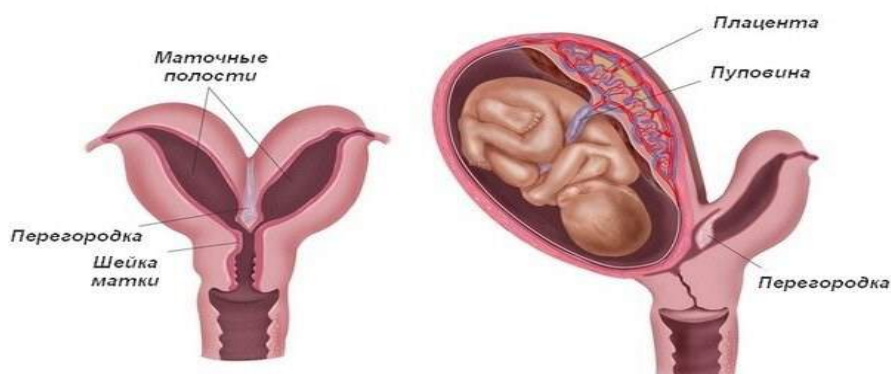
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Двурогая матка (uterus bicornis) - порок развития, при котором отмечается расщепление матки, на два рога или части вследствие недостаточного слияния парамезонефральных протоков. Деление на рога может начинаться с верхней, средней или нижней трети тела матки, в зависимости от формы двурогой матки. Отличительная особенность двурогой матки - наличие одной шейки матки.

Выделяется 3 вида двурогости матки, каждый из которых имеет свои особенности и определенное влияние на возможность материнства. Двурогая матка делится на полную, неполную и седловидную (или аркуатную) [Адамян Л.В., Хашукоева А.З, 1998].



G.G. Nahum [Nakada K., 1989] считает что, анатомо-физиологическая неполноценность стенки матки приводит к аномалии сосудистой системы и иннервации, повышенной возбудимости миометрия. Пороки развития матки возникают вследствие наследственных признаков или под воздействием тератогенных факторов.



Прерывание беременности при двурогой матке связано с недостатком места и неправильным кровоснабжением плода. Аномалия матки часто становится причиной неправильного формирования плаценты, тазового предлежания плода или его поперечного расположения. Все это может вызвать сложности в родах при двурогой матке. Часто отмечаются нарушение сократительной активности миометрия (слабость родовой деятельности), отслойка плаценты, кровотечения, поэтому двурогая матка считается показанием к кесареву сечению. Если угроза прерывания беременности при двурогой матке наступает в период, когда ребенок уже способен жить вне материнской утробы (с 22-28 недели беременности), проводится кесарево сечение для спасения его жизни.

Довольно часто аномалия развития того или иного органа сочетается с аномалией— другого. При аномалии развития мюллеровых протоков это чаще всего аномалия развития мочеполовой системы, но и встречаются случаи сочетания с патологией желудочно-кишечного тракта, которую нужно отдифференцировать от врожденной.

Клинический случай. Пациентка Н, 24 лет, из Пастдаргомского района, обратилась в Областной Перинатальный центр (ОПЦ) города Самарканд с жалобами на резкие боли по всему животу, схваткообразные боли внизу живота и в поясничной области, на излитие околоплодных вод, чувство нехватки воздуха, общую слабость.

Из анамнеза известно, что менструации с 14 лет по 3-4 дня, через 28-30 дней, умеренно болезненные. Половая жизнь с 20 лет. В связи с отсутствием симптомов гинекологических заболеваний гинеколога не посещала, периодические профилактические осмотры гинекологом не проводились. На 20 недели беременности узнала, что у нее аномалия развития мюллеровых протоков—двурогая матка (документ, подтверждающий данный диагноз, не был представлен). Со слов пациентки стул склонен к запорам с рождения. Принимала ветрогонные, спазмолитические, ферментные препараты. Не находилась под наблюдением у врача-терапевта или других специалистов по этому поводу. Последняя менструация 17 сентября 2018г. Предполагаемый срок родов 24 июня 2019г. Беременность до поступления в стационар ОПЦ протекала с угрозой прерывания, неоднократно лечилась стационарно по месту жительства.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание через нос свободное 24 раза в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены. Пульс ритмичный - 112 ударов в 1 мин. А/Д 110/70-100/70 мм рт. ст. Слух и зрение не нарушены. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный, слышно «лопание пузырьков» при пальпации, резко увеличен за счет кишечника и беременной матки. Печень и селезенка не пальпируются. Стула не было 3 дня. Газы не отходят. Мочеиспускание свободное.

Со стороны плода: положение плода продольное, предлежащая часть головка — над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 170 ударов в 1 мин. Окружность живота — 117 см, высота дна матки 34 см.

Лабораторные данные: общий анализ крови: Hb-86,0 г/л, эритроциты- $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $7,0 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-42 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62,0г., билирубин 19,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: количество 50,0, эпителий-1-2 в п/з, лейкоциты-1-2 в п/з

УЗИ — Беременность 33 недели. Выраженное маловодие. Пневматоз кишечника.

Терапевт: Анемия средней степени. Синдром раздраженного кишечника.

Хирург: Долихосигма?

Был выставлен диагноз: Беременность I, недель 33. Роды — I. Угрожающие преждевременные роды. Неубедительное состояние плода. Выраженное маловодие. Пневматоз кишечника. Долихосигма? Кишечная непроходимость? Анемия средней степени.

Учитывая выраженное маловодие, ухудшение внутриутробного состояния плода, подозрение на кишечную непроходимость, было решено выполнить лапаротомное оператив-

ное вмешательство с кесаревым сечением, с лечебной и диагностической целями. Письменное согласие на данное вмешательство было взято у женщины и ее родственников.

Экстренно была выполнена операция кесарева сечения. Во время операции была обнаружена беременность в правом роге матки, левый рог функционирует, пневматоз кишечника. Родился мальчик, весом 2150г, ростом 44 см, с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов.

Послеродовой послеоперационный период у данной женщины протекал нормально, она получила в полном объеме лечение, в том числе ветрогонные, ферментные препараты, пробиотики, слабительные средства. Газы стали отходить на 2 сутки после операции, стул—на 3 сутки под действием слабительных средств.

Родильница была выписана из стационара с ребенком в удовлетворительном состоянии на 7 сутки после операции, заживление первичным натяжением.

Заключения: анализируя данную ситуацию, учитывая анамнез женщины, можно предположить, что пневматоз кишечника, как нарушение функции его полноценной работы существовало ранее и усугубилось в связи с ростом беременной матки и действием гормонов беременности, а аномалия развития матки привела к преждевременным родам, в связи с неполноценностью физиологических объемов матки для вынашивания беременности.

Таким образом, женщины должны готовиться к беременности, должны проходить пре-концептуальную подготовку, которая включает полное обследование всего организма и лечение патологических состояний до наступления желанной беременности, чтобы в дальнейшем не было угрозы для жизни матери и плода.

Использованная литература:

1. Адамян Л.В., Курило Л.Ф., Глыбина Т.М., Окулов А.Б., Макиян З.Н. Аномалии развития органов женской репродуктивной системы: новый взгляд на морфогенез// Пробл.репродукции. 2009.—С.7-13.
2. Адамян Л.В., Курило Л.Ф., Степанян А.А., Богданова Е.А. и др. Систематизация нозологических форм аномалий женских половых органов// Пробл.репродукции. 2010.— С.6-12.
3. Макиян З.Н., Адамян Л.В., Мирошникова Н.А.,Козлова А.В.Функциональная магнитно-резонансная томография для определения кровотока при симметричных аномалиях матки//Акуш. и гин., 2016.—С.9-12.
4. Рязанцев Е.Л., Рязанцев М.Е. Реконструктивно-пластическая хирургия в гинекологии, 2004. 120с.
5. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. 2010.
6. Acien P., Acien M. The presentation and management of complex female genital malformations, 2016.

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.